



Thèse

2019

Open Access

This version of the publication is provided by the author(s) and made available in accordance with the copyright holder(s).

Burnout, dépression et suicide : l'épuisement du médecin

Haarman, Guillaume

How to cite

HAARMAN, Guillaume. Burnout, dépression et suicide : l'épuisement du médecin. 2019. doi: 10.13097/archive-ouverte/unige:116474

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch//unige:116474>

Publication DOI: [10.13097/archive-ouverte/unige:116474](https://doi.org/10.13097/archive-ouverte/unige:116474)



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

FACULTÉ DE MÉDECINE

Section de *médecine Clinique*

Département de santé mentale et de
psychiatrie

Service des spécialités

Thèse préparée sous la direction du Professeur Jean-Michel AUBRY

« Burnout, dépression et suicide : l'épuisement du médecin »

Thèse

présentée à la Faculté de Médecine
de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de Docteur en médecine
par

Guillaume HAARMAN

de

Genève (GE) et Crans-près-Céligny (VD)

« En tant que psychanalyste et praticien, je me suis rendu compte que les gens sont parfois victimes d'incendie, tout comme les immeubles. Sous la tension produite par la vie dans 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 semble plus ou moins intacte. »

Herbert J. Freudenberger[1]

Remarque : Par souci de simplicité, la forme masculine est employée dans le texte mais s'applique indifféremment aux femmes et aux hommes.

Thèse en 5 chapitres principaux :

Chapitre 1 :	Médecin, une profession en détresse	P. 14
Chapitre 2 :	Facteurs associés à la souffrance psychique des médecins	P. 81
Chapitre 3 :	Accès aux soins et barrières aux traitements	P. 126
Chapitre 4 :	Conséquences de la souffrance psychique des médecins	P. 139
Chapitre 5 :	Mesures de prévention et pistes de solutions	P. 159

Table des matières

Introduction.....	11
Méthodologie.....	12
Chapitre 1 ^{er} : Médecin, une profession en détresse.....	14
Section I Généralités et perspective historique.....	14
§ I. Généralités sur la souffrance mentale.....	14
A) Du concept de souffrance au concept de bien-être.....	14
B) Epidémiologie des troubles psychiques et coûts.....	14
§ II. Perspective historique sur la souffrance des médecins.....	15
A) Evolution de la perception de la détresse psychique des médecins au cours du XX ^{ème} siècle.....	15
1) A la période de l'« âge d'or » de la médecine américaine.....	16
2) A la période de l'« ère moderne » de la médecine américaine.....	17
3) Evolution de la psychiatrie et de la perception des troubles psychiques au cours du XX ^{ème} siècle.....	18
B) Evolution de la perception de la souffrance des médecins et de la recherche sur ce thème.....	19
1) Souffrance des médecins et serment d'Hippocrate.....	19
2) Evolution de la recherche sur la souffrance psychique des médecins.....	20
C) Etat de santé globale, santé somatique et taux de mortalité des médecins.....	21
Section II Burnout, dépression et suicide.....	22
§ I. Burnout.....	22
A) Généralités sur le concept de burnout.....	22
1) Description du burnout.....	22
2) Mesures du burnout.....	29
3) Place du burnout dans les classifications psychiatriques internationales.....	30
B) Le burnout chez les médecins.....	30
1) Les médecins en burnout.....	30
2) Prévalences.....	31
a) Les étudiants en médecine.....	32
b) Les médecins en formation post-graduée et les chefs de clinique.....	33
c) Les médecins de premier recours.....	34
d) Les spécialistes.....	35
e) Comparaison avec les infirmiers.....	38
f) Comparaison avec d'autres professionnels ou avec la population générale...	38
3) Variations selon les facteurs socio-démographiques.....	38
a) Sexe.....	39
b) Âge.....	39

C)	Evolution du burnout et lien avec la dépression.....	39
1)	Lien entre burnout, dépression et suicide.....	39
2)	Evolution du concept de burnout.....	42
3)	Diagnostic différentiel et comorbidités.....	43
§ II.	Dépression.....	44
A)	Généralités sur la dépression.....	44
1)	Un diagnostic médical reconnu.....	44
2)	Prévalences de la dépression dans la population générale.....	45
3)	Vulnérabilité génétique et facteurs de risque environnementaux.....	45
B)	La dépression chez les médecins.....	47
1)	Les médecins en dépression.....	47
2)	Prévalences.....	47
a)	Les étudiants en médecine.....	48
b)	Les médecins en formation post-graduée et les chefs de clinique.....	49
c)	Les médecins de premier recours.....	51
d)	Les spécialistes.....	51
e)	Comparaison avec les infirmiers.....	51
f)	Comparaison avec d'autres professionnels ou avec la population générale... ..	52
3)	Variations selon les facteurs socio-démographiques.....	52
a)	Sexe.....	52
b)	Âge.....	52
§ III.	Suicide.....	53
A)	Généralités sur le suicide.....	53
1)	Quelques définitions.....	53
2)	Lien entre dépression, idées suicidaires et suicide.....	54
3)	Prévalences du suicide dans la population générale.....	55
4)	Facteurs de risque connus de suicide dans la population générale.....	57
B)	Le suicide chez les médecins.....	60
1)	Le suicide du médecin.....	60
2)	La théorie interpersonnelle du suicide comme modèle explicatif.....	61
3)	Prévalences.....	63
a)	Les étudiants en médecine.....	64
b)	Les médecins en formation postgraduée et les chefs de clinique.....	66
c)	Les médecins de premier recours.....	67
d)	Les spécialistes.....	67
e)	Comparaison avec les infirmiers.....	67
f)	Comparaisons avec d'autres groupes professionnels ou avec la population générale.....	68

4)	Variations selon les facteurs socio-démographiques.....	69
a)	Sexe.....	69
b)	Âge.....	69
5)	Moyens plus fréquents de suicide par les médecins.....	70
6)	Rapports entre idées suicidaires, tentatives de suicide et suicides aboutis.....	71
§ IV.	Autres comorbidités psychiatriques à risque pour le médecin.....	73
A)	Généralités.....	73
B)	Addictions : de l'automédication à la dépendance.....	73
1)	Lien entre burnout, dépression, idées suicidaires et addictions.....	74
2)	Prévalences.....	76
a)	Les étudiants en médecine.....	76
b)	Les médecins en formation post-graduée et les chefs de clinique.....	76
c)	Les médecins de premier recours.....	76
d)	Les spécialistes.....	77
e)	Comparaison avec la population générale.....	77
3)	Variations selon les facteurs socio-démographiques.....	78
a)	Sexe.....	78
b)	Âge.....	78
C)	Troubles anxieux.....	78
1)	Place de l'état de stress post-traumatique (ESPT).....	78
2)	Prévalences.....	79
a)	Quelques études dans la population médicale.....	79
b)	Comparaison avec d'autres professionnels ou avec la population générale ..	80
c)	Variations selon les facteurs socio-démographiques.....	80
Chapitre 2 :	Facteurs associés à la souffrance psychique des médecins.....	81
Section I	Le stress et les facteurs de stress.....	81
§ I.	Généralités sur le stress.....	81
A)	Modèles théoriques du stress en général.....	81
1)	Généralités.....	81
2)	Stress positif (« eustress ») et négatif (« distress »).....	82
3)	Stress aigu et stress chronique.....	83
4)	Stress et biologie.....	84
5)	Vulnérabilité au stress et sensibilisation au stress.....	84
B)	Le stress professionnel.....	85
1)	Une définition du stress professionnel.....	85
2)	De nombreux modèles ont été conceptualisés.....	85
a)	Modèle « demandes-contrôle » de Karasek et Theorell (1990) et modèle de Johnson (1988).....	86

b)	Modèle « déséquilibre efforts-récompenses » de Siegrist (1996)	87
c)	Modèle « Adaptation personne-environnement » (ou « Person-Environment Fit », PE-Fit) de French et collaborateurs (1982)	87
d)	Modèle transactionnel de Lazarus et Folkman (1980 et 1984)	88
e)	Modèle « demandes-ressources au travail » (« Job demands-resources model », JD-R) par Demerouti et Bakker (2001 puis adapté en 2007).....	89
f)	Autres modèles théoriques	90
3)	Modélisation biologique du stress professionnel	91
§ II.	Les facteurs de stress.....	92
A)	Définition et classifications des facteurs de stress.....	92
Section II	Multiples facteurs impliqués dans la souffrance psychique des médecins.....	93
§ I.	Facteurs en lien avec l'activité professionnelle	93
A)	Quelques lignes directrices.....	93
1)	Crise de gratifications ou déséquilibre entre demandes et ressources.....	94
2)	Charge de travail objective ou perçue	95
3)	Rôle de la surcharge administrative et de l'augmentation des tâches « illégitimes ».....	95
4)	Conflits de rôles et pénurie de rôles.....	96
5)	Conflits de valeurs	97
6)	Iniquité perçue et sentiment d'injustice.....	97
B)	Un grand nombre de facteurs possibles	97
1)	Mesures de la charge de travail.....	97
2)	Aspects relationnels.....	98
3)	Pénurie de ressources, mesures d'économie.....	100
4)	Aspects juridiques, erreurs médicales	101
5)	Facteurs plus ciblés selon les périodes de la formation et de la carrière médicale	101
6)	Facteurs liés à la culture de la médecine	102
7)	Autres facteurs	103
8)	Facteurs plus développés ou spécifiques selon les spécialités ou les types d'activité	103
§ II.	Facteurs de vie personnelle	104
A)	Plus importants pour la dépression et le suicide selon certaines données.....	104
B)	Antécédents personnels ou éléments de vie actuelle	105
1)	Evènements de vie négatifs et adversité.....	105
2)	Situation de couple et facteurs relationnels	105
3)	Problèmes de manque de ressources	105
4)	Etat de santé physique ou psychique personnel	106
§ III.	Déséquilibre entre vie professionnelle et vie personnelle.....	106

A)	Rôle important selon de multiples études	106
B)	Trouver le bon équilibre - mythe ou réalité.....	106
C)	Rôle de la connectivité sans frontière	107
§ IV.	Facteurs en lien avec la personnalité du médecin.....	108
A)	Traits répandus dans la profession.....	108
B)	Construction de la personnalité par la formation médicale et la culture ambiante ou attirance de certains traits de personnalité par la profession	109
C)	Traits de personnalité les plus à risque	110
§ V.	Facteurs sociologiques et de société	110
A)	Utopie collective d'un corps parfait	110
B)	Baisse du statut de la profession du médecin et méfiance envers les médecins.....	111
C)	Facteurs géographiques, culturels et ressources investies.....	112
D)	Effet générationnel.....	112
Section III	Les ressources et les facteurs protecteurs	113
§ I.	Concept de résilience et préservation des ressources	113
A)	Concept de résilience et de salutogenèse	113
B)	La théorie de la préservation des ressources	115
C)	Les apports de la psychologie positive	116
D)	Qualité de vie et mesures globales.....	116
§ II.	Quelles ressources cultiver ?	117
A)	Principes généraux.....	117
B)	Entretenir un style de vie sain et une vie pleine de sens	117
C)	Ressources relationnelles	117
D)	Ressources plus liées à l'activité professionnelle.....	118
E)	Formations spécifiques.....	118
F)	Autres ressources	118
Section IV	Impact des réformes successives des systèmes de santé.....	119
§ I.	Généralités sur l'évolution des systèmes de santé.....	119
A)	Hausse des coûts de la santé et réformes des systèmes de santé	119
B)	Le modèle de santé avec le médecin de premier recours comme « gatekeeper » ..	120
C)	Numérisation et informatisation de la médecine	120
§ II.	L'exemple helvétique	120
A)	Présentation générale	120
B)	Une assurance de base obligatoire pour la population et des assurances complémentaires	120
C)	Des réformes successives	122
D)	Un système à l'avenir incertain	123
Section V	Médecin, une profession d'homme ?.....	124

§ I.	Quelques aspects particuliers aux femmes médecins	124
A)	Généralités.....	124
B)	Discriminations envers les femmes	124
C)	Conflits de rôles importants	124
§ II.	Féminisation d'une profession aux codes masculins	125
Chapitre 3 :	Accès aux soins et barrières aux traitements	126
Section I	Généralités sur l'accès aux soins psychiques et les barrières aux traitements .	126
§ I.	Accès aux soins dans la population générale pour les troubles psychiques.....	126
§ II.	Les médecins ont un faible usage des ressources en santé mentale	127
Section II	Demande d'aide difficile pour le médecin.....	128
§ I.	De multiples barrières et freins à la recherche d'aide par les médecins	128
A)	La culture médicale et le « curriculum caché ».....	128
1)	La culture en médecine.....	128
2)	Le « curriculum caché »	130
B)	Rôle de l'identité professionnelle	132
C)	Stigmatisation, ostracisme et discriminations	132
D)	Manque de confidentialité.....	134
E)	Le coût comme barrière au traitement	135
F)	Manque de connaissance des ressources disponibles pour les soins en santé mentale ou sur les problèmes de santé mentale.....	135
G)	Automédication et soins précaires	136
§ II.	Quand le médecin devient patient.....	136
A)	Pour le médecin lui-même.....	136
B)	Pour le médecin qui soigne son confrère et pour les autres soignants en charge de lui	137
Chapitre 4 :	Conséquences de la souffrance psychique des médecins	139
Section I	Conséquences sur le médecin.....	139
§ I.	Tous les secteurs de la vie du médecin peuvent être impactés.....	139
A)	Morbidity et mortalité du stress chronique.....	139
B)	Diminution globale du fonctionnement et de la qualité de vie.....	140
§ I.	Baisse de sa satisfaction professionnelle, sa motivation au travail et sa capacité à gérer sa charge de travail.....	142
Section II	Impact institutionnel et sur les collègues directs.....	143
§ I.	Un burnout est « contagieux ».....	143
A)	Arrêt de travail, absentéisme	143
B)	La charge de travail se reporte sur les collègues	144
§ II.	Classements des instituts de formation selon les qualités perçues des conditions de travail	144

Section III	Impact sur la famille, les enfants et les proches des médecins.....	145
§ I.	Un travail coûteux pour l'entourage.....	145
A)	Transmission transgénérationnelle.....	145
B)	Stress ramené à la maison et manque de disponibilité.....	146
C)	Divorces et problèmes de couple.....	146
§ II.	Conséquences sur l'entourage après le suicide du médecin.....	146
Section IV	Répercussions sur la qualité des soins.....	147
§ I.	Généralités sur la qualité des soins.....	147
§ II.	Multiple indicateurs d'un impact sur la qualité des soins prodigués par les médecins en souffrance.....	147
A)	Souffrance psychique des médecins et baisse de la qualité des soins.....	147
B)	Baisse de la compassion et de l'empathie.....	148
C)	Erreurs médicales et détresse psychique, un cercle vicieux (« le syndrome de la victime secondaire »).....	150
D)	Impact sur la formation de la relève (activités d'enseignement).....	154
Section V	Impact économique, pénurie de médecins et réformes des systèmes de santé.....	155
§ I.	Impact économique et pénurie de médecins.....	155
A)	Coûts liés au remplacement et à la formation des médecins.....	155
B)	Pénurie de médecins annoncée.....	157
§ II.	Echec en vue des réformes des systèmes de santé.....	158
Chapitre 5 :	Mesures de prévention.....	159
Section I	Généralités.....	159
§ I.	Classification des mesures de prévention.....	159
A)	Prévention primaire, secondaire et tertiaire.....	159
B)	Mesures au niveau individuel, interpersonnel, institutionnel.....	159
§ II.	Associations entre mesures individuelles et organisationnelles recommandées.....	159
Section II	Prévention au niveau individuel.....	160
§ I.	Contrôle du stress et notion de « coping ».....	160
§ II.	Autres mesures au niveau individuel.....	163
A)	Mesures de prévention primaire.....	164
B)	Mindfulness et meilleure gestion du stress.....	165
C)	Mesures de dépistage.....	166
D)	Mesures thérapeutiques et mesures de réadaptation.....	167
1)	Mesures thérapeutiques.....	167
2)	Mesures de réadaptation professionnelle.....	168
Section III	Prévention au niveau interpersonnel.....	169
§ I.	L'union fait la force.....	169

§ II. Quelques mesures de prévention à faire à plusieurs	169
Section IV Prévention au niveau institutionnel ou organisationnel	171
§ I. Programmes à multiples volets avec formation, dépistage et traitement ou système pour référer les médecins en souffrance.....	171
§ II. Autres mesures au niveau institutionnel	173
A) Mesures de prévention primaire	173
1) Durant les études	173
2) Pour diminuer la charge de travail	176
3) Soutien et ressources au travail	178
B) Mindfulness et meilleure gestion du stress	181
C) Mesures de dépistage	181
D) Mesures thérapeutiques et mesures de réadaptation	182
Section V Prévention au niveau régional, national voire supranational	184
§ I. Modifications législatives et régulations.....	184
A) Historique et contexte international.....	184
1) La limitation des heures de travail des médecins en formation.....	184
2) Standards.....	186
B) Situation en Suisse	186
§ II. Autres mesures au niveau régional, national ou supranational	189
A) Congrès, recommandations, guidelines et publications	189
B) Engagement politique, lutte pour le respect de la loi sur le travail et travail associatif.....	189
C) Programmes de soins ou soutien aux médecins à l'échelle régionale ou nationale.....	191
Conclusions.....	192
Remerciements.....	193
Références	194

Introduction

Au cours des 30 dernières années, des publications sur les **prévalences élevées de problèmes psychiques chez les médecins** se multiplient. Plus récemment, des études réalisées parmi les étudiants en médecine font le même constat. Globalement, on peut retenir que **tous les niveaux de la profession médicale sont touchés** par ce problème, de l'étudiant en médecine au médecin senior installé en pratique privée, en passant par les médecins en formation post-graduée¹ et les chefs de clinique². En raison d'une forte augmentation des taux de burnout chez les médecins notamment depuis les années 90, une déclaration conjointe de l'OMS et du Forum Européen des Associations Médicales (EFMA) signée à Berlin en 2003 a insisté sur la nécessité de lutter contre ce problème[2].

Les trois dimensions des troubles psychiques qui frappent le plus les médecins et qui peuvent être vues selon certains auteurs comme **un continuum de gravité progressive sont le burnout³, la dépression et le suicide**. D'autres problèmes de santé mentale semblent également prépondérants chez les médecins comme les addictions et les troubles anxieux, mais les publications sur ces sujets sont plus éparées. Nous essayerons de tirer de la littérature des **facteurs associés à cette souffrance psychique des médecins** et étudierons notamment les liens avec les réformes successives des systèmes de santé dans la grande majorité des pays qui visent principalement à freiner l'augmentation des coûts de la santé. Nous prendrons l'exemple des réformes récentes du système de santé helvétique qui ont profondément changé la répartition des pouvoirs en matière de santé, bien souvent au détriment des médecins. Un facteur aggravant la santé mentale des médecins est **un mauvais accès aux soins psychiques** que nous essayerons de comprendre.

Au bout de la chaîne de soins, nous verrons les **répercussions de cet épuisement du médecin sur la qualité des prises en charge du patient** en prenant l'exemple des erreurs médicales comme indicateur. Pour finir, nous essayerons de dégager une lueur d'espoir en cherchant les **mesures de prévention possibles** à différents niveaux en introduisant les notions de coping et de résilience.

¹ Les médecins en formation post-graduée sont souvent appelés médecins internes ou médecins assistants et ces termes seront utilisés de manière indifférenciée dans ce travail. Selon les différents pays et systèmes de santé, les appellations varient. Aux Etats-Unis, les médecins internes sont nommés « *residents* ». Au Royaume Uni, ils sont nommés « *registrars* » (ou « *foundation house officers* » durant les deux premières années et « *specialty registrars* » durant les trois suivantes). Aux Etats-Unis, on utilise aussi le terme d'« *interns* » ou d'« *internship* » pour décrire l'année de transition entre les études de médecine et la formation post-graduée proprement dite. En France, on emploie parfois le terme d'« *externes* » pour désigner les « étudiants hospitaliers » c'est-à-dire les étudiants en médecine durant la partie d'exposition clinique au cours de la deuxième moitié des études de médecine.

² Les chefs de clinique supervisent les médecins internes. Ils ont terminé, ou sont en tout cas avancés, dans leur formation post-graduée (ils sont alors appelés « chefs de clinique sans titre de spécialité » ou « chefs de clinique adjoints »). Aux USA, ils correspondent au titre de « *chief residents* » ou « *attending physicians* » selon leur niveau d'expérience et leurs responsabilités. Au Royaume Uni, ils sont nommés « *senior specialty registrars* » ou « *consultants* » selon leur niveau d'expérience et leurs responsabilités.

³ Un concept psychosocial développé depuis les années 70 (Cf. Chapitre 1, Section II, §I, A, 1)

Méthodologie

Une recherche de littérature des **publications existantes jusqu'à fin décembre 2017** sur la base de données **MEDLINE®** a été effectuée via le moteur de recherche PubMed® en utilisant les mots-clés « *physician* », « *resident* », « *doctor* », « *professional burnout* », « *depression* », « *suicide* », « *suicidal thoughts* ». Une recherche complémentaire a également été effectuée sur la base de donnée **PsycINFO®** avec les mots clés « *physician* », « *resident* », « *doctor* », « *occupational stress* », « *depression* », « *suicide* », « *suicidal thoughts* ». Dans les articles publiés, une sélection en priorité des articles récents, d'articles touchant la Suisse et ses pays limitrophes, mais aussi d'autres articles internationaux de référence soit en anglais soit en français, a été privilégiée. Après lecture des abstracts des articles, une sélection plus fine a été faite afin d'exclure les articles ne traitant pas directement de la thématique. Une troisième source de littérature complémentaire a été **les références des articles sélectionnés**. La première question abordée pour cette recherche de littérature était d'évaluer l'épidémiologie des troubles psychiques chez les médecins mais également chez les étudiants en médecine et à différents niveaux de la formation médicale ainsi que des comparaisons parmi d'autres groupes de professionnels ou dans la population générale. Le champ suivant était de rechercher dans la littérature publiée les facteurs associés à cette augmentation de prévalences de burnout, de dépression et de suicide qui touche la profession médicale. Et finalement, tenter de répondre à la question de comment prévenir ou traiter cette souffrance psychique des médecins et de rechercher des pistes de solutions.

Il faut mentionner que la majorité des études publiées sont d'une **méthodologie limitée**. La plupart des études sont de **nature transversale**, le plus souvent sous forme de sondages ou questionnaires auto-administrés envoyés à des échantillons plus ou moins larges et représentatifs de certains groupes (ex: étudiants en médecine, médecins en formation post-gradués d'un établissement ou de plusieurs établissements d'une même région...) sans nécessairement de groupe contrôle ou de comparaison proprement dite. De **multiples biais sont ainsi possibles** tels que des biais de sélection, de rappel, liés au caractère auto-administré des questionnaires notamment. Les taux de réponses sont variables et différentes méthodologies existent, mais le plus souvent les questionnaires sont envoyés par courrier postal ou en ligne avec une participation volontaire avec un nombre de rappels variable[3]. Les échelles de mesure utilisées sont multiples, le plus souvent standardisées et validées pour évaluer une forte probabilité d'un trouble donné avec des sensibilités et des spécificités relativement élevées. Cependant, ces échelles sont des mesures de dépistage et ne permettent pas de poser un diagnostic précis. Les études incluant des évaluations cliniques par des professionnels sont rares. Les chiffres mentionnés sont donc à prendre comme des estimations assez larges. Certaines données de cette thèse reposent aussi sur des simples avis d'experts ou des propositions de prévention non encore soumises à une recherche approfondie. Un article du Forum Médical Suisse de 2016 sur le traitement aigu des épisodes dépressifs rappelle les différents niveaux de preuve (Cf. **tableau 1**) [4]. Le niveau d'évidence est faible (C ou D voire sans niveau de preuve) malgré l'importante masse de publications sur le sujet.

Niveau A	Bonne évidence basée sur des études. Au moins trois études randomisées et contrôlées (double aveugle) (<i>randomized controlled trials</i> , RCT) ayant montré un avantage de l'intervention. Au moins une de ces trois études doit avoir été correctement menée et contrôlée contre placebo.
Niveau B	Evidence moyenne basée sur études. Efficacité démontrée dans au moins deux études randomisées, en double aveugle (au moins deux études comparatives versus d'autres substances <i>ou</i> une étude comparative contre une autre substance et une étude contrôlée versus placebo) <i>ou</i> dans une étude randomisée, en double aveugle (contrôlée contre placebo <i>ou</i> contre une autre substance) et dans une ou plusieurs études prospectives (avec au moins 50 participants), ouvertes et naturalistes.
Niveau C	Faible évidence basée sur études. Ce niveau est atteint si une étude randomisée en double aveugle contre une autre substance et une étude prospective ouverte/série de cas ouverte (avec au moins 10 participants) ou au moins deux études prospectives ouvertes /séries de cas (avec au moins 10 participants) montrent une efficacité.
Niveau D	Basée sur l'avis d'experts (auteurs et membres du groupe de travail de la WFSBP sur les troubles dépressifs unipolaires), soutenue par l'évidence d'au moins une étude prospective / série de cas (avec au moins 10 participants).
Pas de niveau de preuve	Avis d'experts portant sur la méthode et les principes de traitement en général.

Tableau 1 : une classification des recommandations sur la base des niveaux de preuves. Chaque recommandation thérapeutique a été évaluée en fonction du niveau de preuves de son efficacité, de sa sécurité et de sa facilité d'application, puis classée selon quatre niveaux de preuve. Tableau tiré de [4, p. 717].

Il faut mentionner que certaines **études longitudinales** existent, même si elles sont plus rares, et certaines études collectent des données sur des grands collectifs nationaux de médecins, notamment dans les pays avec de grands registres nationaux comme les pays scandinaves. Plusieurs revues systématiques et méta-analyses ont été publiées et incluses dans cette revue de littérature. Quelques études utilisent la méthode de la théorisation ancrée⁴ pour avoir des données qualitatives et récolter l'avis des personnes concernées[5]. Il est encore à déplorer que la majorité des études publiées soient issues des Etats-Unis ou du Canada et que nous disposons de peu de données du contexte européen hormis quelques exceptions (Royaume-Uni et pays scandinaves notamment) alors qu'il y a des grandes disparités dans les conditions de travail et les systèmes de santé selon les régions. Les données sont encore plus rares pour les pays en voie de développement. On peut notamment regretter **le retard accumulé concernant la mise en place de programmes de prévention et de soins aux médecins** en souffrance au niveau européen de manière générale.

⁴ Cette méthode repose sur des groupes de discussions avec des questions ouvertes et les données sont analysées pour dégager des thèmes et sous-thèmes afin de catégoriser les avis des participants et récolter les expériences du terrain. Cette même méthode peut s'utiliser avec des entretiens enregistrés et analysés afin de dégager des thèmes selon le même principe.

Chapitre 1^{er} : Médecin, une profession en détresse

Section I Généralités et perspective historique

§ I. Généralités sur la souffrance mentale

A) *Du concept de souffrance au concept de bien-être*

La définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* », date de 1946[6, p. 1]. Les auteurs d'une étude de 2012 évaluant l'impact de la santé mentale positive sur l'amélioration du professionnalisme des étudiants en médecine et leurs croyances et expériences personnelles durant leurs études[7], déplorent pourtant que **la recherche en santé mentale parmi la profession médicale a longtemps été focalisée sur l'épidémiologie des troubles mentaux et des problèmes**. C'est plus récemment qu'a émergé le concept de bien-être des médecins comme un sujet de recherche et un objectif à atteindre afin d'améliorer la qualité des soins[8]-[10]. Les facteurs associés au bien-être, les ressources et la résilience ont été ciblés notamment grâce à l'impulsion de la psychologie positive très en vogue aux Etats-Unis⁵ [8], [9]. De véritables task-force sur le bien-être des médecins ont été mises en place par certaines associations professionnelles ou institutions[11]. Selon un article de revue sur le burnout des chirurgiens orthopédistes de 2017, le bien-être « *va au-delà de uniquement l'absence de détresse et inclut d'avoir des défis, de s'épanouir et d'atteindre le succès dans les aspects variés de la vie personnelle et professionnelle* »[12, p. 1].

B) *Epidémiologie des troubles psychiques et coûts*

A titre de comparaison, mais aussi pour mettre en perspective les données des études citées évaluant l'épidémiologie des mesures de souffrance psychique parmi la profession médicale, les deux articles suivants donnent des **prévalences de troubles mentaux dans la population générale** à large échelle mais également des indicateurs de coûts estimés directs et indirects attribuables aux troubles mentaux.

Dans une méta-analyse comparant 27 études européennes parmi 16 pays européens évaluant les prévalences sur 12 mois et les taux de traitement des troubles mentaux pour les adultes de 18 à 65 ans, **27% de la population européenne est ou a été affectée par au moins un trouble mental durant les 12 derniers mois** (cela représente 82,7 millions de personnes). Le taux de comorbidités parmi les troubles mentaux est considérable : environ $\frac{1}{3}$ des individus concernés ont plus d'un trouble mental (18% deux et 14% trois ou plus). Les troubles mentaux les plus fréquents sont les troubles anxieux, la dépression, les troubles somatoformes et les troubles d'abus de substance.

⁵ Comme mentionné dans un article de 2008, cela concerne l'évolution plus large des études en psychologie occupationnelle et organisationnelle et pas uniquement parmi la profession médicale[9].

La prévalence est plus élevée chez les femmes que chez les hommes en moyenne (33% versus 22%). Concernant l'incidence sur la vie des troubles mentaux, il est estimé selon certaines études qu'environ **50% de la population générale a au moins une fois un trouble mental au cours de sa vie**. L'association de tous les troubles mentaux a un impact considérable en termes de handicap et de jours de travail perdus[13].

Une revue de 2013 résume l'épidémiologie des troubles dépressifs et du suicide, les facteurs de risque ainsi que le fardeau associé à la dépression et au suicide tant au niveau social qu'économique[14]. Cette revue met en évidence que l'impact social et économique de la dépression et du suicide est extrêmement élevé et en augmentation, alors que la recherche dans ce domaine est sous-financée. Il y est évoqué que **chaque année plus d'un tiers de la population européenne souffre de troubles mentaux**. Les troubles mentaux sont aussi le groupe de maladies responsables du plus grand nombre d'espérances de vie corrigée de l'incapacité (EVCI)⁶. Environ le quart des EVCI perdues en Europe est attribué aux troubles mentaux. Cet impact majeur est expliqué par le fait que les troubles mentaux ont des prévalences élevées, débutent souvent à un âge jeune, tendent à être chroniques ou récurrents, diminuent les capacités sociales et cognitives nécessaires à l'adaptation aux problèmes de la vie, à l'accumulation de ressources pour le futur et aux moyens de faire face aux maladies somatiques. Cet impact majeur est également lié aux décès prématurés liés aux troubles mentaux, principalement le suicide. Le coût estimé des troubles de l'humeur (dépression et trouble bipolaire) en Europe est de 106 millions d'euros, ce qui représente presque la moitié des coûts de tous les troubles mentaux. 27% de ce montant (29 millions d'euros) sont des coûts liés aux soins de santé (soins hospitaliers ou ambulatoires, médicaments) alors que 73% des coûts (77 millions d'euros) représentent des coûts indirects⁷.

§ II. Perspective historique sur la souffrance des médecins

A) *Evolution de la perception de la détresse psychique des médecins au cours du XX^{ème} siècle*

Un article de 2012 par Legha donne une perspective historique sur la perception du suicide des médecins mais plus globalement de la souffrance des médecins et de l'évolution de la médecine aux Etats-Unis au cours du XX^{ème} siècle[15]. L'auteur y mentionne que le premier article sur le suicide des médecins date de 1897 et décrivait déjà que les médecins étaient plus à risque de suicide en donnant comme explications notamment un déséquilibre entre les demandes et les récompenses concernant un travail éprouvant. Il y est évoqué le mauvais prestige de la médecine américaine du début du XX^{ème} siècle et le statut stigmatisé de la psychiatrie qui était reléguée aux asiles. Au début du XX^{ème}, le médecin est considéré comme partageant les vulnérabilités des autres humains, c'était avant le début de ce que l'auteur appelle « l'âge d'or de la médecine ».

⁶ C'est le terme français des « disability-adjusted life-years », DALYs.

⁷ Ex : congés maladie, jours d'absence du travail à cause d'un arrêt prématuré du travail et les décès prématurés.

1) *A la période de l'« âge d'or » de la médecine américaine*

L'auteur décrit la période de l'« **âge d'or de la médecine** » (**période de 1910-1970**) en lien avec l'augmentation du prestige et des revenus des médecins. Ceux-ci se considèrent alors comme élus et surhumains. Les médecins en souffrance sont incompatibles avec l'image d'invincibilité et de persévérance de la profession (affront à l'image nouvelle de respectabilité et de prestige de la médecine) et considérés comme des erreurs à éliminer (un équivalent de sélection naturelle). Pour défendre la profession, on stigmatise les individus en évoquant qu'ils avaient des failles précédant leur entrée dans la profession et les études de médecine. L'individu est à blâmer, pas la profession. Un passage progressif est décrit de l'explication étiologique environnementale et contextuelle vers une étiologie psychologique du suicide des médecins⁸. L'augmentation de la qualité des soins (en lien avec la théorie microbienne des maladies, l'implémentation de l'asepsie dans les procédures chirurgicales) et la création des hôpitaux modernes (infrastructures puissantes et technologiques pour la santé de tous après les maisons de soins pour les plus démunis) gérés par les médecins augmentent le prestige de la profession avec une augmentation de l'autonomie et de l'autorité des médecins. Les murs de ces nouvelles forteresses hospitalières diminuent la prise de conscience des conditions éprouvantes de la profession. Les maladies aiguës et les techniques lucratives deviennent des priorités. L'Association Médicale Américaine (AMA) joue un rôle clé pour définir la profession, la sélection et la qualité de la formation. Il est proposé de dépister les structures psychiques des étudiants en médecine pour filtrer les plus faibles. Les médecins femmes et les médecins à la peau noire sont souvent non sélectionnés et stigmatisés⁹. Les femmes sont accusées d'être soit trop féminines, soit trop viriles, et émotionnellement instables. Les **suicides des médecins sont sous-rapportés et tabous**, masqués dans les registres jusqu'en 1960¹⁰[15] (Cf. **illustration 1**).

⁸ Les vulnérabilités de l'individu sont mises en avant au lieu des facteurs environnementaux des conditions de travail.

⁹ Ils sont considérés comme faibles et pas sérieux, plus à risque de suicide car présentant des vulnérabilités et des failles.

¹⁰ Comme dans les avis de décès du JAMA, Journal de l'Association Médicale Américaine.

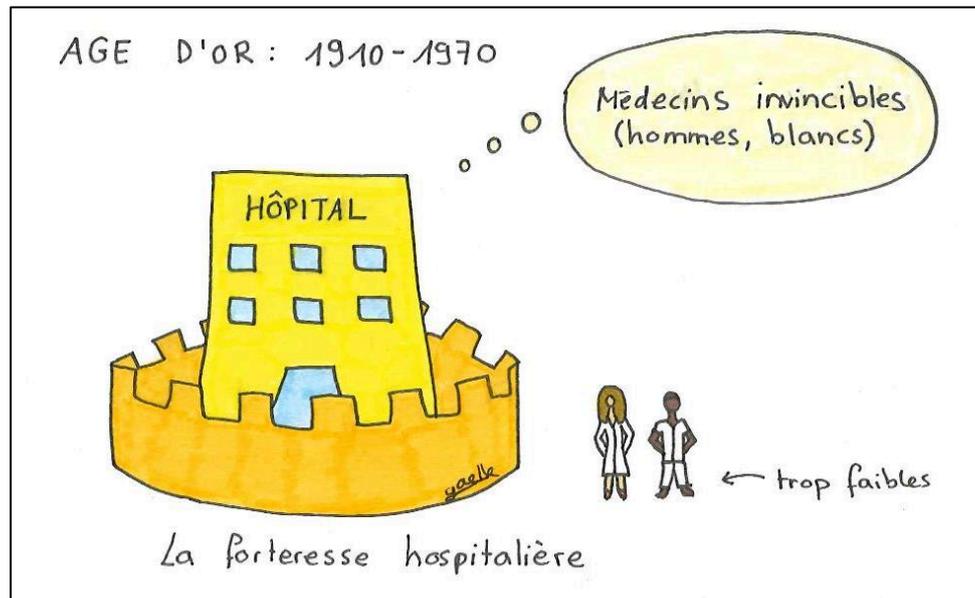


Illustration 1 : l'âge d'or de la médecine. Illustration par Gaëlle Devillard.

2) A la période de l'« ère moderne » de la médecine américaine

A partir des années 1970, commence ce que l'auteur appelle l'« ère moderne de la médecine ». Une prise de conscience très progressive du problème du suicide des médecins commence et des articles sur ce thème sont publiés de manière croissante. Le prototype du médecin à haut risque de suicide présente les idéaux de l'âge d'or qui ont mal tourné¹¹. Il est décrit les écueils face au médecin devenu patient : il peut se montrer exigeant, désobéissant, non collaborant, dans le déni, manipulateur envers les soignants, quittant l'hôpital contre avis médical. Vers 1970, des voix se lèvent pour critiquer la structure médicale et son discours stigmatisant le médecin en souffrance ainsi que pour demander de la sympathie envers ces médecins ; le stress subi par les médecins femmes et les psychiatres est dénoncé. De nombreux articles de l'époque **dénoncent la culture médicale ambiante d'invincibilité, du culte de la perfection et de l'excellence**. L'auteur de l'article fait la remarque de la persistance des principaux aspects de l'âge d'or dans la culture médicale actuelle notamment cette inébranlable mise en valeur de la perfection. La période de l'ère moderne voit augmenter les maladies chroniques qui mettent en lumière les limites de la médecine aiguë (ex : échec du traitement du syndrome d'immunodéficience acquise, SIDA) et la surestimation de la médecine américaine ainsi que les coûts exorbitants engagés dans le système de santé. L'Etat et le public veulent maintenant contrôler pour quoi ils paient. A cette période se produit la chute progressive du statut de la médecine américaine ; la **méfiance envers la médecine et les médecins augmente**. C'est une période de crise du système de santé américain. Les mouvements de défense des droits des femmes accusent la médecine d'être paternaliste. Les mouvements de défense des droits des patients exigent que ceux-ci puissent exprimer leur consentement éclairé et une plus grande protection face aux accusations d'acharnement thérapeutique et face aux recherches sur les patients¹². C'est le début des principes de la bioéthique moderne en

¹¹ La fixation sur le succès, le prestige, le pouvoir ainsi qu'un rejet pathologique de l'échec, avec un fantasme d'omnipotence et une pensée magique en se croyant immunisé aux addictions et à la souffrance.

¹² Exemple du scandale de la recherche sur les effets de la syphilis non traitée à Tuskegee en Alabama.

ce qui concerne les recherches sur l'expérimentation humaine¹³. En lien avec la perte de l'autorité et du leadership du médecin, les gestions médicales des hôpitaux sont remplacées par une structure administrative et institutionnelle[15] (Cf. **illustration 2**).

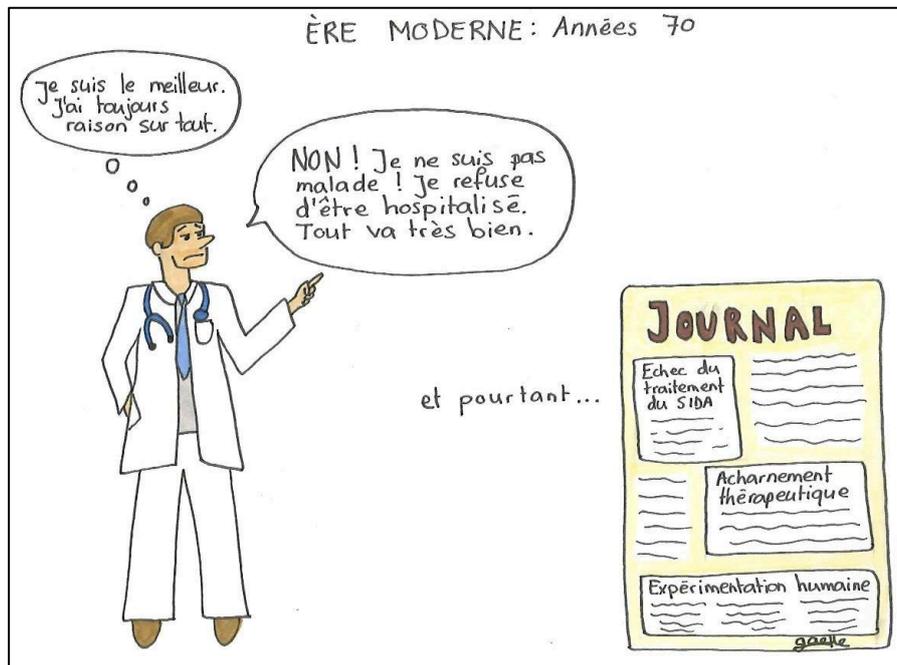


Illustration 2 : l'ère moderne de la médecine. Illustration par Gaëlle Devillard.

3) *Evolution de la psychiatrie et de la perception des troubles psychiques au cours du XX^{ème} siècle*

Lors de l'âge d'or de la médecine, **la psychiatrie quitte les asiles et gagne en respectabilité grâce au développement de la neurologie et des théories plus biologiques** des soins psychiques et des troubles mentaux¹⁴. Il y a également un développement des soins psychiques ambulatoires grâce aux traitements psychodynamiques avec une diminution des frontières entre norme et pathologie et une augmentation du public cible des traitements psychiques. Au vu du nombre augmenté de suicides parmi les psychiatres, la psychiatrie est marginalisée. Les psychiatres sont décrits comme des individus cherchant des solutions à leurs problèmes avec des tendances autodestructrices inconscientes.

Au sujet de la psychiatrie, l'ère moderne est une période d'extension de celle-ci au-delà des murs des hôpitaux. Les soins psychiques autour des traumatismes et le début de la psychopharmacologie (Chlorpromazine années 60, Lithium années 70) augmentent la légitimité de la psychiatrie (modèle plus biologique de la compréhension des troubles mentaux). Au début des années 1980, 22 millions d'américains consultent, la psychothérapie représente 8% des coûts ambulatoires et c'est la période de l'introduction du Prozac® (fluoxétine, premier inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine) qui a révolutionné le **traitement pharmacologique de la dépression**. La

¹³ Malgré le code de Nuremberg de 1947 qui avait déjà posé les principes du consentement éclairé.

¹⁴ C'est la période des thérapies somatiques radicales et des opérations comme traitements des troubles mentaux.

dépression est alors considérée comme un trouble traitable et il se produit une baisse de la stigmatisation des troubles mentaux. La recherche sur les facteurs de risque de suicide se développe ; le suicide est la 11^{ème} cause de décès aux USA. Après les modèles sociologiques et psychologiques, les psychiatres de l'ère moderne demandent une approche plus intégrée (thérapie et médicamenteuse)[15] (Cf. **illustration 3**).

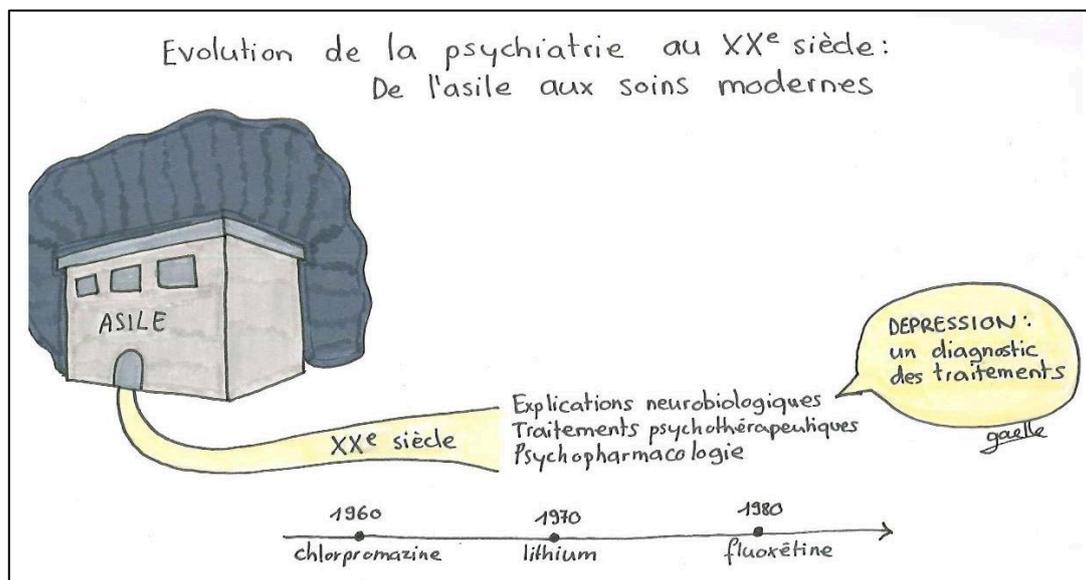


Illustration 3 : l'évolution de la psychiatrie au XX^{ème} siècle . Illustration par Gaëlle Devillard.

B) *Evolution de la perception de la souffrance des médecins et de la recherche sur ce thème*

1) *Souffrance des médecins et serment d'Hippocrate*

Dans le résumé du livre d'analyse du texte original du **Serment d'Hippocrate** (par Jacques Jouanna, directeur de l'Unité de recherche sur la médecine grecque au CNRS, grand spécialiste d'Hippocrate) fait par K. Rohaert pour le site internet de l'Ordre des médecins de Belgique[16], il est mentionné que le médecin public de l'époque d'Hippocrate devait prouver sa bonne santé car « *un médecin malade, incapable de se guérir lui-même, était considéré comme ne pouvant prétendre à guérir les autres* » et comme un mauvais médecin.

Il est intéressant de noter que la **Déclaration de Genève** de l'Association Médicale Mondiale (AMM) qui résume les principes éthiques fondamentaux de l'activité médicale et qui représente la forme actualisée de l'héritage du serment d'Hippocrate¹⁵ vient d'être révisée en octobre 2017 lors de la 68^{ème} Assemblée générale de l'Association Médicale Mondiale (Cf. **encadré 1**). Il y a été ajouté une **mention se référant au bien-être du médecin et à son engagement de prendre soin de sa santé, de son bien-être** afin de fournir les meilleurs soins possibles aux patients : « *Je veillerai à ma propre santé, à mon bien-être et au maintien de ma formation afin de prodiguer des soins irréprochables* »

¹⁵ Son titre français est Serment d'Hippocrate, formule de Genève.

[17]. Il y a été également ajouté l'engagement à témoigner respect et reconnaissance aux collègues et aux étudiants en médecine en plus des professeurs.

ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE
DÉCLARATION DE GENÈVE

Adoptée par la 2^e Assemblée Générale de l'Association Médicale Mondiale Genève (Suisse), Septembre 1948
et amendée par la 22^e Assemblée Médicale Mondiale, Sydney, Australie, Août 1968
et la 35^e Assemblée Médicale Mondiale, Venise, Italie, Octobre 1983
et la 46^e Assemblée générale, Stockholm, Suède, Septembre 1994
et révisée par la 170^e Session du Conseil, Divonne-les-Bains, France, Mai 2005
et par la 173^e Session du Conseil, Divonne-les-Bains, France, Mai 2006
et amendée par la 68^e Assemblée générale, Chicago, Etats-Unis, Octobre 2017

Le Serment du médecin

EN QUALITÉ DE MEMBRE DE LA PROFESSION MÉDICALE

JE PRENDS L'ENGAGEMENT SOLENNEL de consacrer ma vie au service de l'humanité;
JE CONSIDÉRERAI la santé et le bien-être de mon patient comme ma priorité;
JE RESPECTERAI l'autonomie et la dignité de mon patient;
JE VEILLERAI au respect absolu de la vie humaine;

JE NE PERMETTRAI PAS que des considérations d'âge, de maladie ou d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de genre, de nationalité, d'affiliation politique, de race, d'orientation sexuelle, de statut social ou tout autre facteur s'interposent entre mon devoir et mon patient;

JE RESPECTERAI les secrets qui me seront confiés, même après la mort de mon patient;

J'EXERCERAI ma profession avec conscience et dignité, dans le respect des bonnes pratiques médicales;
JE PERPÉTUERAI l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale;

JE TÉMOIGNERAI à mes professeurs, à mes collègues et à mes étudiants le respect et la reconnaissance qui leur sont dus;

JE PARTAGERAI mes connaissances médicales au bénéfice du patient et pour les progrès des soins de santé;
JE VEILLERAI à ma propre santé, à mon bien-être et au maintien de ma formation afin de prodiguer des soins irréprochables;

JE N'UTILISERAI PAS mes connaissances médicales pour enfreindre les droits humains et les libertés civiles, même sous la contrainte;

JE FAIS CES PROMESSES sur mon honneur, solennellement, librement.

© World Medical Association

Encadré 1 : le texte de la déclaration de Genève, révisée en 2017. Source : World Medical Association. Tiré de [17, p. 249].

2) *Evolution de la recherche sur la souffrance psychique des médecins*

A l'ère moderne de la médecine, la baisse du statut de la médecine, l'augmentation de celui de la psychiatrie et la diminution de la stigmatisation des troubles psychiques améliorent les considérations envers la souffrance des médecins. La recherche sur le sujet augmente considérablement. **En 1973, se produit une déclaration de l'AMA sur « le médecin malade »**[18]. Au lieu de s'en prendre au médecin suicidant, la profession médicale de l'ère moderne accepte sa responsabilité envers lui et tente d'empêcher sa chute. Il y a un contraste entre la reconnaissance progressive de ce problème par la profession et la culture médicale qui continue à pathologiser la fragilité et la vulnérabilité. La reconnaissance de l'étendue du problème et de la précédente conspiration du silence, qui empêchait les médecins de rechercher de l'aide, crée les conditions de la mise en place des programmes de soins aux médecins aux Etats-Unis préalablement centrés sur l'alcoolisme et les addictions¹⁶. Il est insisté sur une responsabilité éthique de signaler les collègues en difficulté et on privilégie de **passer du modèle du blâme ou de la sanction disciplinaire au modèle des soins et du soutien**. L'objectif devient de faire revenir le médecin à sa capacité de travail plutôt qu'une mise à l'écart. De multiples auteurs recommandent des changements de culture

¹⁶ En 1980, presque toutes les associations médicales américaines avaient mis en place des programmes de soins et de soutien aux médecins en souffrance.

de la médecine, dénoncent le modèle obsolète de l'idéal professionnel d'invulnérabilité de l'âge d'or et de compétition professionnelle en recommandant l'acceptation d'une réalité plus humble d'un être humain soumis à un stress important dans le cadre de son travail. Les publications évoquent les problèmes pour gérer les médecins devenus patients et des mises en garde. Beaucoup de données sont accumulées sur les facteurs de risque de souffrance psychique spécifique aux médecins. Il est maintenant décrit **la nature pathogénique de la profession elle-même**. Des tentatives sont réalisées pour réformer la formation médicale afin d'éviter de renforcer les traits de personnalité de perfectionnisme et prévenir les risques d'épuisement. Les programmes de soutien envers les étudiants en médecine augmentent dans un but de prévention le plus en amont possible et en lien avec les études montrant des prévalences importantes de souffrance psychique parmi cette population. **En 2003 est publiée une nouvelle déclaration de l'AMA : « confronter la dépression et le suicide du médecin »**[19]. Il est dénoncé le peu de mesures préventives, les recherches insuffisantes, le fait que les médecins souffrant d'une maladie mentale continuent à rencontrer des stigmatisations et des mesures punitives. De plus en plus de données montrent l'impact de la souffrance psychique des médecins sur la qualité des soins aux patients[15].

C) Etat de santé globale, santé somatique et taux de mortalité des médecins

Selon une revue de littérature de 2007, évaluant les problèmes de santé parmi les médecins et leur utilisation des services de soins, Tyssen montre que **l'état de santé somatique est similaire à celui de la population générale** avec les femmes médecins qui tendent à être en meilleure santé que les femmes de la population générale[20]. On relève quelques particularités selon les pays¹⁷.

Selon une étude prospective de 2005 par Torre qui décrit les taux de suicides en comparaison avec toutes causes confondues de mortalité selon un registre des médecins diplômés de la faculté de médecine Johns Hopkins de Baltimore suivis sur 50 ans entre 1948 à 1998 en comparaison avec la population générale des USA, **le taux de mortalité est fortement plus bas pour toutes causes confondues** (-56% pour les hommes médecins et -26% pour les femmes médecins), notamment pour les maladies liées au tabagisme (maladies cardio-vasculaires, respiratoires, cancers du poumon) **sauf pour le suicide**, seule cause de mort où le risque était plus élevé que celui de la population générale[22].

Dans un éditorial de 2013 dans le journal *General Hospital Psychiatry*, Aasland décrit que le premier article scientifique sur la mortalité des médecins au Royaume Uni date de 1881. Il montrait un risque augmenté pour la plupart des causes de mortalité. Depuis, les médecins ont un plus faible risque de mortalité pour la plupart des causes sauf pour le suicide. L'auteur cite que l'inversion au Danemark s'est produite dès 1950 surtout pour les maladies liées au tabagisme. L'auteur se demande si le temps va aussi

¹⁷ Par exemple, il semblerait que les femmes médecins en Hongrie ont de plus mauvais indicateurs de santé somatique que les femmes d'autres professions, surtout pour les maladies chroniques et les problèmes de santé reproductive[21].

s'occuper de faire disparaître le risque augmenté de suicide comme on a vu baisser le risque de mortalité pour la plupart des autres causes chez les médecins[23].

Section II Burnout, dépression et suicide

§ I. Burnout

A) Généralités sur le concept de burnout

1) Description du burnout

Contrairement à la dépression qui est un diagnostic psychiatrique et médical, le burnout est un concept psychosocial. Le terme de **burnout** vient de l'industrie aéronavale et électrique et veut dire « court-circuit » ou que le système surchauffe avec une consommation de tout le carburant ou l'électricité disponibles. En 1974, Herbert J. Freudenberger, un psychiatre et psychanalyste new-yorkais, reprend ce terme pour décrire **un syndrome d'épuisement professionnel chez des travailleurs sociaux et des soignants** bénévoles qui travaillent avec lui dans des hôpitaux de jour pour patients atteints de toxicomanies (« free clinics ») dans la banlieue de New-York[24].

En 1976, Christina Maslach (psychologue chercheuse) et Susan Jackson (psychiatre chercheuse) développent une **théorie du syndrome de burnout selon 3 axes** et créent ensuite une échelle d'évaluation en 22 questions, la Maslach Burnout Inventory (MBI) qui sera ensuite validée et traduite dans différentes langues (Inventaire d'épuisement professionnel en français)¹⁸[25], [26].

La définition du burnout selon Maslach et Jackson souligne les **3 dimensions retenues du syndrome d'épuisement professionnel : l'épuisement émotionnel (EE), la dépersonnalisation ou déshumanisation de la relation à l'autre (DP) et la perte du sentiment d'accomplissement personnel (AP)**. Maslach et Jackson donnent une définition du burnout qu'elles définissent comme « *Un syndrome d'épuisement émotionnel de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui* »[27, p. 3] (Cf. **illustration 4**).

¹⁸ Cf. partie suivante sur les mesures du burnout



Illustration 4 : les « professions aidantes » à risque de burnout. Illustration par Gaëlle Devillard.

Au départ, ce syndrome vise les personnes dont l'activité professionnelle implique un engagement relationnel important ou « professions aidantes » (travailleurs sociaux, professions soignantes, enseignants). Ensuite, **ce syndrome a été généralisé à tous les travailleurs**. Cary Cherniss (psychologue américain) a insisté sur le rôle des **écarts entre les attentes initiales et la réalité de terrain des travailleurs** et d'une véritable désillusion[28]. Ayla Pines (psychologue israélienne) a énoncé que plus les travailleurs s'impliquent au départ, plus la probabilité d'être atteint par le syndrome est forte si les conditions de travail sont défavorables : « *Pour être consumé, il faut d'abord avoir été enflammé* »[29, p. 36].

Le syndrome d'épuisement professionnel se produit en cas d'exposition chronique à un stress important et destructeur au travail. Deux types de stress au travail peuvent amener au burnout : le **stress exogène** auquel est soumis le soignant par son environnement¹⁹ et le **stress endogène**, lié à des facteurs internes²⁰ (Cf. **illustrations 5 et 6**).

¹⁹ C'est le stress principal selon Christina Maslach.

²⁰ Cela représente le stress prédominant selon H. Freudenberger.

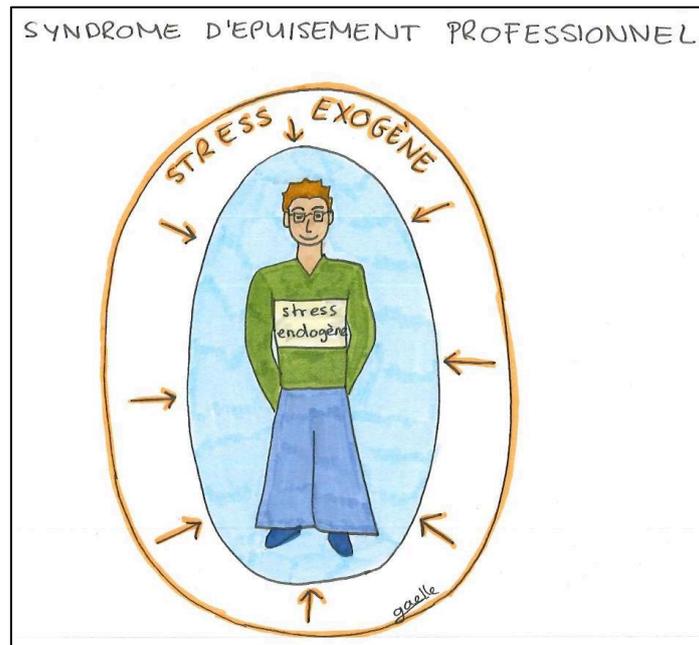


Illustration 5 : les stress exogène et endogène se cumulent pour favoriser le syndrome d'épuisement professionnel.
Illustration par Gaëlle Devillard.

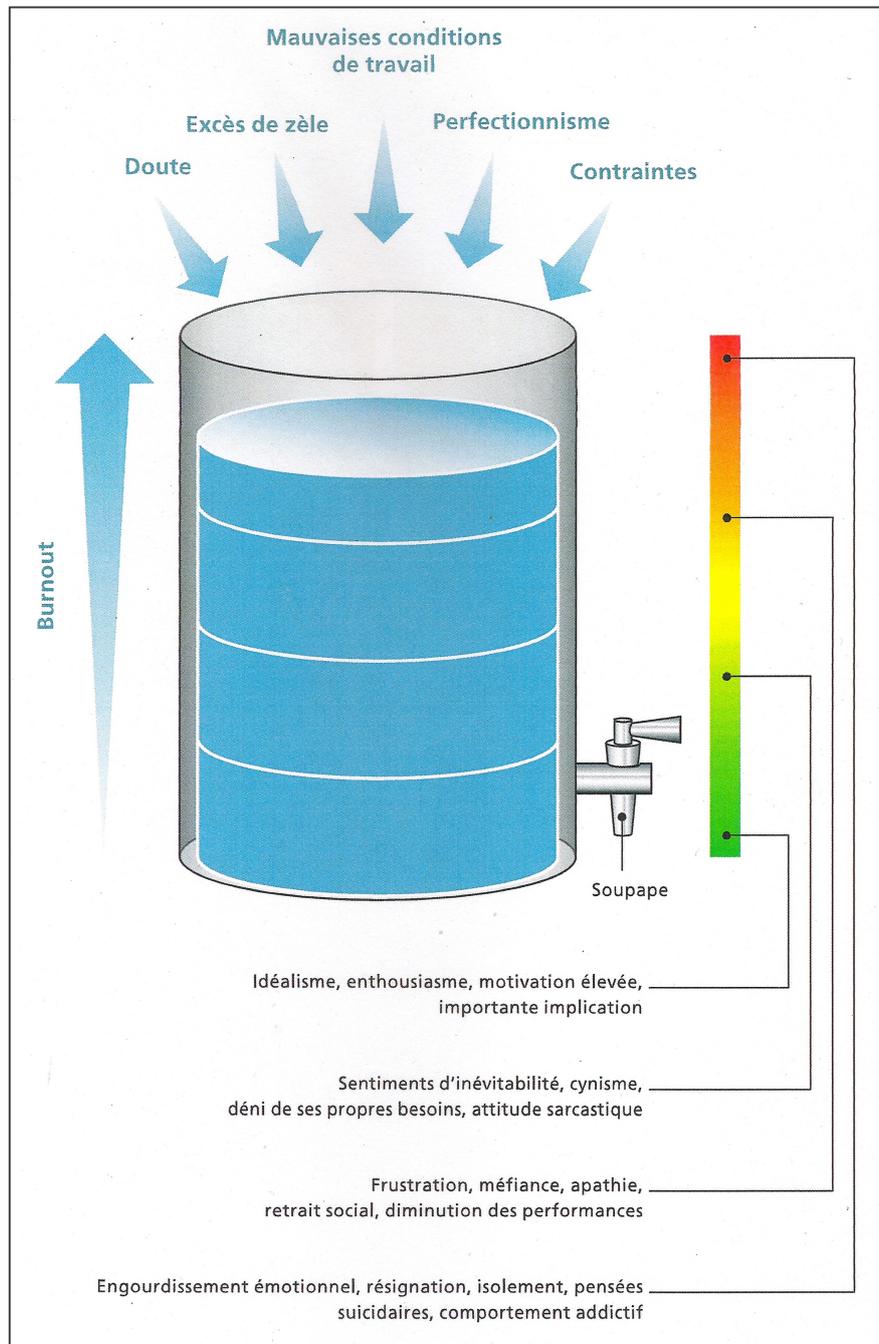


Illustration 6 : les facteurs de genèse du burnout. Illustration tirée de [30, p. 11] selon le modèle de burnout d'après Barwinske, Heinrich et Mauritz (2009).

Exemples de stress exogène[31]

- Charge de travail et organisation du travail
- Type de management ou de hiérarchie
- Rencontres émotionnelles avec patients et collègues
- Contraintes de temps ou de priorités
- Manque de reconnaissance (de la part des patients, de la hiérarchie, des collègues)
- Conflits entre vie privée et vie professionnelle (notamment les conflits de rôles)

Exemples de stress endogène[31], [32]

- Idéalisme

Sentiment aigu des responsabilités
Troubles de l'humeur ou autres troubles psychiques
Difficultés à collaborer, à travailler en équipe, à déléguer
Personnalité du soignant (ex : perfectionniste, obsessionnel...)

Plus récemment, on a développé le terme de « *bore-out* » (qui peut être traduit en français par celui de sous-occupation) qui rend compte d'un stress professionnel qui se produit lorsque les demandes sont trop faibles par rapport aux compétences des individus (Cf. **illustration 7**).

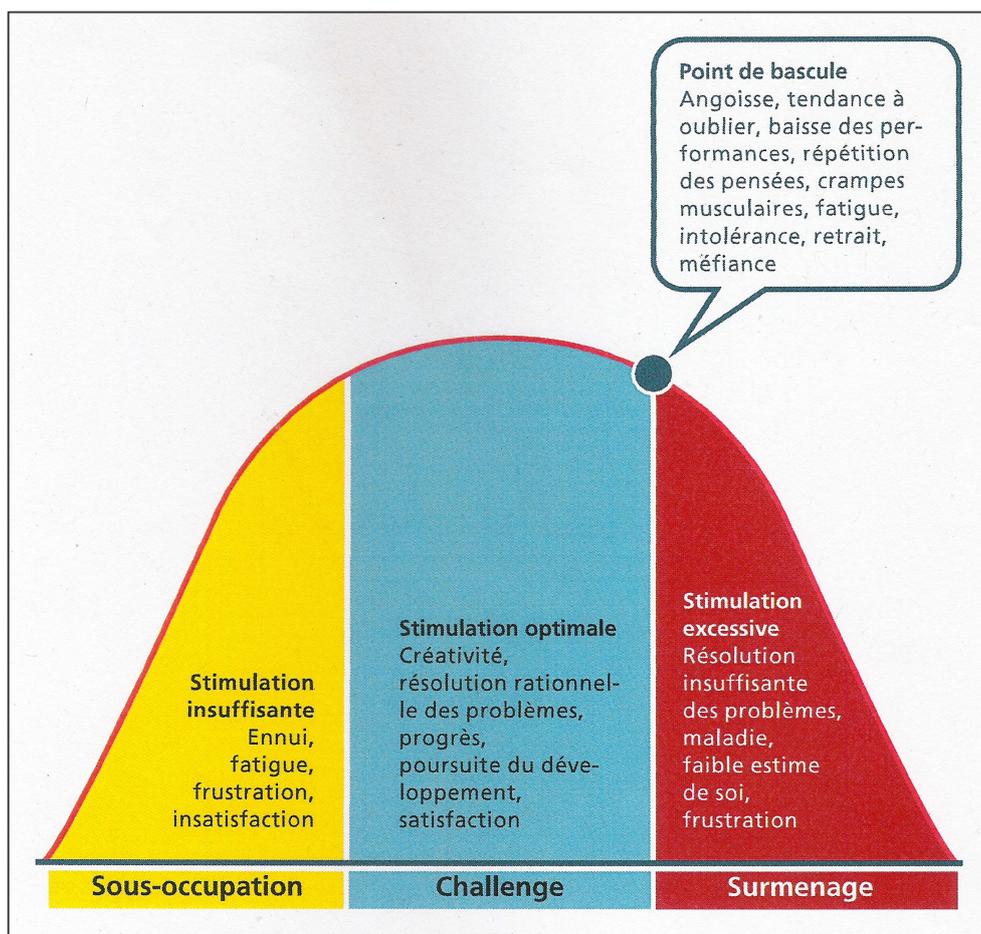


Illustration 7 : les capacités de performances sont les plus élevées lorsque les tâches représentent un challenge (défi). Dans ce domaine, il existe une stimulation optimale pour les performances, la créativité est à son maximum et la satisfaction à son plus haut niveau. De part et d'autre de ce domaine, la sous-occupation ou le surmenage menacent. Illustration tirée de [30, p. 29].

Les signes et symptômes du burnout peuvent être psychiques, corporels, cognitifs et comportementaux (Cf. tableau 2).

Symptômes psychiques	<ul style="list-style-type: none"> Épuisement émotionnel Labilité (instabilité) émotionnelle Irritabilité Agressivité Incertitude Anxiété, panique Dépression Démotivation
Symptômes corporels	<ul style="list-style-type: none"> Fatigue Incapacité de se reposer et récupérer Troubles du sommeil Symptômes végétatifs (troubles digestifs, maux multiples de ventre, de dos, de nuque, de dents, de tête) Vulnérabilité accrue aux infections
Symptômes cognitifs	<ul style="list-style-type: none"> Troubles de l'attention Troubles de la concentration Troubles de la mémoire Indécision Flexibilité intellectuelle réduite
Changements de comportement	<ul style="list-style-type: none"> Activité accrue ou moindre Repliement social Comportement de dépendance Diminution des performances Absence au travail Tendance à avoir des accidents Moindre résistance au stress

Tableau 2 : les symptômes en cas de burnout. Tableau tiré de Hochstrasser[33, p. 561].

Face à cette **avalanche de symptômes** (Cf. **illustration 8**) plus ou moins présents selon la sévérité et la gravité du syndrome, le travailleur va se tourner vers différentes stratégies qui compliquent encore le tableau (ex : abus de tranquillisants, d'alcool, de tabac ou de drogues comme la cocaïne ou les amphétamines pour augmenter ses capacités et à visée d'automédication). Le burnout est un processus sournois, qui s'installe et se développe sur des mois ou des années et il faut du temps pour le soigner et s'en sortir (jusqu'à deux ans selon certains auteurs). De plus, **le burnout qui ne touche initialement que la sphère professionnelle du travailleur, s'étend ensuite à la sphère privée et fait le lit de la dépression puis, si non traitée, du suicide**[34].

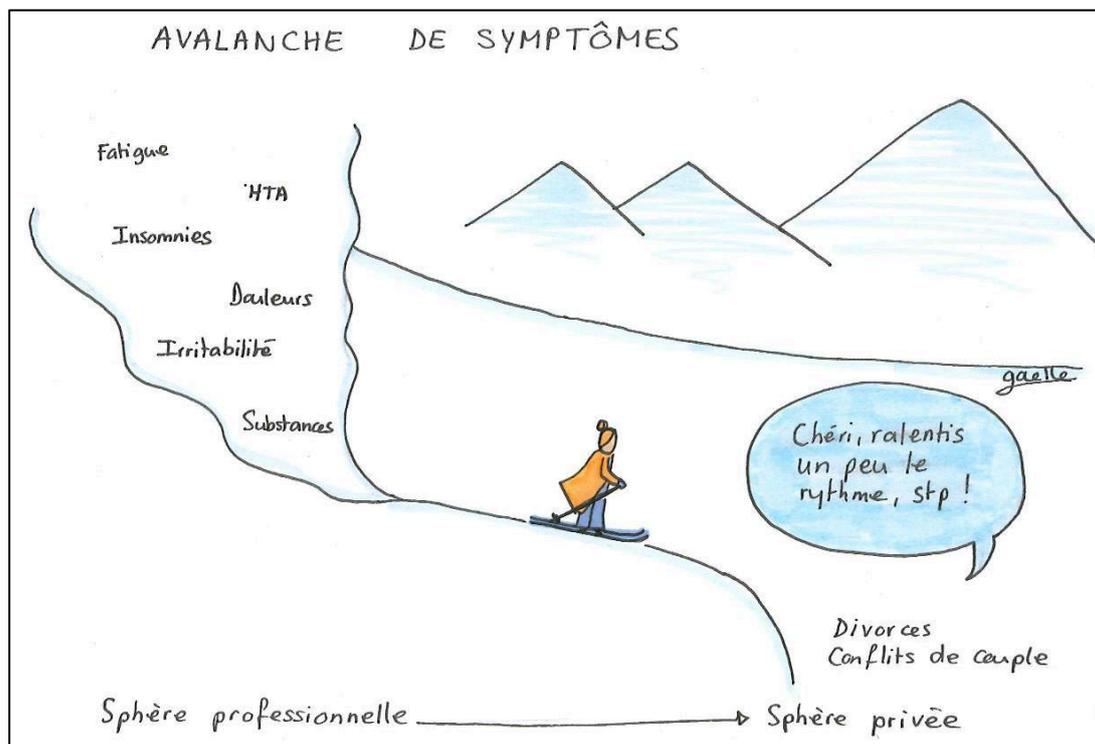


Illustration 8 : l'avalanche de symptômes du burnout. Illustration par Gaëlle Devillard.

Cette thèse se centre sur la population médicale mais il est probable que des prévalences élevées de burnout se retrouvent également dans des milieux professionnels divers soumis à un stress professionnel majeur et chronique. Nous pouvons penser au milieu bancaire ou à d'autres milieux soumis à des restructurations importantes en ces temps de crise économique. Selon une enquête sur la santé au travail de 2007 du Secrétariat à l'économie de la Confédération (SECO), 40% des Suisses avouaient souffrir d'une tension psychique forte au travail[35]. Entre 2008 et 2010, 40 employés de France Telecom se sont suicidés et 50 employés ont tenté de se suicider²¹. En 1927, le film muet de science-fiction « *Metropolis* » de Fritz Lang figurait les années 2000 comme un monde où les hommes étaient asservis par le travail et où des milliers de travailleurs étaient engloutis par la machine « *Moloch* » pour permettre aux riches de vivre paisiblement leurs vies. Ce film est tristement encore très actuel. La mondialisation et la course à la productivité de nos civilisations modernes n'ont plus de limites. Les termes utilisés dans les ressources humaines montrent le peu de considération envers les travailleurs, tels « *faire du moins* » ou « *dégraïsser* » (qui signifie des licenciements en masse). En Suisse, **le burnout n'est pas encore reconnu comme une véritable affection psychiatrique ou une maladie professionnelle mais est responsable de nombreuses consultations** ambulatoires de psychiatres ou de psychologues installés, et surtout parmi les médecins généralistes. Au Japon, l'équivalent du burnout qui se nomme « *Karoshi* » (qui signifie « mort par son travail ») est reconnu comme une maladie professionnelle depuis les années 1970 car toute la société japonaise s'est construite sur le principe du travail jusqu'à l'épuisement²². On

²¹ Un audit accablant a montré un mode de management toxique, et des employés en souffrance à cause du stress très important qui régnait dans l'entreprise[36].

²² Les critères retenus pour une indemnité envers les proches sont 24h de travail avant la mort ou 16 heures par jour la semaine précédente.

compte environ 330 cas par an au Japon dont 157 décès et 173 personnes gravement malades mais de nombreux cas ne sont pas diagnostiqués et classés dans les statistiques de maladies cardiovasculaires. Le nombre de cas se compterait en réalité en milliers par an[37]. Le Conseil fédéral suisse estime les coûts des maladies liées au stress à la place de travail entre 4 et 8 milliards de CHF par an[35].

2) Mesures du burnout

L'échelle de mesure validée la plus utilisée est la **Maslach Burnout Inventory** de Maslach et Jackson (MBI) qui donne 3 scores séparés correspondant aux 3 dimensions de burnout : l'**épuisement émotionnel (EE)**, la **dépersonnalisation (DP)** et le **manque d'accomplissement personnel (AP)** (Cf. illustration 9) [25], [26]. Ces scores sont comparés à un collectif de référence de professionnels de la santé d'Amérique du Nord et sont stratifiés ainsi en score bas, score moyen et score élevé de chacune des 3 dimensions de burnout. La plupart des études donnent les résultats par dimensions.

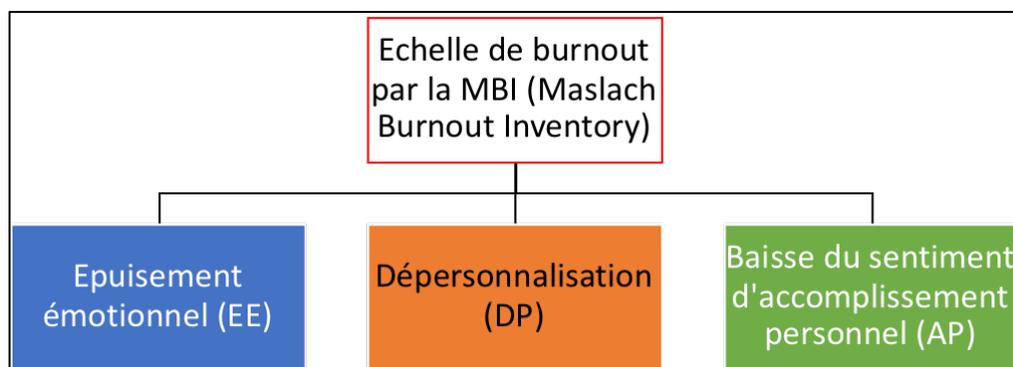


Illustration 9 : les trois dimensions du burnout selon la MBI avec 3 scores séparés pour chacune des 3 dimensions. Illustration par l'auteur.

Pour de nombreux auteurs, la dimension d'épuisement émotionnel est centrale dans le burnout[38] et certaines études ne mesurent que cette dimension. Dans un article de 2016, Maslach et Leiter critiquent cette attitude en évoquant que **la dimension d'EE est fortement associée à la dépression** et aux troubles anxieux et serait moins spécifique au burnout et au contexte professionnel. Les auteurs insistent sur le fait que c'est plus la dimension de DP qui serait la partie centrale du burnout et qui serait plus liée à l'environnement professionnel²³[39]. Pour la plupart des autres auteurs, un **niveau de burnout modéré est retenu si l'une ou l'autre des dimensions d'EE ou de DP est élevée**²⁴, et un **niveau de burnout est considéré comme sévère si les 3 dimensions sont élevées**[40]-[45]. Les mesures globales de burnout sembleraient surtout associées à la dimension d'épuisement et moins aux 2 autres dimensions[46].

Une étude de 1986 cherche à évaluer la validité de la MBI pour mesurer le burnout parmi les médecins en formation post-gradués en médecine générale[47]. Cette étude a

²³ Les composantes d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation ont été retenues comme prédominantes cliniquement pour les soignants. La dimension de perte d'accomplissement personnel serait un facteur aggravant si élevée ou protecteur si basse (correspondant donc à une forte sensation d'accomplissement personnel).

²⁴ Les guidelines fournies avec l'échelle MBI autorisent cette possibilité de retenir un niveau de burnout modéré si l'EE ou la DP sont élevées.

montré qu'en comparaison avec l'auto-évaluation par MBI, les observateurs (directeurs de programme ou psychologues) seraient sensibles concernant l'épuisement émotionnel mais moins pour la dépersonnalisation ou la perte de l'accomplissement personnel.

D'autres échelles de mesure de burnout ont été développées mais elles sont moins utilisées dans la littérature médicale²⁵. On peut citer par exemple l'échelle de mesure du burnout de Shirom-Melamed (Shirom-Melamed Burnout Measure, SMBM) qui décrit trois dimensions du burnout d'épuisement physique, émotionnel et cognitif sur la base de la théorie de préservation des ressources²⁶[48].

3) *Place du burnout dans les classifications psychiatriques internationales*

Comme mentionné dans les dernières recommandations thérapeutiques du Réseau suisse d'experts sur le burnout (« SEB »)[49], le burnout est considéré du point de vue médical comme un trouble lié à une situation de stress chronique qui représente un état de risque non spécifique pouvant engendrer des maladies secondaires tant psychiatriques (ex : insomnies, troubles anxieux, dépression, addiction) que somatiques (ex : syndrome métabolique, diabète, acouphènes, maladies cardio-cérébrovasculaires). Dans la 10^{ème} révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10), le burnout ne passe pas pour un trouble psychique à part entière mais est retrouvé dans la rubrique « Troubles liés aux difficultés à gérer sa vie » et il figure dans la clé diagnostique « Z73.0 Syndrome d'épuisement (burnout) ». Il peut donc être associé à un trouble psychique ou l'accompagner. **Le syndrome d'épuisement professionnel n'a pas encore trouvé sa place dans les classifications des troubles mentaux** (DSM-5²⁷ et CIM-10²⁸) et, selon certains auteurs, la catégorie actuelle qui correspondrait le mieux serait les troubles de l'adaptation.

B) *Le burnout chez les médecins*

1) *Les médecins en burnout*

De nombreuses études et articles traitent du burnout des médecins et des étudiants en médecine. La plupart des études sont transversales et se résument à un questionnaire distribué par voie électronique à des collectifs plus ou moins larges de médecins ou d'étudiants en médecine. Il résulte que **la plupart des études peuvent uniquement pointer des liens associatifs et non une causalité**. Les prévalences de burnout chez les médecins sont très variables selon les études mais relèvent aussi souvent de différents critères retenus pour les définitions de degré de burnout modéré ou sévère. Un **biais de recrutement** est toujours possible car ces études pourraient davantage intéresser les

²⁵ Ces échelles distinctes définissent le burnout de manière différente. L'article cité précédemment de 2016 par Maslach et Leiter décrit plus en détails les autres mesures de burnout en comparaison avec la MBI[39].

²⁶ Cf. Chapitre 2, Section I, §I, B, 2, f

²⁷ Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie (American Psychiatric Association, APA), 5^{ème} révision.

²⁸ Classification Internationale des Troubles mentaux et des troubles du comportement de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 10^{ème} révision.

médecins touchés par le burnout et ainsi sur-évaluer les chiffres[50], [40], [51], [52]. Néanmoins, il est probable que les chiffres soient plutôt sous-évalués car évoquer sa souffrance psychique est plutôt tabou chez les médecins et ceux qui sont en burnout pourraient avoir moins de temps pour remplir les sondages.

2) *Prévalences*

De nombreuses études montrent une **prévalence élevée de burnout chez les médecins**²⁹ qu'ils soient hospitaliers[52] ou en pratique privée[40], [43], [51], [54], médecins en formation post-graduée ou chefs de clinique[41], [45], [55]–[59], généralistes[40], [43], [51], [54] ou spécialistes [32], [60]. Plus récemment, des études ont montré des **prévalences très importantes de burnout parmi les étudiants en médecine** à tous les niveaux[42]. Ce qui pousse certains auteurs à envisager des facteurs de risque pour le burnout qui seraient présents déjà avant les études et qui seraient par exemple impliqués dans le choix de cette orientation professionnelle. Par exemple, avoir des types de personnalité plutôt obsessionnelle et perfectionniste, deux dimensions connues pour favoriser la réussite professionnelle chez les médecins, pourraient les prédisposer aussi à souffrir d'épuisement professionnel, tout comme un idéalisme excessif ou une propension au sacrifice de soi (deux facteurs répandus parmi la profession médicale). Cependant, comme décrit plus loin, ces traits pourraient être passablement renforcés par la formation médicale et la culture en médecine.

Dans la population générale de travailleurs, on retrouve une prévalence moyenne de burnout entre 15 et 20% mais chez les soignants (médecins et infirmiers) les prévalences sont plutôt de 30 à 35%[60] voire beaucoup plus, selon certaines études jusqu'à 80%[45].

Shanafelt, Dyrbye et d'autres médecins de la Mayo Clinic publient régulièrement sur le sujet du burnout des médecins et plus globalement sur les facteurs associés à la souffrance psychique des médecins aux USA. Ils publient régulièrement les résultats d'études à l'échelle nationale avec des prévalences de différents indicateurs de souffrance psychique. Ils ont publié en 2015 une étude qui évaluait notamment l'évolution des prévalences de burnout des médecins des USA inscrits dans le registre des médecins de l'Association Médicale Américaine (AMA). **Selon leurs données, 54,4% des médecins répondants (N = 3'680) avaient au moins une dimension de burnout en 2014 en comparaison avec 45,5% (N = 3'310) en 2011.** Ces données montrent que la prévalence de burnout est non seulement très élevée mais qu'elle a augmenté d'environ 9% en trois ans[44].

Pour montrer que **toutes les étapes de la profession sont touchées par l'« usure professionnelle »** (terme français alternatif pour le burnout avec l'« épuisement professionnel »), les prévalences vont être déclinées selon les différentes étapes de la formation médicale et selon les différentes spécialités et type d'activité. Quelques études qui fournissent des comparaisons avec d'autres groupes professionnels ou la population générale seront également citées.

²⁹ Une revue narrative de 2016 par Dyrbye et Shanafelt sur le burnout parmi les étudiants en médecine et les médecins en formation post-graduée résumant les 25 dernières années de recherche sur le sujet (1990-2015) avec une large perspective sur le sujet[53].

a) Les étudiants en médecine

Les études de médecine sont reconnues comme des études avec un environnement stressant, de lourdes demandes et des conditions difficiles en raison d'une compétitivité et d'une sélection importantes des plus doués et de ceux qui gèrent le plus efficacement le stress (Cf. **illustration 10**). En dehors des examens et des études théoriques, les expériences cliniques au cours des stages peuvent amener à porter déjà des responsabilités importantes malgré la faible expérience. Les horaires de travail sont souvent peu contrôlés à travers les pays. Pour certains pays comme les Etats-Unis, la dette financière que contractent les étudiants en médecine est un facteur de stress supplémentaire, surtout pour les étudiants en difficulté académique qui doutent de pouvoir la rembourser un jour. Des dettes entre 50'000 et 150'000 dollars sont avancées selon la littérature récente[61], [62].

Premier auteur et année	Type d'étude	Échantillon (N)	Échelle utilisée	Résultats	Remarques
Dyrbye[42] (2010)	Transversale	2'682 étudiants en médecine inscrits dans 7 facultés de médecine aux USA	MBI	53% de burnout	Critères si EE et/ou DP élevée(s)
Dyrbye[63] (2014)	Transversale	4'402 étudiants en médecine aux USA (niveau national)	MBI	55,9% de burnout	Critères si EE et/ou DP élevée(s)
Kroska[64] (2016)	Transversale	241 étudiants de 2 ^{ème} , 3 ^{ème} et 4 ^{ème} année, Université Iowa, USA	MBI	51% de burnout	Critères si EE et/ou DP élevée(s)

Tableau 3 : un résumé d'études évaluant les prévalences de burnout parmi des collectifs d'étudiants en médecine. Réalisation par l'auteur.

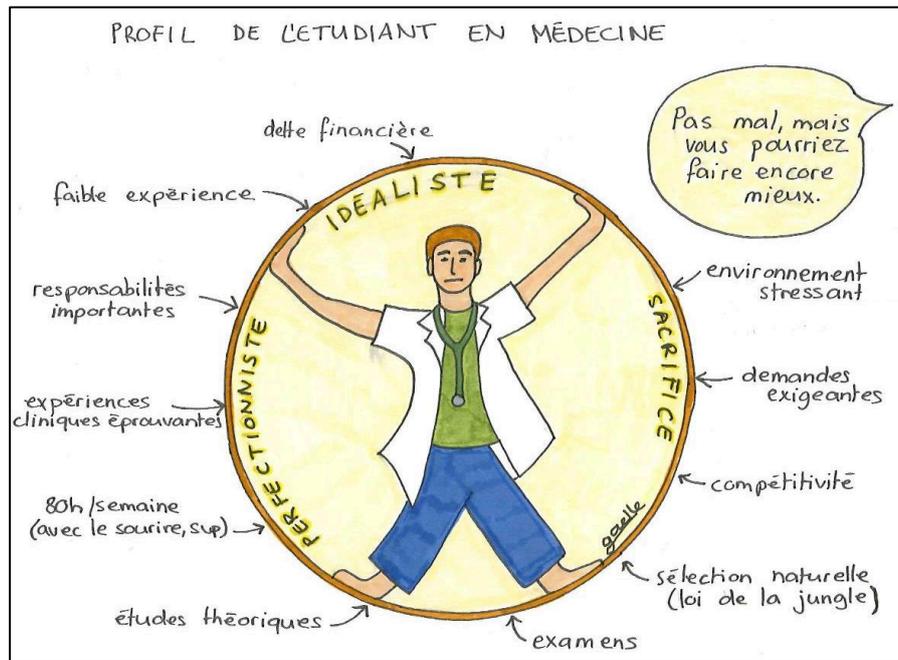


Illustration 10 : le profil de l'étudiant en médecine à risque de burnout. Illustration par Gaëlle Devillard.

b) Les médecins en formation post-graduée et les chefs de clinique

La formation post-graduée³⁰ est une période de formation avec des conditions très favorables à la survenue d'un épuisement professionnel : un nombre élevé d'heures de travail par semaine, des responsabilités importantes mais un manque d'autonomie concernant l'organisation du travail, une répartition de la charge de travail intense, ainsi que les effets du travail posté avec les gardes de nuits. Les médecins internes sont trop souvent considérés comme des travailleurs disponibles pour de nombreuses activités du service vu leurs horaires extensibles plutôt que des candidats encore en phase d'apprentissage et d'acquisition d'expérience[58].

En 2004, dans le JAMA, une revue de littérature d'une quinzaine d'articles sur le burnout des médecins internes avance des prévalences élevées (entre 35 et 70%), mais les études sont souvent menées avec une méthodologie médiocre et de petits collectifs[45]. Certaines études montrent une tendance à l'augmentation des prévalences de burnout avec les années d'internat alors que d'autres montrent un pic d'intensité dans les 6 premiers mois.

Premier auteur et année	Type d'étude	Échantillon (N)	Échelle utilisée	Résultats	Remarques
West[62] (2011)	Transversale	16'394 médecins internes en médecine interne aux USA (niveau national)	MBI	51,5% de burnout 46% EE élevée 29% DP élevée	Critères de burnout si EE et/ou DP élevée(s)
Fahrenkopf[56] (2008)	Transversale	123 médecins internes en	MBI	74% de burnout	

³⁰ Elle est appelée « internat » en France.

		pédiatrie de 3 hôpitaux universitaires des USA			
Prins[65] (2010)	Transversale	2'115 médecins internes des Pays-Bas (niveau national)	MBI	6% de burnout sévère 21% de burnout moyen à sévère 30% EE élevée 38% DP élevée 14% d'AP abaissée	

Tableau 4 : un résumé d'études évaluant les prévalences de burnout parmi des collectifs de médecins en formation post-graduée et de chefs de clinique. Réalisation par l'auteur.

c) Les médecins de premier recours

Les réformes successives des systèmes de santé pour améliorer la coordination et la continuité des soins ainsi que pour freiner l'augmentation des coûts de la santé généralisent dans la plupart des pays les systèmes avec les médecins de premier recours (généralistes, pédiatres, internistes) comme porte d'entrée du système de soins³¹. C'est ensuite le médecin de premier recours qui adresse les patients chez les spécialistes. Cette réforme combinée avec le vieillissement croissant de la population de la plupart des pays développés, l'importante augmentation des prévalences de maladies chroniques grâce aux progrès de la médecine, les contraintes administratives qui augmentent, les difficultés pour trouver une relève, **exposent les médecins de premier recours à un stress accru et ceux-ci semblent particulièrement sujets au burnout.**

Premier auteur et année	Type d'étude	Échantillon (N)	Échelle utilisée	Résultats	Remarques
Goehring[43] (2005)	Transversale	1'784 médecins de premier recours, Suisse (niveau national)	MBI	32% de burnout 4% de burnout sévère 19% EE élevée 22% DP élevée 16% d'AP abaissée	Critères de burnout si EE et/ou DP élevée(s) Critères de burnout sévère si 3 dimensions élevées
Truchot[66] (2009)	Transversale	259 médecins généralistes, France	MBI	EE élevée : 43,2% à 47,95% DP élevée : 33% à 40%	Fourchettes variables selon si comparaison avec population contrôlée des

³¹ Modèle appelé « *gatekeeper* » (qui signifie portier ou gardien) de tout le système de santé ou le système de réseaux de soins (« *Managed Care* »).

				AP abaissée : 30% à 37%	USA ou du Canada.
--	--	--	--	----------------------------	----------------------

Tableau 5 : un résumé d'études évaluant les prévalences de burnout parmi des collectifs de médecins de premier recours. Réalisation par l'auteur.

Entre 1999 et 2002, l'European General Practice Research Network (EGPRN) a distribué 3'500 questionnaires à des médecins généralistes de 12 pays européens et de Turquie comprenant le MBI. Au total, 12% des médecins répondants (taux de réponse moyen de 41%) présentaient un score élevé dans les 3 dimensions de burnout, 43% des médecins avaient un score élevé d'EE, 35% un degré élevé de DP et 32% avaient perdu leur sentiment d'accomplissement personnel[67]. Dans le détail des résultats (Cf. **illustration 11**), les prévalences de burnout sont les suivantes : en France (10% de burnout global, 34% d'EE élevée et 35% de DP élevée) ; en Grèce (22% de burnout global, 32% d'EE élevée et 73% de DP élevée) ; au Royaume-Uni où le système de santé a subi d'importantes réformes (18% de burnout global, 54% d'EE élevée et 45% de DP élevée).

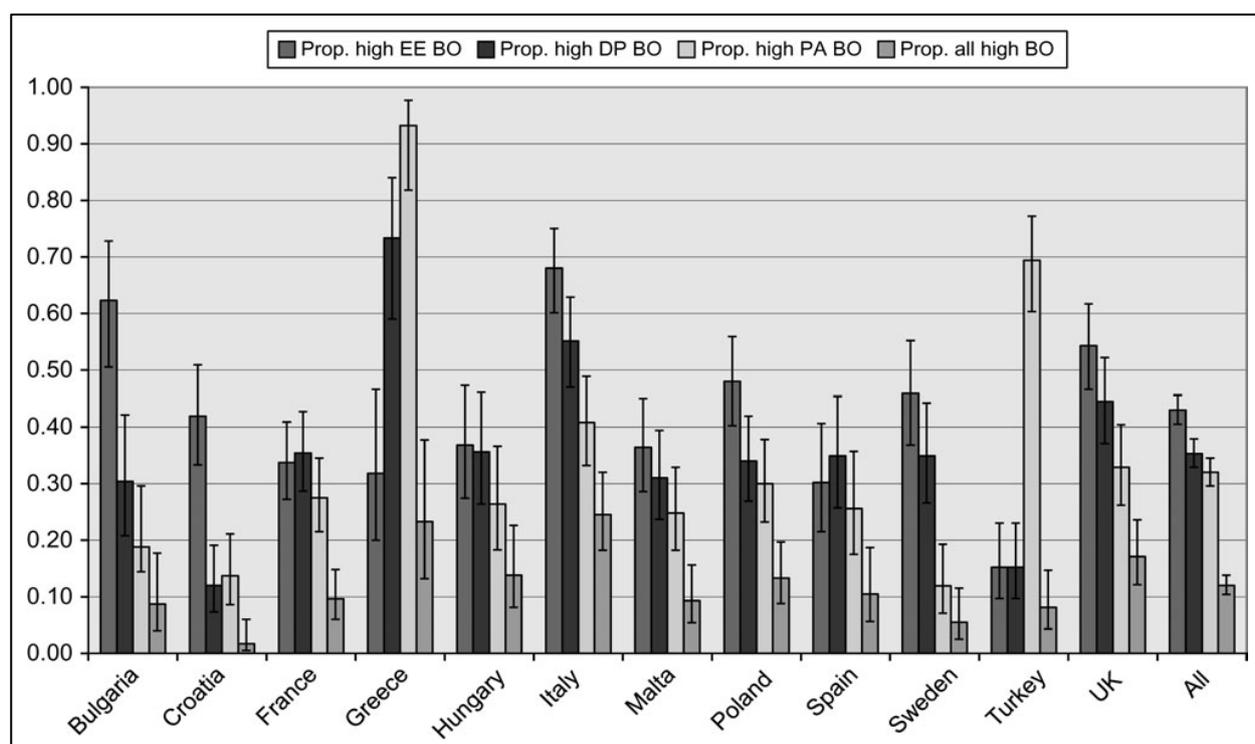


Illustration 11 : la distribution des proportions de médecins généralistes répondants parmi 12 pays d'Europe et de Turquie par haut niveau de score de burnout dans chacune des trois dimensions par pays et pour tous les pays ensemble (avec des barres d'erreurs représentant 95% d'IC pour les proportions). Pays dans l'ordre de gauche à droite : Bulgarie ; Croatie ; France ; Grèce ; Hongrie ; Italie ; Malte ; Pologne ; Espagne ; Suède ; Turquie ; Royaume-Uni ; tous les pays (all). Illustration tirée de [67, p. 254].

d) Les spécialistes

À part les médecins de premier recours particulièrement exposés à la dimension d'épuisement émotionnel[40], [43], [68], **les psychiatres et pédopsychiatres** seraient également à haut risque[69], [70] pour certains en raison de leurs traits de personnalité car ils auraient tendance à internaliser davantage leurs expériences stressantes[70]. **Les**

chirurgiens seraient surtout touchés par la dimension de DP[32]. Les médecins travaillant dans les services soumis à un stress soutenu (internistes, urgentistes) et les oncologues[71] sont également plus exposés au risque de burnout.

L'étude citée plus haut publiée par Shanafelt et collaborateurs en 2015 qui évalue l'évolution des prévalences de burnout entre 2011 et 2014 parmi un grand échantillon de médecins des USA analyse également les résultats par spécialités. Les spécialités avec le plus haut taux de burnout en 2014 comportaient la médecine d'urgence (environ 70%), la médecine de famille et la médecine générale, la médecine physique et de réhabilitation, l'urologie (toutes autour des 60%). Les spécialités avec les prévalences les plus faibles qui atteignent néanmoins 40% à 50% sont la médecine préventive et du travail, la radio-oncologie et la pédiatrie[44] (Cf. **illustration 12**).

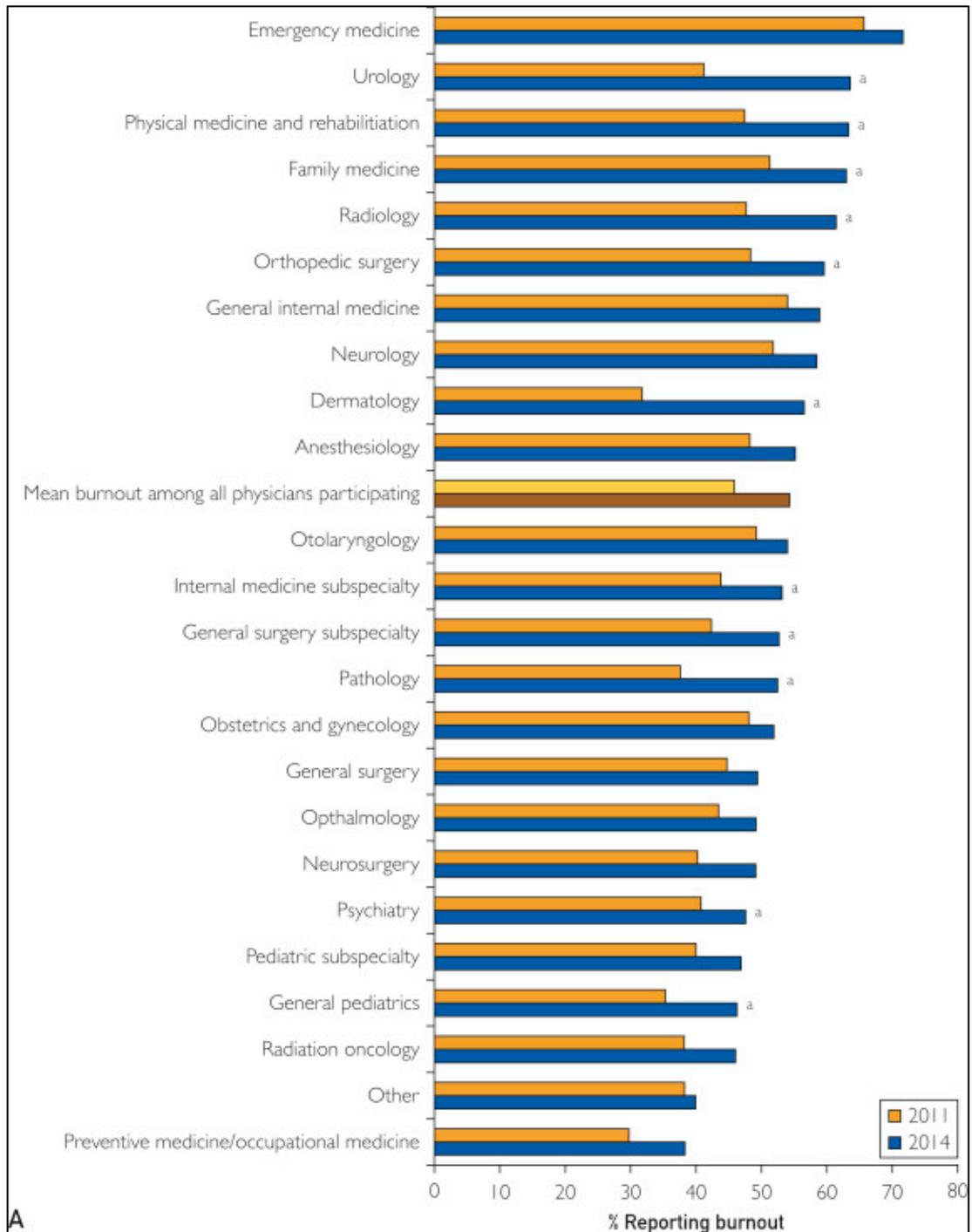


Illustration 12 : le niveau de burnout par spécialité en 2014 vs. 2011 parmi les médecins des USA (échantillon national). La spécialité est montrée sur l'axe y et le niveau de burnout est montré sur l'axe x. *P<.05 entre la comparaison entre 2014 et 2011. Spécialités de haut en bas : médecine d'urgence ; urologie ; médecine physique et réhabilitation ; médecine de famille ; radiologie ; chirurgie orthopédique ; médecine interne générale ; neurologie ; dermatologie ; anesthésiologie ; niveau de burnout moyen parmi tous les médecins participants ; otolaryngologie ; sous-spécialités de médecine interne ; sous-spécialités de chirurgie générale ; pathologie ; obstétrique et gynécologie ; chirurgie générale ; ophtalmologie ; neurochirurgie ; psychiatrie ; sous-spécialités de pédiatrie ; pédiatrie générale ; radiologie oncologique ; autres spécialités ; médecine préventive/médecine du travail. Illustration tirée de [44, p. 1606].

e) Comparaison avec les infirmiers

Dès sa conception, le burnout a été appliqué à diverses populations de soignants.

Les infirmiers sont également très touchés par ce problème.

En 2012, Renzi et al. ont publié une étude menée dans un hôpital du centre de l'Italie cherchant à comparer les prévalences de burnout et de morbidité psychiatrique globale entre médecins et infirmiers dans un collectif de 155 médecins répondants (correspondant à 40% de taux de réponse) et 216 infirmiers (35% de taux de réponse). Les résultats montrent un niveau élevé d'EE chez 38% des médecins et 45% des infirmiers, un niveau élevé de DP chez 21% des médecins et des infirmiers et une perte d'accomplissement personnel chez 4% des médecins et 7% des infirmiers[52]. Selon cette étude, la composante d'EE était particulièrement corrélée avec le risque d'avoir une comorbidité psychiatrique (corrélation évoquée dans un autre article de 2009[60]).

f) Comparaison avec d'autres professionnels ou avec la population générale

L'étude citée plus haut publiée par Shanafelt et collaborateurs en 2015 qui évalue l'évolution des prévalences de burnout entre 2011 et 2014 parmi un grand échantillon de médecins des USA compare également les données des médecins avec un échantillon de la population active générale. A préciser que, pour la partie comparative, cette étude utilise une forme abrégée de la MBI avec deux items uniques qui sont fortement corrélés avec les dimensions d'EE et de DP de la MBI. Avec cette forme abrégée, les médecins avaient en moyenne 48,8% de burnout global (EE ou DP élevé) avec 43,2% d'EE élevé et 48,8% de DP élevé. L'échantillon de la population active générale avait 28,4% de burnout global, 24,8% d'EE élevé et 28,4% de DP élevé[44].

Une étude publiée en 2007 et menée en Allemagne a cherché à comparer les prévalences de burnout, de motivation au travail et de comportements favorables à la santé parmi des médecins et d'autres professions soumis à des contacts rapprochés avec des personnes et soumis à un stress régulier (policiers, enseignants, officiers de prison et petits entrepreneurs)[72]. Les médecins et les enseignants avaient le niveau de burnout le plus élevé à 27%. Les médecins étaient une minorité (17%) à avoir des comportements sains en matière de santé et 43% avaient une baisse de motivation dans leur travail (score le plus élevé).

3) *Variations selon les facteurs socio-démographiques*

Globalement, **les données socio-démographiques comme le sexe et l'âge semblent moins importantes pour le burnout que pour la dépression ou le suicide.** La plupart des études ne retiennent pas d'influence, mais certains auteurs montrent une association entre statut socio-économique bas et dimension d'épuisement émotionnel[58]. Il ressort de plusieurs études que la grande majorité des médecins vivent en couple ou sont mariés, ce qui semble plutôt être un facteur protecteur contre le burnout [32], [51], [73].

a) Sexe

L'influence du sexe semble moins marquée que pour la dépression, mais les études divergent. Certaines études montrent des prévalences plus élevées de burnout pour les hommes[67] et d'autres pour les femmes[74]–[77]. Une étude de 2010 montre que **les hommes et les femmes semblent souffrir de burnout de manière différente** : les hommes auraient plus tendance à avoir une dépersonnalisation élevée et les femmes plus d'épuisement émotionnel³²[46].

b) Âge

Les études divergent concernant l'âge des médecins et les années de pratique. La plupart des études qui trouvent une différence semblent montrer **un risque augmenté de burnout pour les jeunes médecins**[63], [67], [74], [75], [77], [78]. Certaines études retiennent une prévalence augmentée après 45 ans[57] d'autres que l'âge plus avancé serait plutôt protecteur concernant la dimension de DP[32].

L'étude transversale de Dyrbye de 2013 qui évalue les prévalences de burnout parmi un grand échantillon de médecins des USA analyse les données selon les différentes étapes de la carrière médicale. Cette étude montre que les médecins en début de carrière ont la dimension de DP la plus élevée et les médecins en milieu de carrière le plus haut niveau de burnout global et d'EE[79].

C) *Evolution du burnout et lien avec la dépression*

1) *Lien entre burnout, dépression et suicide*

Comme mentionné précédemment, **le syndrome d'épuisement professionnel**, une fois qu'il s'est installé sur une longue période de temps et qu'il a atteint une dimension sévère, **favorise l'installation d'une véritable dépression majeure qui touche non seulement la vie professionnelle mais toute l'existence de l'individu et peut même aboutir au suicide** (Cf. illustration 13).



Illustration 13 : un stress chronique peut mener au burnout, puis celui-ci peut mener au développement de symptômes dépressifs et avec le temps peut favoriser une dépression clinique. Illustration par l'auteur.

Le syndrome d'épuisement professionnel évolue en différentes phases. Freudenberger avait développé un modèle en **12 stades progressifs de gravité**, l'évolution devenant pathologique à partir du stade 6 (Cf. illustration 14). Ce modèle illustre la progression du burnout vers une réelle dépression clinique (stade 11) avec un risque de suicide élevé au stade 12.

³² Ce qui est confirmé par de nombreux auteurs[32], [41], [51], [65]. Les mesures qui ciblent préférentiellement l'épuisement émotionnel pourraient ainsi sous-diagnostiquer le burnout chez les hommes.

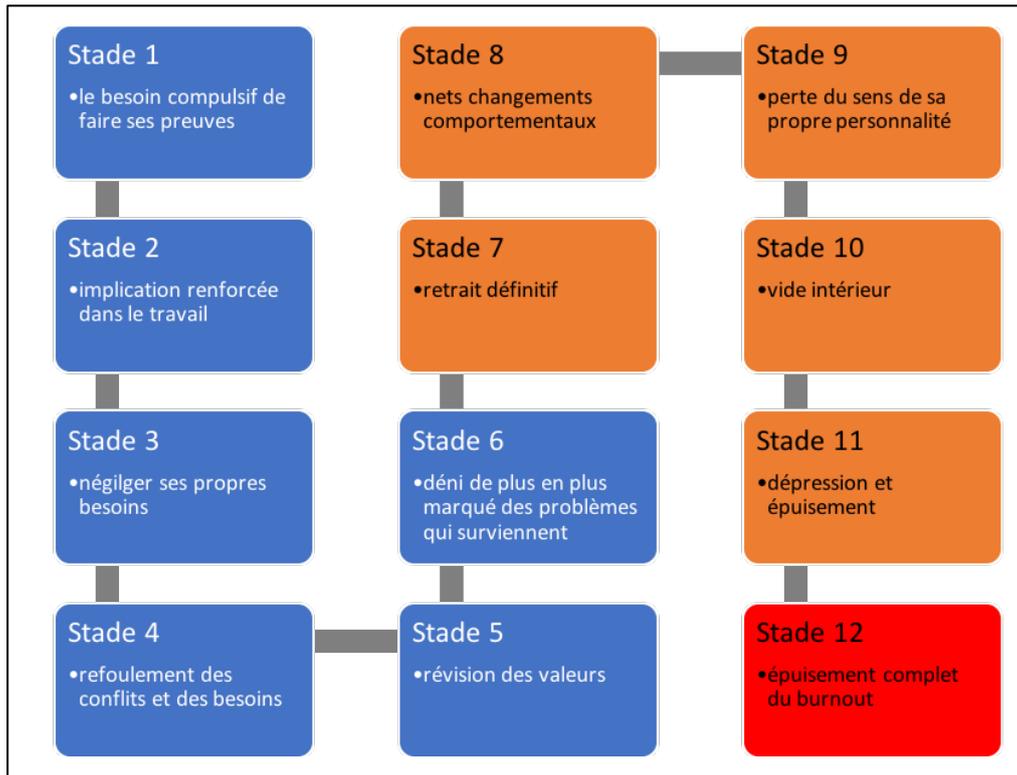


Illustration 14 : les 12 stades du burnout d'après Freudenberg. Illustration inspirée et adaptée de [30, p. 22] par l'auteur.

Ces 12 stades peuvent être **rassemblés en 4 phases** principales qui illustrent les mécanismes principaux qui sont en jeu : alarme, résistance, rupture ou craquage et finalement épuisement[30], [80].

Modèle d'évolution en 4 phases[30] (Cf. **illustration 15**) :

- **Phase d'alarme** : le stress persistant cause l'apparition de caractéristiques indiquant la présence de stressseurs.
- **Phase de résistance** : les stressseurs persistent malgré la disparition physique des réactions caractéristiques de la phase d'alarme, le métabolisme s'adapte à la situation et le corps devient plus résistant.
- **Phase de rupture ou « craquage »** : l'exposition continue aux stressseurs crée une rupture entraînant la réapparition des réactions caractéristiques de la phase d'alarme tout en les rendant irréversibles sans traitement approprié.
- **La phase d'épuisement** : les défenses psychologiques de l'individu sont dérégées, il devient émotionnellement invalide et vit dans une perpétuelle angoisse.



Illustration 15 : Le modèle d'évolution en 4 phases du burnout selon [30]. Illustration par l'auteur.

Dans les recommandations thérapeutiques du Réseau suisse d'experts sur le burnout (SEB), un modèle simplifié des phases du processus du burnout en 3 stades est fourni avec stress accru, burnout léger ou moyennement grave et burnout grave avec dépression clinique[33] (Cf. **tableau 5**).

Stade		Principaux symptômes
Stade 1	Stress accru	Nervosité, irritabilité, troubles de l'attention, hyper-activité, symptômes végétatifs, troubles du sommeil irréguliers, symptômes réversibles dans le cas d'une phase de récupération prolongée
Stade 2	Burnout léger ou moyennement grave	Epuisement, troubles du sommeil réguliers (troubles de l'endormissement et de la continuité du sommeil, activité réduite, repliement social, labilité émotionnelle, lassitude, démotivation, capacité de récupération réduite, symptômes végétatifs durables, douleurs multiples, symptômes cognitifs (troubles de la concentration et de la mémoire), dépression, préservation de l'intérêt et de la capacité de se réjouir
Stade 3	Burnout grave avec dépression clinique	Epuisement prononcé, capacité de récupération réduite, insomnies, réveil précoce, manque d'intérêt et de joie, dépressivité, réduction de l'appétit et de la libido, symptômes cognitifs prononcés, symptômes végétatifs durables, douleurs multiples, désespérance, tendance suicidaire, le cas échéant

Tableau 5 : un modèle simplifié des phases du processus du burnout. Tableau tiré de Hochstrasser[33, p. 562]

Plusieurs études montrent un **chevauchement entre le burnout et la dépression** (Cf. **illustration 16**). Schonfeld et Bianchi ont publié en 2016 un article : « burnout et dépression : deux entités ou une ? »[81]. Cette étude transversale cherche à évaluer le degré de chevauchement entre le burnout (évalué par l'échelle Shirom-Melamed, SMBM) et la dépression (dépistée par Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9) parmi un grand échantillon d'enseignants américains (N = 1'386) de 18 différents Etats des USA. Le burnout et les symptômes de dépression étaient fortement corrélés (0,77) et de manière similaire pour les 3 facteurs liés au stress (événements de vie stressants, adversité au travail et soutien sur la place de travail). En analyse catégorielle, 86% des enseignants identifiés comme ayant un burnout remplissaient les critères pour un diagnostic probable de dépression³³. Les auteurs concluent que le burnout serait une forme de dépression et que les traitements efficaces dans la dépression pourraient aider les professionnels décrits comme atteints de burnout.

³³ Les auteurs citent une autre étude d'un des auteurs (Bianchi) de 2014 qui avait démontré aussi un grand chevauchement entre le burnout (évalué cette fois-ci par la MBI) et la dépression parmi un collectif d'enseignants français.

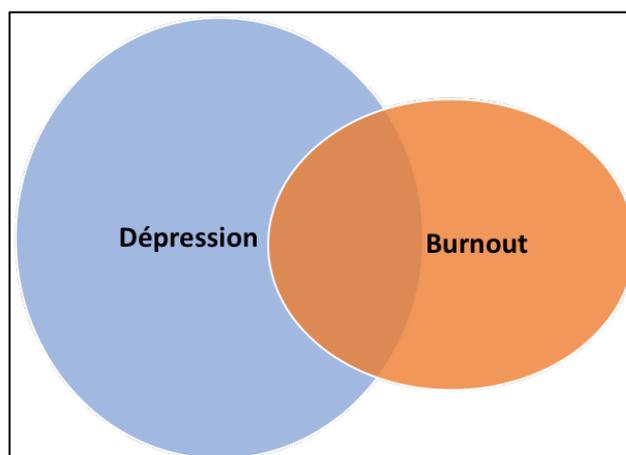


Illustration 16 : il y a un chevauchement entre le burnout et la dépression. Illustration par l’auteur.

Dans l’article cité de 2016 par Maslach et Leiter, les auteurs critiquent cette étude et ce point de vue en rappelant que, contrairement à la SMBM qui est centrée sur 3 dimensions d’épuisement, la MBI présente des dimensions différentes et c’est surtout l’EE qui est corrélé à la dépression et non la DP. Maslach et Leiter rappellent que **la recherche a distingué le burnout et la dépression comme des concepts distincts** : le burnout est lié au travail et spécifique à cette situation alors que la dépression est plus générale et libre du contexte[39]. Ils ajoutent que Schonfeld et Bianchi ont utilisé une échelle de dépression très centrée sur la fatigue (le PHQ-9) tout comme l’échelle de burnout utilisée. Les auteurs ajoutent que **burnout et dépression sont fortement reliés et ne sont pas indépendants mais que, lorsque le stress au travail est impliqué dans la genèse de la dépression, le burnout serait une étape dans le développement d’une dépression.**

Plusieurs études ont montré que **le burnout augmente le risque d’idées suicidaires.** Dans une étude transversale de 2008 parmi un échantillon national des médecins internes des Pays-Bas (N = 2’115), Van der Heijden et collaborateurs ont montré que les idées suicidaires (au moins une fois durant la formation post-graduée) étaient nettement plus importantes (20,5% versus 7,6%) dans le groupe de médecins internes avec critères de burnout (EE + DP ou EE + AP) que dans le groupe sans critères de burnout[82].

2) *Evolution du concept de burnout*

Dès 1997, le terme de « **neurasthénie liée au travail** » a été utilisé comme diagnostic de burnout. Depuis 2003, le concept de « **dépression liée au travail** » ou trouble d’épuisement en lieu et place du burnout a été implémenté en Suède dans les contextes cliniques afin de pouvoir poser un diagnostic médical et obtenir des remboursements[83]. En Hollande, on utilise le terme de « surmenage » (« *overspannenheid* ») ou de « neurasthénie liée au travail »[49] dès que les critères de neurasthénie sont remplis et que des valeurs de burnout sont retrouvées dans une dimension du MBI (EE et/ou DP et/ou AP) pour les mêmes raisons³⁴.

³⁴ Maslach et Leiter critiquent ces conceptions du fait qu’est retenue uniquement la dimension d’épuisement, au détriment des dimensions de DP et de baisse d’AP, pourtant importantes[39].

3) Diagnostic différentiel et comorbidités

Dans les recommandations thérapeutiques du Réseau suisse d'experts sur le burnout (SEB)[33], une liste des diagnostics différentiels médicaux et psychiatriques du burnout a été publiée (Cf. tableaux 6 et 7).

Spécialité médicale	Principaux diagnostics différentiels
Interne	Par ex. anémie grave, carence en vitamine D ₃ , syndrome métabolique, pathologies hypothalamo-hypophysaires
Neurologique	Par ex. apnée du sommeil, jambes sans repos, syndrome de Pickwick, myopathies, encéphalites, crises convulsives, état après un traumatisme crânio-cérébral, sclérose en plaques, myasthénie grave (paralysie bulbo-spinale), maladie de Parkinson, borréliose du système nerveux central (SNC)
Endocrinienne	Par ex. insuffisance hypophysaire (également après un traumatisme crânio-cérébral mineur), hypothyroïdisme, diabète, syndrome de Cushing (obésité ostéoporotique), maladie d'Addison (bronzée)
Infectieuse	Par ex. borréliose, maladie du sommeil, tuberculose chronique, SIDA, virus d'Epstein-Barr, malaria
Oncologique	Par ex. crâniopharyngiome, syndrome de Lambert-Eaton, tumeurs/paranéoplasies en tout genre
Médicamenteuse	Par ex. antihypertenseurs, sédatifs, benzodiazépine, antidépresseurs sédatifs, antipsychotiques

Tableau 6 : une sélection de diagnostics différentiels médicaux. Tableau tiré de Hochstrasser[33, p. 562]

Trouble psychique	Caractéristiques à prendre en compte
Troubles dépressifs	Humeur dépressive, manque d'intérêt, réveil précoce, troubles cognitifs prononcés, psychomotricité altérée, tendance suicidaire, Attention: dépression bipolaire avec des phases de manie
Troubles anxieux	Crises de panique classiques, anxiété d'anticipation, phobies spécifiques
Neurasthénie	Réduction chronique et durable de la résistance au stress et tendance à l'épuisement dans le cas de légères sollicitations intellectuelles ou physiques
Addiction (alcool, sédatifs)	Anamnèse de la prise prolongée ne pouvant plus être interrompue, symptômes de sevrage éventuels
Syndrome d'hyperactivité	Nervosité, troubles de la concentration, hyperactivité, sautes d'humeur, mentionnés dans l'anamnèse depuis l'enfance
Troubles d'adaptation	Altérations brèves ou longues de l'humeur et du comportement suite à des événements, ne caractérisant aucun autre trouble
Trouble obsessionnel compulsif	Pensées obsessionnelles et rituels ayant un effet nettement néfaste et ayant déjà existé avant l'état de stress
Accentuation de la personnalité, troubles de la personnalité	Facultés cognitives et modèle de comportement correspondants, surtout empreints de narcissisme, de dépendance ou d'un manque de confiance en soi

Tableau 7 : les principaux diagnostics différentiels psychiatriques du burnout. Tableau tiré de Hochstrasser[33, p. 562]

Comme mentionné plus haut, le burnout peut être associé à un autre trouble psychiatrique proprement dit comme une dépression, un trouble anxieux ou un trouble de consommation de substance, par exemple³⁵.

§ II. Dépression

A) Généralités sur la dépression

1) Un diagnostic médical reconnu

Contrairement au burnout, **la dépression est un diagnostic psychiatrique reconnu** et dont les critères diagnostiques sont rassemblés dans les classifications médicales internationales des troubles mentaux (DSM et CIM). Selon le DSM-5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^{ème} version) de l'association américaine de psychiatrie (« APA »)[84, p. 188], un « **épisode dépressif caractérisé** » est retenu lorsque la personne présente, pendant au moins deux semaines, cinq des symptômes suivants, dont au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir (anhédonie) (critère A) :

- Humeur dépressive présente presque toute la journée et pratiquement tous les jours.
- Perte d'intérêt ou du plaisir pour pratiquement toutes les activités, la plupart de la journée et des jours.
- Perte ou gain de poids ou de l'appétit significatif.
- Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
- Agitation ou ralentissement psychomoteur presque quotidien.
- Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessif ou inapproprié presque tous les jours.
- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision, pratiquement tous les jours.
- Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

Outre ce premier critère A, les symptômes doivent induire une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (critère B) et l'épisode ne doit pas être imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale (critère C).

Un article de revue publiée dans le Lancet en 2012 sur les avancées cliniques, neurobiologiques et de traitement sur le trouble dépressif majeur, évoque que **la dépression non seulement diminue substantiellement la santé par elle-même mais a un impact important sur la santé perçue si elle est comorbide avec d'autres maladies**

³⁵ Etant donné que le burnout n'est pas considéré comme un diagnostic médical proprement dit mais plutôt une condition associée (ou un état de risque), on ne peut parler de réelle comorbidité[33].

notamment somatiques chroniques (maladie coronarienne, diabète par exemple) en péjorant leurs effets sur la santé perçue et sur la qualité de vie[85]. Cette revue rappelle également que la dépression a de nombreuses comorbidités psychiatriques notamment les troubles anxieux et les troubles de la personnalité.

Une étude de 2017 évalue les effets directs de la tolérance à la détresse ainsi que de la réactivité à la récompense sur la qualité de vie parmi les personnes déprimées et insiste sur le fait que **c'est la qualité de vie qui est plus importante que la sévérité des symptômes seulement**. Les résultats montrent que pouvoir tolérer la détresse et garder une capacité à répondre à la récompense sont deux facteurs impliqués dans l'effet de la dépression sur la qualité de vie[86].

Selon la théorie cognitive de la dépression d'après Beck, **les pensées dysfonctionnelles (ex : auto-critique et dépendance) rendent la personne vulnérable à une dépression non endogène**. Suivant ce lien entre pensées dysfonctionnelles et dépression, deux types de dépression (ou vulnérabilité à la dépression) sont décrits : le prototype de dépression de type dépendance (plus prévalent chez les femmes) et le prototype de dépression de type auto-critique (plus prévalent chez les hommes)[87].

2) *Prévalences de la dépression dans la population générale*

Le DSM-5 donne également **la prévalence aux Etats-Unis sur 12 mois du trouble dépressif caractérisé qui est de 7% environ**, avec des différences importantes selon l'âge, le taux étant trois fois plus élevé chez les personnes de 18 à 29 ans que chez celles de plus de 60 ans. **Les femmes ont une prévalence de 1,5 à 3 fois plus haute que les hommes**, à partir du début de l'adolescence[84, p. 193].

L'article de 2012 sur les avancées cliniques, neurobiologiques et de traitement sur le trouble dépressif majeur donne des chiffres de prévalence sur 12 mois de 6,6% et de prévalence sur la vie de 16,2% dans la population générale et rappelle que la prévalence est 2 fois plus élevée chez les femmes que les hommes[85]. Selon les chiffres de l'OMS rapportés, **entre 10% et 15% de la population générale va faire l'expérience d'un épisode dépressif au cours de sa vie et 5% des hommes et 9% des femmes va faire l'expérience d'un trouble dépressif par année**[88]. Selon une méta-analyse de 2005 collectant les données de 27 études européennes de 16 pays, la prévalence sur les 12 derniers mois de dépression majeure était de 6,9% de la population adulte en âge de travailler (18-65 ans)[13], ce qui se situe dans l'intervalle des chiffres de l'OMS donnés plus haut.

3) *Vulnérabilité génétique et facteurs de risque environnementaux*

Des preuves en augmentation supportent que c'est à **la fois des facteurs héréditaires génétiques (souvent sous forme d'une vulnérabilité génétique) et des facteurs de risque environnementaux qui augmentent le danger de dépression et de comportements suicidaires**. Les auteurs d'une revue de la littérature de 2013, qui analyse les données des études d'interaction gène-environnement, rapportent que les études évaluent **30-40% de facteurs héréditaires dans la dépression**. Les données actuelles montrent une **intrication complexe entre facteurs héréditaires souvent**

polygéniques et l'environnement. De multiples gènes ont été signalés comme pouvant être impliqués dans la prédisposition génétique, le plus souvent des gènes impliqués dans les systèmes des neurotransmetteurs aminergiques qui jouent un grand rôle dans la dépression (sérotonine surtout mais aussi dopamine et noradrénaline). Les données épigénétiques montrent que les facteurs environnementaux jouent un rôle important dans la modulation et le déclenchement de la prédisposition génétique. Tant l'adversité précoce que le stress récent aigu ou chronique³⁶ jouent un rôle important dans la dépression majeure comme dans les comportements suicidaires[88].

Le DSM-5[84, pp. 194–195] rappelle également **les facteurs de risque retenus dans la population générale (Cf. illustration 17)**, dont :

- le **névrosisme** (affectivité négative) qui rend les individus susceptibles de développer des épisodes dépressifs en réponse à des événements de vie stressants.
- les **expériences négatives de l'enfance** en particulier si multiples et les **événements de vie stressants**.
- le **risque génétique pour les parents du premier degré** avec un risque 2 à 4 fois plus élevé par rapport à la population générale. L'héritabilité avancée est de 40% et le trait de névrosisme serait responsable pour une part importante de cette vulnérabilité transmise.
- **d'autres troubles mentaux majeurs non thymiques** (troubles de l'usage d'une substance, troubles anxieux et troubles de personnalité borderline notamment) et **les maladies chroniques somatiques** (diabète, obésité morbide et maladies cardiovasculaires).

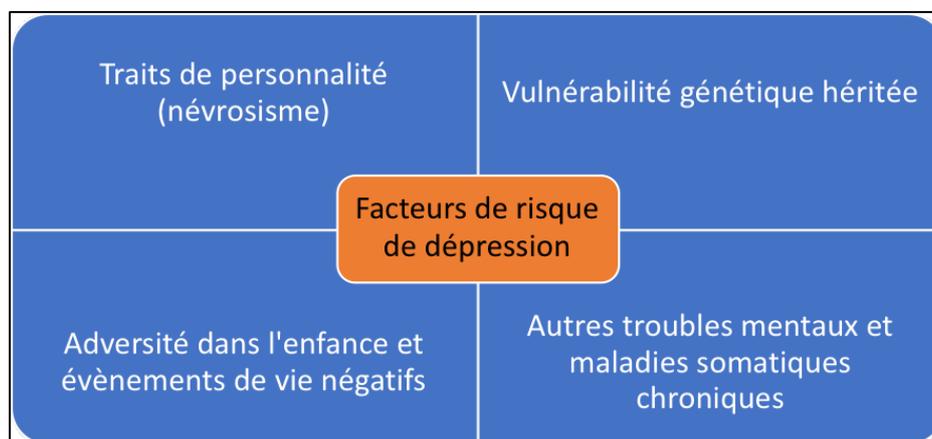


Illustration 17 : les facteurs de risque de dépression dans la population générale selon le DSM-5[84, pp. 194–195]. Illustration par l'auteur.

³⁶ Par exemple : perte, séparation, problèmes familiaux ou interpersonnels, le stress occupationnel ou lié au chômage, un faible soutien social ou une mauvaise qualité des rapports sociaux.

B) *La dépression chez les médecins*

1) *Les médecins en dépression*

Les études médicales à disposition pour évaluer les prévalences de dépression et de troubles de l'humeur de façon plus générale dans des collectifs de médecins ou d'étudiants en médecine utilisent souvent des **échelles de dépistage de la dépression**, mais ces prévalences **ne reflètent que des médecins avec un risque accru de dépression car ces tests ne sont pas diagnostiques**, une évaluation diagnostique par des cliniciens reste nécessaire. Ces échelles de dépistage validées utilisées ont des niveaux de sensibilité et de spécificité variables mais ont l'avantage de pouvoir être distribuées à de larges collectifs de sujets avec souvent d'autres questionnaires validés pour évaluer d'autres comorbidités (ex : MBI pour le burnout) et collecter des données socio-démographiques.

Par rapport à des prévalences de dépression attendues de 5 à 10% dans la population générale[31], [56] de **nombreux auteurs avancent des prévalences beaucoup plus élevées, jusqu'à 1/3 des médecins selon les collectifs** ou même davantage. Comme nous le verrons par la suite, les prévalences de dépression chez les médecins et les étudiants en médecine sont très souvent sous-évaluées en raison des résistances de cette population à aborder leur souffrance psychique à cause de la stigmatisation importante réelle ou présumée qui y est associée[89]-[92].

À nouveau, les **étudiants en médecine ne semblent pas épargnés** et, comme pour leurs confrères plus avancés dans la formation médicale, la stigmatisation et les freins à l'accès aux soins de santé mentale semblent élevés dans cette population[42], [89], [93].

2) *Prévalences*

L'étude de 2015 citée plus haut de Shanafelt et collaborateurs qui montrait l'augmentation de la prévalence de burnout parmi un grand collectif national de médecins des USA entre 2011 et 2014 (N = 7'288 en 2011 et 6'880 en 2014) a par contre montré une certaine stabilité de la prévalence de symptômes dépressifs (dépistés par l'échelle 2-item Primary Care Evaluation of Mental Disorders, une échelle avec une haute sensibilité mais une faible spécificité) à 39,8% (2014) versus 38,2% (en 2011)[44]. Ces chiffres sont très élevés mais représentent plutôt la prévalence de symptômes dépressifs et non de dépression. Les auteurs rappellent en général qu'une personne sur quatre dépistée avec cette échelle a les critères d'un épisode dépressif majeur lors d'une évaluation psychiatrique complète.

Une étude nationale parmi un grand collectif de médecins canadiens (N = 3'213) utilise les données de l'étude sur la santé des médecins canadiens de 2007-2008 (Canadian Health Study) et trouve que **23% des médecins canadiens rapportent une période d'au moins 2 semaines de symptômes dépressifs dans l'année précédente** (29% des femmes > 20% des hommes) avec 21% des médecins répondants qui rapportent une période d'au moins deux semaines d'anhédonie (un des 2 symptômes majeurs d'épisode dépressif majeur). Les auteurs citent des études comparatives à l'échelle nationale canadienne qui montrent que 5,1% des femmes employées et 2,6% des

hommes employés dans la population générale canadienne active rapportent des symptômes dépressifs durant au moins deux semaines au cours de l'année écoulée. Une autre étude citée à l'échelle nationale canadienne parmi les infirmiers en activité trouve une prévalence de 9% de symptômes dépressifs sur 2 semaines au moins dans l'année écoulée[94].

L'étude transversale citée publiée en 2014 par Dyrbye et collaborateurs évalue les prévalences de burnout parmi de grands échantillons nationaux des USA d'étudiants en médecine (N = 4'402), de médecins en formation post-graduée (N = 1'701) et de médecins dans les 5 ans après la fin de leur formation post-graduée (N = 880)[63]. Cette étude a montré des prévalences de répondants dépistés positivement pour la dépression (à nouveau par le 2-item Primary Care Evaluation of Mental Disorders) de 58% parmi les étudiants en médecine, 51% parmi les médecins en formation post-graduée et 40% parmi les médecins titularisés en début de carrière[63]. Cette étude avait également comparé ces prévalences avec celles de populations contrôles adaptées. Seuls les étudiants en médecine et les médecins en formation post-graduée dépassaient de près de 10% leur population contrôle (universitaires avec des âges similaires, à 48% et 41% respectivement) et non les médecins en début de carrière ayant terminé leur formation post-graduée (comparés avec population active d'âges comparables à 44%).

Afin de montrer comment **tous les échelons de la profession médicale sont touchés**, nous allons à nouveau classer les études selon les différentes étapes de la formation médicale et les types de pratique (étudiants en médecine, médecins internes et chefs de clinique, généralistes et spécialistes, médecins hospitaliers et ambulatoires) avec quelques études comparant les prévalences des médecins avec d'autres professions.

a) Les étudiants en médecine

Plusieurs études évaluent les niveaux de dépression probables (avec échelles de dépistage) parmi les étudiants en médecine.

Premier auteur et année	Type d'étude	Échantillon (N)	Échelle utilisée	Résultats	Remarques
Grotmol[95] (2013)	Longitudinale Suivi sur 15 ans (entre 1993 et 2008)	631 étudiants en médecine diplômés de 4 facultés de médecine de Norvège dont 219 qui ont répondu aux 5 sondages sur 15 ans	Echelle de dépression sévère du GHQ-28 (General Health Questionnaire-28)	13,7% des diplômés rapportent des symptômes dépressifs sévères (fin des études) 7,2% des médecins suivis rapportent des symptômes dépressifs sévères 15 ans après leur diplôme	
Goebert[93] (2009)	Transversale	2'000 étudiants en médecine et médecins internes répartis dans 6 hôpitaux à travers les USA	CES-D (Center for Epidemiologic Studies)	21% de dépression probable 12% de dépression majeure probable 9% de dépression moyenne à légère probable	Les prévalences étaient plus élevées chez les femmes et les étudiants en médecine
Dyrbye[42] (2010)	Transversale	2'682 étudiants en médecine inscrits dans 7 facultés de médecine aux USA	Prime-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders)	52% dépistés pour la dépression	

Tableau 8 : un résumé d'études évaluant les prévalences de dépression parmi des collectifs d'étudiants en médecine. Réalisation par l'auteur.

b) Les médecins en formation post-graduée et les chefs de clinique

Une revue systématique et méta-analyse sur la prévalence de dépression et de symptômes dépressifs parmi les médecins en formation post-graduée publiée en 2015 compile les données de 54 études et **trouve 28,8% de prévalence globale combinée de dépression et de symptômes dépressifs** avec une grande hétérogénéité entre les études³⁷. Il y avait une prévalence croissante selon les périodes étudiées (augmentation de 0,5% par an en moyenne après ajustement pour les modalités d'évaluation). Dans une évaluation secondaire de 7 études longitudinales, l'augmentation absolue moyenne de symptômes dépressifs avec le début de la formation post-graduée était de 15,8% (risque relatif 4,5)[96].

³⁷ Les prévalences rapportées variaient entre 20,9% (études utilisant l'échelle PHQ-9 avec cut-off supérieur ou égal à 10) et 43,2% (études utilisant le 2-item PRIME-MD) selon les questionnaires de dépression utilisés.

Premier auteur et année	Type d'étude	Échantillon (N)	Échelle utilisée	Résultats	Remarques
Ruitenburg[57] (2012)	Transversale	423 médecins hospitaliers (46% de médecins internes et 54% de chefs de clinique)	BSI (Brief Symptom Inventory)	29% de dépression probable	Plus pour les femmes (32% versus 25%) Plus pour les médecins internes (31% versus 27%) Plus pour les médecins d'âge supérieur à 56 ans (34% versus 29%)
de Oliveira[76] (2013)	Transversale	1'384 médecins internes en anesthésiologie aux USA (niveau national)	HANDS (Harvard National Depression Screening Day Scale)	22% de dépression probable	

Tableau 9 : un résumé d'études évaluant les prévalences de dépression parmi des collectifs de médecins en formation post-graduée et de chefs de clinique. Réalisation par l'auteur.

Une étude, publiée en 2016, a comparé les expériences subjectives des médecins en formation post-graduée de 6 institutions aux USA avec et sans symptômes de dépression à l'aide d'une approche mixte (dépistage de la dépression avant et durant la formation post-graduée à l'aide d'un sondage en ligne). A la fin de la formation post-graduée, les participants ont été interrogés sur ce qui a rendu leur année difficile, facile et mémorable et comment ils ont changé. Une analyse thématique qualitative et lexicale a été effectuée pour décrypter les commentaires et dégager des thèmes principaux. 35% des répondants aux questions ouvertes ont été dépistés positivement pour la dépression cliniquement significative (PHQ-9 avec cut-off égal ou supérieur à 10) durant leur année d'internat. Les répondants avec des symptômes de dépression avaient plus tendance à rapporter des problèmes de cynisme, d'épuisement et de stress. Les répondants sans symptôme de dépression avaient plus tendance à rapporter des expériences positives de soins aux patients et des expériences positives de formation. Les répondants avec des symptômes de dépression avaient plus tendance à rapporter des expériences ayant brisé leur confiance en eux, leur bien-être et le fait de croire en la profession médicale. Ceux sans symptôme de dépression avaient plus tendance à rapporter des expériences profondément positives qui ont changé leur vie par des interactions avec des patients ou des collègues soutenant, à travers lesquelles ils ont progressé tant personnellement que professionnellement[97].

c) Les médecins de premier recours

Premier auteur et année	Type d'étude	Échantillon (N)	Échelle utilisée	Résultats	Remarques
Thommasen[98] (2001)	Transversale	131 médecins généralistes en zone rurale du Canada	BDI (Beck Depression Inventory)	30% de dépression probable	
Caplan[99] (1994)	Transversale	322 médecins généralistes dans un hôpital de Lincoln aux USA	GHQ (General Health Questionnaire)	27% de dépression probable	

Tableau 10 : un résumé d'études évaluant les prévalences de dépression parmi des collectifs de médecins de premier recours. Réalisation par l'auteur.

d) Les spécialistes

Premier auteur et année	Type d'étude	Échantillon (N)	Échelle utilisée	Résultats	Remarques
Shanafelt[100] (2009)	Transversale	7'905 médecins chirurgiens des USA (niveau national)	Prime-MD (2-item Primary Care Evaluation of Mental Disorders)	30% de depression probable	
Rath[77] (2015)	Transversale	369 médecins d'oncologie gynécologique des USA (niveau national)	2-item Prime-MD (2-item Primary Care Evaluation of Mental Disorders)	33% de depression probable	

Tableau 11 : un résumé d'études évaluant les prévalences de dépression parmi des collectifs de médecins de différentes spécialités. Réalisation par l'auteur.

e) Comparaison avec les infirmiers

Comme détaillé dans la partie sur le burnout, l'étude de Renzi et collaborateurs publiée en 2012 évaluait la morbidité psychiatrique globale par le General Health Questionnaire et **trouvait une prévalence de 25% parmi les médecins et 37% parmi les infirmiers**³⁸[52].

Une étude transversale publiée en 2009 réalisée dans un grand hôpital régional de Taiwan évalue les prévalences de dépression probables (dépistées par CES-D) parmi l'ensemble de ses employés. **Les infirmiers ont une prévalence de dépression dépistée de 41% alors que pour les médecins, elle est de 21%**[101].

³⁸ Le General Health Questionnaire avec un cut-off supérieur ou égal à 5 montre une morbidité psychiatrique hautement probable (surtout troubles de l'humeur et troubles anxieux) et moins de faux positifs avec ce cut-off. À nouveau cet outil est un test de dépistage et ne remplace pas une évaluation diagnostique par un clinicien.

f) Comparaison avec d'autres professionnels ou avec la population générale

Dans l'étude réalisée à Taïwan citée ci-dessus, **les infirmiers avaient la prévalence de dépistage positif pour la dépression la plus élevée à 41%, suivie des pharmaciens à 40%, des techniciens médicaux à 29% et les médecins n'avaient qu'une prévalence de 21%**. Il faut préciser que les médecins étaient peu nombreux dans l'échantillon de répondants avec 42 individus contrairement aux 336 infirmiers[101].

3) *Variations selon les facteurs socio-démographiques*

Outre l'âge et le sexe, vivre en couple serait plutôt un facteur protecteur (rôle de support social) et le divorce ou le veuvage des facteurs de risques.

a) Sexe

À l'inverse des conclusions contradictoires de l'influence du sexe sur le risque de burnout, **la prévalence féminine de la dépression est retenue par la grande majorité des auteurs et démontrée dans diverses études médicales**[42], [57], [89], [93] tant chez les étudiants en médecine, les médecins en formation post-graduée[76] que chez les médecins ayant terminé leur formation, tout comme dans la population générale³⁹[102].

Dans une étude de 1999 évaluant les prévalences d'antécédents de dépression auto-rapportée et de tentative de suicide parmi un large échantillon national de femmes médecins des USA (N = 4'501), 19,5% des femmes médecins répondantes ont un historique de dépression auto-rapportée (alors que dans la population générale féminine US les prévalences varient entre 7% et 25%). **La dépression semble aussi commune chez les femmes médecins que parmi les femmes des USA mais les tentatives de suicide semblent plus rares**[103].

b) Âge

Concernant l'influence de l'âge en tant que telle, les études divergent. Même si certains auteurs trouvent une prévalence augmentée de dépression à un **âge plus près de la retraite**[57], il semble que les **études de médecine et la formation post-graduée** soient des périodes également à risque mais plutôt en raison d'autres facteurs que l'âge (stress, environnement, manque de responsabilités et d'autonomie). Plusieurs études évoquent que **le jeune âge augmente le risque de dépression** [63], [78].

Dans l'étude longitudinale sur un grand collectif de diplômés de 4 facultés de médecine de Norvège suivis sur 15 ans (entre 1993 et 2008), les facteurs de risque indépendants pour des symptômes dépressifs sévères futurs étaient : le jeune âge⁴⁰ (odds ratio 1,1), un fort névrosisme (odds ratio 3,4), des traits de personnalité avec faible test de réalité (odds ratio 2,3) et des symptômes dépressifs sévères au moment du diplôme (odds ratio 3,6)[95].

³⁹ Aucune des études consultées pour cette thèse ne trouvait une prévalence plus élevée de dépression dans la population masculine.

⁴⁰ Dans cette étude, l'effet de l'âge est modéré.

§ III. Suicide

A) Généralités sur le suicide

1) Quelques définitions

Selon le glossaire des termes techniques du DSM-5[84, pp. 961–979], les définitions des termes d'« idées suicidaires » (ou « idéation suicidaire »), de « tentative de suicide » et de « suicide » sont rappelées ici :

- les **idées suicidaires (ou idéation suicidaire)** : « pensées d'auto-agression, avec anticipation ou planification délibérée des techniques possibles pour causer sa propre mort »[84, p. 971]
- la **tentative de suicide** : « tentative de mettre fin à sa propre vie, ce qui peut conduire à la mort »[84, p. 979]
- le **suicide** : « le fait de causer intentionnellement sa propre mort »[84, p. 978]

Le terme de « **suicidalité** » est parfois utilisé et il comprend selon Wolfersdorf[104] cité dans le rapport du Conseil fédéral de la Confédération suisse sur la prévention du suicide en Suisse du 16 novembre 2016[105, p. 8], « l'ensemble des pensées, des impulsions et des actes suicidaires, qu'il s'agisse du désir de faire une pause (au risque de mourir), du fait d'envoiesager le suicide comme une possibilité, de la planification d'un acte suicidaire ou de sa mise en œuvre ciblée ou impulsive ».

Les indicateurs de mortalité[106] notamment par suicide peuvent être donnés de manière **brut, standardisé ou spécifique**.

Le **taux de suicide annuel brut** décrit la mortalité par suicide dans une population en fonction de l'effectif de cette population. Il correspond au nombre de suicides enregistrés dans la population au cours d'une période donnée (le plus souvent en une année) divisé par l'effectif de la population[106].

Le **taux de suicide spécifique** correspond au taux de suicide ajusté selon l'âge, le sexe ou d'autres facteurs (un sous-groupe de la population générale). Le taux de suicide spécifique au sous-groupe concerné de la population au cours d'une période donnée (souvent une année) correspond au nombre de suicides parmi le groupe concerné au cours de cette période divisé par l'effectif de la population du sous-groupe au cours de la même période[106].

Le **taux de suicide standardisé** selon l'âge, le sexe ou d'autres facteurs permet de comparer le nombre de suicides dans des populations différentes. La standardisation peut être directe ou indirecte. La méthode directe (taux comparatif de mortalité) est le taux de suicide qui serait observé si la population concernée avait la même structure (d'âge le plus souvent) qu'une population de référence. La méthode indirecte (SMR, « *standardized mortality ratio* ») réalise pour une sous-population donnée le rapport entre les suicides observés et les suicides attendus (en comparaison avec une population de référence)[106].

2) Lien entre dépression, idées suicidaires et suicide

La dépression est connue comme le trouble psychiatrique le plus fréquemment retrouvé parmi les personnes décédées par suicide (9 personnes sur 10 qui meurent par suicide ont un trouble psychiatrique et dans $\frac{1}{2}$ à $\frac{2}{3}$ des cas il s'agit d'une dépression). Connaître les facteurs de risque de suicide dans la dépression est important pour les cliniciens, dans le but de les évaluer dans le suivi des patients déprimés et ainsi prévenir les suicides[107].

Dans une large étude américaine publiée en 2013 par Gold et collaborateurs analysant les données du système d'enregistrement national des morts violentes, les auteurs trouvent que 67% des personnes décédées par mort violente avaient au moins un trouble psychiatrique connu (problème mental, trouble d'abus de substance, humeur dépressive actuelle), 31% au moins deux et 6% les trois. Il n'y avait pas de différence entre les médecins et les non médecins[108].

Ces résultats issus des études par la **méthode des autopsies psychologiques**⁴¹ soulèvent des critiques. Certains auteurs rappellent que chaque cas de suicide doit être interprété au sein d'une histoire singulière, dans un contexte donné et une culture donnée. Ces études ont tendance à décrire tous les suicides par des psychopathologies individuelles uniquement[23].

Les premières idées suicidaires émergent souvent à l'adolescence ou chez les jeunes adultes et les premières tentatives de suicide se produisent souvent entre une et quelques années après les premières idées suicidaires, selon une étude européenne à grande échelle[109], ce qui a été retrouvé aussi dans l'étude citée parmi un collectif national norvégien de médecins[110] (Cf. **illustration 18**).



Illustration 18 : les généralités sur le suicide. Illustration par Gaëlle Devillard.

⁴¹ Cette méthode utilise l'analyse des données issues des registres et des proches sur les personnes mortes par suicide et la pose d'un diagnostic rétrospectif.

Plusieurs études montrent une **association entre la dépression et les idées suicidaires et/ou les tentatives de suicide**[76], [107], [111]. Une étude évalue les prévalences de burnout et de dépression ainsi que d'idées suicidaires parmi un grand collectif (N = 1'508) de médecins internes en anesthésiologie aux USA[76]. Dans cette étude, 23% des répondants à haut risque de dépression (évalué par la Harvard National Depression Screening Day Scale, HANDS) évoquent avoir eu des idées suicidaires ou vouloir se suicider en contraste avec uniquement 0,7% des médecins internes répondants à faible risque de dépression.

3) *Prévalences du suicide dans la population générale*

La prévalence sur la vie des idées suicidaires était de 7,8% et des tentatives de suicide de 1,3% dans la large étude parmi la population générale de 6 pays européens (Allemagne, Italie, France, Pays-Bas, Espagne et Belgique). Être une femme, plus jeune, divorcée (ou séparée ou veuve) et vivre en grands centres urbains augmentaient le risque d'idées suicidaires et de tentatives de suicide. Les prévalences de suicidalité mesurées varient à travers les pays européens. L'Espagne et l'Italie ont les plus faibles prévalences d'idées suicidaires et l'Italie la plus faible prévalence de tentatives de suicide. La France et l'Allemagne ont les plus hauts risques relatifs d'idées suicidaires et la France et la Belgique les plus hauts risques relatifs de tentatives de suicide. Mais les facteurs de risque de la suicidalité sont similaires à travers les pays européens étudiés[109].

Un article de revue sur le suicide par Hawton et collaborateurs publié en 2009[112] fait le point autour des connaissances établies sur le suicide. On estime qu'environ **1 million de personnes meurent par suicide chaque année dans le monde avec une mortalité estimée à 14,5 décès par 100'000 personnes**, ce qui correspond à 1 mort par suicide chaque 40 secondes. Le suicide représente 1,5% de tous les décès et est la 10^{ème} cause principale de mortalité dans le monde⁴². Globalement, il existe de **grandes variabilités dans les prévalences de mort par suicide entre les pays**, avec une forte prévalence dans de nombreux pays en développement (ex : la Chine qui représente 30% des suicides mondiaux et les pays de l'ex-URSS). En Europe, il existe une prévalence de suicide plus élevée dans les pays nordiques et les Pays d'Europe Centrale et Orientale (PECO) (Cf. **illustration 19**) [112].

⁴² Il existe un problème de disponibilité de données statistiques fiables concernant le taux de suicide car un grand nombre n'est pas rapporté, surtout dans les pays où le suicide est illégal (ex : en Inde ou dans de nombreux pays islamiques) ou très stigmatisé par la société pour des raisons culturelle ou religieuse.

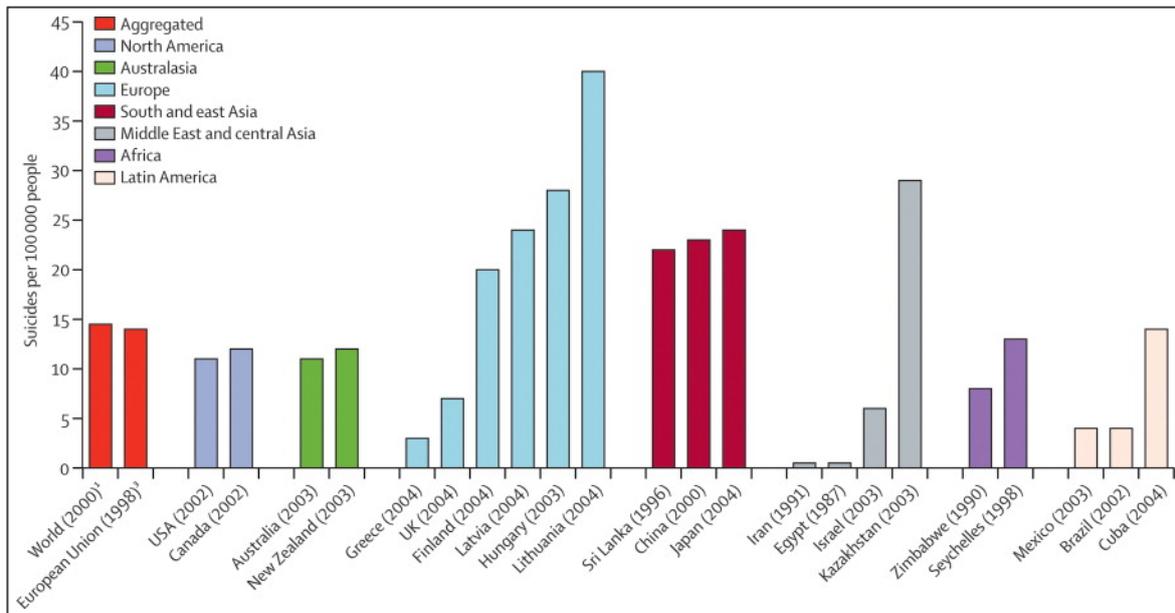


Illustration 19 : les taux de suicide selon les régions (code de couleurs) et selon les pays. Illustration tirée de [112, p. 1373].

Environ 59'000 personnes meurent chaque année par suicide en Europe[14]. Le taux de suicide au Japon serait dans les plus élevés au monde avec 30'000 suicides par an[113]. Il existe des sous-groupes de populations à plus haut risque suicidaire, notamment les personnes âgées et les adolescents, les populations indigènes de différents pays⁴³, les professions de la santé. **Dans les pays développés, le rapport homme-femme pour le suicide est estimé entre 2 et 4 pour 1 et il est en augmentation[112] (Cf. illustration 20).**

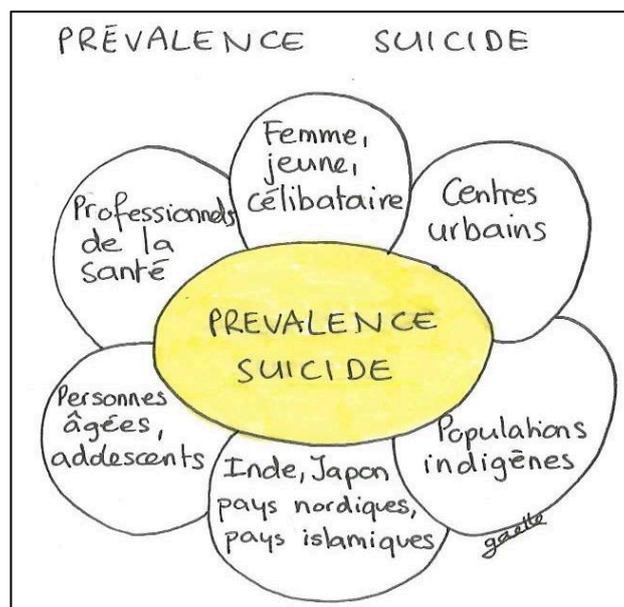


Illustration 20 : les facteurs variant la prévalence de suicide. Illustration par Gaëlle Devillard.

⁴³ Comme les populations américaines natives, Inuits au Canada, Aborigènes australiens et Maoris de Nouvelle-Zélande.

Une méta-analyse de 2013 évalue le risque de suicide par groupes de professionnels selon le niveau de qualification. Les professions de niveau de qualifications élémentaires (nettoyeurs, ouvriers) avaient un risque de suicide élevé (risque relatif 1,84) en comparaison avec la population active générale, suivies par les machinistes et membres d'équipage de pont (risque relatif 1,78) et les travailleurs agricoles (risque relatif 1,64). Les résultats montrent **un gradient progressif d'augmentation du risque selon le niveau croissant de qualifications**[114].

4) *Facteurs de risque connus de suicide dans la population générale*

Bien que les comportements suicidaires peuvent se produire dans différentes conditions psychopathologiques (trouble de la personnalité, troubles anxieux sévères, schizophrénie et autres troubles psychotiques majeurs), **les patients souffrant de troubles dépressifs majeurs ont le risque le plus élevé de tentatives de suicide ou de suicide**[88]. **La dépression et l'abus de substance(s) créent un cocktail qui augmente le risque de suicide** (Cf. illustration 21) chez les médecins comme chez les non-médecins, cela fait consensus entre plusieurs auteurs[107], [115]-[117].

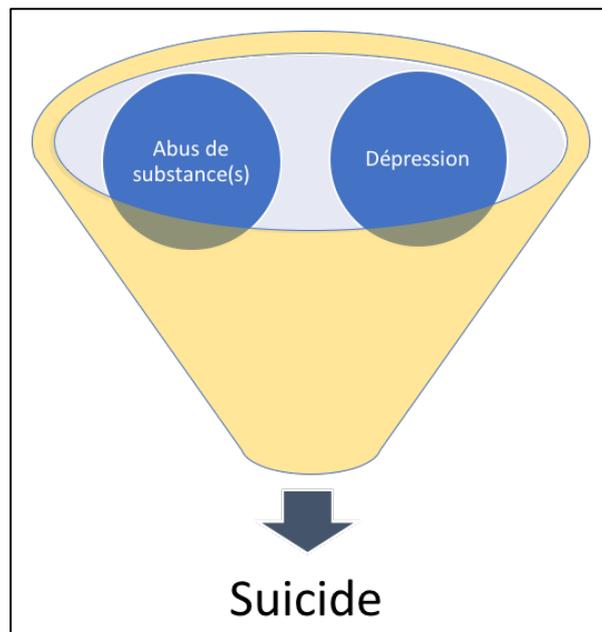


Illustration 21 : la dépression et l'abus de substance(s) créent un cocktail qui augmente le risque de suicide. Illustration par l'auteur.

Dans une revue systématique de 2013, les **facteurs significativement associés au suicide parmi les patients déprimés** étaient : sexe masculin (odds ratio 1,76), anamnèse familiale positive pour un trouble psychiatrique (odds ratio 1,41), une ou plusieurs tentative(s) de suicide précédente(s) (odds ratio 4,84), une dépression plus sévère (odds ratio 2,20), le désespoir (odds ratio 2,20), les troubles psychiatriques comorbides, par ex l'anxiété (odds ratio 1,59), l'abus ou la dépendance alcoolique et/ou aux drogues (odds ratio 2,17), avoir un diagnostic de l'axe II (trouble de la personnalité) (odds ratio 4,95)[107] (Cf. illustration 22).

Sexe masculin	Désespoir	Antécédent de tentative(s) de suicide
Sévérité de la dépression	Anamnèse familiale positive pour un trouble psychiatrique	Des troubles psychiatriques comorbides

Illustration 22 : les facteurs significativement associés au suicide parmi les patients déprimés selon [107]. Illustration par l'auteur.

Quelques facteurs offrent **une relative protection face au suicide**, ou diminuent le risque de suicide : la religion, avoir des enfants en bas âge et entretenir des relations de qualité avec ses proches[107].

Toujours selon la revue sur le suicide par Hawton et collaborateurs publiée en 2009[112], il est estimé que presque tous les suicides sont liés à des comorbidités psychiatriques diverses (dépression et trouble bipolaire, addictions avec l'alcoolisme, schizophrénie, troubles de personnalité surtout borderline ou antisociale, troubles anxieux et troubles alimentaires), mais **la dépression, l'alcoolisme et la schizophrénie sont les comorbidités principalement associées au suicide**. À l'exception là encore de la Chine, où il semble qu'il y ait des suicides moins liés à des comorbidités psychiatriques[112].

Les **symptômes prédominants de l'augmentation du risque suicidaire pour les patients en dépression** sont un historique de tentatives de suicide, un haut degré de désespoir et des tendances suicidaires augmentées. L'abus d'alcool concomitant et des traits de personnalité impulsifs ou agressifs sont des comorbidités à haut risque suicidaire pour le patient souffrant de dépression[112] (Cf. **illustration 23**).

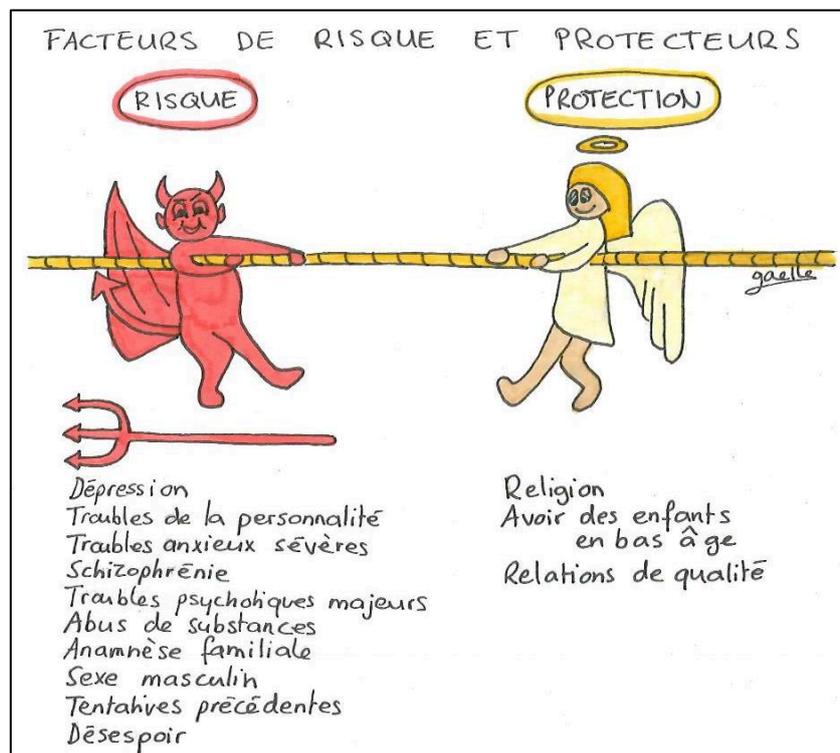


Illustration 23 : les facteurs de risque et protecteurs de suicide. Illustration par Gaëlle Devillard.

Concernant les moyens utilisés, il existe également de grandes disparités selon les pays et les groupes de population. Ces variations sont majoritairement expliquées par la disponibilité des moyens⁴⁴. Des différences culturelles existent également avec une prévalence élevée de suicides par immolation pour les femmes d'Asie du Sud par exemple[112].

Lorsqu'une personne pense au suicide, **l'accès à un moyen spécifique est un facteur favorisant le passage d'une idéation suicidaire à l'acte suicidaire.** Le danger inhérent au moyen utilisé a tendance à déterminer si l'issue est fatale ou non. De façon générale, **les hommes ont tendance à employer des moyens plus violents** (ex : armes à feu ou pendaison) et **les femmes, des méthodes moins violentes** (ex : intoxication)[112] (Cf. **illustration 24**).

⁴⁴ Ex : emploi de pesticides dans les pays asiatiques en voie de développement ou les zones rurales, suicides par armes à feu dans les pays avec une grande accessibilité comme aux USA, décès par overdose de médicaments ou de drogues chez les professionnels de la santé, les chimistes et les fermiers, décès par pendaison dans les milieux carcéraux ou les hôpitaux psychiatriques.

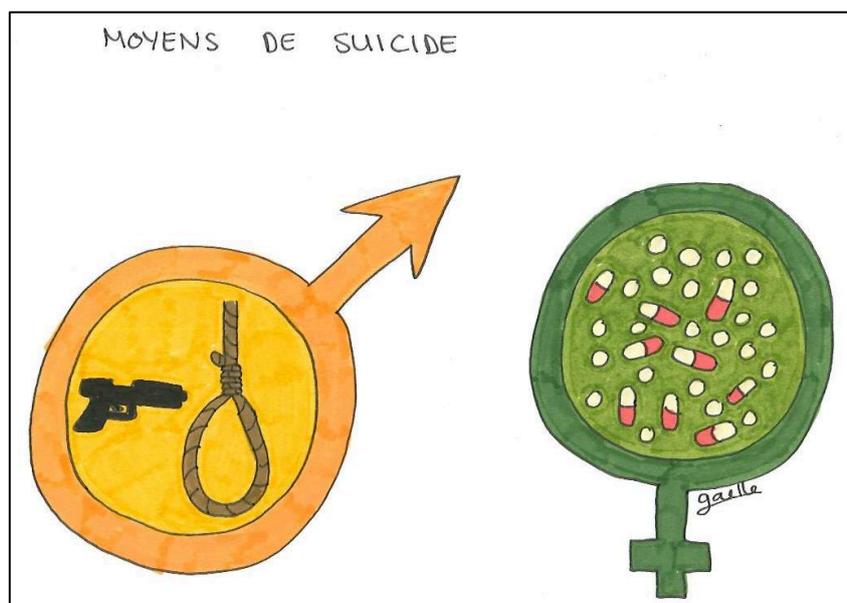


Illustration 24 : l'influence du sexe sur les moyens de suicide employés. Illustration par Gaëlle Devillard.

B) *Le suicide chez les médecins*

1) *Le suicide du médecin*

Les prévalences de dépression importantes parmi les médecins et leur mauvais accès aux soins de santé mentale, ainsi qu'à des traitements efficaces, engendrent **pour la population médicale un risque suicidaire plus élevé**[34], [56], [90], [118]-[121].

Selon plusieurs auteurs[23], [122], le **suicide chez les médecins est à voir comme une combinaison de 3 facteurs** (Cf. illustration 25) :

- **un état mental non équilibré**
- **une situation sociale insupportable** (problème professionnel, déséquilibre entre vie professionnelle et vie personnelle)
- **un accès facile à des méthodes de suicide efficaces.**

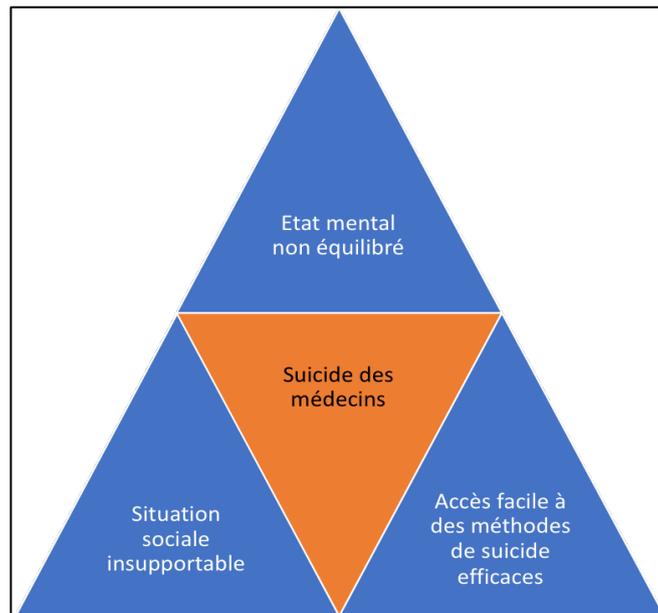


Illustration 25 : le suicide des médecins, une combinaison de trois facteurs. Illustration par l’auteur.

Cela représente 3 axes de prévention contre ce problème. La restriction à l’accès aux moyens de suicide pour les médecins pourrait cibler ceux avec les deux premiers critères remplis.

Avoir un trouble mental connu ou un problème au travail qui a contribué au suicide prédit le fait d’être un médecin parmi les personnes décédées par suicide dans la population générale aux USA[108]. Les prédicteurs d’idées suicidaires sérieuses dans un large collectif de médecins norvégiens étaient un bien-être subjectivement bas (odds ratio 0,68), une santé auto-évaluée mauvaise ou moyenne (odds ratio 2,36) et un stress psychologique au travail élevé (odds ratio 1,92)[110].

2) *La théorie interpersonnelle du suicide comme modèle explicatif*

Une étude publiée en 2009 dans la revue Archives of Suicide Research[118] a tenté d’expliquer le risque augmenté d’idéation suicidaire et de suicide chez les étudiants en médecine et les médecins à l’aide du **modèle conceptuel de la théorie interpersonnelle du suicide** développé par Joiner en 2005 et Stellrecht en 2006[118].

Selon ce modèle, **le décès par suicide résulterait de la présence simultanée de 3 composantes** (Cf. illustration 26) :

- Le **sentiment d’être un fardeau** ou une charge pour les autres.
- **L’échec du sentiment d’appartenance** (à un groupe, à la société).
- **Une capacité acquise à se donner la mort.**

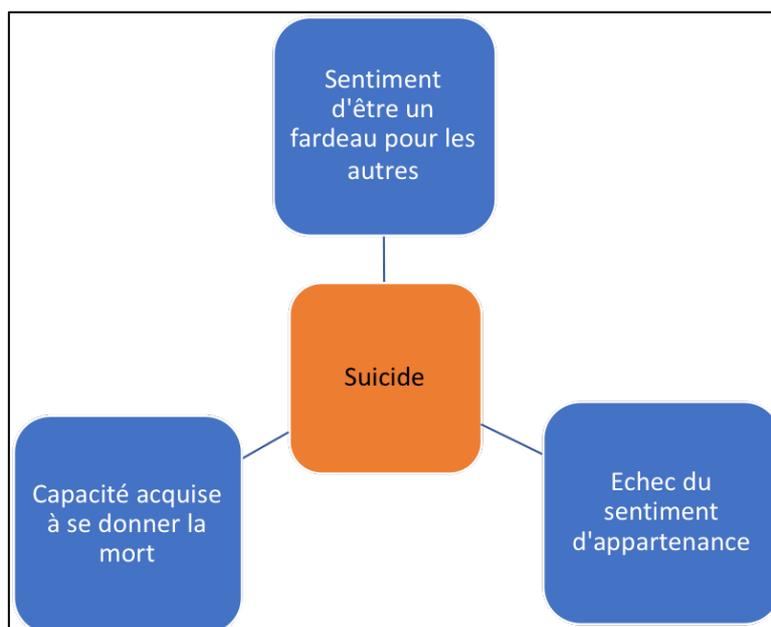


Illustration 26 : le décès par suicide résulterait de la présence simultanée de trois composantes selon la théorie interpersonnelle du suicide d’après Joiner. Illustration par l’auteur.

Selon Joiner, le manque d’intégration sociale et le fait de se sentir un fardeau pour les autres sont des facteurs de risque indépendants pour le suicide. Il souligne des différences individuelles dans la propension à se sentir une charge pour les autres et décrit certains événements de vie qui peuvent la favoriser⁴⁵ et insiste sur le rôle des distorsions cognitives qui poussent à se sentir incapable ou un fardeau. Finalement, Joiner avance que même chez les personnes sévèrement déprimées ou avec des idéations suicidaires, l’être humain a un très fort instinct de conservation et la peur de la douleur, des blessures et de la mort, nous retient de nous engager dans des actes auto-dommageables ou létaux. Il faut donc construire une capacité acquise à se suicider pour franchir ce palier conservateur, constituée de 3 éléments : apaiser la peur de se faire du mal, s’habituer à la douleur et accumuler un savoir qui facilite l’automutilation.

Cet article de 2009[118] suggère que ce modèle pourrait **particulièrement bien s’appliquer aux étudiants en médecine et aux médecins** qui ont souvent de fortes attentes envers eux-mêmes⁴⁶, qui peuvent être frustrés par des conditions académiques et de travail très exigeantes avec un risque de psychopathologie supérieur à la moyenne (burnout, dépression). Ils pourraient donc se sentir facilement une charge ou un fardeau pour les autres (étudiants, collègues, patients, famille, société). La population médicale est également plus à risque de sacrifier son temps libre et son réseau social pour son travail ou pour des activités annexes au travail (courriers, rapports, dossiers, formation continue, travail académique, recherche). Concernant la capacité acquise à se donner la mort, les auteurs avancent que celle-ci est favorisée par les contacts rapprochés et fréquents avec la souffrance, la douleur et la mort. Au cours de leur formation médicale, les médecins doivent apprendre à être moins émotionnellement touchés par la souffrance et la mort et peuvent être souvent

⁴⁵ Ex : ruptures relationnelles ou sentimentales, contrôle perdu, besoins frustrés, agressions envers l’image de soi.

⁴⁶ Ex : compétitivité, perfectionnisme et obsessionalisme avec idéal du moi fortement développé.

confrontés à la dépression, aux idéations suicidaires et aux suicides. En outre, pendant leur apprentissage, ils se familiarisent avec les propriétés et les dosages de médicaments potentiellement létales et facilement accessibles, un corps de connaissances qui est peu accessible à la majorité de la population.

3) *Prévalences*

De **nombreuses études montrent des évidences sur des prévalences plus élevées de suicides parmi les médecins** que dans la population générale et **encore davantage pour les femmes médecins** qui sont plus à risque de suicide que leurs collègues masculins mais surtout beaucoup plus à risque que les femmes de la population générale[119]-[121]. Comme dans les statistiques et les études sur le suicide dans la population générale, les suicides des médecins sont souvent non reportés et les prévalences de suicide sont très probablement sous-évaluées[108], [121], [123]. Selon des estimations, **300 à 400 médecins meurent par suicide chaque année aux USA**. Cela représente l'équivalent des volées de diplômés de 3 facultés de médecine environ[124].

Selon l'étude citée de Shanafelt et collaborateurs de 2015 qui évaluait l'évolution des prévalences de burnout et de dépression parmi un grand échantillon national de médecins des USA (6'880 en 2014 et 7'288 en 2011) entre 2011 et 2014, la prévalence d'idées suicidaires sur les 12 derniers mois était stable à 6,4% contrairement à l'augmentation de 9% de burnout[44].

Selon l'étude citée de Dyrbye et collaborateurs publiée en 2014 qui évaluait les prévalences de burnout, dépression et idées suicidaires parmi des échantillons d'étudiants en médecine (N = 4'402), de médecins en formation post-graduée (N = 1'701) et de médecins spécialistes en début de carrière durant les 5 premières années (N = 7'288) au niveau national des USA (avec des populations comparatives correspondantes) : **9,4% des étudiants répondants, 8,1% des médecins en formation post-graduée répondants et 6,3% des médecins en début de carrière répondants déclaraient avoir eu des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois**⁴⁷[63].

Au vu du faible nombre de cas de suicide, les études sur le sujet qui cherchent à mesurer des prévalences de suicide et non d'idées suicidaires ou de tentatives de suicide (nettement plus fréquentes) doivent porter sur de grands échantillons et sur une longue période.

En raison des faibles nombres de cas totaux de suicides par étude et donc de la difficulté d'atteindre des associations statistiquement valables sur le sujet, certaines méta-analyses qui ont rassemblé diverses études ont tenté de préciser les taux de suicide des médecins par rapport à des populations de références. Une méta-analyse publiée en 2004 dans l'*American Journal of Psychiatry* rassemble les données de 25 études publiées entre 1966 et 2003 sur le suicide des médecins. Après une sélection drastique des études en fonction de leurs qualités méthodologiques et en utilisant des critères assez stricts, les auteurs trouvent que **les médecins hommes ont un taux de**

⁴⁷ Il est intéressant de noter que les étudiants en médecine et les médecins internes avaient plus de symptômes dépressifs dépistés mais pas plus d'idées suicidaires au cours des 12 derniers mois par rapport aux populations comparatives.

suicide modérément plus élevé que dans la population générale (odds ratio 1,41). Par contre les femmes médecins ont un risque de suicide bien plus élevé que dans la population générale (odds ratio 2,31)⁴⁸[121].

Selon une revue de littérature publiée en 2005 de 14 articles parus entre 1980 et 1995, les auteurs trouvent pour les hommes médecins un taux de suicide entre 1,3 et 3,4 fois plus élevé que dans la population générale masculine et pour les femmes médecins, un taux de suicide entre 2,5 et 5,7 fois plus élevé que dans la population générale féminine[125].

Des revues de littérature anciennes[119], [120] trouvaient des prévalences plus élevées de suicides chez les étudiants en médecine, les médecins et les épouses de médecins qui souffraient des absences prolongées de leur mari et de besoins émotionnels et sexuels non comblés.

a) Les étudiants en médecine

Tant les études de médecine que la formation post-graduée semblent particulièrement à risque mais les données sont nettement plus rares que pour les prévalences de dépression ou de burnout, probablement en raison de la sensibilité du sujet. Les facultés de médecine redoutent d'être étiquetées comme responsables du suicide de leurs étudiants[124].

La période de transition entre les études de médecine et le début de la formation post-graduée apparaît comme particulièrement exposée[126], ce qui correspond à la phase de confrontation entre les attentes des étudiants en médecine et la réalité de la pratique (Cf. **illustration 27**). Deux suicides en se jetant du haut d'immeubles, fortement médiatisés, de deux médecins internes venant de débiter leur cursus de formation post-graduée depuis quelques mois en août 2014 à quelques jours d'intervalles dans la ville de New York ont contribué à mettre en lumière cette problématique et à lancer un signal d'alarme[124].

⁴⁸ L'analyse détaillée montre une baisse du risque suicidaire avec le temps avant et après 1999 (odds ratio passe de 5 à 2,3 après 1999).

Premier auteur et année	Type d'étude	Échantillon (N)	Échelle utilisée	Résultats	Remarques
Goebert[93] (2009)	Transversale	2'000 étudiants en médecine et internes répartis dans 6 hôpitaux à travers les USA	Question sur la suicidalité issue de la Prime-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders)	6% d'idées suicidaires	Les prévalences étaient plus élevées parmi les étudiants afro-américains
Schwenk[89] (2010)	Transversale	505 étudiants en médecine de l'Université du Michigan		4,4% avaient eu des idées suicidaires durant leurs études	Prévalence plus élevée pour les étudiants de 3 ^{ème} et 4 ^{ème} années (8%) que pour ceux de 1 ^{ère} et 2 ^{ème} années (1,4%)
Tyssen[126] (2001)	Transversale et longitudinale	522 étudiants en médecine en dernière année d'étude en Norvège (niveau national) Réexaminés en fin de première année de formation post-graduée		14% de pensées suicidaires sur l'année écoulée (tant en fin d'étude qu'en fin de 1 ^{ère} année de formation post-graduée) 43% de prévalence sur la vie de pensées suicidaires dans ce collectif 8% ont planifié un suicide 1,4% ont fait une tentative de suicide	Le taux de pensées suicidaires était élevé mais celui des tentatives de suicide était bas Prospectivement, les pensées suicidaires et les traits de personnalité de névrosisme en fin d'étude prédisent des idées suicidaires durant la 1 ^{ère} année de formation post-graduée

Tableau 12 : un résumé d'études évaluant les prévalences d'indicateurs de suicidalité parmi des collectifs d'étudiants en médecine. Réalisation par l'auteur.

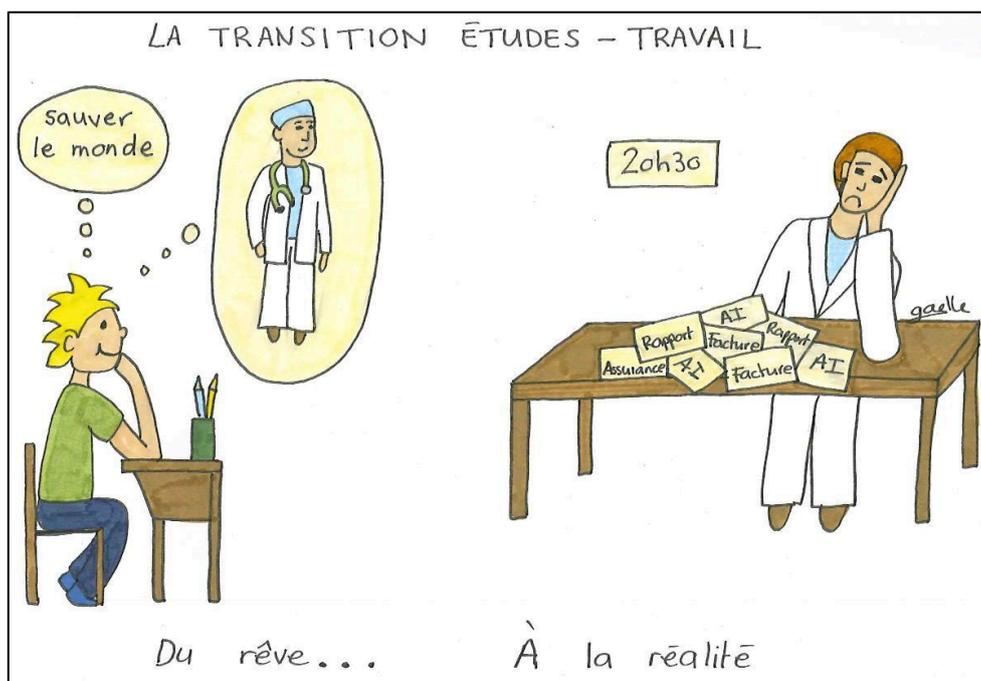


Illustration 27 : la transition entre les études de médecine et le début de la formation post-graduée est à risque. Illustration par Gaëlle Devillard.

b) Les médecins en formation postgraduée et les chefs de clinique

Premier auteur et année	Type d'étude	Échantillon (N)	Échelle utilisée	Résultats	Remarques
Van der Heijden[82] (2008)	Transversale	2'115 médecins internes aux Pays-Bas (niveau national)		12% rapportent avoir eu des idées suicidaires au moins une fois durant la formation post-graduée 1% rapporte avoir eu des idées suicidaires de nombreuses fois	
Talih[127] (2016)	Transversale	118 médecins internes de diverses spécialités dans un Hôpital Universitaire de Beyrouth, Liban		13% rapportent des idées suicidaires dans les deux semaines précédentes	

Tableau 13 : un résumé d'études évaluant les prévalences d'indicateurs de suicidalité parmi des collectifs de médecins en formation post-graduée et de chefs de clinique. Réalisation par l'auteur.

c) Les médecins de premier recours

Dans l'étude restrospective anglaise sur une cohorte de médecins suivis avec l'analyse d'une base de données d'un registre de médecins d'Angleterre et du Pays de Galles du système de santé publique anglais (« *National Health Service* », NHS) sur la période de 1979 à 1995 avec les causes de décès référencées (N = 223 médecins décédés par suicide ou de causes indéterminées), le taux de suicide annuel brut des médecins hommes et femmes était similaire à environ 19/100'000 individus[128]. Des différences significatives de risque de suicide selon les spécialités ont été relevées entre les anesthésistes, les médecins de soins communautaires, les médecins généralistes et les psychiatres qui avaient un taux de suicide plus important que les médecins hospitaliers en médecine interne.

Premier auteur et année	Type d'étude	Échantillon (N)	Échelle utilisée	Résultats	Remarques
Cathébras[51] (2004)	Transversale	306 médecins généralistes libéraux du département de la Loire, France		13% rapportent avoir envisagé le suicide	La dimension d'EE du burnout était associée aux idées suicidaires

Tableau 14 : un résumé d'une étude évaluant les prévalences d'indicateurs de suicidalité parmi des collectifs de médecins de premier recours. Réalisation par l'auteur.

d) Les spécialistes

Toutes les spécialités médicales sont touchées par le problème du suicide des médecins mais des études trouvent un risque plus élevé pour certaines spécialités notamment les anesthésistes[111], [113], [117], [122], [123], [128] ou les psychiatres[22], [82], [110], [113], [128], [129]. **Pour les anesthésistes, l'accès aux substances létales au quotidien** telles que les drogues employées en anesthésie pourrait jouer un rôle dans l'augmentation du risque de suicide parmi cette spécialité [117], [123]. Certaines études trouvent au contraire que les psychiatres ou les anesthésistes ne sont pas plus à risque que les autres spécialités. Plusieurs études trouvent que les chirurgiens (avec les pathologues) présenteraient le risque de suicide le plus faible, même inférieur à la population générale[22] alors que d'autres pointent un risque augmenté des chirurgiens et des pathologues[111]. **Dans l'ensemble, les spécialités les plus à risque de suicide seraient les anesthésistes, les psychiatres, les généralistes et les internistes**[118], [119], [121].

e) Comparaison avec les infirmiers

Plusieurs études comparent des taux de mortalité par suicide parmi les médecins avec d'autres groupes professionnels notamment des infirmiers. Une étude publiée en 2013 compare les taux de suicide calculés pour les médecins, les infirmiers ainsi que les professionnels de l'éducation et de la population générale à l'aide d'un registre des décès par suicide dans le Queensland en Australie de 1990 à 2007 parmi les personnes de 25 à 64 ans en âge de travailler[130]. **La population infirmière des 2 sexes avait des taux de suicide supérieurs aux professionnels de l'éducation mais similaires à ceux de la population générale.** Les médecins hommes avaient un taux de suicide plus bas

que les professionnels de l'éducation hommes et légèrement plus bas que les hommes de la population générale. Le taux de suicide des femmes médecins était plus élevé que celui des femmes professionnelles de l'éducation mais similaire à celui des femmes de la population générale.

Une étude de 2005 utilisant les données d'un registre national de Norvège comparait les taux de suicides des dentistes, des infirmiers, des policiers et des théologiens. Les médecins avaient les taux les plus élevés par rapport aux autres professions. **Les femmes médecins avaient le taux le plus élevé. Le taux de suicides chez les infirmiers femmes était également élevé.** Chez les hommes, les vétérinaires avaient le taux le plus élevé, puis les médecins et ensuite les autres groupes professionnels. Les théologiens des deux sexes avaient le taux de suicides le plus bas. Globalement, les taux de suicides étaient en baisse depuis les années 1990[131].

Une étude plus récente de 2011 analysant les données d'un registre national danois sur 25 ans (1981 à 2006) a calculé des risques de suicide parmi les médecins, les infirmiers, les dentistes, les pharmaciens et les chirurgiens-vétérinaires en comparaison avec les enseignants d'une part et avec la population générale d'autre part[132]. En comparaison avec les enseignants, les taux de suicides bruts ajustés pour l'âge et le sexe étaient plus élevés pour les infirmiers (risque relatif 1,90), les médecins (risque relatif 1,87), les dentistes (risque relatif 2,10) et les pharmaciens (risque relatif 1,91) mais pas pour les chirurgiens-vétérinaires. Les taux de suicides bruts ajustés pour l'âge et le sexe étaient également plus élevés pour les infirmiers, les médecins et les dentistes en comparaison avec la population générale. Le risque diminuait au cours de la période des 25 ans pour les infirmiers et les dentistes.

f) Comparaisons avec d'autres groupes professionnels ou avec la population générale

Outre la partie précédente citant des études comparant les taux de suicides pour les médecins et les infirmiers ainsi que d'autres groupes professionnels ou avec la population générale, d'autres études complémentaires offrant des comparaisons vont être citées ici.

Selon une revue systématique de la littérature de 1996 sur les différences de taux de mortalité par suicide selon les genres parmi les médecins **en comparaison avec la population générale, le risque relatif estimé varie de 1,1 à 3,4 pour les médecins hommes et de 2,5 à 5,7 pour les médecins femmes**[133]. En comparaison avec d'autres professions académiques, le risque relatif estimé variait de 1,5 à 3,8 pour les médecins hommes et de 3,7 à 4,5 pour les médecins femmes⁴⁹.

Une autre étude des mêmes auteurs de 1997 utilisant le registre national finlandais (période 1986-1993) évalue des taux de mortalité spécifiques selon l'âge et des taux de mortalité standardisés. Elle trouve **un taux de mortalité standardisé de 0,9 pour les hommes médecins par rapport aux hommes de la population générale et 2,4 par rapport aux hommes d'autres professions de la même catégorie professionnelle**

⁴⁹ Dans toutes les études analysées dans cette revue systématique, les taux de suicide pour les médecins étaient plus élevés que ceux de la population générale et ceux d'autres groupes de professions académiques.

(avocats, dentistes, ingénieurs, enseignants et gestionnaires d'entreprise). **Pour les femmes médecins, le taux de mortalité standardisé était de 2,4 par rapport aux femmes de la population générale et de 3,7 par rapport aux femmes des autres professions similaires**[134].

Une étude plus récente de 2008 utilisant les registres de décès de 26 Etats des USA entre 1984 et 1992 compare le risque de suicide pour les médecins avec ceux des dentistes et de la population générale de travailleurs (âge entre 20 et 64 ans) et calcule des taux de suicides standardisés[129]. **Le taux de suicides standardisé des femmes médecins était plus élevé (2,39) par rapport à la population de travailleurs des USA contrairement au taux de suicides des hommes médecins (0,8) ou des dentistes (0,68) qui sont inférieurs aux taux de suicides des hommes de la population de travailleurs des USA**⁵⁰.

4) *Variations selon les facteurs socio-démographiques*

Outre le sexe et l'âge, **en tant que support social, la vie en couple semble un facteur protecteur tout comme pour le burnout et la dépression**. Le divorce, les ruptures sentimentales récentes et le veuvage sont des facteurs de risque de suicide[51], [119], [121].

a) Sexe

Comme déjà mentionné, **les femmes médecins ont un risque nettement plus important que les femmes de la population générale de se suicider**. Il semble que le rapport habituel hommes-femmes de la population générale de 2,5 : 1 ou 3 : 1 tend à s'équilibrer entre hommes et femmes médecins selon les dernières études[118], [121], [125]. Cette **égalité des sexes face au suicide chez les médecins et les étudiants en médecine** est en net contraste par rapport à la population générale où les hommes se suicident davantage et les femmes font plus de tentatives de suicides non réussies (entre 10 : 1 à 15 : 1 aux USA)[107], [116].

b) Âge

Plusieurs auteurs signalent que **le suicide a tendance à frapper les médecins à un âge plus précoce que le pic de suicide dans la population générale**. L'âge moyen entre 50 et 60 ans semble le plus à risque[51], [119]-[121]. Certaines études montrent que le risque de suicide augmente avec l'âge chez les médecins au-delà de 60 ans contrairement à la population générale[131], [135]. Plusieurs auteurs évoquent pour expliquer cela la **difficulté que représente la période de la retraite pour certains médecins** en lien avec la perte du rôle professionnel et du statut social ainsi que la place importante du rôle professionnel dans l'estime de soi et dans l'identité de nombreux médecins (Cf. **illustration 28**).

⁵⁰ Seuls les hommes médecins et dentistes de plus de 45 ans avaient un taux de suicides augmenté en comparaison avec la population masculine de travailleurs.



Illustration 28 : la transition à la retraite est aussi à risque de suicide pour le médecin. Illustration par Gaëlle Devillard.

5) *Moyens plus fréquents de suicide par les médecins*

De nombreuses études pointent que **l'intoxication médicamenteuse ou l'overdose est le moyen de suicide le plus fréquent parmi les médecins**[108], [113], [115], [117], [122], [135]-[137]. **L'accès facilité à des substances létales et à des stupéfiants sur le lieu de travail pour les médecins et les autres soignants augmente le risque de suicide**[113], [122], [132] tout comme leurs connaissances précises des mécanismes d'action et des substances ainsi que de leur létalité.

Dans l'étude de 2013 évaluant les taux de suicide des médecins au Queensland en Australie, le suicide par intoxication ou overdose était nettement plus fréquent pour les médecins (59%) et pour les infirmiers (44%) et moins fréquent parmi les professionnels de l'éducation (23,5%) et la population générale (19%)[130].

Les drogues médicales étaient communément employées comme moyens de suicide par les infirmiers, les médecins et les pharmaciens dans le registre national danois (1981-2006) utilisé pour l'étude de 2011[132]. Un autre moyen de suicide privilégié par les médecins sont des **lésions auto-infligées fatales** en lien avec leurs bonnes connaissances anatomiques⁵¹[115], [138].

En ce qui concerne les moyens de suicide, il y a de grandes disparités régionales. **Aux USA, le suicide par arme à feu semble en tête de liste des moyens de suicide selon les dernières études chez les médecins comme chez les non médecins**[23], [108]. Selon l'étude de 2013 utilisant le système national d'enregistrement des morts violentes aux

⁵¹ Par exemple, sur le chemin des artères principales (aines, carotides)[138]

USA de 17 Etats américains[108], les prévalences de moyens utilisés pour les suicides des médecins sont : arme à feu (48%), intoxication ou overdose (23,5%), traumatisme contondant (14,5%) suivi de l'asphyxie incluant la pendaison (14%). Pour les non-médecins, les prévalences des moyens utilisés sont : arme à feu (54%), l'asphyxie incluant la pendaison (22%), intoxication ou overdose (18%) puis traumatisme contondant (6%).

6) *Rapports entre idées suicidaires, tentatives de suicide et suicides aboutis*

Avant un suicide, se produit le plus souvent un « processus suicidaire » (Cf. **illustration 29**) avec différentes étapes sur un **continuum de gravité croissante** : sentir que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, penser à se retirer la vie, considérer sérieusement le suicide, la planification du suicide (projet, scénario) et la tentative de suicide[139]. Selon la littérature, **la transition depuis la planification du suicide à la tentative de suicide se situe autour de 72%** et est donc nettement plus inquiétante et relevante que les pensées que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue ou que les idées suicidaires (fréquentes dans cette population). Dans une étude longitudinale norvégienne de 2004[139], **6% de planification suicidaire a été mesurée durant les années post-graduées 1-4** d'un échantillon d'une cohorte d'étudiants en médecine norvégiens au semestre final des études suivis au cours de leurs 4 premières années de formation post-graduée. Parmi ceux présentant des idées suicidaires au semestre final des études, 8% ont eu une planification suicidaire. **La prévalence de pensées suicidaires sur la vie parmi cette population atteindrait 40%** selon certaines études[110], [139].

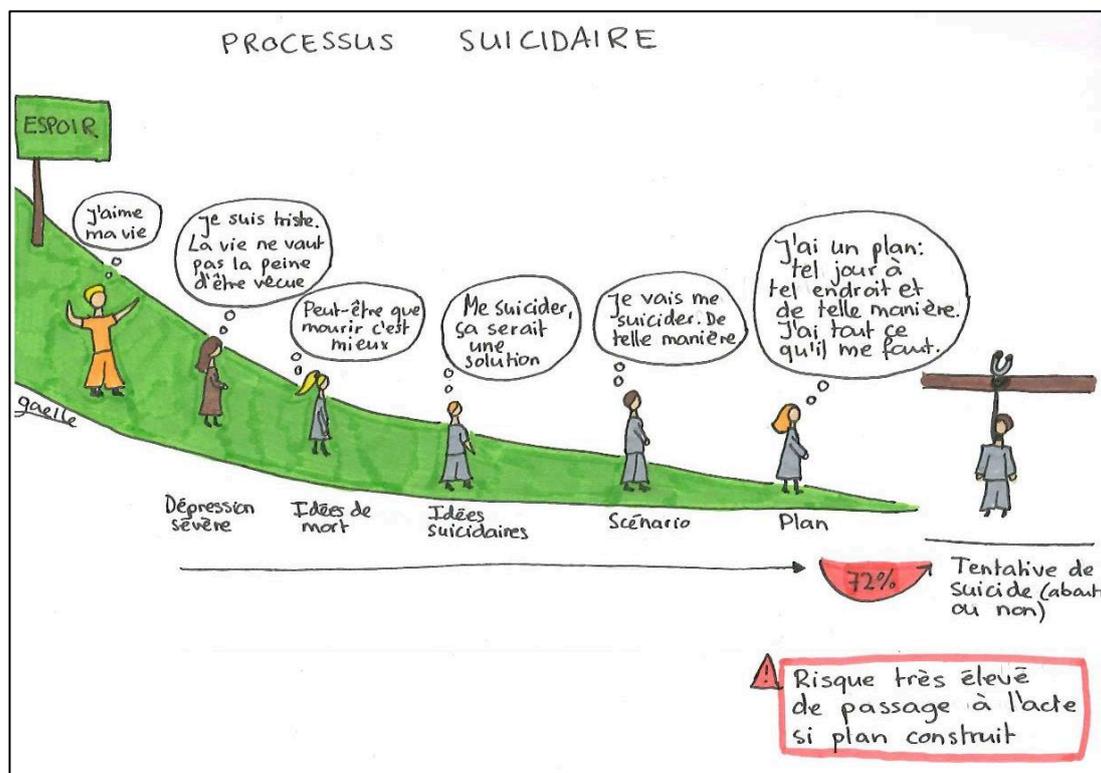


Illustration 29 : le processus suicidaire. Illustration par Gaëlle Devillard.

Les prévalences de pensées suicidaires sur la vie sur un continuum de gravité croissante⁵² ont été mesurées dans un large collectif national de médecins norvégiens en 2000 (N = 1'385) et en 2010 (N = 1'014) dans une large étude longitudinale et transversale publiée en 2013 avec un comparatif de médecins allemands de 2006. **Les prévalences sur la vie mesurées sont pour le fait de sentir que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue de 48% en 2000 et 45% en 2010, d'avoir déjà souhaité sa propre mort de 27% en 2000 et 23% en 2010 et d'avoir déjà pensé à se suicider de 29% en 2000 et 24% en 2010**[110]. La comparaison de ceux qui ont répondu en 2000 et 2010 (N = 715) montre une réduction significative pour tous les types de pensées suicidaires. Les médecins allemands de 2006 (N = 1'917) avaient des prévalences similaires de pensées suicidaires.

Dans l'étude descriptive et prospective sur échantillon national d'étudiants en médecine en dernière année norvégiens (N = 522) ré-examinés à la fin de leur première année de formation post-graduée, la prévalence de pensées suicidaires sur l'année écoulée était de 14% aux 2 moments de l'étude (fin de la dernière année des études et fin de la 1^{ère} année de formation post-graduée) alors que la prévalence sur la vie de pensées suicidaires était de 43%, 8% avaient planifié un suicide et 1,4% ont un antécédent de tentative de suicide[126].

Les médecins ont un « taux de succès » important dans leur suicide en comparaison avec la population générale et il y a moins de tentatives de suicide pouvant signifier un appel au secours dans cette population[111], [116], [124] (Cf. **illustration 30**).

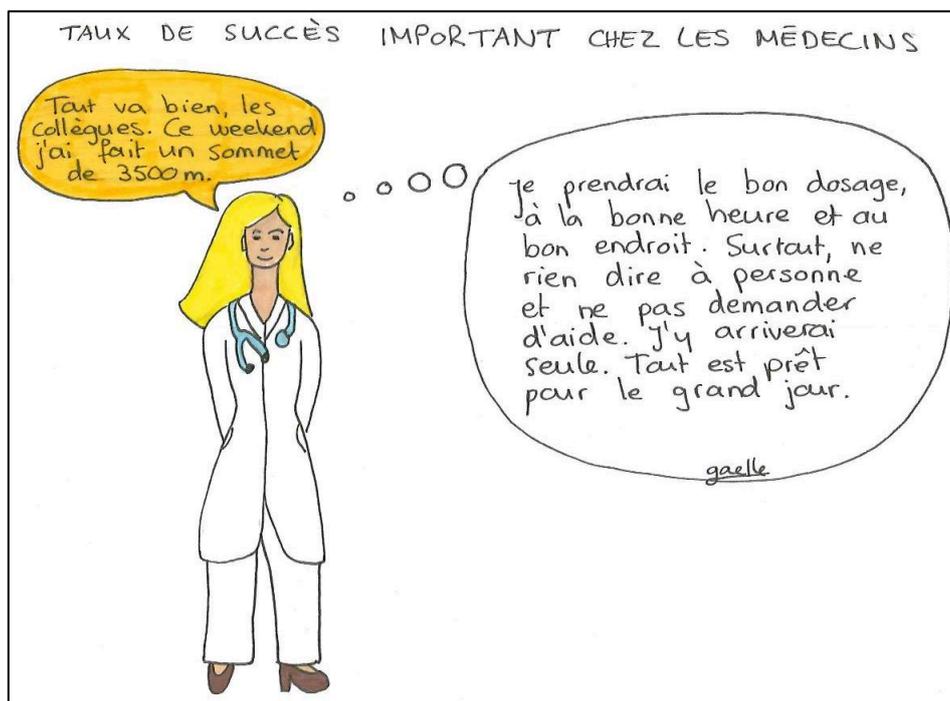


Illustration 30 : le taux de succès est important pour le suicide chez les médecins. Illustration par Gaëlle Devillard.

⁵² De sentir que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, avoir voulu sa propre mort, à avoir eu des pensées de se suicider.

Contrairement aux prévalences d'idées suicidaires dans cette population, **les prévalences d'antécédents de tentatives de suicide sont faibles parmi les médecins**, car ils réussissent souvent davantage leur suicide en lien avec les éléments décrits précédemment (moyens efficaces et connaissances médicales). Par exemple, la prévalence d'antécédent de tentative de suicide était de 1,5% parmi un collectif de femmes médecins des USA dans une étude de 1999 sur les taux de dépression et d'antécédent de tentative de suicide parmi un échantillon de femmes médecins (alors que la prévalence de tentative de suicide pour les femmes de la population générale américaine était de 4,2%)[103].

§ IV. Autres comorbidités psychiatriques à risque pour le médecin

A) Généralités

Cette thèse se concentre plus spécifiquement sur les facteurs associés au burnout, à la dépression et au suicide des médecins, mais certaines études donnent également **des prévalences d'autres indicateurs de souffrance psychique des médecins** (exemple des troubles anxieux ou de l'état de stress post-traumatique) **ou des problèmes d'abus ou de dépendance aux substances** qui peuvent être un moyen de tenter de manière inadaptée de gérer le stress excessif ou la charge de travail importante auxquels sont soumis les médecins. Etant donné que ces autres troubles ne sont pas le sujet principal de la thèse et qu'ils n'ont pas été ciblés dans la recherche de littérature, des éléments plus généraux seront abordés ici et de manière moins détaillée.

B) Addictions : de l'automédication à la dépendance

Afin de gérer le stress excessif qui l'entoure, le médecin peut commencer à utiliser l'alcool ou divers médicaments comme les anxiolytiques ou les psychostimulants, régulièrement comme **automédication**, puis de façon excessive. Cette **dangereuse manière de gérer le stress**, peut progressivement exposer le médecin à une problématique de dépendance physique, voire de réelle addiction psychologique.

En premier lieu, les médicaments et les drogues sont consommés pour soulager les douleurs et à titre de stimulants afin de résister à de longues journées de travail et au travail de nuit et non pour atteindre des états d'enivrement. Le **déni de la dépendance par les médecins est un facteur aggravant**[91]. Concernant les médicaments, leur facilité d'accès, notamment via l'autoprescription par les médecins en souffrance, qu'elle soit physique ou psychologique, pose problème. Certains auteurs proposent d'en **limiter l'accès aux médecins avec des problèmes psychiques** mais les modalités de cette limitation ne sont pas développées. **Les médecins en burnout ou en dépression sont particulièrement à risque de tomber dans des addictions**, notamment face à l'alcool, ce qui représente un facteur de risque reconnu de passage à l'acte suicidaire[50], [58], [119], [120] (Cf. **illustration 31**).

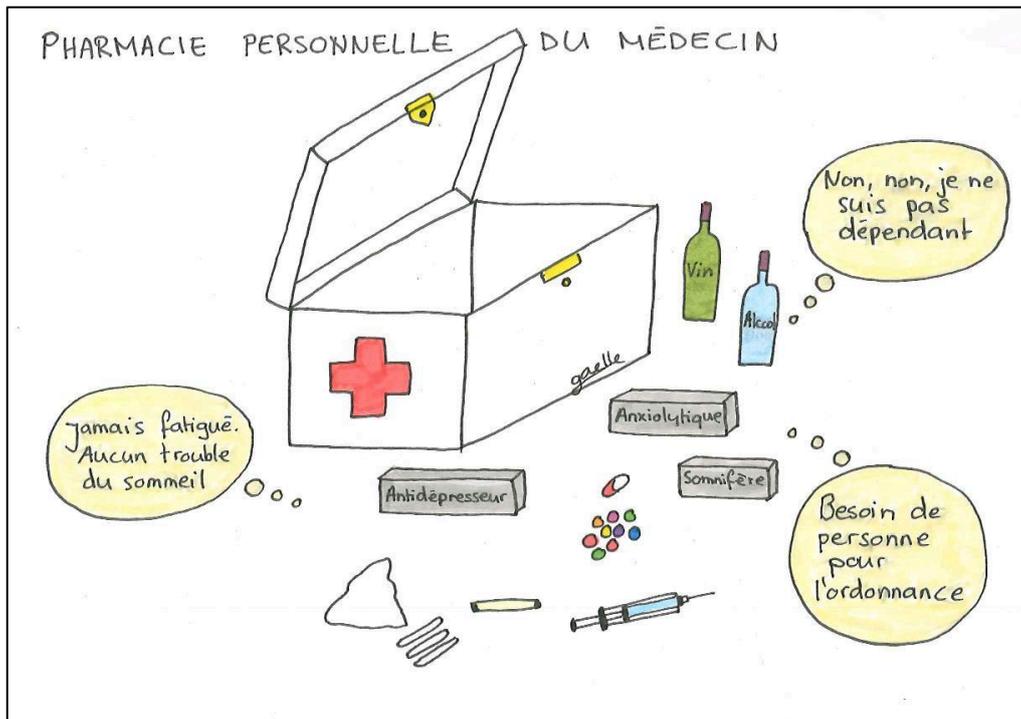


Illustration 31 : les substances dans la pharmacie personnelle du médecin (automédication). Illustration par Gaëlle Devillard.

Dans la revue de littérature de Ross publiée en 1971, l'alcoolisme était associé à 40% des suicides de médecins, tout comme l'abus de substances et de drogues (également 40%). L'auteur relevait que des rapports internationaux indiquaient que parmi les personnes souffrant d'addictions à des substances, la proportion de médecins avoisinait les 15%. Des estimations montraient que l'addiction aux narcotiques chez les médecins était entre 30 et 100 fois plus élevée que dans la population générale[119].

De façon intéressante, une autre revue de littérature ancienne sur le suicide des médecins publiée en 1985 montrait que les épouses de médecins avaient plus fréquemment des problèmes d'addictions que la population générale (barbituriques, dérivés morphiniques, amphétamines et alcool). Les médicaments étaient souvent prescrits ou administrés par leur mari[120].

1) *Lien entre burnout, dépression, idées suicidaires et addictions*

Comme mentionné dans la partie sur le suicide, **l'abus ou la dépendance aux substances en comorbidité avec la dépression ou surajoutés au burnout augmentent le risque de passage à l'acte suicidaire**[116] (Cf. illustration 32).

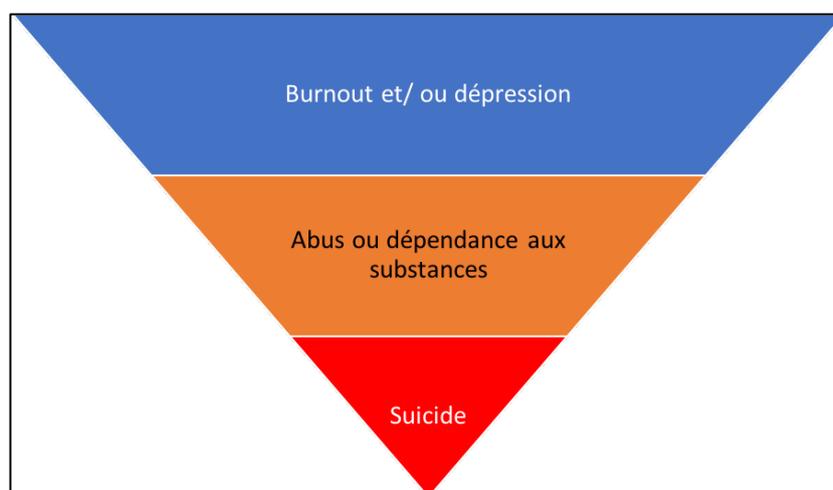


Illustration 32 : un burnout et/ou une dépression surajouté à un abus ou une dépendance aux substances augmentent le risque de suicide. Illustration par l'auteur.

Dans une étude de 2015 évaluant les prévalences des abus de substances parmi un grand échantillon de médecins américains au niveau national (N = 7'288), **l'abus et/ou la dépendance à l'alcool étaient associés au burnout, à la dépression et aux idées suicidaires**⁵³[140].

Une étude transversale descriptive et comparative publiée en 2016 a évalué les relations entre l'abus et/ou la dépendance à l'alcool avec le burnout et d'autres formes de détresse psychique (dépression et idées suicidaires notamment) ainsi que des mesures de la qualité de vie et du niveau de fatigue parmi une large cohorte nationale d'étudiants en médecine des USA (N = 4'402). **Les étudiants en burnout, en dépression, qui rapportent une faible qualité de vie mentale ou émotionnelle avaient plus tendance à comporter les critères pour un abus ou une dépendance à l'alcool.** En analyse multivariée le burnout était indépendamment associé à l'abus ou la dépendance à l'alcool et non à la dépression (avec aussi une dette éducative élevée, être célibataire et d'âge jeune)[61]⁵⁴.

Dans l'étude citée publiée en 2008 évaluant les prévalences de burnout parmi les médecins de famille européens de 12 pays, **le burnout élevé était associé notamment à l'abus d'alcool, à la consommation de tabac et à l'emploi de médicaments psychotropes**[67]. Dans l'étude citée publiée en 2013 qui évaluait les prévalences de burnout et de dépression ainsi que les facteurs associés parmi les médecins internes en anesthésiologie des USA (N = 1'417), **une consommation excessive d'au moins 5 verres d'alcool par jour était associée au burnout et à la dépression**[76].

⁵³ Ainsi qu'à une faible qualité de vie, à une plus faible satisfaction de carrière et à une erreur médicale auto-rapportée dans les 3 derniers mois.

⁵⁴ Ces deux dernières études ont utilisé un des questionnaires validés les plus employés pour dépister l'abus ou la dépendance à l'alcool, l'AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test-short version) qui dépiste une consommation à risque pour la santé.

2) Prévalences

Dans l'étude de 2015 citée juste avant qui évaluait les prévalences des abus de substances parmi un grand échantillon de médecins américains au niveau national (N = 7'288) de toutes les spécialités, **12,9% des médecins hommes et 21,4% des médecins femmes avaient les critères pour un abus ou une dépendance à l'alcool**. L'abus de médicaments sur ordonnance ou de drogues illégales était rare par contre[140].

a) Les étudiants en médecine

L'étude transversale publiée en 2016 citée dans la partie précédente a évalué les relations entre l'abus et/ou la dépendance à l'alcool avec le burnout et d'autres formes de détresse psychique (dépression et idées suicidaires notamment) ainsi que des mesures de la qualité de vie et du niveau de fatigue parmi une large cohorte nationale d'étudiants en médecine des USA (N = 4'402) et donne des prévalences d'abus ou de dépendance à l'alcool[61]. Dans cette étude, **32,4% des étudiants avaient les critères d'abus ou de dépendance à l'alcool sans différence notable entre les deux sexes**.

b) Les médecins en formation post-graduée et les chefs de clinique

Dans l'étude citée publiée en 2013 qui évaluait les prévalences de burnout et de dépression ainsi que les facteurs associés parmi les médecins internes en anesthésiologie des USA (N = 1'417), **une consommation excessive d'au moins 5 verres d'alcool par jour était déclarée par 28% des répondants**[76]. Ce chiffre augmentait à 44% des médecins internes à haut risque de burnout et 46% des de médecins internes à haut risque de dépression.

Dans une étude transversale libanaise publiée en 2016 effectuée dans un centre universitaire de Beyrouth évaluant les indicateurs de souffrance psychique des médecins internes (N = 118), **59% des répondants déclaraient une consommation régulière d'alcool, 10% de ceux-ci une consommation excessive et 14% un abus de drogues illégales, pour la grande majorité de façon modérée**[127]. Dans cet échantillon, **90% consommaient régulièrement de la caféine et 32% consommaient des cigarettes régulièrement**⁵⁵.

c) Les médecins de premier recours

Dans le sondage publié en 2004 parmi les généralistes libéraux du département de la Loire, **30% des généralistes sondés rapportaient avoir pris des psychotropes, 5,5% rapportaient boire excessivement de l'alcool**. La dimension d'EE du burnout était statistiquement associée à la consommation d'alcool et de psychotropes[51].

⁵⁵ Ce dernier chiffre de fumeurs est nettement plus élevé que ce qui est retrouvé dans de nombreuses études dans la population médicale parmi laquelle la consommation régulière de tabac semble plutôt inférieure à ce que l'on trouve dans la population générale autour des 15% ou 20% [67], [141]. Des spécificités culturelles et régionales (notamment emploi du narguilé par 35% de l'échantillon) expliquent probablement cela.

Dans l'étude citée publiée en 2008 évaluant les prévalences de burnout et d'autres facteurs associés au burnout **parmi les médecins de famille européens de 12 pays (N = 1'393), 15% des répondants déclaraient une consommation de médicaments psychotropes dans l'année écoulée et 5% une consommation excessive d'alcool**⁵⁶[67].

Dans une étude de 2008, évaluant les stressseurs au travail et des mesures de santé dans une population de médecins généralistes (N = 226) et de médecins consultants hospitaliers en médecine générale (N = 523) dans le contexte d'une crise de recrutement de médecins généralistes en Finlande[142], **13% des généralistes et 14% des consultants déclarent une consommation d'alcool supérieure à 3 verres par jour**⁵⁷.

d) Les spécialistes

Dans l'étude de 2015 citée qui évaluait les prévalences des abus de substances parmi un grand échantillon de médecins américains au niveau national (N = 7'288) de toutes les spécialités, **les spécialistes les plus à risque pour un abus ou une dépendance à l'alcool étaient les dermatologues (presque 25%), les chirurgiens orthopédiques, les médecins urgentistes, les anesthésistes et les autres chirurgiens (17%-18% dans ce groupe). Les spécialistes avec les prévalences les plus faibles étaient les neurologues et les pédiatres généralistes (10% et 11% respectivement)[140]. Les anesthésistes seraient parmi les spécialistes avec un risque augmenté d'abus ou de dépendance aux substances**⁵⁸[116]. **Les psychiatres et les médecins urgentistes** auraient également un risque supérieur aux autres spécialistes d'abus de substances selon certains auteurs[116].

e) Comparaison avec la population générale

La prévalence estimée sur les 12 derniers mois de dépendance aux substances trouvée dans une méta-analyse sur les prévalences de troubles psychiques en Europe rassemblant les données de 27 études européennes de 16 pays est de **3,4% pour la population générale européenne adulte en âge de travailler (18-65 ans)**[13].

Des sondages à large échelle annuelle aux USA donnent des prévalences sur l'année écoulée d'abus et/ou de dépendance aux substances dans la population générale américaine. **En 2013, les chiffres étaient de 11,4% pour les hommes et 5,8% pour les femmes de plus de 18 ans (17,3% parmi les jeunes adultes de plus de 18 ans et 7% parmi les adultes de plus de 25 ans)[143]. Les prévalences d'abus ou de dépendance à l'alcool dans la population générale aux USA en 2013 étaient de 13% pour les jeunes adultes de 18 à 25 ans et de 6% pour les adultes de plus de 25 ans**[143].

⁵⁶ Il est préoccupant d'ajouter que ce chiffre est nettement plus élevé parmi les médecins répondants qui ont des dimensions élevées sur l'échelle de burnout utilisée (MBI), notamment avec 80% de médecins avec EE élevé et 63% de médecins avec DP élevé qui déclaraient une consommation excessive d'alcool (ainsi que 32% des médecins avec AP élevé).

⁵⁷ La limite supérieure admise en générale pour une consommation sans danger pour la santé dans les deux sexes.

⁵⁸ Notamment les substances employées en anesthésie (ex : Propofol) [117]

3) *Variations selon les facteurs socio-démographiques*

En dehors du sexe féminin et du jeune âge, l'étude de 2015 à large échelle parmi l'ensemble des médecins des USA trouve de manière surprenante qu'être marié ou avoir un(e) partenaire augmente le risque d'abus ou de dépendance à l'alcool[140]. D'autres études montrent que le fait d'être en couple serait plutôt protecteur[61]. Il semblerait que **la qualité de la relation (ex : problèmes de couple) serait plus importante que le simple fait d'être en couple.**

a) Sexe

Les femmes médecins seraient plus à risque de dépendance ou d'abus d'alcool que les femmes de la population générale selon plusieurs études[116] mais aussi par rapport aux hommes médecins selon d'autres[140], contrairement à la population générale[143]. D'autres auteurs ne trouvent pas de différence de prévalences notables entre les sexes[61].

b) Âge

Plusieurs études trouvent que **le jeune âge augmente le risque de consommation, abus ou dépendance aux substances**[61], [140] comme pour la population générale américaine[143].

C) *Troubles anxieux*

1) *Place de l'état de stress post-traumatique (ESPT)*

Le niveau de stress élevé auquel sont soumis les médecins avec régulièrement une exposition à des événements de vie difficiles⁵⁹, les expose à **un risque accru de troubles anxieux divers du stress aigu à l'état de stress post-traumatique** (ESPT ou PTSD en anglais : « *post-traumatic stress disorder* »).

Une méta-analyse de 2011 évalue les données existantes sur l'impact des événements graves liés au travail pour les professionnels des soins des hôpitaux (médecins et infirmiers) en analysant les données de 11 études (N = 3'866) qui évaluent les associations entre événements graves au travail et les symptômes d'ESPT et 6 études (N = 1'695) qui évaluent les associations entre les événements graves au travail et les symptômes d'anxiété et de dépression[144]. Les résultats montrent que les effets étaient plus prononcés sur le long que sur le court terme et que **les incidents graves liés au travail peuvent induire des symptômes d'ESPT, voire le tableau complet du trouble, de l'anxiété et de la dépression (Cf. illustration 33).**

⁵⁹ Ex : des fins de vie, suicides, accidents avec des séquelles parfois majeures.

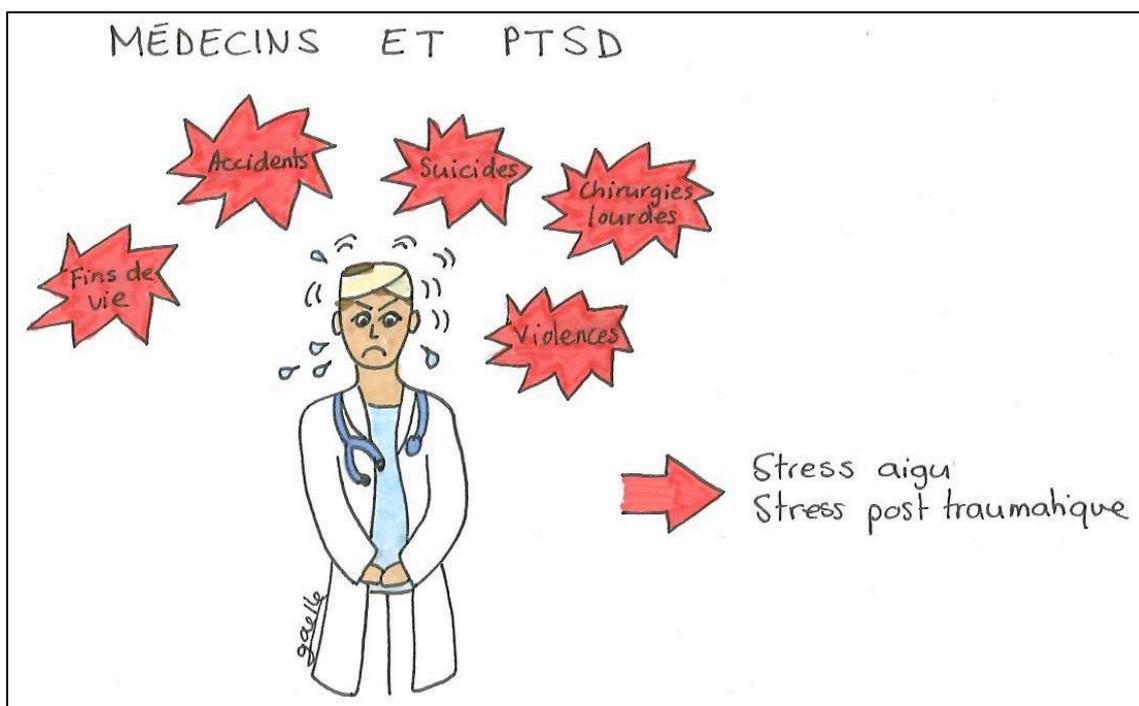


Illustration 33 : les facteurs de risque d'état de stress post-traumatique chez les médecins. Illustration par Gaëlle Devillard.

Une étude montre que **l'ESPT est un prédicteur indépendamment d'une tentative de suicide ultérieure parmi une population de personnes avec un trouble dépressif majeur**⁶⁰[145]. Une étude publiée en 2014 sur les relations entre traumatismes et ESPT rappelle que pour **jusqu'à 42% des individus avec un ESPT, le trouble devient chronique durant des années**[146].

2) Prévalences

De nombreuses études évaluent des niveaux généraux d'anxiété ou de symptômes anxieux et non les prévalences de troubles anxieux spécifiques.

a) Quelques études dans la population médicale

Une des études précédemment citée nous donne des prévalences estimées de troubles anxieux. Il s'agit de l'étude publiée en 2012 qui a évalué en 2009 les prévalences de divers troubles psychiques et leurs associations avec les niveaux de capacité de travail auto-évaluée parmi un échantillon de 423 médecins hospitaliers répondants (correspond à un taux de réponse de 51%) dans un hôpital des Pays-Bas[57]. **La prévalence d'anxiété évaluée par le Brief Symptom Inventory était de 24% avec une prévalence plus marquée pour les femmes (21%) et les médecins internes (30%) que pour les hommes (18%) et les médecins avec un titre de spécialité (19%)**⁶¹. **La prévalence de PTSD évaluée par l'Impact of Event Scale était à 15% avec une prévalence plus élevée pour les femmes (20%) que pour les hommes (9%)**⁶². Pas de

⁶⁰ La prévalence sur la vie d'ESPT calculée dans cette population était de 14,3%.

⁶¹ Les auteurs citent une étude française avec des prévalences identiques d'anxiété.

⁶² Les auteurs citent des études comparatives trouvant des prévalences variables de PTSD entre 4% et 15%.

différence significative entre les médecins internes et les médecins avec un titre de spécialité. La prévalence globale de stress négatif (« *distress* »)⁶³ évaluée par l'échelle 4-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) était également de 15% avec une prévalence plus élevée chez les femmes (20%) et les médecins internes (19%) que parmi les hommes (9%) ou les médecins avec un titre de spécialité (12%)[57].

Une étude transversale, publiée en 2015, effectuée dans un centre hospitalier universitaire à Sao Paulo au Brésil a trouvé une prévalence de 41% des médecins internes répondants (N = 305) qui étaient à risque élevé d'anxiété (évalués par le Patient Health Questionnaire-4, PHQ-4)[147].

b) Comparaison avec d'autres professionnels ou avec la population générale

Une étude transversale publiée en 2009 à Taiwan a évalué les indicateurs de santé mentale parmi tout le personnel d'un hôpital régional d'environ 1'000 employés (médecins, infirmiers, pharmaciens, administrateurs, techniciens...)[101]. **Le personnel infirmier avait les prévalences de trouble psychiatrique mineur probable** (évalué par l'échelle Chinese Health Questionnaire, CHQ-12⁶⁴) **et de dépression probable** (évaluée par l'échelle Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D) **à 42% et 41% respectivement les plus élevés. Les médecins avaient des prévalences de 21% sur les deux échelles, ce qui était parmi les plus faibles prévalences.** Les pharmaciens avaient des prévalences de 30% et 40% respectivement.

La prévalence sur les 12 derniers mois trouvée dans la méta-analyse rassemblant les données de 27 études européennes de 16 pays trouve une estimation de **12% de prévalence des troubles anxieux combinés au cours des 12 derniers mois pour la population générale européenne adulte en âge de travailler (18-65 ans)**[13].

c) Variations selon les facteurs socio-démographiques

À nouveau, ces prévalences semblent **en défaveur des médecins femmes et des médecins internes** qui pourraient être des sous-groupes particulièrement à risque.

⁶³ Cf. Chapitre 2, Section I, §, A, 2

⁶⁴ L'échelle CHQ-12 utilisée dépistait principalement les troubles anxieux, les phobies, les troubles obsessionnels et compulsifs et les troubles de l'adaptation.

Chapitre 2 : Facteurs associés à la souffrance psychique des médecins

Section I Le stress et les facteurs de stress

§ I. Généralités sur le stress

Le stress peut être bénéfique et être une source d'émulation ou de stimulation mais il peut, s'il est prolongé et excessif, conduire à l'épuisement ou même à la destruction de l'individu. Face à un stress identique, certains individus peuvent y voir un défi permettant d'exercer leurs compétences mais d'autres ne retiennent que la menace et peuvent arriver à un état de stress pathologique[148].

A) *Modèles théoriques du stress en général*

1) *Généralités*

Différents modèles théoriques du stress ont été développés[149]. Hans Selye entre les années 30 à 50 a conceptualisé le **modèle physiologique ou biologique du stress** basé sur les notions d'homéostasie et des systèmes neuronaux et hormonaux de régulation. Dans les années 80, Richard Lazarus et Susan Folkman ont développé **un modèle plus cognitivo-comportemental du stress, le modèle transactionnel du stress** qui est basé sur les transactions réciproques entre l'individu et son environnement⁶⁵. Une définition du stress selon ce modèle est formulée par Lazarus et Folkman : « *Le stress psychologique est une relation particulière entre la personne et son environnement, qui est évaluée par la personne comme mettant à l'épreuve ou excédant ses ressources, et qui met en danger son bien-être* »[150, p. 19].

Face **au facteur de stress (« stressueur »)**, l'individu fait deux types d'évaluations : la **sensation de stress perçu** et la **sensation de contrôle perçu**[148], [149].

Pour la **sensation de stress perçu (évaluation primaire)**, l'individu envisage ce qui est en jeu dans la situation, il peut soit ressentir une situation stimulante (défi) ou au contraire une menace. La perception du stressueur est influencée par les expériences antérieures, les croyances, le soutien social, les mécanismes de défense inconscients et les efforts conscients pour élaborer un plan d'action[149].

Pour la **sensation de contrôle perçu (évaluation secondaire)**, l'individu envisage différentes options pour gérer la situation (« coping »), la changer, l'accepter ou l'éviter. Il fait l'inventaire de toutes les ressources tant personnelles que sociales (« stratégies de coping »)[148].

Le stress pathologique peut toucher trois dimensions de l'individu : **les dimensions conative (comportements), cognitive (activités mentales) et affective (émotions)**. La

⁶⁵ Cf. Chapitre 2, Section I, §I, B, 2

perturbation des comportements (conation) comprend par exemple les conduites addictives (tabac, alcool, médicaments, drogues...), l'absentéisme et le turnover fréquent. La perturbation de la cognition comprend par exemple les problèmes de concentration, d'attention et les troubles mnésiques. La perturbation du niveau émotionnel et de la gestion des émotions peut engendrer la dépression, l'anxiété, la baisse de l'estime de soi et la baisse du sentiment de satisfaction professionnelle.

Le modèle simplifié dit ABC du stress décrit que le stress est une tension interne qui émerge d'une adversité externe (A) et de pensées internes (B). Nos pensées⁶⁶ sur la cause d'une situation stressante amènent à certaines conséquences émotionnelles et comportementales (C)[151]. Selon ce modèle, une situation stressante peut être ainsi perçue comme un défi soluble ou comme une menace incontrôlable qui produit une réaction de type « **combat ou fuite ou de paralysation** » (« *fight or flight or freeze reaction* »)[151] (Cf. **illustration 34**).



Illustration 34 : les réactions face à une situation stressante. Illustration par Gaëlle Devillard.

2) *Stress positif* (« *eustress* ») et *négatif* (« *distress* »)

Les anglosaxons différencient deux types de stress, le **stress positif** ou « *eustress* » (qui sert à se dépasser et est source de performance, d'excellence, de motivation et de compétition) et le **stress négatif** ou « *dystress* » (qui est source d'anxiété, de panique, d'insomnies et d'isolement) (Cf. **illustration 35**). Cela repose sur les travaux de Selye dans les années 70[152].

⁶⁶ Nos pensées sont modelées par notre personnalité, nos attitudes et nos compétences.

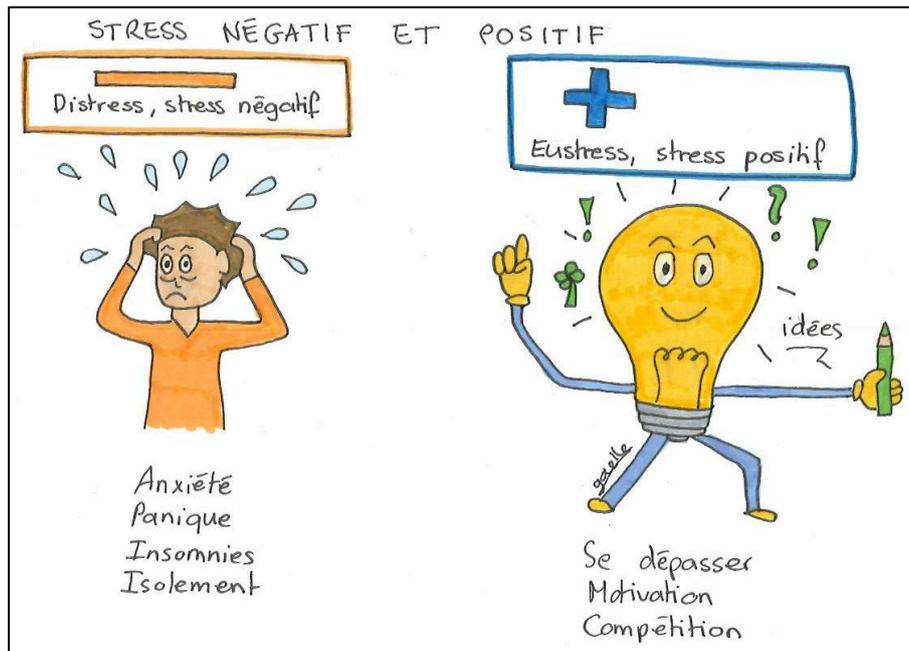


Illustration 35 : le stress négatif (« distress ») et le stress positif (« eustress »). Illustration par Gaëlle Devillard.

3) *Stress aigu et stress chronique*

Il faut différencier le **stress aigu** et délimité dans le temps du **stress chronique** dont les effets peuvent être très différents, car les mécanismes mis en jeu par l'organisme pour s'adapter à une situation stressante aiguë ne peuvent souvent pas s'installer durablement. **Le stress aigu**, même intense, n'a pas les mêmes conséquences sur la santé que le stress chronique qui impose à l'organisme des changements pour maintenir son équilibre intérieur (homéostasie)[153], [154].

L'activation liée au stress stimule la sécrétion de cortisol par les glandes surrénales via le système hypothalamo-hypophysé-surrénalien (axe HHS). L'hypercortisolémie aiguë peut diminuer la sensibilité à l'insuline en lien avec une hyperglycémie induite et peut augmenter la prise de poids en cas de consommation excessive d'aliments riches en carbohydrates lors de périodes de stress.

Le stress chronique peut baisser l'efficacité du système immunitaire, poser des problèmes cardiovasculaires (notamment des problèmes de tension artérielle) ainsi qu'au niveau du système nerveux et endocrinien[153] mais **également induire des problèmes de dépression⁶⁷ et de burnout.**

⁶⁷ Le mécanisme postulé au niveau biologique est la baisse des niveaux de précurseurs de sérotonine, un des neurotransmetteurs clés dans les substrats biologiques de la dépression et des mécanismes d'action de nombreux antidépresseurs.

4) *Stress et biologie*

Pour Selye (1956), le stress est la réaction de l'organisme aux exigences de l'environnement[154]. Outre le modèle biologique décrit ci-dessus avec l'activation de l'axe HHS, Selye a développé **un modèle théorique d'un syndrome d'adaptation générale au stress avec 3 différentes phases** : phase d'alarme, de résistance et d'épuisement[152], [154] (Cf. **illustration 36**).

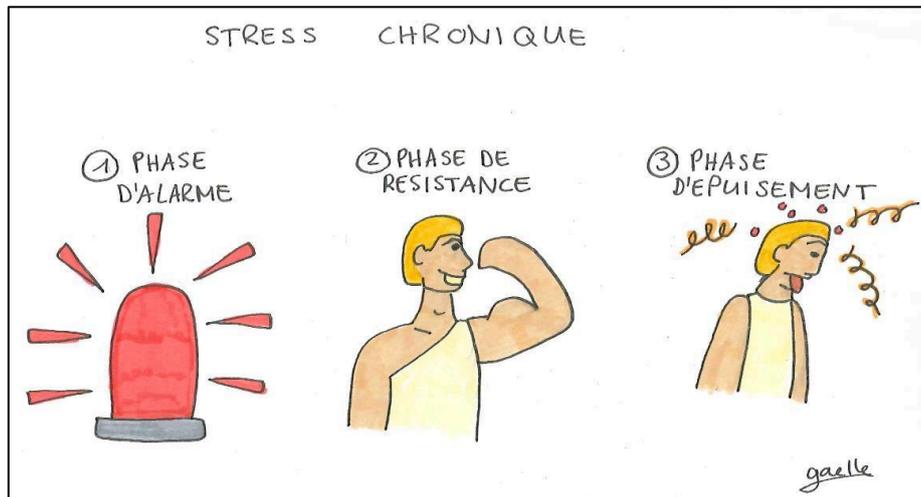


Illustration 36 : les trois phases du syndrome d'adaptation selon Selye lors d'un stress chronique. Illustration par Gaëlle Devillard.

Le stress a aussi un **effet d'activation de l'activité cognitive** telle que résumée par la théorie du stress de l'activation cognitive⁶⁸[153], [155]. Cela peut en partie expliquer les perturbations du sommeil lors de stress avec des insomnies et des troubles du sommeil[155].

5) *Vulnérabilité au stress et sensibilisation au stress*

Une **prédisposition neurobiologique au stress** peut être liée à des facteurs génétiques ou épigénétiques héréditaires[49]. Comme mentionné pour la dépression, cette **vulnérabilité génétique** peut, si elle se conjugue avec des facteurs de stress ou des conditions de vie stressantes (ou des événements de vie difficile), favoriser le développement d'un burnout ou d'une dépression.

Le modèle de la **sensibilisation au stress** évoque qu'un individu qui est exposé à des stresseurs précoces (dans l'enfance ou l'adolescence) est plus vulnérable à développer une psychopathologie quand il est ré-exposé à des facteurs de stress dans sa vie ultérieure[146]. Le stress précoce modifierait le système de réponse au stress qui serait en quelque sorte amorcé et qui pourrait répondre de manière plus rapide et intense. Inversement, des expositions légères au stress et intermittentes dans l'enfance peuvent renforcer la résilience et la résistance au stress de l'individu[49].

⁶⁸ L'activation physiologique via le système hypothalamo-hypophysé-surrénalien liée au stress stimule l'activité cognitive également.

B) Le stress professionnel

1) Une définition du stress professionnel

Le **stress professionnel** (ou stress occupationnel) regroupe les réactions émotionnelles, cognitives, comportementales et physiologiques à des aspects délétères et nocifs du travail, de l'environnement de travail ou de l'organisation du travail[152] et qui amènent des conséquences négatives en terme psychologique ou somatique sur l'individu au travail (Cf. **illustration 37**). C'est donc un processus multidimensionnel lié à des composantes individuelles variées ainsi que de multiples aspects liés au travail[152].

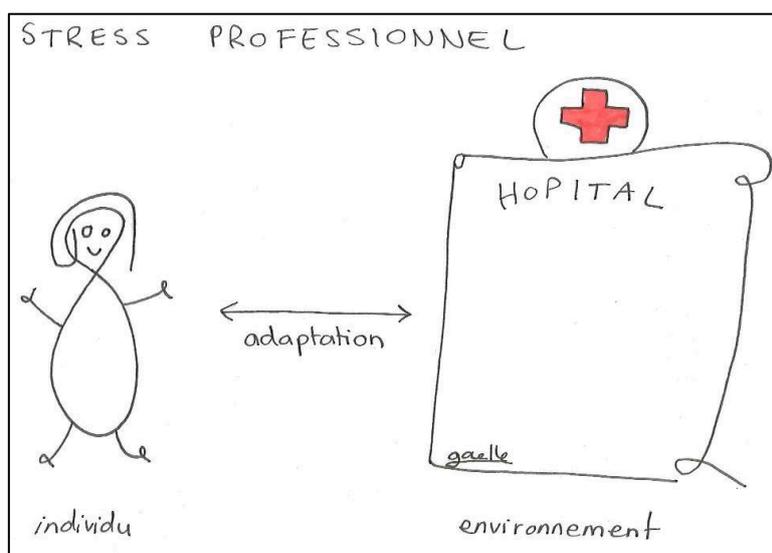


Illustration 37 : le stress professionnel est lié à l'adaptation entre l'individu et son environnement de travail. Illustration par Gaëlle Devillard.

C'est en raison de cette complexité et de ces **aspects multidimensionnels** que les modèles conceptuels décrits dans la partie suivante se sont multipliés afin de rendre compte de certains aspects de manière plus privilégiée⁶⁹.

2) De nombreux modèles ont été conceptualisés

De **multiples modèles théoriques du stress professionnel** ont été conceptualisés et nous allons ici en résumer quelques-uns. Une recension critique des modèles théoriques reliant l'environnement de travail, le stress et la santé datant de 2013 tente de dégager un méta-modèle[156]. Les auteurs de cette revue regrettent que les modèles du stress professionnel retenus sont souvent les plus connus (comme celui de Karasek et Theorell datant de 1990 et celui de Siegrist datant de 1996) alors qu'il y en a de nombreux autres dont la richesse est ignorée. Cette revue classe 17 différents modèles d'un point de vue historique mais aussi selon leur appartenance aux différentes écoles de pensée ayant travaillé sur le stress professionnel et la santé au travail. Elle développe un méta-modèle en les classant selon les différentes variables médiatrices

⁶⁹ Aucun modèle unique ne permet de rendre compte de l'ensemble des facteurs impliqués mais ils peuvent être utiles pour des stratégies de prévention du stress professionnel.

(perception de l'environnement de travail, évaluation de l'environnement de travail et réactions à court terme) et modératrices (caractéristiques socio-démographiques, caractéristiques individuelles, caractéristiques du travail, soutien social au travail et facteurs liés à l'environnement extra-professionnel) utilisées[156].

Pour cette thèse, nous allons **nous concentrer sur quelques modèles théoriques les plus utilisés dans la littérature sur la souffrance psychique des médecins au travail**. Trois modèles principaux sont le plus souvent utilisés : le modèle de « demande-contrôle » de Karasek et Theorell de 1990 (avec sa variante à trois dimensions ajoutant le soutien social parfois appelé modèle de Johnson de 1989), le modèle du « déséquilibre Efforts/Récompenses » par Siegrist de 1996 et le modèle d'adaptation personne-environnement ou « Person-Environment Fit » par French datant de 1982. Le modèle transactionnel du stress par Lazarus et Folkman de 1984 déjà cité est également employé pour le stress professionnel[148].

a) Modèle « demandes-contrôle » de Karasek et Theorell (1990)[157] et modèle de Johnson (1988)[158]

Le modèle de base de Karasek et Theorell[148] (Cf. **illustration 38**) est un modèle bi-directionnel basé sur :

- Le **degré de contrôle ou de maîtrise de la personne sur son travail** ou le degré d'autonomie dans ses décisions (possibilités d'utiliser et de développer ses compétences et possibilités de prises de décision)
- Les **demandes ou contraintes issues du travail** (exigences, par exemple charge et rythme de travail)

Les demandes peuvent être quantitatives mais aussi qualitatives (mentales, organisationnelles et émotionnelles)[159].

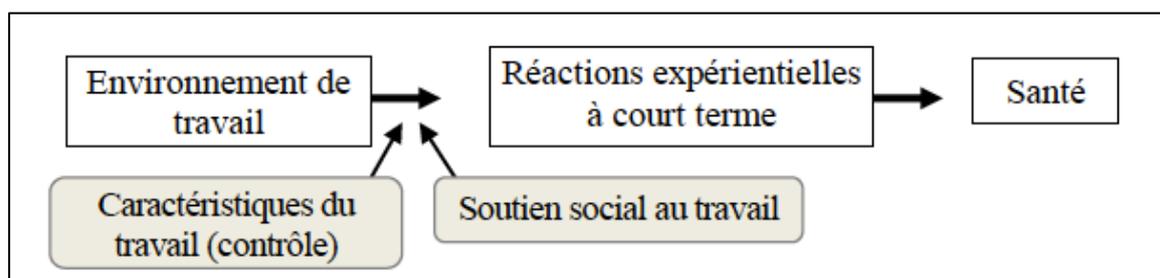


Illustration 38 : une représentation schématique du modèle de Karasek, seconde version, adaptée d'après[157]. Illustration tirée de [156, p. 9].

Dans ce modèle, c'est le croisement entre les demandes et le contrôle de la situation qui déterminera le niveau de stress. Karasek définit 4 types de travail selon la combinaison de ces facteurs et leurs conséquences sur le bien-être[148] :

- un **travail passif et monotone** (faibles exigences et faible marge d'autonomie)
- un **travail éreintant et contraignant** ou « *Job strain* » (fortes exigences et faible contrôle sur son travail) et mettant le travailleur à risque pour sa santé physique et psychique
- un **travail facile et détendu** (faibles contraintes et forte autonomie)

- un **travail exigeant et très actif** (fortes charges de travail avec beaucoup d'exigences mais fort niveau de contrôle et de développement des compétences).

A ce modèle bi-directionnel, **une troisième dimension a été ajoutée par Johnson** (1989 et 1990) **avec le soutien social au travail** (soutien émotionnel ou technique ainsi que la reconnaissance des collègues et/ou de la hiérarchie) qui est une variable modératrice pouvant compenser les exigences ou le manque d'autonomie. L'« *iso-strain* » est une situation à haut risque de conséquences pour la santé qui cumule de fortes exigences, un faible degré de contrôle et un isolement social (ou absence de soutien)[148].

b) Modèle « déséquilibre efforts-récompenses » de Siegrist (1996)[160]

C'est à nouveau un modèle à 2 dimensions[148] (Cf. **illustration 39**) :

- **les efforts** (extrinsèques comme les exigences du poste en terme d'horaires, de responsabilités, de charge de travail, du rythme et d'interruptions par exemple) et le surengagement ou surinvestissement dans le travail (difficultés à se distancier du travail)
- **les récompenses du travail** (estime et récompenses salariales, de sécurité de l'emploi, d'opportunités de développement professionnel ou de promotions).

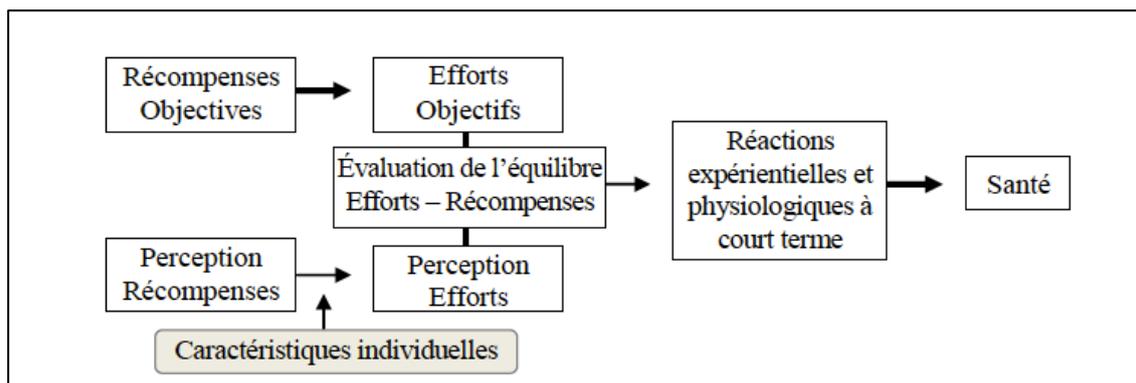


Illustration 39 : une représentation schématique du modèle « Efforts - Récompenses » selon [160] dans le cadre conceptuel du courant de l'adéquation personne-environnement. Illustration tirée de [156, p. 8].

Selon ce modèle, un **déséquilibre entre les efforts et les récompenses** avec un surinvestissement de l'individu engendre une situation de détresse émotionnelle avec un risque cardio-vasculaire notamment[148].

c) Modèle « Adaptation personne-environnement » (ou « Person-Environment Fit », PE-Fit) de French et collaborateurs (1982)[161]

Ce modèle interactionnel (Cf. **illustration 40**) suggère que le stress professionnel résulte du **non-ajustement entre**[148] l'une et/ou l'autre condition suivante :

- soit les **capacités d'une personne et les exigences de son travail** (tâches)
- soit les **besoins d'une personne** et ceux pouvant être satisfaits par son travail (**récompenses** par exemple)

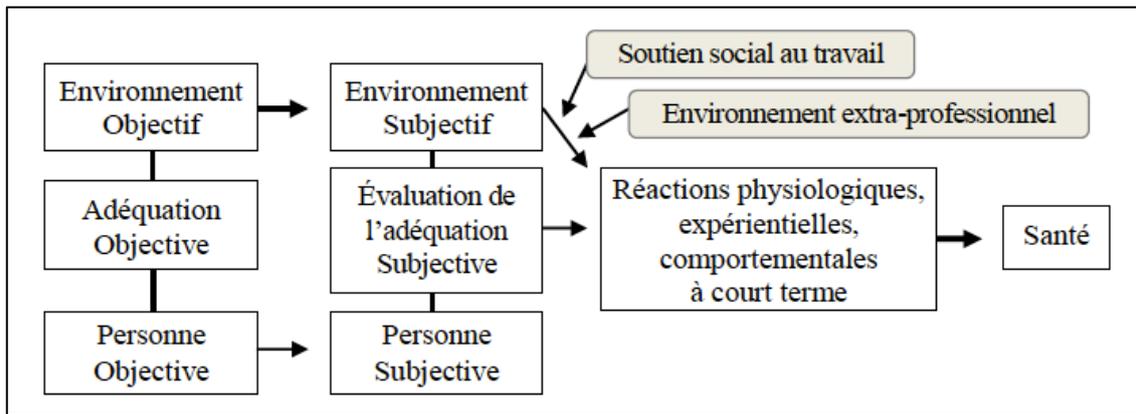


Illustration 40 : une représentation simplifiée du modèle principe du courant de l'Adéquation Personne - Environnement, adaptée de [161, p. 3]. Illustration tirée de [156, p. 7].

Ce modèle propose de distinguer premièrement la réalité objective et les perceptions subjectives, et deuxièmement les variables environnementales et personnelles[148]. Le manque d'ajustement entre la personne et son environnement peut arriver de 4 manières différentes⁷⁰.

d) Modèle transactionnel de Lazarus et Folkman (1980 et 1984)[150]

Dans les modèles transactionnels, **le stress ne réside ni dans l'environnement ni dans l'individu mais dans la transaction entre les deux**[148]. Ces modèles s'appuient sur les théories cognitives du stress et mettent l'accent sur l'influence de la perception de la situation (stress perçu et contrôle perçu par exemple) sur le stress professionnel ainsi que le déploiement par l'individu de mécanismes d'adaptation au stress (ou stratégies de « coping »)[148]. Dans ces modèles, **c'est donc l'évaluation qui est faite par l'individu et la signification que donne l'individu au facteur de stress qui détermineront la réponse qu'il va y donner.**

Selon le modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman[150] (Cf. **illustration 41**), face à une situation de stress, l'individu fait une première évaluation de l'enjeu de la situation en comparant[148] :

- **l'enjeu ou le stress perçu** (perte, menace, défi)
- **le contrôle perçu ou les ressources** dont l'individu a l'impression de disposer face à la situation de stress (possibilités d'intervention, de changement, d'actions ou de mobilisation de ressources)

⁷⁰ Ces 4 manières sont : un manque d'adéquation subjective et objective entre la personne et son environnement, un manque d'adéquation entre l'environnement objectif et l'environnement subjectif, puis finalement un manque d'adéquation entre les personnes subjectives et objectives.

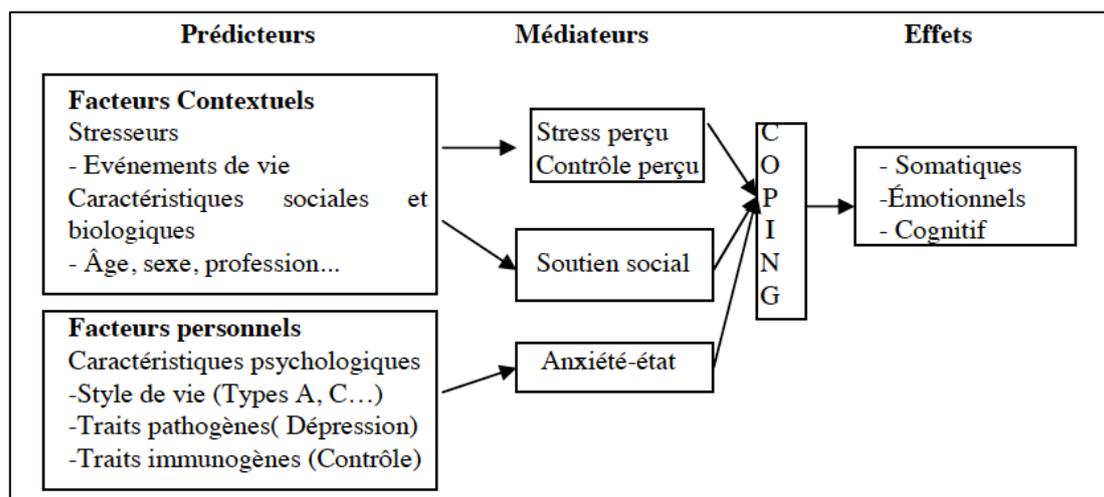


Illustration 41 : une représentation schématique du modèle transactionnel du stress selon Lazarus et Folkman, 1984[150]. Illustration tirée de [154, p. 3].

Ensuite, l'individu peut orienter ses réponses par **une stratégie d'adaptation à la situation ou d'ajustement au stress** (« coping⁷¹ »), **soit centré sur le problème** (vise à contrôler ou modifier directement la situation en élaborant un plan d'action ou en se confrontant au problème par ex.), **soit centré sur les émotions** (ex : évitement, réévaluation positive)[148]. Plus récemment, le coping centré sur la recherche de soutien social s'est ajouté dans les conceptualisations du coping[148].

e) Modèle « demandes-ressources au travail » (« Job demands-resources model », JD-R) par Demerouti et Bakker (2001 puis adapté en 2007)[162]

Ce modèle[162] (Cf. **illustration 42**) est un peu plus complexe que les précédents mais postule que :

- les **demandes ou exigences du travail** (surcharge, rythme, responsabilités...) peuvent induire des problèmes de santé psychique ou physique (stress professionnel, burnout, dépression) uniquement si elles ne sont pas suffisamment balancées (équilibrées) par :
- les **ressources disponibles pour l'individu au travail** pour traiter ces demandes (autonomie, soutien social, supervision, développement professionnel...).

Les ressources procurent plus d'engagement dans le travail (satisfaction professionnelle, motivation, investissement) et peuvent permettre à l'individu de faire face à des demandes importantes (quantitatives et qualitatives).

⁷¹ Cf. notion de coping au Chapitre 5, Section II, §I

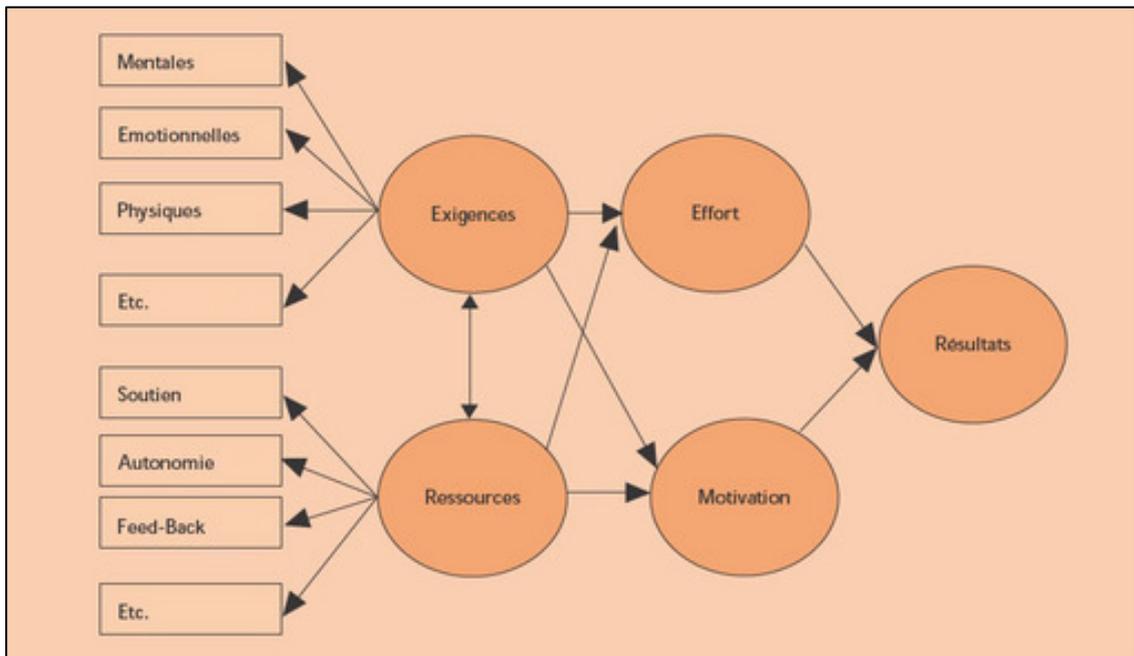


Illustration 42 : une représentation schématique du modèle de Demerouti, couramment nommé JD-R Model (Job demands-resources model) selon[162]. Illustration tirée de [163, p. 27].

Selon ce modèle, le stress professionnel excessif (risque de burnout) se produit lorsque l'individu doit affronter des demandes incessantes au travail et qu'il manque de ressources suffisantes pour gérer ces demandes et les réduire[39]. L'avantage de ce modèle est qu'il permet de **conceptualiser qu'en cas de stress excessif, la baisse des demandes ou l'augmentation des ressources peuvent permettre à l'individu de retrouver un meilleur équilibre et diminuer son stress professionnel.**

f) Autres modèles théoriques

Les modèles précédents sont les plus souvent cités mais ils ne permettent pas de rendre compte de la complexité du problème du stress professionnel et des situations à risque pour la santé. **De nombreux facteurs ergonomiques** (tâche, rythme, conditions de travail, nouvelles technologies, contraintes physiques...), psychologiques (contrôle, charge émotionnelle, traits de personnalité...), **économiques et sociétaux** (management, valeurs et sens du travail pour l'individu et la société, équilibre vie professionnelle et vie personnelle, facteurs relationnels, stabilité et sécurité de l'emploi, salaire...) **ont été étudiés et doivent aussi être pris en compte**[106], [148].

La **théorie de la préservation des ressources**, développée par Hobfoll et Freedy en 1993, évoque que l'accumulation ou la conservation de ressources permet d'avoir une certaine résistance au stress. Selon ce modèle, le stress est le résultat d'une menace à ces ressources, une perte de ces ressources ou un échec dans la récupération de ressources après les avoir engagées[155]. Le burnout est vu selon ce modèle comme un état lié à l'épuisement des ressources en énergie de l'individu (notamment physiques, émotionnelles et cognitives). Cet état peut être lié soit à la déplétion des ressources liée à un stress important récurrent, soit au fait que l'individu n'a pas suffisamment cultivé ses ressources. Dans ce modèle, les ressources peuvent être augmentées selon un cercle vertueux (conserver de nombreuses ressources stimule le développement des

ressources) ou effondrées selon un cercle vicieux (l'abaissement des ressources accélère leur épuisement)⁷² [9], [164].

La **théorie de l'équité** évoque que les personnes ont besoin de justice et d'équité face aux conditions de travail et qu'une source de stress professionnel et de démotivation[9] peut être liée à la comparaison des rapports entre efforts fournis et récompenses obtenues à titre personnel en lien avec son travail et les efforts et récompenses des autres collaborateurs (si déséquilibre, vécu d'injustice et iniquité perçue et de manque de réciprocité)⁷³[66], [166].

Le modèle de la congruence des valeurs ou du conflit de valeurs[167] évoque que les individus ont besoin d'une congruence entre leurs valeurs personnelles et les valeurs du système dans son ensemble où les individus travaillent (entreprise, hiérarchie, direction et stratégie de l'entreprise). En cas de congruence des valeurs personnelles et du système, l'engagement et la motivation professionnelle pourraient être renforcés. En cas de conflit de valeurs important, cela peut mener à une situation de stress professionnel ou de manque d'investissement⁷⁴[167]. Des facteurs générationnels, notamment en ce qui concerne les valeurs fréquemment partagées par les individus de la génération Y (ou milléniaux), peuvent aussi jouer un rôle quant à l'importance mise dans certaines valeurs⁷⁵[168].

La **théorie du capital humain** évoque que l'humain a des ressources limitées en temps et en énergie qu'il s'agit de respecter dans la gestion de la charge de travail et du temps de repos[159].

3) *Modélisation biologique du stress professionnel*

Des modélisations biologiques du stress professionnel ont été réalisées notamment avec des **mesures de l'épuisement de la variation diurne de sécrétion de cortisol physiologique**[153]. Cela traduit la perturbation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien liée à son activation chronique[155].

⁷² Par exemple, pour tenter de « recharger ses batteries » ou par manque de temps, l'individu peut s'isoler, espérer se reposer en arrêtant l'activité physique ou ritualiser ses journées. Le soutien social, les loisirs et le sport sont trois ressources importantes pour résister au stress[164].

⁷³ Cette même théorie de l'équité peut se faire à titre individuel déjà[165] avec le bilan des efforts personnels fournis et des récompenses obtenues par l'individu en reconnaissance de son investissement. Il est important de préciser que ce bilan repose avant tout sur des facteurs subjectifs tels que perçus par l'individu.

⁷⁴ Dans les professions soignantes et du domaine social, il semble que ce facteur soit très important étant donné les valeurs et les motivations qui ont pu pousser les individus à choisir de telles professions.

⁷⁵ Cf. Effet générationnel au Chapitre 2, Section II, §V, D

§ II. Les facteurs de stress

A) Définition et classifications des facteurs de stress

Les **facteurs de stress** souvent appelés aussi « **stresseurs** » peuvent être compris comme tous les facteurs qui exercent une certaine charge sur une personne[55]. Les contraintes ou tensions (physiques, mentales ou émotionnelles) peuvent être les conséquences subjectives des stresseurs qui émergent dans une personne.

Différentes **classifications des facteurs de stress** existent.

Celle de Sharpe et Lewis publiée en 1978[169] différencie les stresseurs en :

- **Stresseurs de performance** (passer un examen, une évaluation, être à la hauteur dans son travail...)
- **Stresseurs de menace** (agression, violences, conflits avec les patients...)
- **Stresseurs d'ennui** (travail répétitif, monotone, peu stimulant...)
- **Stresseurs de frustration** (absence de contrôle et sentiment d'impuissance...)
- **Stresseurs de perte ou de deuil** (décès, divorce, séparation, délocalisation, changement d'équipe ou de poste...)
- **Stresseurs physiques** (maladie, cancer, douleurs, vibrations, bruits...)

Nous pouvons également classer les facteurs de stress[149] en :

- **facteurs de stress exogène**[31] : **organisationnels** (charge de travail, rythme, conditions de travail, organisation du travail...) et **interindividuels** (conflits avec collègues, manque de soutien de la hiérarchie, soins envers des patients difficiles et exigeants...)
- **facteurs de stress endogène**[31] : **intraindividuels** (traits de personnalité notamment) (Cf. **illustration 43**).

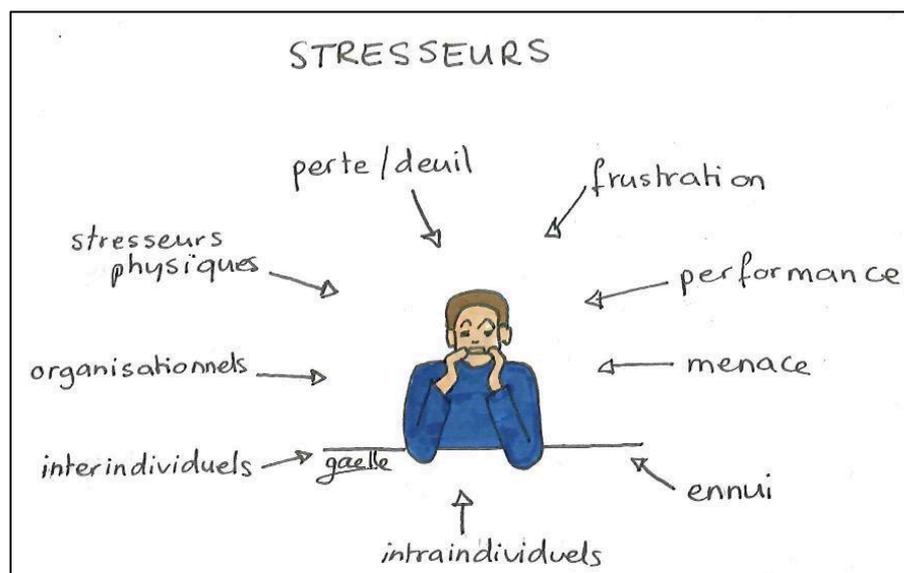


Illustration 43 : les différents types de stresseurs. Illustration par Gaëlle Devillard.

La recherche de littérature pour cette thèse a permis d'explorer les facteurs impliqués ou associés à la souffrance des médecins. Plusieurs des articles et études ont fait une revue des différents types de stressors pour les médecins, les étudiants en médecine ou les soignants en général⁷⁶. Certains de ces facteurs de stress sont communs à la plupart des professions et d'autres sont plus spécifiques au métier de soignant ou de médecin[149].

Dans la partie suivante⁷⁷, les différents facteurs impliqués dans la souffrance des médecins seront **classés de la manière suivante** :

- Facteurs en lien avec l'activité professionnelle
- Facteurs de vie personnelle
- Déséquilibre entre vie professionnelle et vie personnelle
- Facteurs en lien avec la personnalité du médecin
- Facteurs sociologiques et de société

Section II Multiples facteurs impliqués dans la souffrance psychique des médecins

§ I. Facteurs en lien avec l'activité professionnelle

A) Quelques lignes directrices

Avant de faire l'inventaire des nombreux facteurs liés à l'activité professionnelle, quelques principes généraux centraux qui permettent de comprendre les prévalences élevées de burnout et de souffrance psychique dans la profession médicale vont être décrits.

En plus des différents modèles théoriques du stress professionnel, Maslach et Leiter ont développé un « **modèle des domaines de la vie au travail** » (« *Areas of Worklife model* »)[39], qui permet de rendre compte des déséquilibres entre une personne et son travail. Ce modèle décrit **six domaines clés**[39] (Cf. **illustration 44**) :

- La charge de travail
- Le contrôle
- Le degré de reconnaissance ou de récompense
- La communauté (relations interpersonnelles)
- L'équité (sentiment de justice)
- Les valeurs (idéaux, buts et attentes)

⁷⁶ Certains auteurs ont notamment effectué des sondages via des questions ouvertes dans ces populations pour identifier les stressors principaux.

⁷⁷ Cf. Chapitre 2, Section II

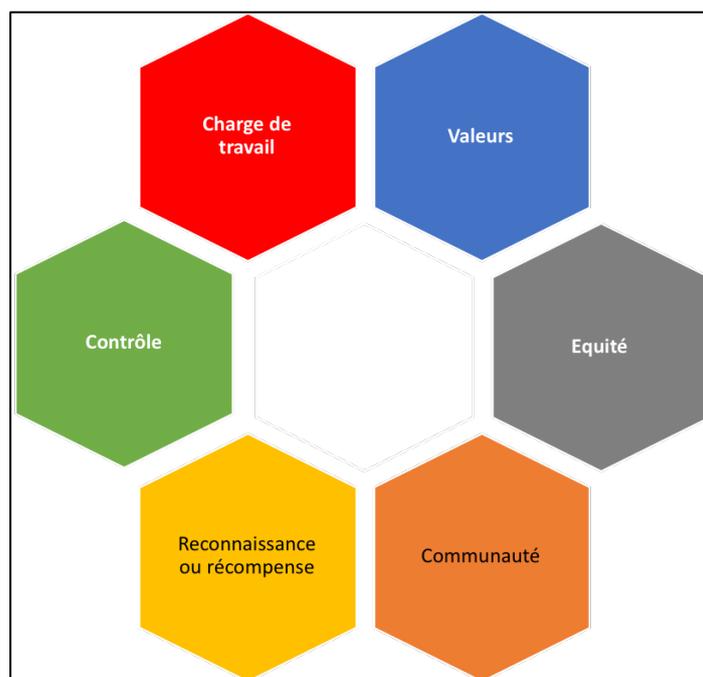


Illustration 44 : les 6 domaines clés du « modèle de la vie au travail » selon[39]. Illustration par l’auteur.

Ce modèle permet à la fois de comprendre les facteurs clés impliqués dans l’épuisement professionnel **lorsque ces différents facteurs sont déséquilibrés**⁷⁸, et également de conceptualiser les facteurs d’un épanouissement dans son travail en lien avec **un bon équilibre selon ces différents critères**⁷⁹.

1) *Crise de gratifications ou déséquilibre entre demandes et ressources*

En lien avec le modèle du déséquilibre entre leurs efforts et les récompenses obtenues⁸⁰ ou celui des demandes (ou exigences)-ressources de la place de travail⁸¹, plusieurs études sur le sujet de la souffrance des médecins parlent d’une « **crise de gratifications** » comme facteur impliqué dans l’épuisement professionnel de nombreux médecins[39], [49], [80], [159], [167], [170]-[174]. Des exigences exténuantes sans ressources suffisantes ou sans reconnaissance adaptée expliqueraient ce déséquilibre, selon ces auteurs.

⁷⁸ En cas de : surcharge de travail, manque de contrôle, faible degré de récompense ou de reconnaissance, relations interpersonnelles conflictuelles, sentiment d’iniquité ou d’injustice et conflit de valeurs entre celles de l’individu et de son travail.

⁷⁹ Une charge de travail suffisante mais adaptée, un certain degré d’autonomie et de contrôle sur son travail, des reconnaissances suffisantes en termes financier et relationnel, des relations interpersonnelles de qualité et soutenantes, un sentiment d’équité et des valeurs congruentes entre l’individu et son emploi.

⁸⁰ Cf. le modèle du stress professionnel de Siegrist au Chapitre 2, Section I, §I, B, 2, b

⁸¹ Cf. le modèle du stress professionnel de Karasek et Theorell, Chapitre 2, Section I, §I, B, 2, a

2) *Charge de travail objective ou perçue*

Comme évoqué dans les généralités sur le stress professionnel, ce n'est **pas la charge de travail objective qui semble prédominante dans le stress professionnel mais bien la charge de travail perçue par le médecin**[21], [39], [48], [75], [142], [167], [175], [176].

De nombreuses études pointent **la surcharge de travail** comme étant associée à la souffrance psychique des médecins[43], [45], [51], [55], [91], [93], [177]. **La dimension d'épuisement émotionnel (EE) du burnout semble particulièrement associée à la charge de travail**[38].

3) *Rôle de la surcharge administrative et de l'augmentation des tâches « illégitimes »*

Un facteur important et souvent cité serait **la surcharge administrative et la bureaucratisation de l'activité médicale** avec une diminution du temps clinique auprès des patients. Cette charge administrative est vécue comme des « **tâches illégitimes** » qui ne respectent pas l'identité professionnelle et qui manquent souvent de sens pour les médecins[11], [165], [166], [172], [178]-[182].

Cette surcharge administrative s'explique notamment par **la pression des assurances maladies et leur micromanagement de l'activité médicale**. Les systèmes de santé donnent aux assureurs maladies le rôle de vérificateurs des coûts de la santé pour freiner leur augmentation. Ce système de régulation et de contrôle engendre une grande activité de documentation (courriers et rapports aux assurances maladies) et de justification qui augmentent la charge administrative des soignants[43], [136], [180], [183]-[185].

Un autre facteur impliqué est **l'informatisation et la numérisation de l'environnement de travail du médecin** (dossier patient informatisé, système de relevé d'ordres médicaux, portails informatiques destinés aux patients, documentation du travail obligatoire par les systèmes de contrôle et de facturation). Plusieurs études montrent que ces systèmes qui se généralisent ne remplissent pas toujours leurs objectifs de faciliter le travail des médecins[179], [182], [185], [186] (Cf. **illustration 45**).

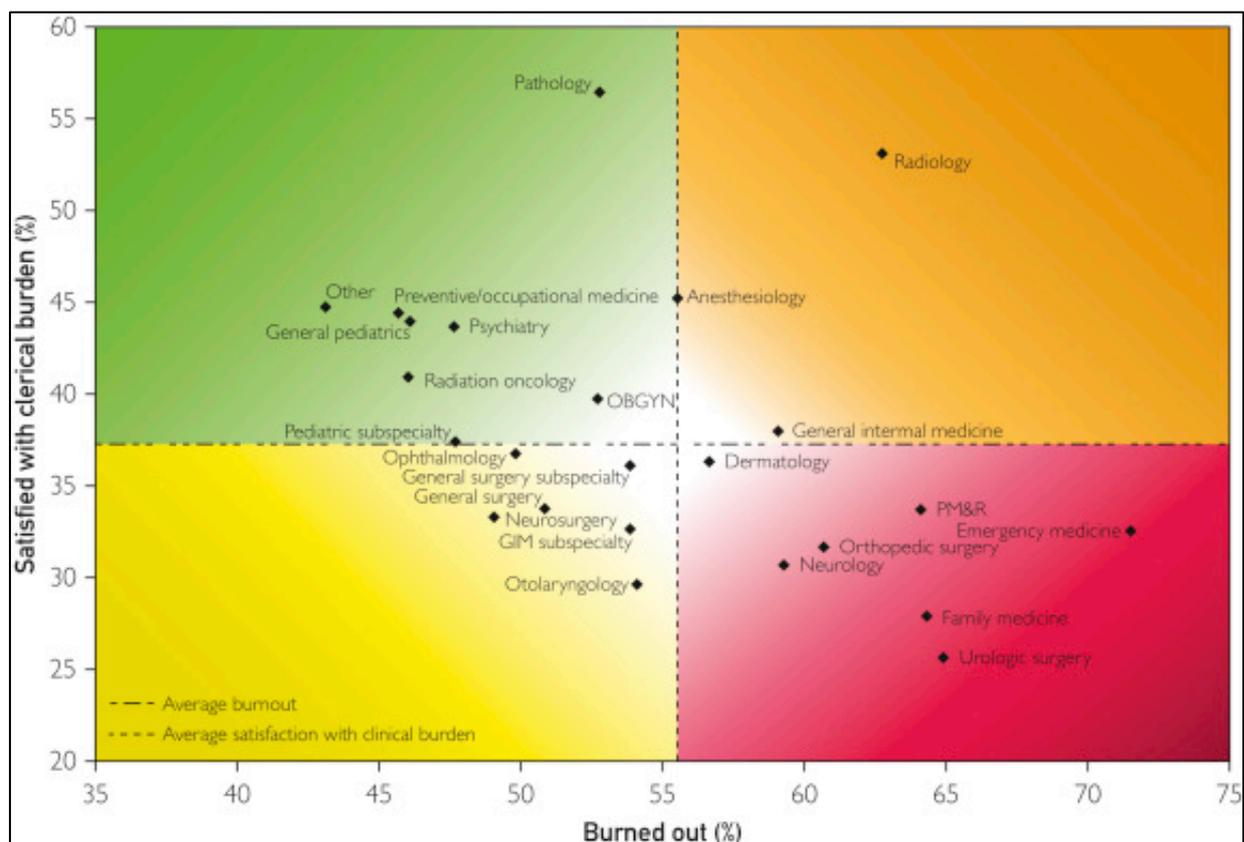


Illustration 45 : les prévalences de burnout et de satisfaction (satisfait ou très satisfait) avec la charge administrative directement en lien avec les soins aux patients parmi les médecins des USA (échelon national), selon les spécialités. GIM = médecine interne générale; OBGYN = obstétrique et gynécologie ; PM&R = médecine physique et réhabilitation. Illustration tirée de[186, p. 843].

4) Conflits de rôles et pénurie de rôles

Un autre phénomène important qui peut contribuer au stress professionnel est celui des **conflits de rôles internes et/ou externes au travail** (exemple rôles professionnels et rôles familiaux). Au niveau des conflits entre les différents rôles que le médecin doit souvent tenter d’incarner dans son travail, nous pouvons citer comme exemples les rôles de clinicien, de chercheur, de médecin en formation post-graduée, de cadre ou superviseur, de collègue, de chargé de cours[159].

Selon l’**hypothèse de la pénurie de rôle**[159], qui part du postulat que les ressources en temps et en énergie sont limitées, et que des tensions entre les différents rôles peuvent se produire et peuvent être exacerbés en cas de tendance à un surinvestissement professionnel (ou addiction au travail, « *workaholism* »)[159] ou par des demandes excessives pour remplir de multiples rôles. Selon cette hypothèse, le temps et l’énergie investis dans un rôle ne le sont pas dans un autre rôle. Des conflits de rôles (ou tensions de rôles) comme facteurs associés à différents indicateurs de souffrance psychique ont été montrés dans plusieurs études parmi la population médicale[21], [159], [187].

5) *Conflits de valeurs*

Comme mentionné dans le modèle des domaines de la vie au travail, selon les travaux de Maslach et Leiter[39], **les conflits entre les valeurs du médecin et les valeurs institutionnelles** peuvent être un facteur de stress professionnel important[171]. Ils peuvent notamment être vécus lorsque le médecin est confronté à des comportements non-professionnels ou du cynisme dans son environnement professionnel⁸²[171]. Ils peuvent être aussi vécus lors de soins ressentis comme futiles ou non éthiques (manœuvres invasives en cas de fin de vie ou traitement oncologique avec baisse de la qualité de vie dans une situation dépassée)[171]. **L'importance accordée à la congruence de leurs valeurs** avec celle de leur environnement professionnel a été montrée dans plusieurs études évaluant les facteurs associés au bien-être ou à la souffrance des médecins[9], [167], [171].

6) *Iniquité perçue et sentiment d'injustice*

Un autre facteur, relevé par Maslach et Leiter dans le modèle des domaines de la vie au travail comme central[39], est **le sentiment d'iniquité perçue ou d'injustice**. Cela peut concerner les inégalités perçues de salaire ou de traitement par la hiérarchie mais aussi les injustices procédurales ou injustices interactionnelles ainsi que le manque de réciprocité perçue dans les relations avec les patients par exemple[171]. Ce facteur a été montré comme associé à plusieurs indicateurs de souffrance psychique dans la profession médicale[9], [66], [142], [166].

B) *Un grand nombre de facteurs possibles*

Outre les quelques principes généraux décrits dans la partie précédente, les différents facteurs en lien avec l'activité professionnelle associés à la souffrance psychique des médecins, selon la littérature sélectionnée, seront listés. Pour chaque facteur, les études ayant montré une association avec des indicateurs de souffrance ou de bien-être des médecins ou des étudiants en médecine seront indiquées.

1) *Mesures de la charge de travail*

- **Le nombre élevé d'heures de travail par semaine**[57], [167], [173], [188]-[190]

Une étude à large échelle parmi un grand collectif national de médecins canadiens (N = 3'213) publiée en 2009 montre que **les heures de travail par semaine ne comptent que pour 16% de la gênerabilité perçue de la charge de travail**[167]. Une autre étude évaluant les facteurs associés au burnout et à la dépression parmi un grand collectif national de chirurgiens des USA (N = 7'900) a montré **un gradient clair entre les heures par semaine et le burnout ainsi que la dépression, sans effet de seuil**[190]. Selon l'étude de Dyrbye de 2013 sur un grand collectif de médecins américains à différents stades de leur carrière[79], les médecins en milieu de carrière travaillent le plus grand nombre d'heures par semaine et souvent plus de 70 heures.

⁸² Cf. la culture en médecine et le curriculum caché, Chapitre 3, Section II, A, 1 et 2

- **Le travail posté (nombres de gardes de nuit par semaine, leurs durées) et le temps de piquet**[91], [93], [177], [190]–[192]

Contrairement aux heures de travail par semaine, l'étude évaluant les facteurs associés au burnout et à la dépression parmi un grand collectif national de chirurgiens des USA (N = 7'900) a montré un effet de seuil dès une nuit par semaine pour l'association avec la détresse psychique[190]. Selon l'étude de Dyrbye de 2013 sur un grand collectif de médecins américains à différents stades de carrière[79], les médecins américains en milieu de carrière effectuent le plus de nuits par semaine.

2) *Aspects relationnels*

- **La charge affective des relations avec les patients**[38], [176], [178], [192], [193]

La littérature récente décrit plusieurs phénomènes d'épuisement psychique en lien avec la charge affective des relations empathiques avec des patients ou des personnes présentant des histoires difficiles (souffrances, traumatismes...) pouvant toucher les soignants ou les professionnels des professions d'aide⁸³ (Cf. **illustration 46**) : la **fatigue de compassion** (usure de compassion, état de saturation de la relation d'aide et d'empathie)[194] et le **traumatisme vicariant ou stress traumatique secondaire** (le soignant en contacts réguliers avec des traumatismes des patients dont il s'occupe finit par vivre les traumatismes comme s'ils étaient les siens, avec des reviviscences, un état d'épuisement et de stress associé)[194]–[196].

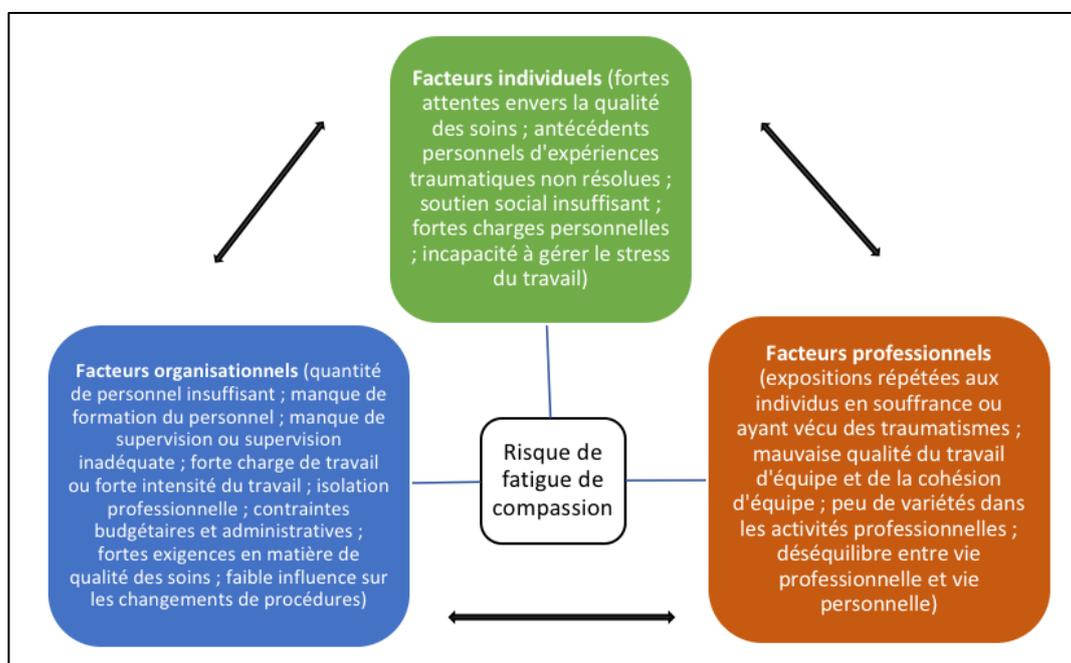


Illustration 46 : un modèle hypothétique explicatif de la fatigue de compassion. Illustration adaptée par l'auteur de [195, p. 226] qui avait adapté le modèle de [197].

⁸³ Il n'est pas clair si ces phénomènes sont des cas particuliers de burnout ou s'ils sont distincts[194].

Le modèle du **réservoir d'empathie** décrit qu'une personne a un certain quota de ressource d'empathie et, qu'en cas de surcharge et d'épuisement avec une forte sollicitation affective, ce quota est dépassé[192]. Lorsque les histoires difficiles des patients sont très proches d'événements touchant directement l'histoire du soignant (traumatismes, deuils, maladies, similarités dans les âges ou situations de vie), cela peut mettre à mal la distance protectrice entre le soignant et le patient : on parle alors de **résonance psychique** (l'histoire du patient entre en résonance avec l'histoire du soignant) et cela peut mener le soignant à se sentir envahi par une situation[198].

- **Prise en charge de patients exigeants ou compliqués (avec des demandes excessives ou irréalistes). Conflits avec des patients ou leurs familles, violences de la part des patients**[38], [39], [43], [45], [51], [57], [93], [177], [178], [188]
- **Harcèlement (relationnel, sexuel, psychologique) ou mobbing au travail (de collègues, de supérieurs ou formateurs)**[53], [199]-[201]
- **Conflits relationnels (avec des collègues médecins, infirmiers, personnel auxiliaire), dynamique d'équipe tendue**[38], [43], [45], [75], [93], [142], [175], [177], [188]
- **Manque de soutien ou de respect par la hiérarchie, relations conflictuelles et tendues avec la hiérarchie et la direction mais aussi avec l'administration**[43], [45], [93], [166], [177], [178], [188], [202]
- **Manque de reconnaissance de la part de la hiérarchie, des patients et de la société** [45], [55], [66], [141], [178], [202], [203]

Les mauvaises capacités perçues de management et d'encadrement par la hiérarchie sont citées comme facteur de stress[52], [55], tout comme **l'absence de feed-back de la hiérarchie** (retour sur son travail)[45], [52] ainsi que **le manque de planification de carrière**[52], [93].

Un autre phénomène qui peut contribuer à la loi du silence ou au non respect des limites imposées par la loi sur les conditions de travail sont **les intimidations et pressions sur les lanceurs d'alerte ou ceux qui dénoncent les non-respects de la loi sur le travail**[204].

- **L'isolement social ou le manque de soutien social** (par exemple si installation en zone rurale ou en cabinet) ou si le médecin a dû déménager successivement pour sa formation ou son travail loin de son réseau social[43], [205]

Certains auteurs décrivent que le secret médical pourrait être un frein à l'usage des ressources sociales et du soutien social (surtout à l'extérieur du travail)[193], [206].

3) *Pénurie de ressources, mesures d'économie*

- **Rythme de travail, pression du temps, discontinuité, interruptions**[45], [55], [126], [178], [180]

De nombreuses études montrent que les médecins font face à **un rythme de travail fréquemment perturbé par de multiples nuisances qui interrompent les activités en cours**⁸⁴ et que cela crée une source de stress important [51], [93], [177], [207]. Plusieurs auteurs décrivent qu'un **effet paradoxal des limitations des heures de travail pour les médecins en formation post-graduée** (ex : aux USA en 2003 puis en 2011⁸⁵) qui visait une prévention de l'épuisement professionnel a été d'accentuer la pression du temps et la charge de travail perçue par le biais d'une concentration des soins et de la **densification du travail**. D'autres effets paradoxaux ont été la **baisse du temps d'enseignement et de supervision** des médecins internes, notamment parce que les médecins cadres ayant terminé leur formation ont dû compenser en partie le travail qu'effectuaient les médecins en formation avant l'introduction des limites d'heures de travail [9], [20], [48], [176], [180], [208]–[211].

Changer le système de soins et améliorer les standards et la qualité des conditions de travail avec un rythme de travail plus humain a un certain coût et nous sommes actuellement plutôt dans une période de restriction budgétaire. Par exemple, un auteur cite dans un article de 2011 que les coûts estimés de l'introduction des nouveaux standards recommandés en 2010 aux USA des conditions de travail des médecins en formation sont de 2,3 milliards de dollars[204]. Néanmoins, ce calcul sous-estime les coûts réels des conditions de travail exténuantes actuelles en lien avec les arrêts maladie ou les coûts de remplacement des médecins en burnout[212].

Un autre facteur ayant contribué à la densification des soins et du rythme de travail a été **la diminution de la durée des séjours hospitaliers** avec une accélération des entrées et sorties de patients créant, notamment, une charge administrative importante[178].

- **Manque d'effectifs, problèmes budgétaires, problèmes de recrutement**[178], [209], [212]–[214]

Les mesures d'économie avec des restrictions budgétaires impactent le travail **en diminuant de nombreuses ressources** (personnel, locaux, matériel, formation,...)[51], [52].

Afin de diminuer les coûts institutionnels, **des outils de pilotage ou de contrôles sont développés avec un travail de documentation important pour les soignants et une protocolisation des soins**. Des réorganisations et optimisations des horaires et des procédures sont introduites souvent en décalage avec la qualité des soins perçue par les soignants et les besoins des équipes (exemple temps de chevauchement des horaires

⁸⁴ Ex : interruptions répétées des consultations par bips, téléphones ou nuisances sonores.

⁸⁵ Cf. Chapitre 5, Section V, §I, A, 1

pour des réunions d'équipe afin de favoriser la cohésion et les transmissions de qualité)[174], [178].

Un autre facteur de stress professionnel dans ce travail sous tension et ce contexte de mesures d'économie est représenté par le terme de « **coûts d'opportunité** » (coûts de prendre des décisions en devant en permanence gérer la pénurie et la tension des ressources en temps, en argent ou en places disponibles). Cela crée une tension psychique et contribue à un appauvrissement cognitif[203]. Un facteur de stress peut être la crainte ou la réalité de **compromettre les standards de qualité par un manque de ressources**[141], [174].

4) *Aspects juridiques, erreurs médicales*

- **Peur de commettre des erreurs médicales. Conséquences des erreurs médicales et des incidents graves**⁸⁶[45], [50], [52], [56], [59], [91], [144], [173], [175], [191], [203], [215], [216]
- **Judiciarisation de la médecine. Plaintes, poursuites et procédures pénales pour mauvaises pratiques**⁸⁷. **Attitudes défensives des procédures et des soins pour se protéger des plaintes ou pour justifier les soins**[45], [52], [173], [175], [178], [217], [218]

5) *Facteurs plus ciblés selon les périodes de la formation et de la carrière médicale*

a) *Etudes de médecine*

- **Un style d'apprentissage non optimal durant les études**[219]
- **Stress lié aux examens durant les études et à la formation post-graduée, compétitions pour les postes de stages ou de formation post-graduée, sélection**[220]
- **Dettes éducationnelles contractées pour les études de médecine**[61], [62], [175], [201]

Dans certains pays comme aux USA, les études de médecine sont privées et extrêmement chères. Les étudiants en médecine peuvent accumuler des **dettes allant de 50'000 dollars à plus de 150'000 dollars** et avoir un stress important de pouvoir rembourser leur emprunt[61], [62], [175].

- **Travail à côté des études ou emplois au noir durant la formation post-graduée (« moonlighting »)**[171], [201]

⁸⁶ Cf. Chapitre 4, Section IV, §II, C

⁸⁷ Cf. Chapitre 4, Section IV, §II, C

b) Formation post-graduée

- **Moment de passage ou de transition entre les études et la formation post-graduée**[53], [221], [222]

Le moment du passage entre les études de médecine et le début de l'activité professionnelle avec la charge de travail et les lourdes responsabilités est une phase qui peut être difficile car elle correspond à la **période de confrontation entre les attentes des étudiants en médecine et les réalités de la pratique et du terrain**⁸⁸.

- **Autonomie et contrôle limités, fortes responsabilités, charge de travail et rythme de travail intenses**[127], [159], [171], [177], [222], [223]

Selon certaines études, le niveau d'EE (dimension du burnout) baisse avec les années d'internat et le niveau de DP augmente[62], [224].

- **Multiplés rotations et changements de poste durant la formation post-graduée avec une exigence forte d'adaptation de la part du médecin**[221]

Ces changements de poste peuvent également nécessiter une grande mobilité voire une émigration de la part du médecin pour sa formation ou son travail[118].

c) Moment de la retraite

- **Difficultés pour prendre sa retraite ou pour trouver un successeur en période de pénurie de médecins notamment pour les généralistes**[78], [225]
- **Perte du rôle professionnel et de la reconnaissance sociale**[78], [131], [225]

La retraite peut être un moment difficile pour certains médecins en lien avec la place importante que prend leur identité professionnelle et le rôle professionnel dans l'estime de soi ou de l'identité globale de nombre d'entre eux[78], [131].

6) *Facteurs liés à la culture de la médecine*

- **Culture en médecine, curriculum caché et climat de travail, culture institutionnelle**⁸⁹[9], [16], [17], [53], [159], [199], [201], [221], [222], [226]–[231]
- **Formation à devenir un super-héros, à supprimer ses émotions, apprendre l'autosacrifice dans l'endoctrinement de la formation médicale**⁹⁰[232], [233]
- **« Conspiration du silence » sur le stress et la souffrance des médecins**[234]

⁸⁸ Cela peut déjà se produire lors des premières rotations de stages durant les études avec des horaires très étendus (souvent les horaires des stagiaires ne sont pas réglementés) et une exposition à la souffrance, la mort ou les maladies.

⁸⁹ Cf. Chapitre 3, Section II, §I, A, 1 et 2

⁹⁰ Cf. Chapitre 3, Section II, §I, A et B

7) *Autres facteurs*

- **Mauvaises conditions de travail et contraintes au travail**[9], [142], [178]
- **Mauvaise organisation du travail**[180]
- **Devoir tenir à jour ses connaissances en permanence** (obligation d'une formation continue durant toute la période d'activité professionnelle)[91], [141]
- **Devoir prendre de nombreuses décisions seul et en porter la responsabilité**[141]
- **Multiples responsabilités simultanées**[141], [173]
- **Incertitudes au niveau des diagnostics**[91]
- **Surcharge d'informations**[93], [177]
- **Décisions éthiques difficiles à prendre** (ex : retrait thérapeutique, abstention et sédation terminale aux soins intensifs)[235]
- **Manque d'autonomie dans le travail**[38], [56], [91], [203]
- **Travail répétitif et monotone avec des procédures standardisées et peu soumises à la réflexion** (ex : généralisation des protocoles de soins ou algorithmes de prise en charge)[55], [236]
- **Rémunération avec une part importante du salaire liée à la performance ou bonus liés à la performance**[180]
- **Manque de formation sur la dépression, la prévention du suicide et plus généralement le peu d'accent mis sur la formation en psychiatrie durant les études de médecine**[124]
- **Confrontation avec expériences traumatiques** (victimes d'accidents graves, suicides, meurtres...) **et risques de développer un état de stress post-traumatique (ESPT)** [144], [145]

8) *Facteurs plus développés ou spécifiques selon les spécialités ou les types d'activité*

- **Insatisfaction avec le choix de la spécialité**[237]

Selon l'étude Dyrbye et collaborateurs de 2013 parmi l'ensemble des médecins des USA, les médecins américains en milieu de carrière étaient le moins satisfaits sur le choix de leur spécialité[79].

- **Certains stresseurs sont plus spécifiques à certaines spécialités**[65]

Quelques exemples :

- en oncologie, on peut citer les décisions de vie ou de mort, l'utilisation de thérapies extrêmement toxiques avec des fenêtres thérapeutiques étroites, un rythme rapide d'évolution des connaissances et des nouveaux traitements, la confrontation à des situations dépassées avec des traitements palliatifs et une baisse de la qualité de vie importante[238].
- Contacts répétés avec la douleur, la souffrance, la mort, les histoires de vie difficiles (ex : urgences, oncologie, soins intensifs, soins palliatifs...)[57], [118]
- Partenariat soignant-patient brisé par la réalisation des soins sous la contrainte (mesures de contraintes, privation de liberté à des fins d'assistance...) (ex : psychiatrie ou soins en milieu carcéral)
- Inconfort dûs aux effets secondaires des médicaments ou des procédures utilisées (ex : en chirurgie, oncologie, soins intensifs ou palliatifs et en psychiatrie)
- Demandes à forte implication émotionnelle et psychologique (ex : psychiatrie, médecine générale, urgences...)[57], [118]
- **Certains stresseurs sont plus développés selon le type d'activité (si ambulatoire ou hospitalière, académique ou non, en pratique privée)**[38], [239]

Le type de pratique peut influencer par exemple sur la charge de travail, le rythme, les conditions de travail, le degré d'autonomie, les charges additionnelles (exemples la formation, le management, la recherche), la rémunération.

§ II. Facteurs de vie personnelle

A) *Plus importants pour la dépression et le suicide selon certaines données*

Les facteurs associés à une augmentation du **risque de dépression ou de tentative de suicide** selon une étude publiée en 1999 parmi un large collectif national de femmes médecins des USA étaient : être née aux USA, être non asiatique, avoir une anamnèse de tabagisme, de dépendance ou d'abus d'alcool, des antécédents d'abus sexuel, de violences domestiques, un faible état mental actuel, davantage de harcèlements sévères, une anamnèse familiale positive de troubles psychiatriques[103].

Les facteurs associés à davantage de **dépression** parmi ce large collectif de femmes médecins des USA étaient : être célibataire, sans enfant, avoir une arme à domicile, un stress important au domicile, une consommation d'alcool régulière, avoir une moins

bonne santé, une obésité, un syndrome de fatigue chronique, un abus de substance(s), un trouble du comportement alimentaire, un autre trouble psychiatrique, rapporter travailler trop et avoir une insatisfaction de carrière, moins de contrôle au travail et un fort niveau de stress professionnel⁹¹[103].

Le suicide serait plus en lien avec des problèmes personnels ou familiaux selon certaines études qu'avec des facteurs liés au travail⁹²[111], [139]. D'autres études montrent des prévalences élevées de problèmes en lien avec le travail, de problèmes relationnels et financiers. Ces études retrouvent souvent des problèmes multiples et intriqués compliqués par une dépression et/ou un abus de substance(s)[108], [128]. Une hypothèse avancée pour expliquer **cette vulnérabilité des médecins aux problèmes professionnels est en lien avec l'importance du rôle professionnel dans l'identité personnelle**[108].

B) *Antécédents personnels ou éléments de vie actuelle*

1) *Evènements de vie négatifs et adversité*

- **Événements de vie négatifs, stress précoce, manque d'affection dans l'enfance, traumatismes dans l'enfance, adversité dans l'enfance**[49], [144], [187], [201], [240]
- **Avoir vécu des expériences traumatiques avec augmentation du risque d'état de stress post-traumatique (ESPT)**[81], [144]-[146]

2) *Situation de couple et facteurs relationnels*

- **Être célibataire, veuf ou divorcé**[101], [126], [135]
- **Avoir des problèmes de couple**[201], [241]
- **Avoir des problèmes dans les relations familiales, avec les amis**[51], [120], [220]

3) *Problèmes de manque de ressources*

- **Problèmes de logement**[220]
- **Problèmes financiers (dettes liées aux études ou pour l'installation)**[43], [51], [52], [55], [62], [93], [170], [177], [188], [201], [220]

⁹¹ La plupart des facteurs de risque trouvés sont connus dans la population générale, sauf être née aux USA, ne pas être asiatique et posséder une arme blanche au domicile.

⁹² Ces problèmes personnels peuvent être des symptômes dépressifs sévères, des vulnérabilités dans les traits de personnalité et des événements de vie négatifs (ex : divorce, séparation, ruptures, quitter ses parents).

4) *Etat de santé physique ou psychique personnel*

- **Antécédents de problèmes psychiques** (dépression, tentatives de suicide, addictions...)[115], [144], [176]
- **Insomnies, perturbation des cycles de sommeil, manque de sommeil et troubles du sommeil**[21], [55], [56], [91], [93], [155], [177], [178], [242]
- **Problèmes de santé physique, mauvaise santé somatique** (maladies chroniques comme diabète, cancer...)[32], [220]

§ III. Déséquilibre entre vie professionnelle et vie personnelle

A) *Rôle important selon de multiples études*

- **Insatisfaction avec l'équilibre vie professionnelle/vie personnelle**[44], [74]

Aux USA, selon des données récentes à large échelle parmi la population médicale au niveau national, les médecins en milieu de carrière seraient le plus insatisfaits avec leur équilibre vie professionnelle/vie personnelle[44], [79]. Dans l'étude au niveau national parmi un grand collectif de médecins canadiens, utilisant les données de l'étude sur la santé des médecins canadiens de 2007-2008 (Canadian Health Study), **les résultats montrent que 25% des médecins répondants rapportent un mauvais équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle**[94].

B) *Trouver le bon équilibre - mythe ou réalité*

- **Conflits de rôles externes au travail entre rôles professionnels et rôles personnels⁹³, sociaux ou familiaux** (exemple entre rôles de médecin et de mère). **Contraintes liées aux rôles (ou tensions de rôles)**[159], [187]

Plusieurs facteurs peuvent mettre en conflit ou créer des interférences entre le travail et la vie privée, comme le travail ramené à la maison, les gardes de nuit, les services de piquet, les heures supplémentaires, les horaires de travail[45], [102], [121], [188] (Cf. **illustration 47**).

⁹³ Cf. hypothèse de la pénurie de rôle citée dans Chapitre 2, Section II, §I, A, 4

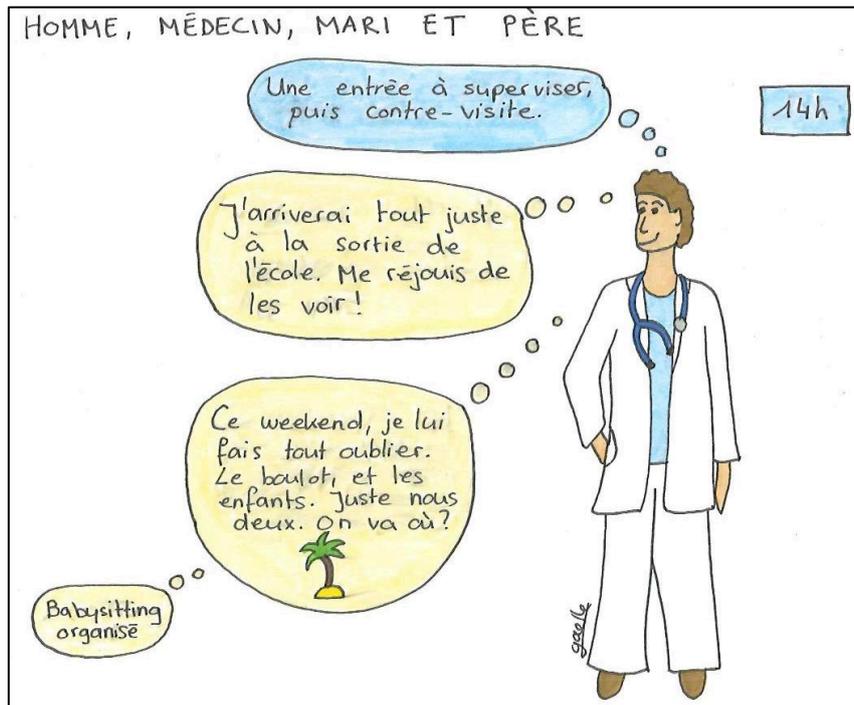


Illustration 47 : les conflits de rôles externes au travail. Illustration par Gaëlle Devillard.

Ces contraintes peuvent être exacerbées lorsque les **médecins sont en couple avec un autre médecin**, situation de plus en plus fréquente, notamment en lien avec l'augmentation des femmes dans la profession. Celles-ci semblent en moyenne plus souvent en couple avec un autre médecin que les hommes médecins[243], [244].

C) *Rôle de la connectivité sans frontière*

- **Heures supplémentaires au domicile grâce aux nouveaux moyens de communication et de la connectivité sans frontière**[11], [179], [245]

L'accès aux e-mails professionnels à tout moment, l'accès aux dossiers des patients depuis son domicile et le développement des portails d'informations à destination des patients participent à ce phénomène d'empiètement de la vie professionnelle sur la vie personnelle[179], [186]. Etant donné les progrès technologiques, c'est bien aux médecins qu'incombe la compétence de devoir **mettre une certaine limite** et cette compétence pourrait s'apprendre durant la formation médicale.

Il est à relever que le rôle des technologies de l'information et de la communication est de plus en plus pointé du doigt par les sociologues car leur expansion (smartphones, internet, ordinateurs, tablettes numériques) contribue au mélange des plages de travail et de loisirs, et pas uniquement pour les médecins. Ce phénomène est appelé en anglais « *weisure* », contraction des mots « *work* » (travail) et « *leisure* » (loisirs).

§ IV. Facteurs en lien avec la personnalité du médecin

A) *Traits répandus dans la profession*

Certains traits de personnalité qui seront décrits sont souvent considérés comme des avantages pour la profession (en terme de réussite professionnelle et de promotion) mais également des facteurs de vulnérabilité pouvant mettre le médecin à risque de burnout ou de souffrance psychique[246], [247].

- **Haute aspiration à la perfection (traits obsessionnels), faible capacité à prendre des distances, surengagement dans le travail (addiction au travail), grand besoin de reconnaissance et de validation d'autrui, conviction d'une maîtrise extérieure. Peur de l'échec ou de l'incompétence masquée par un voile de professionnalisme** [11], [15], [49], [80], [159], [201], [226], [247], [248]

Cette tendance à l'obsessionnalité[11] peut, si elle n'est pas trop forte, être utile à la gestion du stress car un certain niveau de perfectionnisme est nécessaire pour le coping de résolution de problème⁹⁴. Le perfectionnisme est un concept composite avec de multiples facteurs[249].

- **Idéalisme surdéveloppé et tendance au sacrifice de soi en faveur des besoins d'autrui**[16], [39], [49], [166], [175], [226], [227], [250]

Ce fort idéalisme en parallèle avec les réalités d'une vie professionnelle difficile contribuent au risque d'épuisement psychique[32].

Les médecins sont souvent plus investis dans leur vie professionnelle que dans leur vie personnelle. Cela pourrait être en lien avec leur difficultés à s'engager et à être à l'aise dans le partage d'intimité[247].

- **Valorisation de l'autonomie et de l'indépendance**[247]

Cette tendance à survaloriser l'autonomie et l'indépendance peut amener des difficultés pour le médecin dans sa capacité à travailler en équipe (individualisme, solitaire), à déléguer (son travail, ses responsabilités), avec un sentiment aigu des responsabilités[32].

- **Le « locus of control » ou « lieu de contrôle » externe⁹⁵**[152]

Outre l'obsessionnalité et le perfectionnisme déjà décrits, certains auteurs décrivent les traits de personnalité suivants : compétitif, alexithymique, évitant, agressif et dépendant[45], [188].

⁹⁴ Cf. Notion de coping au Chapitre 5, Section II, §I

⁹⁵ Cf. Notion de coping au Chapitre 5, Section II, §I

- **Le manque d'estime de soi et la tendance à l'auto-dévalorisation et un comportement fortement axé sur les besoins d'autrui**[15], [33], [116]

Selon une étude publiée en 1999 citée qui évaluait les liens entre sentiments d'auto-critique et les traits de dépendance avec la symptomatologie dépressive parmi un collectif national de médecins norvégiens, les auteurs décrivaient que les études de médecine attirent beaucoup de personnes avec de **grands besoins de dépendance et que certains attendent plus ou moins consciemment que les aspects relationnels de la profession répondent à leurs besoins de manière spécifique**[87]. Le manque de confiance en soi et la soumission, le sentiment d'infériorité peuvent être masqués par la formation réactionnelle⁹⁶ avec l'adoption d'un **style autoritaire** en rendant les autres inférieurs et dépendants de soi[15].

B) Construction de la personnalité par la formation médicale et la culture ambiante ou attirance de certains traits de personnalité par la profession

Comme mentionné dans la partie concernant la perspective historique sur la souffrance psychique des médecins au début de cette thèse, un éternel débat reste de savoir si des individus possédant des traits de personnalité à risque de souffrance psychique, antérieurs au début des études, sont plus attirés par la médecine ou si c'est la formation médicale ou la culture de la médecine qui sélectionnent et développent ces traits de personnalité parmi les médecins. La réponse est probablement que ces deux alternatives coexistent et s'intriquent⁹⁷.

- **Formation à devenir un super-héros, à supprimer ses émotions, développer l'autosacrifice dans l'endoctrinement de la formation médicale. Acquérir un sens exagéré des devoirs et des obligations**[15], [187], [226], [232]
- **Mythe de l'invincibilité et de toute puissance. Croyance en sa propre immunité au stress et à la souffrance**[15], [187], [201], [226]

Certains auteurs décrivent que la **pensée magique** (pensée où tout est possible et qui ne tient pas compte des indices et des facteurs de réalité) est répandue en médecine[187], [226]. D'autres auteurs ont commencé à parler des « **héros dangereux** » (« *hazardous heroes* ») pour décrire les médecins malades ou en souffrance qui continuent à travailler sans s'accorder le repos et les soins dont ils ont besoin malgré les risques pour eux-mêmes ou pour leurs patients⁹⁸[233], [241], [251].

Un article de 2012 sur les liens entre facteurs de personnalité, burnout et résilience parmi les médecins décrit ce que les auteurs nomment le « **syndrome de l'imposteur** »

⁹⁶ Un mécanisme de défense inconscient où on couvre quelque chose de soi par un trait contraire.

⁹⁷ Comme décrit dans la revue historique de 2012[15], les valeurs de l'« âge d'or de la médecine » (1910-1980) continuent à infiltrer la culture en médecine de nos jours. En accord avec ces valeurs, les médecins ne se considèrent plus comme humains mais spéciaux, élus et au-dessus des maladies mentales (Cf. Chapitre 3, Section II, §I, A et B).

⁹⁸ Cf. Chapitre 3, Section II, §I, B

qui peut toucher les médecins devant masquer leurs doutes par un besoin de certitudes et qui peuvent s'engager dans une sorte de course à l'acquisition de connaissances (formations, lectures) pour tenter de maîtriser ce qu'ils ont l'impression de manquer[226].

C) *Traits de personnalité les plus à risque*

- **Névrosisme** (parfois appelé névrotisme ou neuroticisme) est un trait de personnalité avec une tendance à la dépression, à l'agressivité ou à la colère[126], [252]

Dans l'étude longitudinale de 2004 qui suivait des étudiants en médecine norvégiens diplômés pendant les 4 premières années de formation post-graduée, le risque de transition vers la planification suicidaire était en lien avec les traits de personnalité à risque de **névrosisme** (surtout auto-critique) et encore plus avec le **trait de personnalité avec faiblesse du test de réalité** (« *reality weakness* », trait associé aux troubles de personnalité de type borderline ou schizotypique avec dissociations, dépersonnalisation, déréalisation, délire, traits paranoïaques avec problèmes relationnels)[139]. Dans l'étude longitudinale sur un grand collectif de diplômés de 4 facultés de médecine de Norvège⁹⁹ suivis sur 15 ans (entre 1993 et 2008), un névrosisme fort (odds ratio 3,4) et un trait de personnalité avec faible test de réalité (odds ratio 2,3) étaient des facteurs de risque indépendants pour des symptômes dépressifs sévères futurs[95].

§ V. Facteurs sociologiques et de société

A) *Utopie collective d'un corps parfait*

Un article publié en 2002 évalue les liens entre souffrance du soignant et évolution de la société. Les auteurs évoquent des demandes excessives de la société envers la médecine au service de ce qu'ils nomment une « **utopie collective d'un corps parfait** » qui ne vieillit pas (culte d'une éternelle jeunesse) (Cf. **illustration 48**). Les progrès techniques, l'omnipotence de la médecine et la recherche de maîtrise peuvent alors mener à une instrumentalisation du corps. Une part de la détresse du soignant est causée par la rencontre entre cette utopie d'une santé sans faille et la réalité de la souffrance des soignants. La souffrance du soignant peut alors être vue, selon ces auteurs, comme l'autre côté du miroir d'un monde qui se voudrait sans souffrances[253].

⁹⁹ Le questionnaire utilisé dans les 2 études citées en Norvège était le Basic Character Inventory (BCI-36) qui évaluait les traits de personnalité des « *Big three* » (névrosisme, introversion/extraversion et obsessionnalité) et un quatrième (trait avec faiblesse du test de réalité)[139].

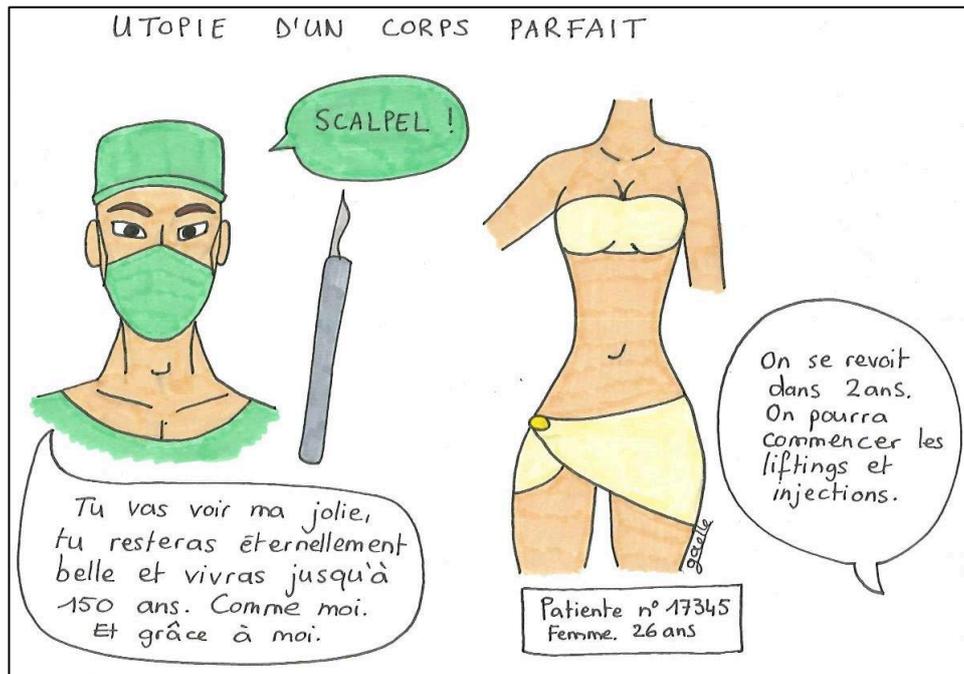


Illustration 48 : l'utopie d'un corps parfait. Illustration par Gaëlle Devillard.

B) *Baisse du statut de la profession du médecin et méfiance envers les médecins*

- **Baisse du statut de la profession de médecin et de sa reconnaissance sociale voire méfiance envers les médecins**[91], [135], [136], [172], [183], [185], [253], [254]

Plusieurs facteurs contribuent à cette baisse du statut de la profession du médecin et de sa reconnaissance sociale. L'un d'eux est notamment l'importance du discours économique dans le débat sur la santé. Les médecins sont décrits comme de simples « **fournisseurs de prestations** » et sont régulièrement **suspectés d'être responsables de l'augmentation des coûts de la santé dans le discours des médias et des politiques**. Ces attaques par la presse et les politiques qui présentent une image du médecin qui s'enrichit en augmentant les coûts du système de soins sur le dos des primes d'assurances maladies des citoyens contribuent au climat de méfiance envers les médecins. De multiples facteurs expliquent cette augmentation des coûts de la santé comme les avancées de la médecine avec certains progrès présentant un coût élevé (traitements médicamenteux, appareils d'imagerie...) mais aussi l'augmentation de l'âge de la population dans la plupart des pays développés et les exigences de la société et des patients qui attendent de la médecine qu'elle leur offre une pleine santé¹⁰⁰. Les médecins peuvent alors être tenus comme responsables de l'échec de la guérison et de la souffrance[253].

Cette logique économique peut également avoir des effets non voulus avec une **augmentation de la consommation des soins par les patients** qui exigent d'obtenir ce

¹⁰⁰ Cf. partie précédente

pour quoi ils payent (par exemple leurs primes d'assurances)[178]. **Ces attentes et demandes excessives peuvent mettre à mal la relation médecin-patient** et être un facteur de stress important pour les médecins mais aussi pour les autres soignants. D'autres facteurs qui peuvent contribuer à un **climat de méfiance envers les médecins** peuvent être les accusations d'une médecine paternaliste, la polémique sur l'acharnement thérapeutique et les suspicions d'abus de privations de liberté envers les patients psychiatriques[253], [254].

C) Facteurs géographiques, culturels et ressources investies

Un facteur important est **l'économie du pays** (ex : produit intérieur brut) mais aussi l'investissement des ressources dans le système de santé public qui est variable selon les pays[174]. Dans de nombreux pays, **la médecine est à deux vitesses** : un **système public de base** de faible qualité accessible à tous et un **système privé** offrant des soins de haute qualité mais réservé à la frange de la population plus aisée. Au niveau européen, dans les pays du sud de l'Europe, les résultats de l'étude à large échelle publiée en 2008 trouvaient moins d'EE en moyenne mais plus d'abaissement de l'AP[67].

D) Effet générationnel

Des **facteurs générationnels** peuvent aussi avoir un impact sur la façon dont les médecins voient leur travail, l'importance de leur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle et sur les valeurs partagées par de nombreux individus d'une même génération. Ces descriptions générationnelles qui sont des moyennes établies sur la base de sondage notamment ont leur limites, mais elles sont importantes à considérer malgré tout. Un individu ne représente jamais toutes les caractéristiques de « sa génération » et peut même s'en éloigner fortement.

Un article de revue sur le stress et le burnout parmi les onco-gynécologues publiée en 2016 démontre l'influence de ces facteurs générationnels face à cette problématique. Les auteurs décrivent notamment que les attentes, valeurs et styles de vie changent rapidement à cette période de l'histoire humaine en comparaison avec le passé. Ils ajoutent que les valeurs centrales de la génération X¹⁰¹ et Y (aussi appelé les milléniaux¹⁰²) sont très différentes de celles de la génération des baby-boomers¹⁰³. Par exemple, les auteurs relèvent que **les générations plus jeunes (X et encore plus Y) accordent beaucoup plus d'importance à l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle et qu'ils pourraient être plus réceptifs aux programmes de bien-être et de prévention**. Ils appellent à ce que les cadres et décideurs, souvent à dominance de baby-boomers, prennent conscience que la profession est devenue extrêmement stressante et qu'ils engagent un changement de culture de travail notamment en lien

¹⁰¹ Personnes nées entre 1965 et 1979.

¹⁰² Personnes nées entre 1980 et 2000.

¹⁰³ Individus nés entre 1946 et 1964.

avec la flexibilité des horaires, les temps partiels et un climat de travail plus respectueux envers les personnes et plus soutenant[11].

L'organisation Deloitte effectue chaque année des sondages parmi des milliers de milléniaux universitaires à travers 30 pays dans le domaine des grandes entreprises privées. Dans le rapport du sondage de 2017, Deloitte suggère que pour attirer **les milléniaux** et les garder, les entreprises doivent être attentives à leurs préoccupations et à leurs motivations[168]. Cette génération se caractérise **par un grand besoin de liberté, de mobilité, un bon équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle (flexibilité des horaires, temps partiel) et de franchise**. Les personnes de cette génération apprécient un mode de management plus horizontal et inclusif par rapport à un modèle plus autoritaire et paternaliste.

Section III Les ressources et les facteurs protecteurs

§ I. Concept de résilience et préservation des ressources

A) Concept de résilience et de salutogenèse

Le **concept de résilience** psychologique signifie la capacité de rebondir ou d'être renforcé par les épreuves difficile de vie[255] (Cf. **illustration 49**) et pourrait jouer un rôle central dans le bien-être des médecins étant donné que certaines études montrent que cette compétence peut être entraînée[164]. La résilience des médecins au travail dépend de facteurs individuels, communautaires et institutionnels[255]. Une large étude publiée en 2013[164] avec 200 entretiens semi-structurés de médecins de différents âges et spécialités en Allemagne a permis de dégager avec l'analyse de contenu des catégories de promotion de la santé et de ressources :

- gratifications liées au travail qui dérivent des interactions
- activités de loisirs, limitations du temps de travail, formation continue et démarcation de soi (garder une certaine distance avec les histoires des patients)
- acceptation des frontières entre vie professionnelle et vie personnelle en terme de priorités et de temps
- centrage sur les aspects positifs du travail et une réflexion personnelle

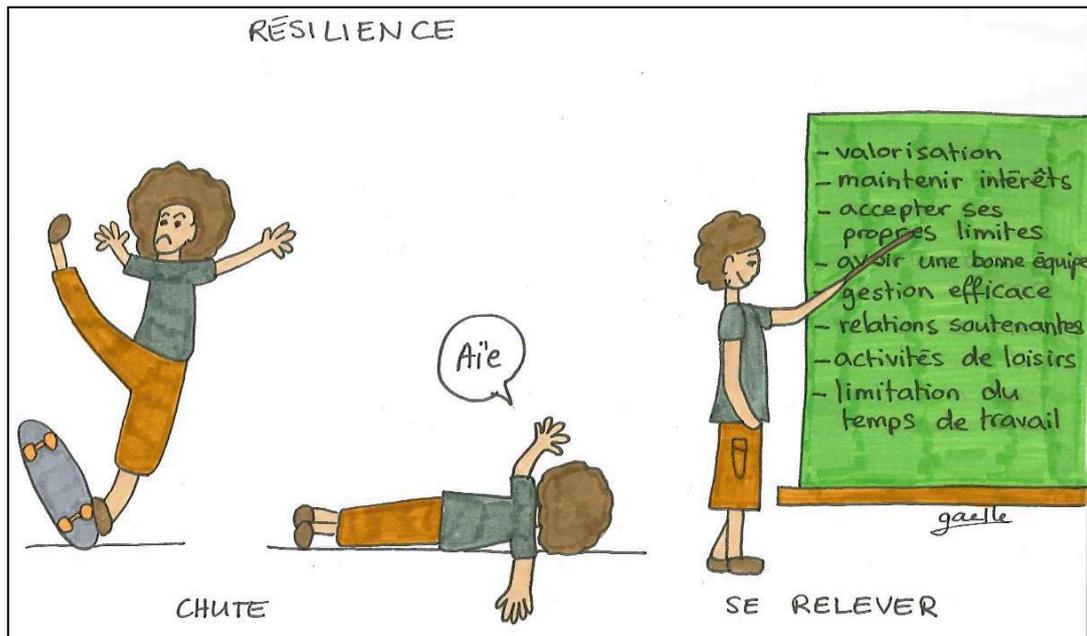


Illustration 49 : le concept de la résilience. Illustration par Gaëlle Devillard.

L'intelligence émotionnelle (reconnaissance de ses propres émotions, expression de ses émotions, auto-contrôle et gestion de ses émotions) serait un des facteurs qui contribue à la résilience face à des événements de vie difficiles[256].

Dans une étude publiée en 2008 évaluant **les facteurs de résilience** (Cf. **illustration 50**) avec l'analyse d'entretiens de 17 médecins de famille du Canada reconnus comme résilients au sein de leur communauté de travail[234], 4 aspects principaux ont été dégagés comme facteurs de résilience parmi les médecins interrogés :

- Attitudes et perspectives (valoriser le rôle du médecin, maintenir son intérêt, développer sa conscience de soi et accepter ses propres limites)
- Équilibre et priorisation (poser ses limites, formation continue et développement professionnel, se respecter)
- Style de management sain (avoir une bonne équipe, une gestion efficace)
- Entretenir des relations soutenantes (relations personnelles positives, relations professionnelles efficaces et avoir une bonne communication)

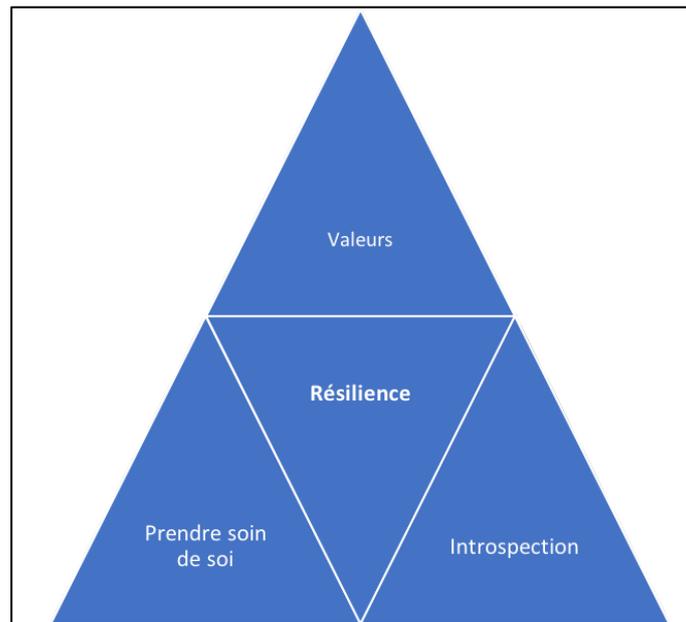


Illustration 50 : la triade de la résilience. Ce diagramme montre l'interaction entre les valeurs du médecin, le niveau d'introspection et l'investissement dans un style de vie sain qui, cumulés, lui permettent de gérer (coping) les défis et les difficultés de la profession médicale. Illustration fortement inspirée et adaptée de [226, p. 30] par l'auteur.

Le sentiment de développement professionnel pourrait être un facteur clé dans la prévention du burnout parmi les médecins qui sont moins résilients et qui ont moins de soutien familial[257].

Le concept de **salutogenèse** décrit une approche centrée sur les facteurs impliqués dans la santé et le bien-être plutôt que sur les maladies et les facteurs de risque¹⁰⁴[258].

Le **sens de cohérence** (SOC), mesuré par l'échelle de cohérence, permet de rendre compte d'un facteur de résistance généralisé au stress lorsqu'il est élevé. Le sens de cohérence est renforcé par les étapes cumulatives de vie qui fournissent à la personne des expériences riches de sens et de sensation de cohérence[258].

B) *La théorie de la préservation des ressources*

Les ressources (externes ou internes à l'individu) peuvent être des possibilités offertes à l'individu pour faire face aux stressseurs et à leurs effets et peuvent donc diminuer la charge liée aux stressseurs[55]. La **théorie de la préservation des ressources**, développée par Hobfoll et Freedy en 1993, a déjà été décrite dans la partie sur les différents modèles théoriques du stress professionnel¹⁰⁵. Pour rappel, il postule que l'accumulation ou la conservation de ressources permet d'avoir une certaine résistance au stress. Selon ce modèle, **le stress est le résultat d'une menace à ses ressources, une perte de ses ressources ou un échec dans la récupération de ressources après les avoir engagées**¹⁰⁶[155].

¹⁰⁴ C'est le concept inverse à celui de pathogenèse.

¹⁰⁵ Cf. Chapitre 2, section I, §I, B, 2, f

¹⁰⁶ Le burnout est vu selon ce modèle comme un état lié à l'épuisement des ressources en énergie de l'individu (notamment physiques, émotionnelles et cognitives).

C) *Les apports de la psychologie positive*

Le courant de la **psychologie positive** et plus spécifiquement dans sa forme de psychologie occupationnelle positive se concentre sur les facteurs favorisant le bien-être, et non plus uniquement sur le versant pathologie et maladie[9], [159]. Ce courant suit celui de la résilience et prône de cultiver les facteurs protecteurs qui ressourcent l'individu soumis à un stress important dans son travail¹⁰⁷[11].

D) *Qualité de vie et mesures globales*

Différentes mesures évaluent le bien-être ou la qualité de vie selon le courant de la psychologie positive et ne se concentrent pas uniquement sur des indicateurs de pathologies. Il a été développé également des mesures de résilience face au stress et au burnout qui seront décrites.

Des échelles de **qualité de vie** (QOL, « *quality of life* ») existent et comprennent souvent des dimensions de qualité de vie mentale, physique et globale[74], [77], [79], [86], [170], [259].

L'« **engagement** » est décrit comme un concept inverse du burnout. Il comprend la rigueur, le dévouement et l'absorption dans le travail[9], [39], [65], [212]. Le « **cran** » (ou persévérance, « *grit* » en anglais) est un concept qui combine la persévérance et la passion pour les buts à long terme ainsi que l'endurance¹⁰⁸. Il prédit un plus faible niveau de BO (EE et DP) et un plus haut niveau de bien-être. Cette ressource peut être mesurée pour identifier les individus à risque de burnout et d'épuisement et nécessitant plus de soutien et de supervision[224], [260].

Le « **capital psychologique** » (PsyCap) est un concept composé d'indicateurs d'auto-efficacité, d'espoir, de résilience et d'optimisme. Il pourrait mesurer une protection face au burnout et pourrait être entraîné[249].

¹⁰⁷ Ex : faire des exercices quotidiens, penser à des choses positives qui se sont passées dans la journée, activités de pleine-conscience, sport, loisirs, prendre le temps pour soi et prendre soin de soi, nutrition...

¹⁰⁸ Le « cran » augmente avec l'âge et l'expérience selon certaines études.

§ II. Quelles ressources cultiver ?

A) *Principes généraux*

Un principe capital est de **prendre soin de soi** et cela devrait être enseigné dans le curriculum de la formation médicale comme compétence essentielle[11], [227], [261]. Plusieurs auteurs évoquent qu'il n'y a **pas une approche qui convient à tous mais qu'il s'agit plutôt de développer ses propres ressources selon sa personnalité, ses goûts et ses besoins**[255].

B) *Entretenir un style de vie sain et une vie pleine de sens*

- **Entretenir un style de vie sain et des comportements favorisant la santé :** absence de tabac, consommation modérée d'alcool, nutrition équilibrée, exercice régulier, hygiène du sommeil[11], [67], [262]

Les médecins adoptent précocement des comportements pro-santé sur la base de leurs connaissances et de leurs ressources économiques. Cela explique leur risque de mortalité toutes causes confondues nettement plus faible que la population générale (à l'exception du suicide)[22].

- **Cultiver les loisirs, les activités sportives régulières** (activité régulière d'intensité moyenne favorisant la détente plus que le sport de compétition). **Moments de détente dans la journée de travail** (courtes siestes, promenades de midi, pauses, parler de choses plaisantes durant les pauses, rire et humour). **Activités qui détendent ou ressourcent du stress** comme cuisiner un bon repas, yoga, jardinage, lecture, musique, petits rituels le soir ou le matin (exemple allumer une bougie, bains, tasse de thé)[164], [263], [264]
- **Pratiquer régulièrement une ou des activité(s) « corps-esprit »** (ex : Mindfulness, yoga, Tai Chi, méditation)[262]
- **Engager une démarche de réflexion sur soi, une démarche spirituelle**[164]

C) *Ressources relationnelles*

- **Soutien social par les collègues, les supérieurs, le conjoint, les proches et avoir la capacité à les demander et à en profiter**[5], [81], [166], [175], [206], [258], [265]
- **Disposer de bonnes compétences sociales**[147]
- **Soutien émotionnel, informationnel et/ou pratique du conjoint**

- **Travail en équipe agréable** (travail en commun, en réseau), **collectifs de travail, bonne ambiance de travail**[142], [178]
- **Echanges et contacts humains de qualité avec les patients. Sentiment d'aider et d'être utile aux patients**[178]

D) Ressources plus liées à l'activité professionnelle

- **Mentorat durant la formation post-graduée et la carrière**[78], [183], [260]
- **Climat, conditions et organisation de travail de qualité. Charge gérable avec un horaire adapté**[142], [178]
- **Travail intéressant, varié et diversifié**[178], [179]
- **Arriver à établir des limites entre sa vie professionnelle et sa vie personnelle et atteindre un équilibre satisfaisant entre les deux**[164].

E) Formations spécifiques

- **Formation continue, développement professionnel et personnel**[164], [257]
- **Formation en pleine conscience (« Mindfulness »), en thérapie cognitivo-comportementale, de psycho-éducation et en communication interpersonnelle**[266]
- **Réduction du stress basée sur la pleine conscience (MBSR), Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT), Auto-compassion en pleine conscience (MSC), Thérapie d'Acceptation et d'Engagement (ACT)**[267], [268]

F) Autres ressources

- **Contrôle et autonomie sur son travail (ou sur sa vie en général)**[8], [20], [38], [48], [159], [171], [175], [189]
- **Satisfaction avec sa carrière et sa profession**[21], [44], [67], [77], [175], [189], [259], [269]

La théorie des **2 Facteurs d'Herzberg de la satisfaction professionnelle** des médecins postule l'importance de **facteurs d'hygiène** (salaire, statut, sécurité de l'emploi, avantages) et de **motivateurs** (défis, réussites, développement personnel et reconnaissance)[183]. Ce sont ces deux facteurs cumulés qui fournissent un sentiment de satisfaction professionnelle. Les auteurs d'une revue publiée en 2014 sur le burnout des médecins évoquent que la satisfaction professionnelle diminue en raison de la baisse du statut des médecins, de pressions de la part des patients et des assurances ainsi que d'une réduction de la reconnaissance et de l'autonomie[183]. Selon l'étude de

Dyrbye et collaborateurs de 2013, parmi un large collectif de médecins des USA, les médecins en début de carrière étaient le moins satisfaits de leur la profession de médecin[79].

- **Sentiment d'être récompensé pour son travail**[258]
- **Années d'expérience**[78]
- **Avoir de bonnes capacités de gestion du stress**¹⁰⁹[258]

Section IV Impact des réformes successives des systèmes de santé

§ I. Généralités sur l'évolution des systèmes de santé

A) Hausse des coûts de la santé et réformes des systèmes de santé

Face à la pression démographique d'une population en constante augmentation et, pour la plupart des pays développés, vieillissante, avec en parallèle une médecine moderne toujours plus performante, les **coûts de la santé s'envolent**[180], [185], [270]. Pour tenter de freiner cette augmentation des coûts de la santé, les Etats multiplient les **réformes de leurs systèmes de santé**.

Le problème est que ces réformes réduisent les médecins ou les autres professionnels de la santé au statut de simples « fournisseurs de prestations » qui servent des « consommateurs » sans tenir compte des spécificités du métier de soignant et de ses implications. Il s'ensuit un contrôle accentué du travail des médecins souvent délégué par les États aux caisses d'assurance maladie et une limitation de l'autonomie des médecins ainsi qu'une baisse de leurs revenus. Ce contrôle et cette **mise « sous tutelle » des médecins** ont un impact considérable sur leurs conditions de travail avec une multiplication de la charge administrative mais aussi une dévalorisation du statut même du médecin qui est souvent désigné comme responsable de l'explosion des coûts de la santé[180], [185], [270]. Il s'ensuit un **climat de méfiance globale entre la société et les médecins qui est préjudiciable à la relation thérapeutique médecin-patient**. Les associations de défense des médecins sont souvent démunies dans ce combat à armes inégales qui vise à restaurer des conditions de travail plus sereines. En effet, globalement le milieu médical est très peu syndiqué et les associations peinent à recruter des médecins prêts à s'investir en politique. **Les incertitudes sur l'évolution de la médecine et sur les changements et réformes constantes du système de santé et leurs conséquences sur leurs conditions de travail sont un facteur de stress important pour les médecins**[43].

¹⁰⁹ Cf. Notion de coping au Chapitre 5, Section II, §I

B) *Le modèle de santé avec le médecin de premier recours comme « gatekeeper »*

La plupart des pays réforment leur système de soins en introduisant le **modèle mettant au centre le médecin de premier recours comme porte d'entrée (« gate keeper » ou gardien) du système de soins**. Dans ce modèle, le patient doit d'abord consulter un médecin de premier recours avant d'accéder à un spécialiste pour avoir un remboursement. Ce modèle améliore la coordination et la continuité des soins, qui permet une meilleure efficacité, efficience et sécurité du système de santé[271]. Cependant, ce modèle se généralise **malgré la pénurie de généralistes dans la plupart des pays** avec une augmentation de la charge de travail pour les médecins de premier recours sans soutien et en parallèle à un manque de valorisation de la médecine de premier recours à plusieurs niveaux[73], [185], [272].

C) *Numérisation et informatisation de la médecine*

Comme mentionné dans la partie sur les facteurs de stress¹¹⁰, **la numérisation et l'informatisation de la médecine** accroissent la charge administrative et péjorent les conditions de travail des médecins[11], [186].

§ II. L'exemple helvétique

A) *Présentation générale*

Le système de santé suisse est basé sur la compétition des fournisseurs de soins sans Managed Care (sans limitation du choix du médecin, ainsi le patient peut passer par son médecin généraliste ou directement consulter le spécialiste). Au niveau de la qualité et de l'accès aux soins, **le système de santé suisse est classé 3^{ème} sur 195 pays**[273]. Pour la population suisse, selon divers sondages, la qualité et la quantité des prestations sont plus importantes que les coûts du système de soins[273], [274]. Parmi les acteurs du système de santé (médecins, assurances, politiques), les médecins ont été évalués comme les plus compétents malgré les attaques dans les médias les accusant d'être responsables de l'augmentation des coûts de la santé[274].

B) *Une assurance de base obligatoire pour la population et des assurances complémentaires*

En 1994, est entrée en vigueur la **Loi sur l'assurance maladie (LAMal)**, qui introduit **l'obligation pour la population d'avoir une assurance maladie de base** comprenant un ensemble assez complet de prestations (traitements ambulatoires, hospitaliers, soins à domicile et certains soins préventifs)[40]. Cette assurance maladie de base peut être

¹¹⁰ Cf. Chapitre 2, Section II, §I, A, 3

contractée auprès d'environ 90 caisses maladies privées interdites de bénéfices avec l'assurance maladie de base mais autorisées à constituer des réserves[270]. Les assureurs peuvent offrir différentes formules d'assurance de base avec une limitation du choix du médecin sur une base volontaire du client qui pourra ainsi voir ses primes d'assurances diminuées. Ainsi le client peut choisir entre un système à choix de médecin illimité (généralistes ou spécialistes) ou un contrat d'assurance avec limitation du choix du médecin (modèle de gatekeeper avec le généraliste qui adresse ensuite le patient vers le spécialiste ou modèle des réseaux de soins ou Managed Care).

Cette dernière vingtaine d'années, on a observé une tendance à des consultations directes chez les spécialistes sans passer par le médecin de famille. Il s'en suit une dévalorisation de la médecine de famille[272] et une augmentation des coûts de la santé[50]. Les instances politiques (surtout les partis de centre droit et de droite) ont tenté de généraliser le système du gatekeeper ou celui des réseaux de soins (Managed Care), qui sont deux mesures limitant l'obligation de contracter (obligation pour les caisses maladies de rembourser tous les médecins), mais ces réformes ont été rejetées à chaque fois par la population lors de référendums populaires[274], comme par exemple en 2003[275]. **La nette majorité de la population reste attachée au maintien du libre choix du médecin et de l'hôpital**[274], [275].

La grande majorité des caisses maladie ont également diverses **assurances maladie complémentaires**¹¹¹ mais qui sont soumises à la loi sur les assurances sociales et pour lesquelles les assureurs sont autorisés à faire des bénéfices et à en limiter l'accès selon les comorbidités des patients (exclusion des « mauvais risques »¹¹²). Ce système de multiples caisses d'assurance maladie privées fournissant les mêmes prestations avec des prix variables engendre des coûts administratifs et de gestion importants. De plus, la transparence dans la séparation entre comptes des assurances complémentaires et de l'assurance de base n'est pas toujours adéquate. Un sujet polémique est celui des réserves accumulées par les caisses maladies qui sont régulièrement accusées d'un manque de transparence[270]. Pour ces diverses raisons, **une initiative d'instauration d'une caisse unique pour l'assurance maladie de base** a été soumise au vote populaire mais a également été refusée par la population en 2007 (initiative pour une caisse unique) et en 2014 (initiative pour une caisse publique). Une nouvelle initiative en 2018 propose de créer une institution cantonale d'assurance maladie avec une prime unique par canton[270]. Il existe en Suisse depuis l'introduction de la LAMal en 1994, un **fort lobby des assurances maladies au niveau des instances politiques** ce qui crée un déséquilibre des pouvoirs et influences au niveau des politiques¹¹³[180], [274].

Ces changements du système de santé ont résulté en une compétition accrue, une charge administrative plus élevée et une baisse d'autonomie des fournisseurs de soins soumis à la loi sur l'assurance maladie[40].

¹¹¹ Ex : couverture d'assurance pour hospitalisation en division privée ou semi-privée, médecines alternatives.

¹¹² Terme parfois utilisé pour désigner les personnes qui nécessitent des soins importants ou onéreux (porteurs de maladies chroniques, avec polymorbidité, oncologiques).

¹¹³ Des demandes de transparence de ces réseaux d'influence sont faites par les partis politiques de gauche depuis plusieurs années.

Une particularité du **système de santé suisse est qu'il est sous la responsabilité des 26 cantons suisses**. Les primes d'assurance sont variables dans les cantons et selon les coûts de la santé du canton concerné. Une autre particularité est que les cantons financent les soins hospitaliers directement (via les impôts) pour une part de plus de 55% alors que les soins ambulatoires sont uniquement financés par les assurances maladies et donc par les primes des assurés[180], [276]. La tendance de la médecine moderne est de favoriser les soins ambulatoires et, globalement, les coûts ambulatoires sont nettement moins élevés que les coûts des mêmes soins effectués en hospitalier. **Le système helvétique avec un mode de financement différent (participation des cantons ou non) des coûts ambulatoires et hospitaliers freine le développement des soins ambulatoires**. L'augmentation des soins ambulatoires uniquement financés par les primes des assurances maladies contribue à l'augmentation des primes d'assurance de base chaque année. Des appels à un financement uniforme des soins sont effectués mais cela ne fait pas consensus au niveau politique étant donné que les cantons devront alors également financer les soins ambulatoires[277]-[279].

C) Des réformes successives

En raison de l'augmentation continue des coûts de la santé depuis 20 ans avec des primes d'assurance maladie toujours plus élevées, un **moratoire sur l'ouverture de nouveaux cabinets** a été introduit en 2002 selon « la Clause du besoin » dans la crainte d'un afflux important de médecins européens suite à l'introduction de la libre circulation des personnes entre la Suisse et l'Union Européenne (accords bilatéraux)[40], [275]. Ce pilotage des admissions qui devait être appliqué pour une durée de trois ans a été reconduit jusqu'à début 2012 et puis à nouveau réintroduite dès juillet 2013 dans des modalités moins drastiques[275]. Cette mesure doit être ré-évaluée en 2019.

Entre 2002 et 2004, un **système de tarification des prestations médicales de l'assurance de base (appelé TARMED®)** a été introduit, qui a notamment considérablement augmenté la charge administrative des médecins[40]. Début 2018, le Conseil fédéral a à nouveau fait usage de la compétence que lui offre la loi pour modifier la structure tarifaire TARMED® avec une limitation des prestations en l'absence du patient et du temps maximum des consultations par exemple[278]. Les partenaires tarifaires n'avaient pas pu se mettre d'accord pour trouver une proposition commune de réforme du TARMED® afin notamment de mieux valoriser les médecins de premier recours et simplifier le système trop complexe.

Depuis janvier 2012, un **nouveau système de rémunération des séjours hospitaliers en fonction du diagnostic (Swiss DRG® ou forfaits par cas)** a été généralisé à l'ensemble des services de soins somatiques aigus. Les services de soins psychiatriques hospitaliers devraient également être soumis à ce système de rémunération dès 2018 (baptisé TARPSY®). Ce changement a lui aussi accru la charge administrative pour les médecins en regard de la justification des coûts et du système de codification des diagnostics permettant de calculer le coût de chaque séjour hospitalier pour un patient donné[180].

Une étude publiée en 2010 par Arigoni, Bovier et Sappino a montré une augmentation globale de burnout modéré chez des généralistes suisses de 33% à 42% et chez des pédiatres suisses de 19% à 34% entre 2002 et 2007. Les médecins romands semblaient davantage exposés que leurs collègues alémaniques[40]. Une particularité du système de santé suisse pourrait expliquer cette différence car **la vente directe de médicaments par les médecins est autorisée uniquement en Suisse allemande et pas en Suisse romande**. Selon une publication dans le bulletin des médecins suisses en 2012, il semble que cette différence crée des inégalités de revenus substantielles entre les médecins romands et leurs collègues alémaniques[272]. Cette différence de revenus pourrait expliquer en partie pourquoi les médecins alémaniques semblent moins touchés par l'augmentation des chiffres de burnout consécutive aux réformes du système de santé nationale.

D) Un système à l'avenir incertain

Fin octobre 2017, un groupe de 14 experts a publié un rapport comprenant 38 mesures pour limiter l'augmentation des coûts de la santé dont une proposition a fait grand bruit, celle d'instaurer des **plafonds contraignants pour l'augmentation des coûts ou des budgets globaux restreints** comme en Allemagne ou aux Pays-Bas[280]. Dès que le plafond serait atteint, des sanctions seraient appliquées avec une rémunération dégressive du médecin. D'autres mesures visent à stimuler les projets innovants, renforcer le contrôle des factures et encourager le deuxième avis par exemple[280], [281]. En lien avec les craintes du passage vers une médecine à 2 vitesses et le rationnement des soins[280], [281] peu après que ce rapport ait été publié, les associations représentatives des médecins, des hôpitaux, de l'industrie pharmaceutique et des patients ont fait part de leur opposition[280].

Plusieurs projets de réformes sont en discussion au niveau politique dont des demandes d'allègement de la loi sur le travail, un plus grand pilotage des admissions, la limitation de l'obligation de contracter et du libre choix du médecin[280]. Devoir perpétuellement s'adapter à ces changements constants est un facteur de stress pour les médecins.

Section V Médecin, une profession d'homme ?

§ I. Quelques aspects particuliers aux femmes médecins

A) Généralités

De nombreux métiers sont genrés avec des stéréotypes sociaux et des rôles socialement renforcés différents entre les hommes et les femmes. Selon la théorie des genres, les femmes apprennent à exprimer leurs émotions alors que les hommes apprennent à retenir leurs émotions, à s'en détacher ou à les dissimuler[46]. Les femmes seraient moins résistantes au stress selon certaines études[46], [170], [258]. Les auteurs d'une méta-analyse sur les différences de genre face au burnout évoquent qu'il est délicat d'avancer que les femmes sont plus sensibles au burnout, car cela peut renforcer les stéréotypes de genre (discours sur les femmes comme le « sexe faible »...)[46]. **Par rapport aux ressources et aux facteurs de stress, les femmes ont tendance à évoquer l'importance des facteurs relationnels et les hommes les responsabilités et les aspects techniques**[178]. Les femmes médecins auraient une tendance plus importante à l'auto-reproche par rapport aux hommes médecins[282], [283] et une sensibilité accrue à la cohérence et à la compatibilité des valeurs[167].

B) Discriminations envers les femmes

La culture de la médecine est décrite comme étant assez « machiste » et peu de femmes obtiennent des postes en haut de la hiérarchie médicale, malgré l'augmentation de la proportion de femmes depuis une trentaine d'années. Les femmes médecins seraient plus à risque de discriminations, notamment en terme de promotion (souvent plus lente) avec un manque de mentors et de modèles féminins[46], [201], [249]. Les femmes médecins sont plus souvent victimes de harcèlement, notamment sexuel, un facteur qui augmente le risque de suicide[116].

C) Conflits de rôles importants

Les femmes médecins, malgré leur carrière très prenante, continuent à assumer une grande part des tâches familiales en lien avec les enfants. **Les contraintes de rôles et conflits de rôles (ex : mère, médecin et épouse) seraient exacerbés pour les femmes médecins par rapport aux hommes de la profession**[46], [201], [249] (Cf. illustration 51).

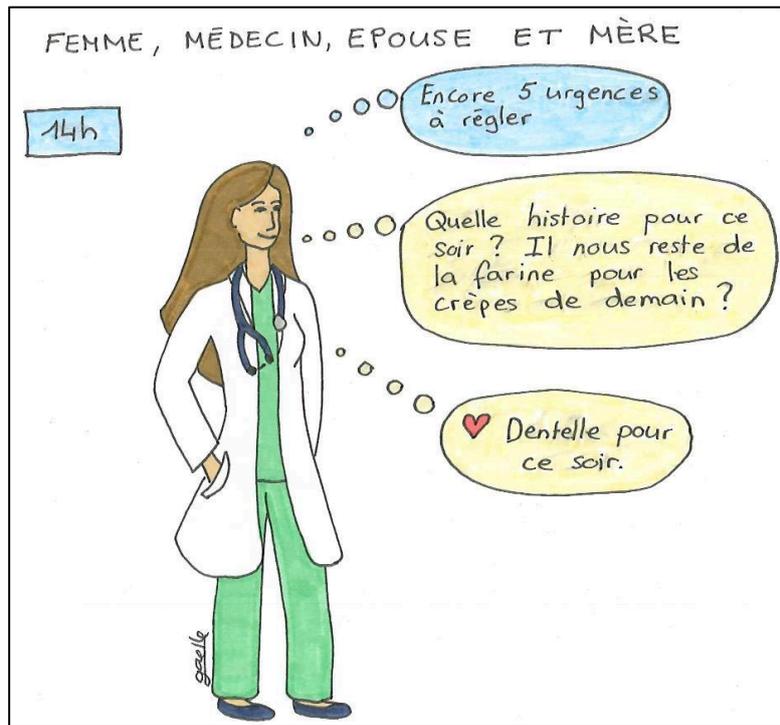


Illustration 51 : les conflits de rôles seraient exacerbés pour les femmes médecins. Illustration par Gaëlle Devillard.

Elles peuvent avoir des difficultés pour mener en parallèle leur avancée de carrière et avoir des enfants, encore plus si elles sont en couple avec un autre médecin (ce qui serait plus fréquent pour les femmes chirurgiennes et médecins selon plusieurs études)[46], [175], [244], [283]. Davantage de femmes médecins sont célibataires et sans enfant que d'hommes médecins[116].

§ II. Féminisation d'une profession aux codes masculins

De plus en plus de femmes s'engagent dans les études de médecine et dans la profession. Elles sont maintenant majoritaires dans de nombreuses facultés et dans certaines spécialités (ex : pédiatrie, médecine de famille et psychiatrie)[90]. Peu à peu, davantage de femmes ont accès aux postes de médecins cadres, même si elles sont sous-représentées en regard des proportions. Il reste à observer si cette féminisation de la profession aura un **impact sur la culture en médecine** étant donné qu'elle a été dominée par des valeurs privilégiant des stéréotypes masculins de virilité, de puissance et de perfection (modèle paternaliste), mais aussi de détachement des émotions ou de maîtrise de ses émotions^{114, 115}.

¹¹⁴ Cf. Evolution de la perception de la détresse psychique des médecins au cours du XX^{ème} siècle au Chapitre 1^{er}, Section I, §II, A

¹¹⁵ Cf. La culture en médecine au Chapitre 3, Section II, §I, A, 1

Chapitre 3 : Accès aux soins et barrières aux traitements

Section I Généralités sur l'accès aux soins psychiques et les barrières aux traitements

§ I. Accès aux soins dans la population générale pour les troubles psychiques

Une revue de 2013 sur les facteurs de risque de suicide en cas de dépression dans la population, donne **les chiffres du nombre de personnes ayant consulté avant leur suicide** (pas spécifique aux médecins) : les personnes décédées par suicide ont eu des contacts avec des soins psychiatriques au moment de la mort pour 25% des cas et une consultation avec un médecin généraliste dans les 3 derniers mois pour 50% des cas, dans le mois précédent dans 40% des cas et dans 20% la semaine avant la mort par suicide[107]. Ces chiffres soulèvent l'importance de mieux dépister les risques de suicide parmi les personnes souffrant de dépression et de la formation sur l'évaluation de la dépression et du suicide pour les médecins de premier recours (Cf. **illustration 52**).



Illustration 52 : le médecin généraliste réfère chez le spécialiste en santé mentale. Illustration par Gaëlle Devillard.

La méta-analyse citée, publiée en 2005, qui évalue les prévalences sur les 12 derniers mois des troubles mentaux parmi la population générale européenne adulte en âge de travailler (18-65 ans) en combinant les données de 27 études parmi 16 pays européens a également évalué **les prévalences d'accès aux traitements que cela soit dans les services de santé mentale, les soins de premier recours et la prévalence de traitement psychopharmacologique et psychothérapeutique**. Dans cette méta-analyse, seulement

26% de tous les cas avaient eu une consultation avec un service de santé mentale (taux le plus élevé pour la dépression majeure); 50% des cas ont reçu une aide professionnelle en général et seulement 10% des cas ont reçu un traitement adapté psychopharmacologique et/ou psychothérapeutique[13].

§ II. Les médecins ont un faible usage des ressources en santé mentale

Un facteur aggravant la santé mentale globale des médecins est **leur faible usage des ressources de soins en santé mentale mais plus globalement en santé dans son ensemble**[90]. Prendre soin de soi n'est habituellement pas enseigné pendant la formation médicale mais peut devenir une compétence développée par certains avec l'expérience[34]. Dans une étude à large échelle chez des médecins en formation post-graduée en médecine interne aux États-Unis, **50% des médecins internes n'avaient pas de médecin traitant** et 50% des médecins internes n'avaient pas consulté de médecin dans l'année précédente[284].

Une étude anglaise, publiée en 2003, montre que la plupart des jeunes médecins n'avaient **pas pris d'arrêt maladie durant les 6 derniers mois** malgré les problèmes de santé rencontrés (état grippal, gastroentérite...). Le plus souvent, la raison invoquée était la peur que leurs collègues doivent reprendre leur charge de travail ou les remplacer[285].

Selon l'étude publiée en 2004 qui suivait un collectif de jeunes médecins diplômés norvégiens durant le début de leur formation post-graduée, 36% des médecins en formation post-graduée avec une planification suicidaire n'avaient pas cherché d'aide[139]. Dans une étude évaluant le taux de suicide parmi les médecins, les ingénieurs et les enseignants finlandais, **les dépressions étaient sous traitées avec un faible taux d'hospitalisation chez les médecins et ce en particulier pour les hommes médecins**[137].

Les résultats d'analyses toxicologiques parmi les médecins morts par suicide montrent **un faible taux d'antidépresseurs mais des taux plus élevés d'antipsychotiques, de benzodiazépines et de barbituriques** que pour les non médecins morts par suicide dans l'étude publiée en 2013 utilisant les données du registre national des morts violentes aux USA[108].

Une étude, publiée en 2004, évaluée par la méthode des autopsies psychologiques, plusieurs sources de données sur les médecins décédés par suicide en Angleterre et au Pays de Galle entre 1991 et 1993[115]. Durant cette période, 38 médecins en exercice sont décédés (dont 25 sur 29 avec des données suffisantes avaient un trouble psychiatrique certain ou très probable, le plus souvent la dépression). Parmi les données analysées, **les prévalences de l'utilisation des soins et des traitements ont été évaluées (par généralistes ou spécialistes en soins psychiques)**. Parmi ces 38 médecins décédés par suicide, 27 (71%) avaient un médecin de premier recours et parmi ceux-ci 13 (48%) avaient consulté leur médecin généraliste durant les 3 derniers

mois avant leur mort et pour 61,5% des cas, la consultation avait porté sur des problèmes émotionnels ou psychiatriques. Sur les 38, 13 (34%) avaient consulté un psychiatre dans l'année précédente, 15 (39%) recevaient une forme de traitement pour leurs problèmes psychiatriques au moment de leur mort (pour 9 par des spécialistes en santé mentale et pour 6 par leur médecin de premier recours)[115].

Quelques facteurs qui peuvent expliquer en partie les difficultés pour les médecins de demander de l'aide à leurs collègues et de reconnaître leurs souffrances, seront décrits dans la partie suivante.

Section II Demande d'aide difficile pour le médecin

§ I. De multiples barrières et freins à la recherche d'aide par les médecins

A) *La culture médicale et le « curriculum caché »*

1) *La culture en médecine*

La **culture médicale** qui prévaut durant le long processus de la formation médicale (formation pré- et post-graduée), mais également pendant toute la pratique du médecin, prône le dépassement de soi, le dévouement envers les patients et la société sans écouter sa propre douleur ou sa souffrance. Comme mentionné dans la perspective historique, les valeurs de la période de l'« âge d'or » de la médecine[15] continuent à infiltrer la culture en médecine et la formation médicale peut s'apparenter à une éducation pour devenir une sorte de « **super-héros** » se sentant invulnérable à la souffrance[233]. **L'étudiant en médecine et le jeune médecin sont encouragés par cette culture à apprendre à supprimer leurs émotions et à développer l'autosacrifice**[226], [232], [248], [286].

Pour être un bon médecin capable de remplir toutes les missions qui lui sont confiées par la société malgré les différentes sources de stress qui règnent dans son travail sans jamais se sentir épuisé ou dépassé, il faut alors **apprendre à s'endurcir et à ne plus écouter ses émotions, sa détresse en s'en protégeant sous un masque de perfection et une cape d'invulnérabilité**[221], [226], [233] (Cf. **illustration 53**). Les prévalences élevées de souffrance psychique rassemblées dans cette thèse montrent que **ce costume n'est qu'un leurre**. Le médecin apprend alors à masquer ses émotions difficiles et ses vulnérabilités, voire pire à s'en couper, à s'en détacher ou à les nier. La tristesse, les peurs, ses doutes, sa souffrance et son épuisement peuvent alors s'accumuler en lui sans qu'il n'en soit conscient et qu'il n'en prenne la mesure jusqu'à ce que son système de protection vole en éclats et les dégâts sont alors souvent importants[147], [221], [226], [248], [256]. Le médecin en souffrance peut **apprendre à s'isoler pour masquer**

ses failles et peut développer un intense sentiment de solitude malgré la foule de personnes qui l'entoure et notamment de soignants[221], [226], [256].



Illustration 53 : le médecin super-héros. Illustration par Gaëlle Devillard.

Avec les progrès de la génétique et les risques d'eugénisme, un jour peut-être pourra-t-on sélectionner des êtres particulièrement résistants au stress pour relever ce défi comme dans le film américain « *Gattaca* » d'Andrew Niccol. Dans ce film de science-fiction qui se déroule dans un monde futur, les individus sont sélectionnés pour leurs possibilités de profession selon le séquençage de leur génome et l'absence de facteur de vulnérabilité. A ce propos, un sujet qui fait débat depuis longtemps est de **savoir si des tests de personnalité devraient être passés à large échelle au début des études de médecine afin de sélectionner les individus à risque de souffrance psychique en raison de traits de personnalité**[287] qui pourraient les rendre plus vulnérables au stress ou incompatibles avec la profession. Certains auteurs soulèvent les risques d'homogénéisation des médecins par ces procédures en rappelant des exemples de médecins célèbres, ayant profondément marqué certaines avancées de la médecine, qui auraient été écartés par cette sélection[288]. Ces auteurs rappellent que **la personnalité continue à se construire** durant les études de médecine et que la formation et la culture en médecine pourraient aussi façonner les traits de personnalité considérés comme incompatibles ou à risque.

Il est légitime de se demander comment un soignant peut être empathique et à l'écoute de la souffrance de son patient s'il banalise à ce point ses propres souffrances dans une totale dénégation. Le « **soignant blessé** » pourrait même acquérir des compétences relationnelles supérieures s'il reconnaît sa propre souffrance et peut accepter d'endosser parfois aussi le rôle du patient avec possiblement un accroissement de ses capacités d'empathie[289]. Daneault, dans un article de 2008, évoque que cette notion de soignant blessé remonte à l'antiquité. L'auteur rappelle le **mythe du centaure**

Chiron, un des plus grands guérisseurs de la mythologie grecque, qui a enseigné l'art de la médecine à Asclépios (Esculape en latin), le dieu greco-romain de la médecine (père d'Hygie déesse de la santé, de la propreté et de l'hygiène)[16], [289]. Selon le mythe de Chiron, celui-ci avait reçu l'enseignement des arts de la médecine par Apollon et Arthémis mais ce qui en fit un grand guérisseur était qu'il avait été sévèrement blessé par une flèche d'Héraclès qui lui causa des souffrances insoutenables[289].

Un autre facteur important qui participe à la difficulté de demander de l'aide ou à prévenir les suicides des médecins est ce que certains auteurs nomment la « **conspiration du silence** » sur le suicide des médecins[10], [152], [234]. Bien que cela fait maintenant bientôt un demi-siècle qu'il y a des publications sur le sujet du risque augmenté de suicide parmi les médecins et d'une vulnérabilité aux problèmes de souffrance psychique dans la profession[15], [119], une omerta et une culture du silence sur le suicide des médecins et des étudiants en médecine règnent. Il faut ajouter qu'il y a un certain tabou sur le suicide en général et pas qu'en médecine. Le suicide des étudiants en médecine et des médecins en formation est particulièrement tabou à cause de la crainte des facultés de médecine d'avoir une mauvaise réputation en étant alors étiqueté comme la « faculté où on se suicide ». Elles refusent encore souvent de collecter des informations sur le suicide des étudiants en médecine et des médecins internes[124], [290].

En contraste avec cette culture dominante, il faut aussi ajouter, comme mentionné dans la partie sur la perspective historique et sur l'évolution de la recherche sur la souffrance psychique des médecins¹¹⁶, qu'il y a aussi une partie de la profession médicale qui, dans le **mouvement lancé par la déclaration de l'AMA sur le « médecin malade » de 1973**[15], revendique que le médecin est un être humain avec ses vulnérabilités, voire met en avant son humanité et fait de ses fragilités une force. Il y a alors une **dénonciation de ce modèle de « l'homme de fer »** et une revendication de la prise en compte de son humanité[291]. Il y a notamment des initiatives pour inciter les médecins en difficulté ou en souffrance à témoigner afin que leur voix ne soit plus masquée[290], [292].

2) *Le « curriculum caché »*

Le « **curriculum caché** » est un terme qui regroupe les lois et la culture qui prévalent dans la formation médicale avec ses règles, ses propos et comportements parfois peu professionnels ou même malhonnêtes[41], [90]. Les exemples peuvent être les propos insultants ou irrespectueux envers certains patients considérés comme « pénibles » ou les falsifications des dossiers médicaux¹¹⁷. **Travailler malgré la maladie (« présentisme »)** et ne pas prendre de congé maladie malgré des risques de contagiosité (souvent pour ne pas surcharger les collègues) font aussi partie de ces comportements malsains et à l'encontre des recommandations que l'on ferait à nos patients (Cf. **illustration 54**). Le problème est que **l'individu s'habitue à ne pas se**

¹¹⁶ Cf. Chapitre 1, Section I, § II, B, 2

¹¹⁷ Ce type d'attitudes comprend l'examen physique rempli comme normal alors que non-examiné ou même parfois des informations de nature médico-légale rajoutées dans le dossier à posteriori pour éviter des attaques juridiques.

soigner si cela implique de l'absentéisme au travail (rendez-vous de médecins, repos...). Un autre facteur qui peut jouer un rôle dans la difficulté à prendre un congé maladie peut être une **culpabilité importante** de priver ses patients de soins (notamment pour les médecins installés) mais exacerbée par le sentiment d'être irremplaçable (également dans le secteur hospitalier).

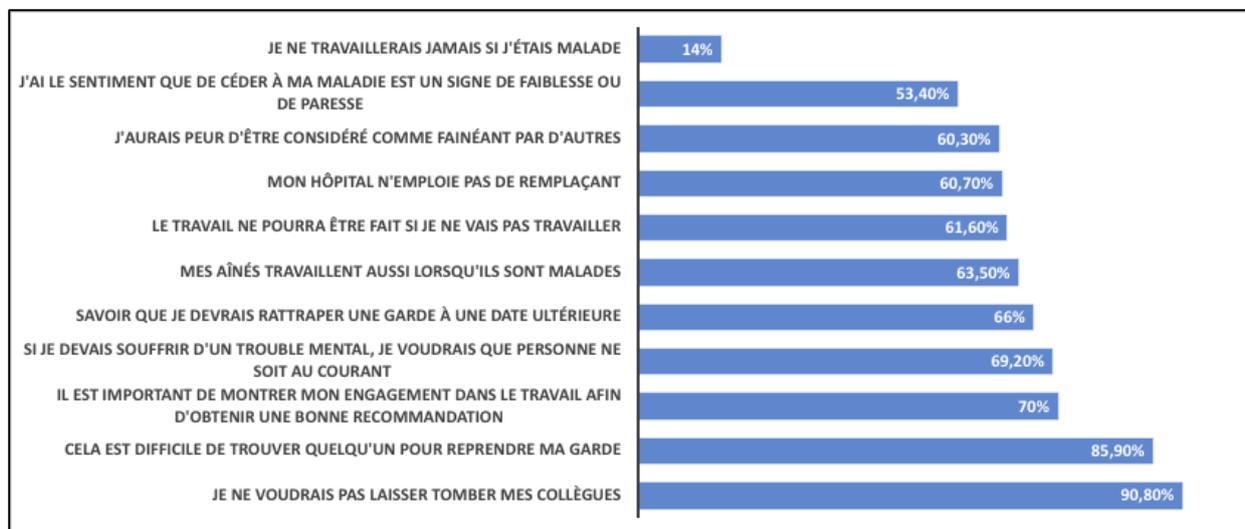


Illustration 54 : cette illustration montre les résultats d'une étude qui évaluait les motifs pour travailler malgré la maladie parmi un collectif national de médecins en formation post-graduée d'Irlande (N = 707). Les médecins internes répondants ont évalué (certainement, probablement, neutre, probablement pas, certainement pas) 11 facteurs qui pourraient les influencer de travailler malgré la maladie. Ce graphique montre les pourcentages combinés de ceux qui ont évalué le facteur concerné comme certainement ou probablement celui qui pourrait les influencer. Illustration adaptée de [205] par l'auteur.

Il semble que **les femmes soient plus touchées par le curriculum caché** car elles écouteront davantage les lois et la culture de la formation médicale selon certains auteurs[90].

Des études ont montré l'association entre ces conduites non professionnelles et cyniques tolérées par la culture de l'hôpital et le burnout (surtout pour les dimensions d'EE et de DP)[41]. Durant la formation postgraduée, les auteurs parlent d'une **déprofessionnalisation des médecins** qui, exposés à ce curriculum caché, développent une attitude plus cynique, avec moins d'empathie, un détachement et une baisse de leurs idéaux humanistes qui ont souvent motivé le choix de leur carrière de médecin.

L'étude publiée en 2010, avec des données issues d'un grand collectif de 2'682 étudiants en médecine, a montré que **les étudiants en burnout avaient davantage de chances de rapporter s'être engagés dans un ou plusieurs comportements antiprofessionnels** (35% versus 22% avec un odds ratio de 1,9)¹¹⁸[42]. Par leur exposition clinique précoce, les étudiants en médecine apprennent tôt dans leurs études ces comportements dommageables en matière de santé par identification et imitation. Une lutte contre ce curriculum caché devrait être envisagée.

¹¹⁸ Au vu des fortes prévalences de burnout, un véritable cercle vicieux peut s'installer avec accentuation de ces comportements inadaptés.

B) *Rôle de l'identité professionnelle*

Etant donné que l'étudiant en médecine et le jeune médecin passent le plus clair de leur temps à travailler ou à fréquenter d'autres médecins (même à se marier avec un autre médecin), **les effets de la culture en médecine et de la formation médicale façonnent son identité professionnelle**, que cela soit via le curriculum officiel ou le « curriculum caché » décrit ci-dessus. Un article avec des lettres de suicide de médecins commentées rassemble différents regards pour tenter de dénoncer la culture du silence sur cette réalité. Un des auteurs de ces commentaires, qui est prêtre, évoque que tout comme avec l'identité de prêtre, **l'identité de rôle du médecin peut prendre la place de l'identité propre**. On est médecin tout le temps y compris lors des vacances ou des loisirs¹¹⁹. L'auteur de ce commentaire compare la culture du silence en médecine avec celle qui règne dans la prêtrise et il parle de « **la médecine comme un sacerdoce** »[290].

En lien avec la culture médicale et ce culte de la performance et de l'excellence, qu'il peut progressivement intégrer, le médecin peut **développer une tendance à se faire des reproches et à se juger sévèrement** face à ses vulnérabilités et à ses problèmes perçus comme signes de faiblesse ou d'incompétence[116]. A cultiver la performance et la résistance, les médecins **ne se considèrent plus comme des êtres humains mais spéciaux, élus et au-dessus des maladies mentales**[15]. Le terme de « **héros dangereux** » a été développé pour décrire le fait que de nombreux médecins viennent au travail malgré la maladie (« présenteisme »)[233], [251]. **La privation et l'abnégation pourraient être le revers de la médaille ou la face obscure du sacrifice et du dévouement extrême**[187], [226].

Le médecin peut alors avoir des **difficultés à accepter ses propres limites**[226], [234] notamment pour tolérer son propre vieillissement et sa finitude[293]. Il développe **un besoin de certitudes, exactitudes**, avec des difficultés à accepter les doutes et les incertitudes inévitables de la vie[226].

Le mythe de la maîtrise totale de la souffrance, de la maladie, même de la mort pourrait être une contamination par l'imaginaire social d'une toute puissance médicale salvatrice selon les auteurs d'un article sur les liens entre société, médecine et souffrance des soignants[253]. Le choix de la profession peut parfois être lié à cette recherche de puissance et le médecin en souffrance confronté à un travail difficile peut être amené à une remise en question de son engagement initial[253].

C) *Stigmatisation, ostracisme et discriminations*

Plusieurs auteurs avancent **l'importance de la stigmatisation et des discriminations envers la faiblesse, la maladie ou l'échec qui règnent entre les médecins**[90], [92], [286] mais qui sont déjà présentes pendant les études de médecine[89], [124]. Comme mentionné dans la perspective historique au début de cette thèse, cette stigmatisation

¹¹⁹ Comme exemple, l'on peut penser aux vols d'avion où on appelle « y a-t-il un médecin dans l'avion ? »

n'est pas un phénomène nouveau et a ses racines dans le développement de la médecine[15].

De nombreux auteurs dénoncent les procédures et règlements qui discriminent les médecins ou les étudiants en médecine ayant souffert de problèmes psychiques ou ayant consulté pour des problèmes de santé mentale ou des addictions face à l'obtention d'un poste, de leur titre de spécialiste, ou de leur droit de pratique[10], [294] (Cf. **illustration 55**). Ces mêmes auteurs dénoncent **les sanctions disciplinaires et le système punitif qui ont longtemps prévalu face aux problèmes de santé mentale au lieu d'axer sur la prévention et le besoin de soins.**



Illustration 55 : les médecins discriminés pour des raisons de santé. Illustration par Gaëlle Devillard.

Une étude publiée en 2009 a montré que l'accès aux soins parmi des médecins internes était notamment entravé par **la peur du manque de compréhension et d'empathie de leurs supérieurs ou de leurs collègues**[90]. Une autre raison avancée par cette étude était **la peur que cela compromette leur formation médicale ou leur carrière**¹²⁰.

Dans l'étude publiée en 2011, qui a évalué la prévalence d'idéation suicidaire et de comorbidités psychiques (burnout, dépression) parmi un grand collectif de 7'905 chirurgiens participants, les auteurs ont montré que seulement 26% des chirurgiens avec des idéations suicidaires dans les 12 derniers mois avaient cherché une aide psychologique alors que **60% étaient réticents à chercher une aide spécialisée en raison de la crainte que cela puisse affecter leur droit de pratique**[92].

L'étude publiée en 2008 qui a évalué les prévalences de burnout et de dépression parmi des médecins internes de pédiatrie aux USA, a montré que plus de 90% des médecins

¹²⁰ Les diagnostics éventuels les plus évoqués pour cette inquiétude de la part des médecins internes étaient par ordre croissant les problèmes de dépendance (drogue, alcool), les séropositivités HIV, les maladies mentales, les troubles alimentaires, les cancers puis les autres Infections Sexuellement Transmissibles (IST). Ces données indiquent l'importance de la peur de la stigmatisation des maladies mentales.

internes dépressifs rapportaient travailler malgré la maladie alors que ce taux était de 70% parmi les non dépressifs¹²¹[56].

En 2010, une étude dans un collectif de 505 étudiants en médecine de la faculté de médecine du Michigan a évalué les perceptions des étudiants en médecine dépressifs et non dépressifs face à la stigmatisation associée à la dépression[89]. **Les étudiants déprimés avaient davantage de perceptions stigmatisantes concernant la santé mentale que les étudiants non déprimés**¹²². Les hommes pensaient plus souvent que les étudiants dépressifs pourraient mettre les patients en danger (36% versus 20% des femmes sondées). Les étudiants des deux premières années pensaient plus que chercher de l'aide pour une dépression les ferait se sentir moins intelligents (34% versus 23% pour les étudiants des années ultérieures).

Un autre facteur peut être **la crainte du médecin de perdre son rôle professionnel, son statut, l'aura qui entoure sa profession étant donné l'importance que prend son identité professionnelle dans son estime de soi**[286].

D) Manque de confidentialité

Une peur avancée par de nombreux médecins ou étudiants en médecine **est le manque de confidentialité avec lequel seraient traitées leurs données médicales** au cas où ils consulteraient les services de santé de l'hôpital, de la faculté ou leurs collègues[90]. Les services de santé à disposition ont **l'avantage d'être à proximité des facultés ou de la place de travail** des médecins en formation ou travaillant à l'hôpital ce qui peut en favoriser l'accès[242], mais ont **le désavantage d'être exposés à une transmission de certaines informations de façon plus ou moins consciente et formelle** (ex : salle d'attente du service de conseils psychologiques dans le couloir de l'hôpital).

En médecine, prévaut **un système d'auto-régulation et de monitoring par les pairs** avec une obligation éthique de signaler un confrère ou un collègue en souffrance qui n'est plus en capacité de travailler ou qui peut mettre en danger ses patients[295]. Ce système a le désavantage qu'il peut renforcer la crainte de consulter ou de demander de l'aide par peur d'être dénoncé par le médecin consulté, le collègue ou le supérieur.

Une étude transversale, publiée dans le JAMA en 2010, a évalué parmi un large collectif national de médecins des USA (N = 1'891) **les pensées des médecins, leur préparation et leurs attitudes en lien avec des collègues qui sont en incapacité de travail ou qui sont incompetents**[295]. Les résultats montrent que 64% des médecins répondants se déclarent en accord avec l'engagement professionnel de signaler les médecins en incapacité de travail ou incompetents pour pratiquer ; 69% seulement des répondants rapportent être préparés pour effectivement gérer des collègues en incapacité de travail et 64% des collègues incompetents ; 17% des répondants ont eu connaissance directe

¹²¹ Près de la moitié des médecins internes dépressifs n'étaient pas conscients de leur dépression et seul un faible nombre recevait un traitement antidépresseur.

¹²² Dans cette étude, les chiffres étaient : que leurs opinions seraient moins respectées pour 56% des étudiants déprimés versus 24% pour les non déprimés, qu'ils seraient considérés comme incapables de porter leurs responsabilités par la faculté pour 83% des étudiants déprimés versus 55% pour les non déprimés.

d'un collègue médecin en incapacité ou en incompetence de pratiquer et seulement 67% de ces médecins ont dénoncé ce collègue à une autorité relevante¹²³.

E) Le coût comme barrière au traitement

Dans de nombreux pays qui n'ont pas d'assurance maladie étatique généralisée, les étudiants et les employés bénéficient de couverture d'assurance fournie par leur université ou leur employeur[296]. Un des exemples est le système américain. En réponse à un article de 2010 de Dyrbye et ses collaborateurs[42] montrant des prévalences élevées de burnout parmi les étudiants en médecine et leur risque de souffrance psychique augmenté, Nardin et ses collaborateurs ont publié un commentaire en 2011 dans le JAMA avec les données évaluant les degrés de couverture asséurologique des étudiants en médecine aux USA[297] pour 115 sur 129 facultés de médecine du pays pour les problèmes de santé mentale et pour les abus de substance(s). **Ces données montrent que ces couvertures sont très variables selon les universités mais qu'elles sont souvent insuffisantes et limitées.** Seulement 37% des facultés ont une offre d'assurance remboursant les soins ambulatoires de santé mentale de manière illimitée, 29% pour les soins ambulatoires d'abus de substances, 43% pour les soins hospitaliers en santé mentale et 36% pour les soins hospitaliers pour abus de substance(s). Les auteurs de ce commentaire appellent à une meilleure couverture d'assurance des soins en santé mentale en citant des études montrant que **le coût des soins peut être une barrière aux traitements pour les étudiants en médecine ou les médecins en formation post-graduée**[297].

Outre les étudiants en médecine et les médecins en formation post-graduée, nous pouvons également citer **les médecins indépendants (en pratique privée) qui peuvent être en difficultés financières lors d'un arrêt maladie prolongé à moins d'avoir une bonne assurance maladie et une couverture pour perte de gain.** D'autant plus que les incapacités de travail pour souffrance psychique peuvent nécessiter une durée importante, une fois le trouble décompensé.

F) Manque de connaissance des ressources disponibles pour les soins en santé mentale ou sur les problèmes de santé mentale

Dans l'étude, publiée en 2011, parmi un grand collectif national de médecins canadiens qui utilisait les données de l'étude sur la santé des médecins canadiens de 2007-2008 (Canadian Health Study), les résultats montrent que **15% des médecins répondants rapportent un manque de connaissance au sujet des ressources disponibles de soins pour les problèmes de santé mentale** (ce chiffre est plus élevé pour les spécialistes que pour les généralistes ou les psychiatres). En particulier, 20% des médecins ayant des symptômes dépressifs ou une anhédonie (un symptôme clé de la dépression) durant au moins 2 semaines rapportent manquer de telles connaissances, ce qui est supérieur aux 12% des médecins répondants ne rapportant pas de symptômes dépressifs ou d'anhédonie durant au moins 2 semaines[94].

¹²³ Les raisons invoquées pour ne pas signaler étaient que quelqu'un d'autre s'en occuperait (19%), que rien ne se passerait si un signalement était fait (15%) et la peur de représailles (12%).

Une étude, publiée en 2013, évaluait le niveau de connaissances de base sur le stress, le suicide, le burnout et l'abus de substance(s), leurs facteurs associés et leurs conséquences parmi les médecins en formation en chirurgie aux USA. **Les connaissances de base étaient acquises parmi 47% des sondés**[298].

G) *Automédication et soins précaires*

En lien avec leurs difficultés à demander de l'aide, à reconnaître leurs limites, la dimension de toute-puissance, et **un accès facile à la plupart des médicaments**¹²⁴[90], [187], [239], les médecins ont **tendance à en consommer sans l'avis d'un médecin prescripteur** lorsqu'ils sont malades ou pour gérer le stress, les insomnies liées au travail de nuit, ou la fatigue. Mais ils en consomment souvent de façon excessive et courent le risque de tomber dans une problématique de dépendance. De plus, ils peuvent **fournir des médicaments à leurs collègues ou leurs proches** en dehors d'une relation médecin-patient et d'un cadre prévu pour cela.

Dans l'étude publiée en 2004 qui a évalué les prévalences de burnout parmi des généralistes du département de la Loire, 30% avaient consommé des psychotropes[51]. Les étudiants en médecine et les médecins, par manque de temps souvent ou en raison des difficultés à quitter leur lieu de travail, se contentent **d'une prise en charge à la va-vite par un collègue, non-optimale**[242]. La plupart des médecins n'ont pas de médecin traitant car ils pensent pouvoir s'en passer, mais il faut condamner cette pratique qui contribue au mauvais accès aux soins des médecins[10], [284].

§ II. Quand le médecin devient patient

A) *Pour le médecin lui-même*

En raison des problèmes évoqués plus haut, du peu de temps et d'attention que le médecin accorde à ses soins, du déni que les médecins ont en général face à leurs symptômes d'alerte[119], lorsque finalement ils se décident à consulter, **leur prise en charge se fait souvent à un niveau avancé de leur maladie. Le médecin devenu patient peut avoir du mal à accepter son statut de malade** et il continue souvent à faire preuve d'omnipotence, de contrôle et de déni[136], [144], [226], [296].

De multiples programmes de soins ont été développés spécifiquement pour les médecins, les étudiants en médecine et les autres soignants[136], [177], [299]-[301]. Ces programmes, souvent gratuits ou financés par les associations professionnelles ou les universités, ont **du personnel formé et sensibilisé à la problématique des médecins en souffrance**. Ils dispensent souvent des programmes de sensibilisation sur cette thématique avec des formations, présentations et activités de groupe. La plupart du temps, **ces programmes sont en plusieurs volets** mais permettent un dépistage, des

¹²⁴ En accès libre en pharmacie, auto-prescription, prescription par des collègues, accès sur leur lieu de travail.

conseils et un système de renvoi vers des spécialistes en santé psychique souvent en privé qui collaborent avec le programme. La plupart de ces programmes garantissent **une confidentialité aux personnes qui viennent demander de l'aide afin d'en améliorer l'accès**. Des études sont effectuées et montrent en général que ces programmes sont appréciés et qu'ils apportent une aide importante notamment en communiquant sur le sujet et en sensibilisant la faculté ou l'institution sur ce thème.

Certaines études ont montré **un taux de succès nettement supérieur à la population générale des programmes de traitement des addictions chez les médecins**[140], [302]. Par exemple, une étude longitudinale, publiée en 2008, a évalué le succès des programmes de traitement des addictions aux USA entre 1995 et 2001. Sur 904 médecins admis, 802 avaient des données collectées suffisantes et ont été inclus dans l'analyse. **Sur ces 802 médecins traités, à 5 ans de suivi, 79% des médecins avaient leur droit de pratique et travaillaient ; 11% des médecins avaient eu un retrait de leur droit de pratique, 3,5% avaient pris leur retraite, 3,7% étaient décédés et 3,2% avaient un statut inconnu (leur trace avait été perdue)**[302].

B) Pour le médecin qui soigne son confrère et pour les autres soignants en charge de lui

Prendre en charge un collègue malade est souvent un défi et une situation difficile et désagréable pour le médecin soignant et les équipes de soins[119]. En raison de son identité professionnelle et de sa difficulté à accepter de devenir patient, le médecin malade a tendance à vouloir tout contrôler, pouvant se montrer manipulateur et peu coopérant[119]. Le médecin peut avoir du mal à établir une alliance thérapeutique avec le psychiatre traitant sur qui il projette la responsabilité de sa souffrance ou de ses difficultés[296]. Notamment, le médecin qui a besoin d'une prise en charge psychiatrique pour un état grave **va souvent tout faire pour éviter une hospitalisation ou tenter de raccourcir le plus possible son séjour**[119] (Cf. illustration 56). L'équipe soignante est souvent manipulée par le médecin et risque d'accéder à ses demandes de décharge précoce[119]. Ce d'autant plus qu'il peut être assez difficile pour les soignants (personnel médical et infirmier) de traiter un autre soignant, les confrontant à leur propre risque de maladie psychique[119], [296]. Néanmoins, si l'on prend en compte les risques d'une mauvaise adhérence aux soins ambulatoires pour les raisons précédentes, **une hospitalisation est souvent indiquée et devrait se poursuivre pour une durée plus prolongée parfois que pour d'autres patients davantage compliants**.



Illustration 56 : le médecin patient résistant aux soins. Illustration par Gaëlle Devillard.

Une autre difficulté peut être de tenter de décourager voire de devoir signaler l'incapacité de travail du médecin malade pour les soignants en raison de l'importance que celui-ci accorde à son rôle professionnel[293], [296].

Chapitre 4 : Conséquences de la souffrance psychique des médecins

Section I Conséquences sur le médecin

§ I. Tous les secteurs de la vie du médecin peuvent être impactés

A) *Morbidité et mortalité du stress chronique*

Le stress chronique au travail peut avoir des conséquences importantes en terme de santé psychique et physique, voire des conséquences mortelles (suicides, accidents). Les prévalences de burnout et de dépression ainsi que d'idées suicidaires et de suicide ont déjà été décrites dans le chapitre 1 mais d'autres conséquences seront présentées ici. En lien avec l'activation cognitive, le stress chronique peut **perturber le sommeil et favoriser les insomnies**. Le sommeil peut déjà être perturbé par le travail de nuit ainsi que par les services de piquet. Une étude de 2008 a montré les liens réciproques entre le burnout et les insomnies parmi des médecins[155].

Comme mentionné dans le chapitre 1 sur les addictions, le médecin soumis à un stress chronique et en burnout **peut consommer des substances pour tenter de gérer son stress**¹²⁵ et il peut développer un trouble d'abus ou de dépendance aux substances[67], [76], [187], [201]. Le médecin soumis à un stress chronique qui développe un burnout ou une dépression peut **envisager le suicide comme une fin à sa souffrance** avec un risque plus élevé de mortalité par suicide[53], [239]. Le stress chronique peut avoir également des **conséquences sur la santé somatique du médecin** (hypertension, problèmes cardiovasculaires, problèmes orthopédiques comme des maux de dos, céphalées, ulcères et problèmes gastro-entérologiques...)[80], [200]. Des données montrent également **un risque augmenté d'accidents de la route** en cas de stress chronique et de burnout[303] (Cf. illustration 57).

¹²⁵ Ces substances peuvent comprendre : alcool, tabac, café, psychotropes, antidouleurs, stimulants ou drogues illicites.

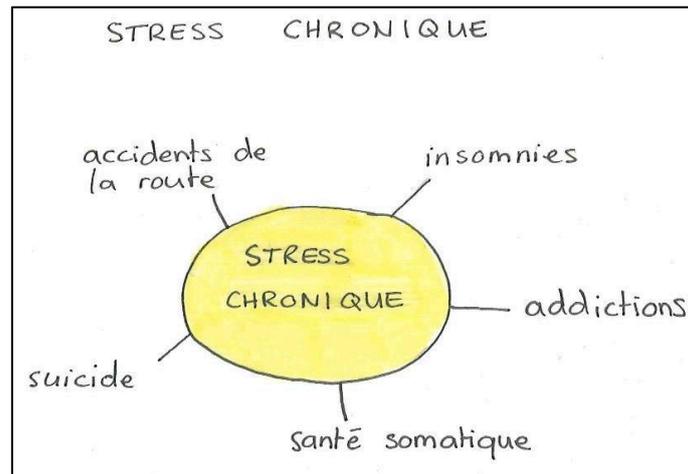


Illustration 57 : le stress chronique favorise les insomnies, les addictions, les problèmes de santé somatique, les accidents de la route et le suicide. Illustration par Gaëlle Devillard.

B) Diminution globale du fonctionnement et de la qualité de vie

La souffrance psychique du médecin **baisse de manière significative sa qualité de vie et a un impact sur l'ensemble de son fonctionnement** (professionnel, familial, social). Le médecin peut alors développer un grand sentiment de désillusion et de frustration[172].

Le stress chronique et le burnout peuvent également avoir **un impact sur la personnalité du médecin, ses valeurs et ses comportements**. Cary Cherniss est un psychologue américain qui a étudié les effets du stress chronique sur les individus. Dans les années 1980, il a développé le concept d'« **orientation de carrière** » pour décrire comment les individus envisagent leur engagement dans le travail (sens, aspirations, attentes, valeurs et récompenses attendues)[28] adapté par Kains dans[201]. Il distingue quatre orientations de carrière différentes (Cf. **illustrations 58 et 59**) :

- « **activiste** » (ou « militant ») : son but est le bien-être du patient et d'obtenir un changement social ou de la profession.
- « **carriériste** » : dont le but est le succès (prestige, responsabilités, promotions, sécurité financière, reconnaissance, statut)
- « **artisan** » : son but est de développer ses compétences professionnelles et d'exercer son savoir-faire
- « **auto-centré** » (ou « auto-investisseur ») : dont le but est de satisfaire sa vie personnelle ou son développement personnel

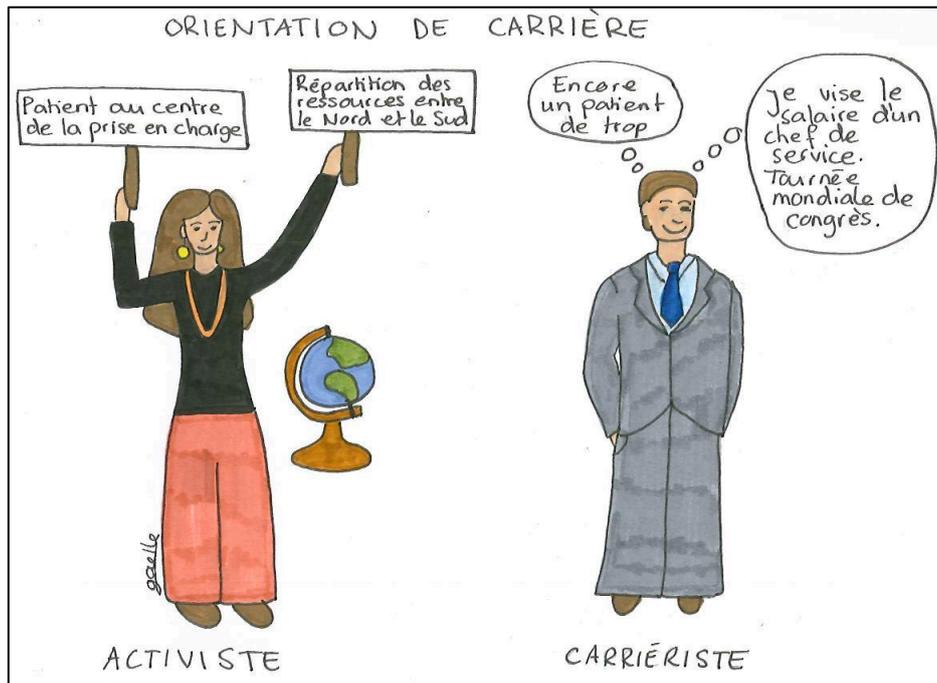


Illustration 58 : les deux orientations de carrière : « activiste » et « carriériste ». Illustration par Gaëlle Devillard.



Illustration 59 : les deux orientations de carrière : « artisan » et « auto-centré ». Illustration par Gaëlle Devillard.

Truchot a montré dans une étude transversale publiée en 2008 un changement d'orientation de carrière parmi un collectif de médecins généralistes français (N = 259 ; âge moyen 47 ans) entre le début de leur carrière (selon les perceptions et souvenirs des médecins généralistes soumis à des vignettes) et actuellement[172]. Cette étude montre qu'au début de leur carrière, plus de 80% des médecins étaient des activistes (48%) ou des artisans (33%) avec uniquement 10% de carriéristes et 9% d'auto-investisseurs. Au moment de l'étude, 75% des médecins avaient eu un changement de leur orientation de carrière initiale ; 45,6% étaient des auto-investisseurs, 38,6% des artisans, seulement 11% des activistes et 5% des carriéristes. Une étude de Truchot de 2006 citée dans un

article de 2011 sur le burnout de l'étudiant en médecine avait montré un changement similaire déjà au cours des études[201]. Ces 2 études montraient que **l'engagement des activistes et des artisans semblaient mettre les médecins et les étudiants en médecine moins à risque de DP et de baisse d'AP**. La nette baisse des activistes est préoccupante en ce sens. Une autre étude publiée en 2017 parmi un collectif de médecins en formation post-graduée au Maroc (N = 191) montrait également que les activistes et les artisans avaient les risques de burnout le plus bas (EE et DP)[304]. Il n'est pas surprenant et même plutôt sain qu'un certain nombre de médecins aient une baisse de leur activisme et de leur idéalisme en lien avec le **besoin de mettre certaines limites vis-à-vis de leur activité professionnelle afin de pouvoir trouver un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle pour fonder une famille** après de longues années de formation éprouvantes et d'un rythme de travail intense (ce qui peut se refléter par la hausse importance des auto-investisseurs).

§ I. Baisse de sa satisfaction professionnelle, sa motivation au travail et sa capacité à gérer sa charge de travail

En dépit des difficultés avancées précédemment, de la charge de travail importante et des risques de surcharge constants, certaines études montrent des médecins globalement satisfaits de leur situation professionnelle[91]. Plusieurs études montrent cependant **une baisse de la satisfaction professionnelle avec des liens avec la dimension AP du burnout**[9], [21], [77], [254], [305].

Certaines données sont **plus inquiétantes concernant la qualité de vie et les conditions de travail des médecins généralistes surtout dans les régions rurales**. Dans l'étude concernant les généralistes libéraux du département de la Loire publiée en 2004, 58% des 308 médecins répondants avaient envisagé une reconversion[51].

L'étude, publiée en 2016, mentionnée dans la partie sur l'épidémiologie de la dépression parmi les médecins en formation post-graduée, qui évaluait les expériences subjectives des médecins en formation post-graduée avec ou sans symptômes de dépression dans 6 instituts aux USA, montrait que la dépression durant la formation médicale n'affectait pas que des mesures objectives de la qualité des soins (comme les erreurs médicales) mais aussi comment les médecins internes se perçoivent eux-mêmes et leur profession, avec **de potentielles conséquences décisives sur leur futur choix de carrière**[97].

Dans l'étude, publiée en 2011, parmi un grand collectif de médecins canadiens en utilisant les données de l'étude sur la santé des médecins canadiens de 2007-2008 (Canadian Health Study), les résultats montrent que **27% des médecins répondants rapportent avoir eu de la difficulté à gérer leur charge de travail à cause d'un problème de santé mentale dans le mois précédent**¹²⁶[94]. Une autre étude montre une baisse de la capacité de travail et des difficultés à gérer la charge de travail parmi les médecins en formation post-graduée en souffrance[298].

¹²⁶ 33% des femmes > 23% des hommes ; généralistes 31% > psychiatres 29% > autres spécialités 21%

Selon un sondage publié en 2006 dans une cohorte de médecins suisse-alsaciens suivis après leurs diplômes, parmi les 567 médecins internes et chefs de cliniques sondés, **78% disaient qu'ils choisiraient à nouveau de devenir médecin si c'était à refaire et 22% qu'ils ne le feraient pas**[306] (Cf. illustration 60).

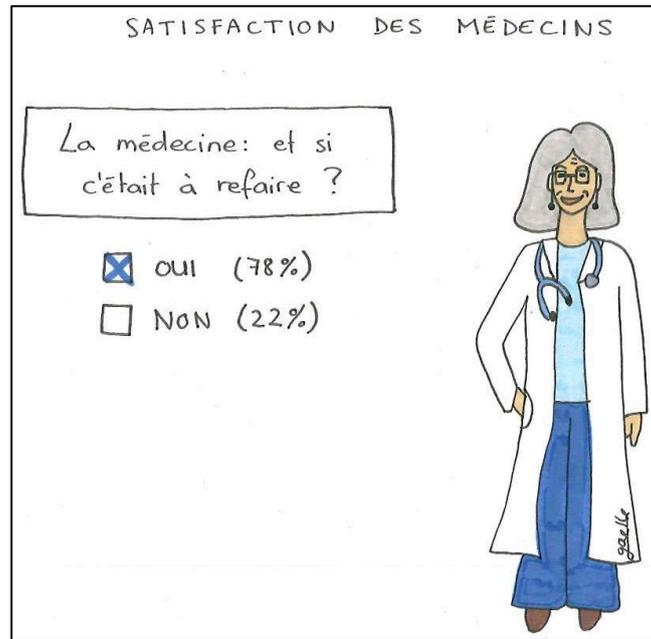


Illustration 60 : le taux de médecins satisfaits de leur travail. Illustration par Gaëlle Devillard.

Parmi les conséquences possibles du burnout et de la dépression, il faut également relever **les effets délétères sur la réussite académique et professionnelle ainsi que le risque de ne pas arriver à terminer son cursus de spécialisation**[62], [291], [307]. A nouveau, la plupart de ces études portent sur les perceptions des médecins et il y a moins de données sur des mesures plus objectives de la capacité de travail.

Section II Impact institutionnel et sur les collègues directs

§ I. Un burnout est « contagieux »

A) Arrêt de travail, absentéisme

La souffrance psychique une fois installée et atteignant des degrés importants peut mener à **l'indication d'un arrêt de travail qui peut se prolonger**. Le repos ou l'arrêt de travail peut faire d'ailleurs **partie intégrante du traitement**[67], [239].

B) La charge de travail se reporte sur les collègues

L'activité médicale étant à flux tendu, **un burnout est souvent « contagieux » car la charge de travail se reporte alors sur les collègues** qui sont déjà soumis à une charge de travail importante et à un stress chronique[10], [178] (Cf. **illustration 61**). Ceci est particulièrement le cas pour les médecins en formation post-graduée en milieu hospitalier étant donné l'organisation qui repose beaucoup sur la charge de travail effectuée par les médecins internes. Cela peut aussi devenir critique dans certaines régions comptant peu de médecins de premier recours¹²⁷ où l'arrêt de travail d'un médecin généraliste se répercute fortement sur les quelques médecins restant dans la région. Ceci peut susciter un **sentiment de culpabilité** important pour le médecin qui devrait s'arrêter de travailler notamment pour une durée prolongée.

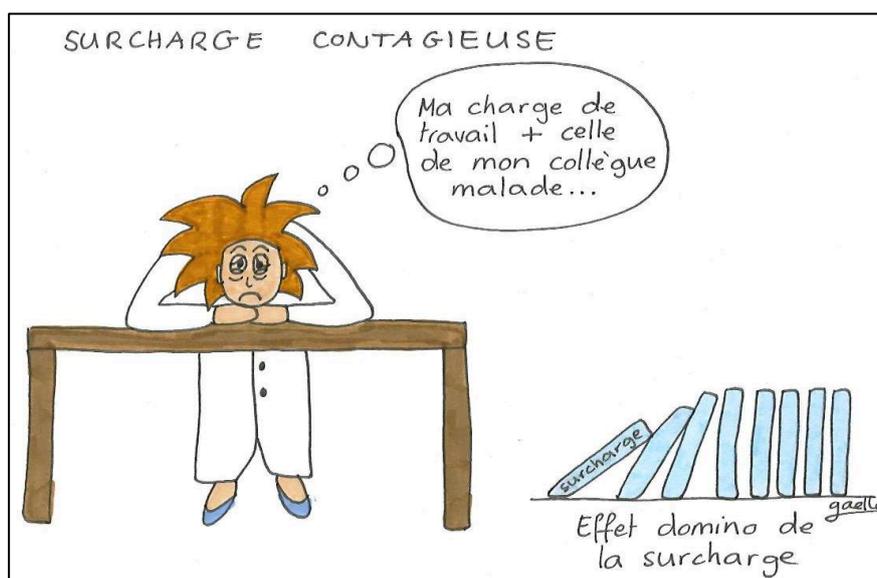


Illustration 61 : le burnout, une surcharge contagieuse. Illustration par Gaëlle Devillard.

§ II. Classements des instituts de formation selon les qualités perçues des conditions de travail

Comme mentionné, le taux de burnout ou les conditions de travail peuvent avoir un **impact sur le recrutement des médecins**. Les instituts de formation sont souvent évalués par les médecins en formation post-graduée et **des classements sont publiés**. En période de pénurie de médecins, la compétition des institutions est forte d'autant que le phénomène de la « fuite des cerveaux » peut péjorer le phénomène. A la période actuelle où la jeune génération est habituée à la mobilité, **les médecins peuvent aller chercher ailleurs des conditions de travail ou de formation de meilleure qualité**[142], [174], [210], [260].

¹²⁷ Ces régions sont parfois appelées des « déserts médicaux ».

Section III

Impact sur la famille, les enfants et les proches des médecins.

§ I. Un travail coûteux pour l'entourage

A) Transmission transgénérationnelle

De plus en plus de données montrent que les troubles psychiques comme la dépression ou l'état de stress post-traumatique ainsi que les troubles d'abus de substance(s) chez les parents ont **un risque accru de transmission transgénérationnelle**[240] sur la génération suivante, voire sur deux générations. Cette transmission **peut se produire de manière génétique ou environnementale, voire les deux (épigénétique)**. De plus, le manque de disponibilité psychique en lien avec la dépression parentale peut avoir également des conséquences importantes en terme d'attachement et de qualité de la construction psychologique des enfants. Etant donné la féminisation de la profession médicale, le stress élevé auquel sont soumis de nombreux jeunes médecins en formation et les prévalences de souffrance psychique, il est important de prendre rapidement des mesures de prévention pour permettre aux médecins de mener à bien leur formation dans des conditions qui ne nuisent pas aux soins de leurs propres enfants. On peut citer notamment ici le **manque d'aménagement des conditions de travail pour les femmes médecins enceintes** (gardes de nuit, longues heures de travail, rythme intense de travail et difficultés à pouvoir s'asseoir). De nombreuses femmes médecins travaillent jusqu'à leur accouchement et prendre un congé parental reste rare malgré les possibilités financières de cette profession (Cf. **illustration 62**).

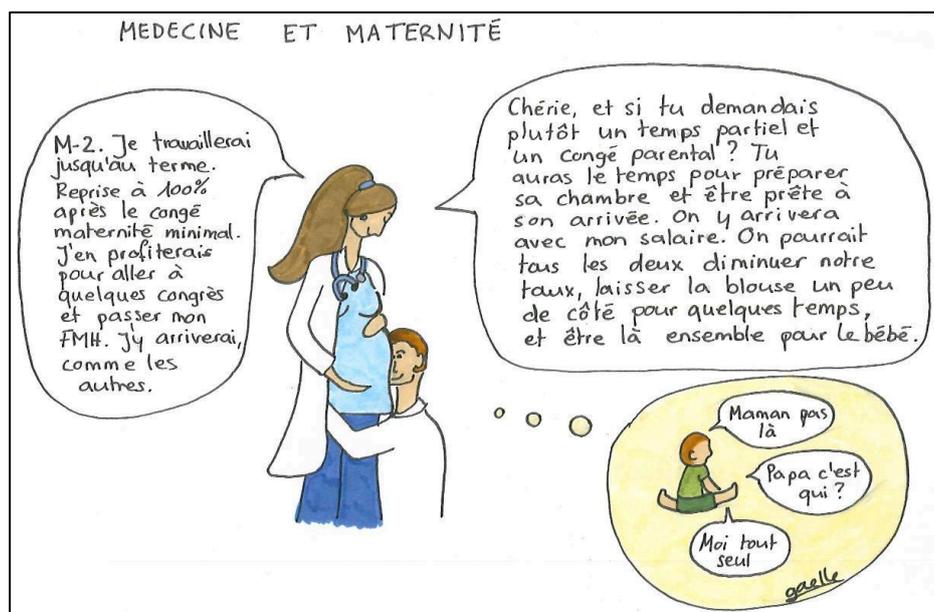


Illustration 62 : la médecine et la maternité. Illustration par Gaëlle Devillard.

B) Stress ramené à la maison et manque de disponibilité

L'isolement du médecin de ses émotions ou le masque qu'il peut porter pour cacher ses difficultés ainsi que le stress qu'il peut ramener à la maison peut **le mener à manquer d'écoute et de disponibilité pour sa famille et ses enfants**[248]. Un témoignage anonymisé d'un médecin qui s'est adressé au groupe de coaching ReMed (réseau de soutien des médecins en Suisse, de la FMH) illustre cela : « *Il aura fallu de nombreuses années et la confrontation avec ma famille pour que je réalise que l'efficacité de mon système de protection contre les émotions et cette impression de parfaite maîtrise de soi pouvaient fortement gêner d'autres : mes enfants disent que je suis toujours stressé, que je ne prends pas le temps de les écouter et que c'est vraiment devenu compliqué avec moi* »[248, p. 97]. Les troubles psychiques et le stress accumulé peuvent également avoir des répercussions **sur l'entourage plus large du médecin** (amis, parents, cercle social) en lien avec la nervosité, la tension, le négativisme, le manque d'initiative et de disponibilité ou les comportements suicidaires par exemple.

C) Divorces et problèmes de couple

Plusieurs études et articles montrent **les taux élevés de problèmes de couple et de divorces pour les médecins**, qui peuvent notamment être en lien avec le stress élevé et le poids du travail tendant à se répercuter sur la vie de couple[201], [241], [308], [309]. La bonne qualité de vie de couple paraît primordiale dans le soutien que peut représenter le fait d'être marié ou en couple, en tant que facteur protecteur du burnout ou de la dépression.

§ II. Conséquences sur l'entourage après le suicide du médecin

Après le suicide d'un médecin comme après la plupart des suicides, **un fort sentiment de honte et de culpabilité peut être vécu par l'entourage du médecin, sa famille, ses amis, ses collègues ou sa hiérarchie**[245], [286], [292]. Une des réactions fréquentes est la culpabilité de l'entourage qui n'a pas remarqué que le médecin était dans un tel état de souffrance et de désespoir et qui peut alors rétrospectivement mettre en relation des indicateurs de stress ou des signaux d'alerte. Mais le plus souvent, le médecin avait bien appris à masquer et dissimuler sa souffrance et ses vulnérabilités y compris avec ses proches[292]. La culpabilité est d'autant plus importante pour les collègues qu'ils étaient souvent en contact quotidien avec le médecin concerné, voire des proches (**Cf. illustration 63**). N'avoir pas pu aider et soigner un collègue en souffrance met à mal leur identité de soignant.

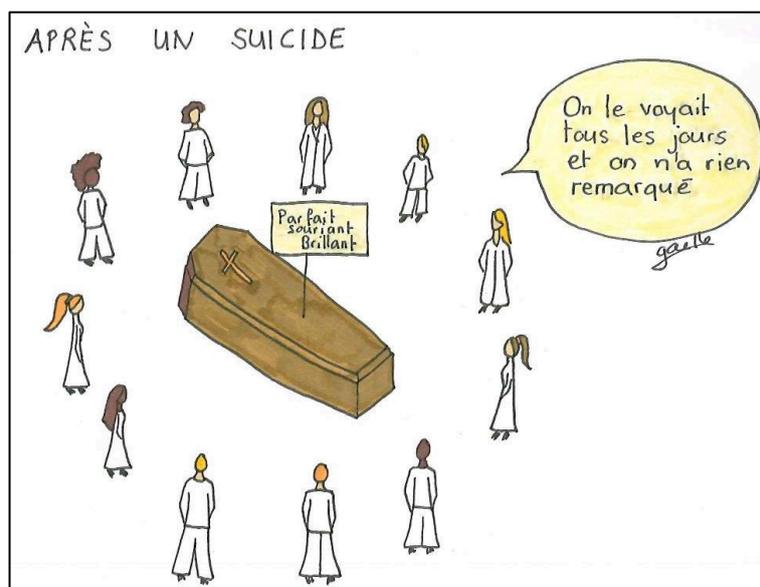


Illustration 63 : la culpabilité et l'incompréhension pour les collègues après un suicide d'un médecin. Illustration par Gaëlle Devillard.

Section IV Répercussions sur la qualité des soins

§ I. Généralités sur la qualité des soins

La notion de qualité des soins comprend toute une série de critères comme la satisfaction du patient, les erreurs médicales ou le professionnalisme des soignants[91]. Un des modèles les plus populaires de la qualité des soins est celui de l'Institut de la médecine, le « modèle IOM » (« *Institute of Medicine* ») qui comprend les dimensions d'efficacité, d'efficacité, de **temporalité**, des soins **centrés sur le patient**, de **sécurité** et d'équité[174].

§ II. Multiples indicateurs d'un impact sur la qualité des soins prodigués par les médecins en souffrance

A) *Souffrance psychique des médecins et baisse de la qualité des soins*

Un corps croissant de littérature montre les associations entre mal-être des médecins et baisse de la qualité des soins[91]. Le médecin stressé, en burnout ou déprimé aura tendance à oublier certaines options, commettre davantage d'erreurs[56], [59], [191], [310], [311], être moins empathique voire cynique envers son patient[41], [42] et manquer de professionnalisme[201], [303]. D'autres études montrent que les médecins

en burnout peuvent prescrire des soins plus coûteux¹²⁸[312] ou des pratiques en non conformité avec les bonnes pratiques[76].

Etant donné ces données issues de la littérature, de nombreux auteurs demandent une amélioration des conditions de travail et que **le bien-être des médecins soit mesuré comme un indicateur de la qualité des soins en parallèle à d'autres mesures**[7], [9], [10], [174], [181]. Quelques aspects particuliers de la baisse de la qualité des soins seront décrits ci-dessous plus en détails.

B) Baisse de la compassion et de l'empathie

Le patient attend souvent de son médecin qu'il soit à jour dans ses connaissances et compétent, mais **d'autres indicateurs importants de la qualité des soins sont les aptitudes relationnelles du médecin notamment sa bienveillance, son empathie et sa compassion**. L'alliance thérapeutique et les capacités du médecin de nouer une relation médecin-patient de qualité sont des moteurs importants du traitement (Cf. **illustration 64**).

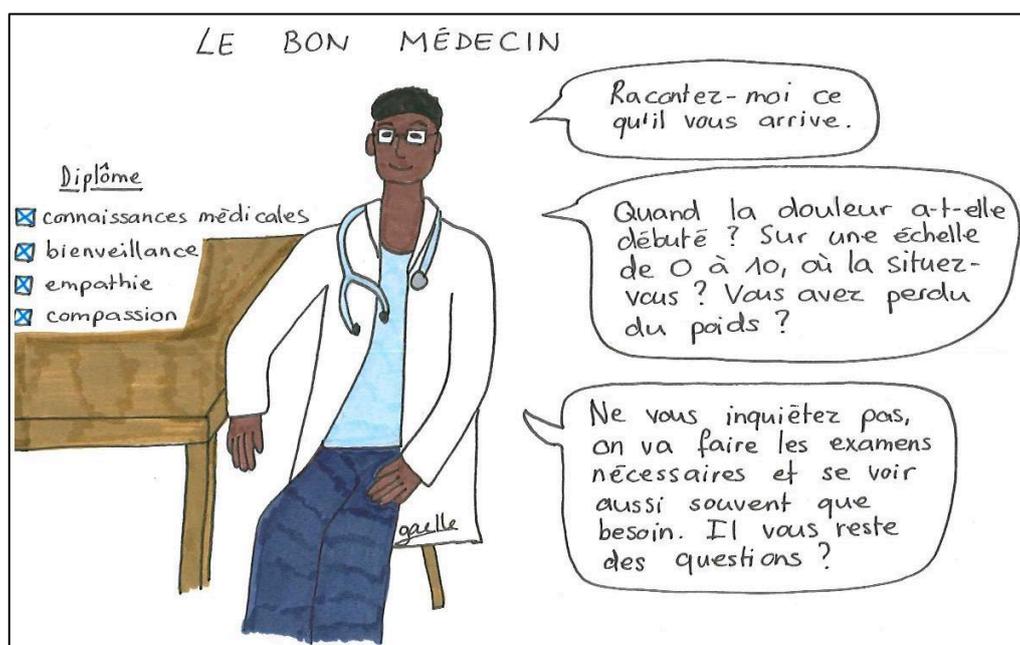


Illustration 64 : les caractéristiques du bon médecin. Illustration par Gaëlle Devillard.

Comme mentionné dans la partie sur la culture en médecine et l'identité professionnelle, durant sa formation le médecin apprend souvent à masquer ses émotions (« *Poker-face* », visage impassible) et ses vulnérabilités[248], [256]. Le médecin apprend à cultiver une attitude de certitude et d'expertise en masquant ses doutes, ses incertitudes et son ambivalence[226], [313] qui sont pourtant des signes d'une attitude nuancée et réfléchie.

¹²⁸ Ces soins plus coûteux s'expliquent par des prescriptions de plus de médicaments, d'examen complémentaires plus nombreux et parfois inutiles et de plus de renvois vers des spécialistes.

De nombreuses études ont montré une baisse de la compassion et de l'empathie avec la formation[151], [165], [192], [228], [229], [314]. Une étude a montré la baisse de l'idéalisme et de l'empathie avec les années de formation post-graduée notamment concernant les attitudes envers certains types de patients (patients âgés, dépendants aux substances, douloureux chroniques)[228].

Comme mentionné dans la partie concernant les conséquences sur le médecin au niveau de la diminution de son fonctionnement global¹²⁹, des études ont montré **des changements des « orientations de carrière »** selon Cherniss (artisans, activistes sociaux, carriéristes, auto-investisseurs)[28] déjà au cours des études de médecine et de la formation post-graduée avec **plus d'auto-investisseurs et nettement moins d'activistes et d'engagement**[172], [201], [304]. Plusieurs auteurs dénoncent un problème dans le système de sélection des étudiants en médecine qui ne prend pas en compte les dimensions relationnelles de ceux-ci mais plutôt leurs performances académiques[229], [287].

Plusieurs études ont montré également que la souffrance psychique des médecins et le stress important **augmentent un détachement émotionnel envers le patient**[147], [183] qui pourrait être une manœuvre de protection pour le médecin de ne pas porter la souffrance de son patient en plus de la sienne. Une étude a montré au contraire que le médecin généraliste en burnout avait tendance à aborder davantage les problèmes sociaux et psychologiques avec ses patients en consultation[165]. Une étude a montré qu'avec le stress et le burnout, **les capacités de communication des médecins étaient moins bonnes lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle**[315]. En cas de stress et de burnout, **il semblerait que les femmes gardent des meilleures capacités relationnelles que leurs collègues hommes**[316]. Comme mentionné les hommes ont plus tendance à développer en moyenne la dimension de DP et de cynisme et les femmes l'épuisement, EE. Les rôles socialement appris et renforcés pourraient être une explication de cette différence[316].

De plus, l'informatisation de la médecine implique que le médecin passe une bonne partie de la consultation derrière son ordinateur, ce qui peut renforcer l'impression du patient que le médecin est peu disponible et à l'écoute pour lui (Cf. **illustration 65**)[179].

¹²⁹ Cf. Chapitre 4, Section I, § I, B

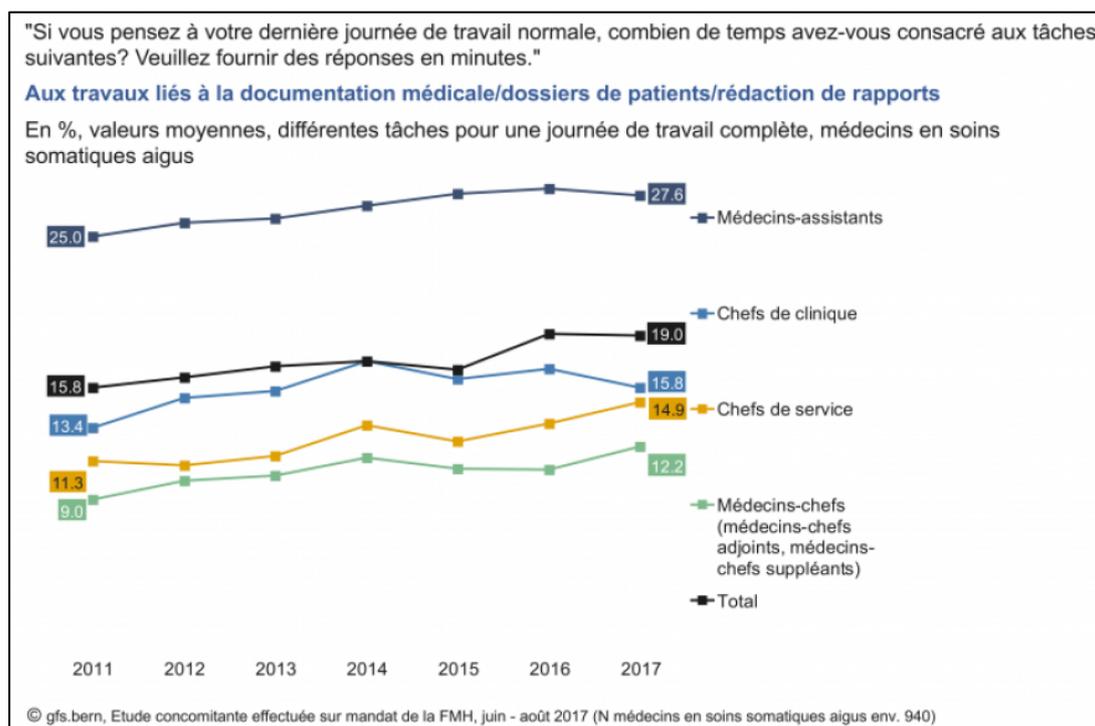


Illustration 65 : la proportion de temps quotidien consacré à la documentation médicale selon une étude parmi les médecins suisses. Illustration tirée de [180, p. 47].

C) *Erreurs médicales et détresse psychique, un cercle vicieux (« le syndrome de la victime secondaire »)*

Les **conséquences d'erreurs médicales** sont la huitième cause de décès aux États-Unis, chaque année, entre 44'000 et 98'000 décès évitables sont attribuables à ce phénomène[91]. Ces chiffres sont très probablement sous-évalués car de nombreux médecins et soignants gardent le silence sur leurs erreurs commises par crainte des répercussions telles qu'humiliations par la hiérarchie, reproches ou plaintes pénales des patients et par peur de perdre leur réputation[91]. On estime la proportion des patients hospitalisés affectés par les erreurs médicales entre 5% et 10% mais certains auteurs avancent même des proportions allant jusqu'à 50%[59].

Les médecins fatigués ou épuisés ont une propension plus grande à commettre des erreurs. À l'inverse, commettre des erreurs médicales a un impact substantiel sur les cliniciens et peut sensiblement induire un stress supplémentaire ou une profonde détresse chez le soignant. Pour divers auteurs, le soignant qui commet l'erreur médicale est la seconde victime, après le patient, et ressent communément stress, culpabilité, honte et dépression[59]. Le terme du « **syndrome de la victime secondaire** » a été développé pour parler de ce phénomène[59]. Ces effets peuvent être de longue durée et certains médecins sont blessés à titre définitif, surtout si les conséquences de l'erreur commise sont importantes pour le patient (mutilation, handicap, voire décès). Ainsi, erreur médicale et détresse psychologique sont dans un cycle toxique réciproque[59](Cf. **illustration 66**).

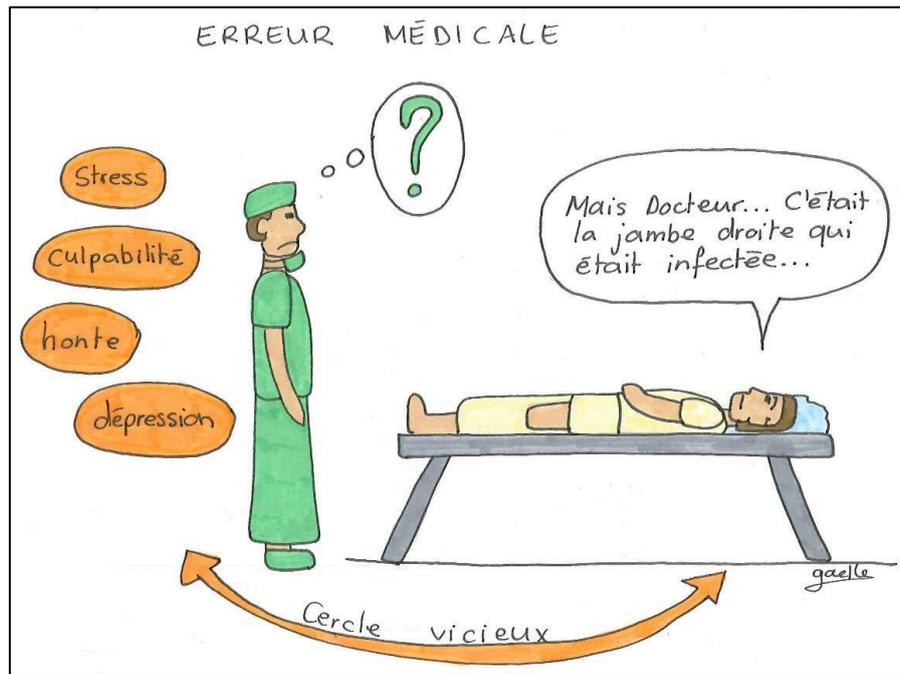


Illustration 66 : les erreurs médicales et la souffrance psychique des soignants s'influencent réciproquement selon un cercle vicieux. Illustration par Gaëlle Devillard.

L'hôpital, le cabinet ou l'institution dans lequel l'erreur a eu lieu est parfois appelé la **troisième victime**[317] notamment en raison des dégâts d'image et de réputation. Lors de **plainte juridique** d'un patient ou de ses proches, c'est souvent la responsabilité individuelle du médecin qui est engagée malgré le fait qu'il travaille comme salarié. Cela peut être extrêmement difficile à vivre. Certains auteurs recommandent au médecin concerné d'avertir ses supérieurs et de **mieux partager les prises de décisions** afin d'éviter de se retrouver seul à affronter les conséquences[318].

De plus, dans certains pays comme aux USA et au Royaume Uni, des avocats offrent des contrats lors de plainte contre une erreur médicale sur la base d'un « pas de frais si pas de gain » afin de mieux inciter les patients à porter plainte et pour en tirer des bénéfices[185]. **Aux USA, certains avocats n'hésitent pas à venir chercher des clients dans les salles d'attentes des hôpitaux.** Les coûts économiques des plaintes pénales et de la pratique défensive de la médecine liées à **la judiciarisation de la médecine** sont importants[217], [218].

La plupart des études qui évaluent les liens entre des mesures de souffrance psychologique et les erreurs médicales utilisent des questionnaires d'auto-évaluation portant sur les erreurs auto-perçues ou auto-rapportées¹³⁰[59]. D'autres études ont mis en place pendant la durée de l'observation un système de suivi rapproché des soins avec du personnel supplémentaire spécialement dédié à une observation active avec un contrôle strict des dossiers médicaux[56], [191].

¹³⁰ Les erreurs auto-évaluées peuvent regrouper les plus significatives mais sont également moins précises car sujettes à une sous-évaluation (peur des répercussions) ou à des distorsions cognitives négatives (travail perçu plus négativement si dépression par exemple).

Une étude longitudinale, publiée en 2010, par Shanafelt et ses collaborateurs montre qu'un état d'épuisement, de détresse psychologique ou les deux ensemble sont associés à une augmentation de 15%, 20% et 28% des erreurs médicales auto-rapportées (échelle « *self assessment of medical errors* ») respectivement parmi un collectif national de médecins chirurgiens des USA[310].

Dans l'étude publiée en 2008 qui a analysé les liens entre souffrance psychique et erreurs médicales observées par un groupe de contrôle parmi un collectif de 123 médecins internes en pédiatrie de 3 hôpitaux des États-Unis, **les médecins internes dépressifs ont commis 6,2 fois plus d'erreurs de prescription que les médecins internes non dépressifs**¹³¹[56].

Par contre, dans l'étude publiée en 2006 qui a évalué l'association entre souffrance psychique et erreurs médicales auto-perçues parmi un collectif de 184 médecins internes en médecine interne de la Mayo Clinic, **les trois dimensions de burnout étaient associées à un risque plus important de rapporter une erreur médicale dans les 3 prochains mois** (7% par augmentation d'un point de score d'EE, 10% par augmentation d'un point du score de DP et 7% par augmentation d'un point du score d'AP). Dans cette étude, 34% des médecins internes sondés rapportaient au moins une erreur médicale majeure dans les 3 derniers mois et 97% des médecins internes qui avaient commis une erreur médicale majeure en avaient parlé au moins à une personne (à d'autres médecins internes pour 83% des sondés, à la famille ou à des proches pour 65% des sondés et à des superviseurs seulement dans 54% des cas)[59].

Une étude publiée en 2004 a montré une corrélation importante entre le manque de sommeil, la fatigue et les erreurs médicales en comparant pour des médecins internes en tournus aux soins intensifs deux types d'horaires : **l'horaire standard avec gardes prolongées jusqu'à 34h consécutives et environ 80h par semaine** et un horaire d'« intervention » qui limitait les heures de travail à 63h maximum par semaine et au maximum 16h consécutives[191]. Dans cette étude, les médecins internes ont fait 36% plus d'erreurs médicales sérieuses pendant l'horaire traditionnel que pendant l'horaire d'intervention qui incluait 57% d'erreurs sérieuses supplémentaires non interceptées. Au total, avec l'horaire standard, il y avait pour la période étudiée, 22% plus d'erreurs sérieuses avec 21% plus d'erreurs de prescription et 6 fois plus d'erreurs de diagnostic. **Les auteurs concluaient que de nombreuses erreurs étaient imputables à la fatigue.** Ils citaient une étude ayant montré que parmi 114 chefs de service, 41% indiquaient la fatigue comme cause de leurs plus sérieuses erreurs commises par le passé, le plus souvent pendant leur internat, dont 31% avaient été fatales, occasionnant le décès du patient[310].

Une étude a montré également que **l'abus d'alcool était associé avec un risque plus élevé d'erreurs médicales**[175].

Ces données montrent que les erreurs médicales sont un problème majeur pour la qualité des soins, qu'elles sont fréquentes et peuvent avoir des conséquences dramatiques pour le patient mais aussi secondairement pour le soignant.

¹³¹ Par contre, il n'y avait pas de différence significative sur le nombre d'erreurs observées entre médecins internes en burnout et médecins internes sans critères de burnout

Il est important, pour lutter contre les erreurs médicales, de promouvoir **un climat de récoltes des erreurs dans les soins de façon non sanctionnelle pour les individus** ayant commis l'erreur car dans la grande majorité des cas, la responsabilité est institutionnelle et collective (**modèle dit du « gruyère suisse » de Reason**) (Cf. **illustration 67**) [317], [318]. Ce climat non discriminant est essentiel pour une récolte fiable des événements indésirables et pour en trouver les causes (recherche et « **analyse des causes racines** ») **sur un plan systémique** et planifier des mesures de prévention ciblées[318]. En outre, comme mentionné, le soignant ayant commis une erreur médicale peut être dans une profonde détresse et il convient qu'il puisse recevoir une écoute bienveillante et un soutien plutôt qu'une humiliation ou une stigmatisation supplémentaires.

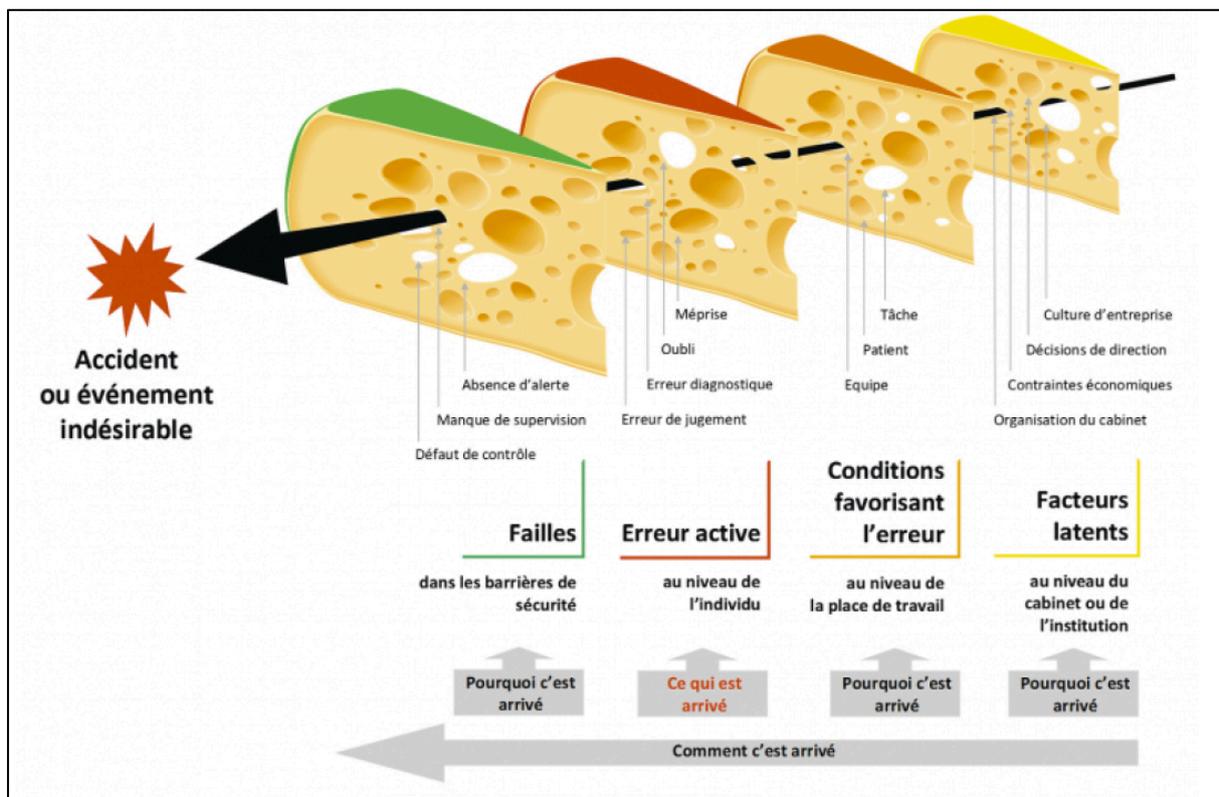


Illustration 67 : l'alignement des défauts du système, des erreurs actives et des failles de sécurité (les trous des fromages) permet la survenue des accidents. Les facteurs latents du système déterminent les conditions favorisant l'erreur, ainsi que les failles des barrières de sécurité (mesures protégeant le patient des événements indésirables), et permettent de répondre à la question « pourquoi est-ce arrivé ? ». L'erreur active répond à la question « qu'est-ce qui est arrivé ? » et la trajectoire de l'erreur répond à la question « comment est-ce arrivé ? ». Adapté du « *Swiss cheese model* » de J. Reason[319], [320]. Illustration tirée de [317, p. 301].

Les incidents secondaires sérieux¹³² en psychiatrie (ex : suicide, homicide, tentative de suicide, agression grave, fugue de patients à risque) ont également un fort effet sur les équipes tout comme les conséquences des enquêtes internes qui sont souvent réalisées après ces événements dans les services de soins[216]. Une étude pointe qu'il y a souvent **un manque de soutien aux équipes et que les réactions et les effets sur les autres patients sont ignorés** étant donné que les équipes de soins sont très affectées et moins attentives aux répercussions sur les patients du service[216]. Ces incidents

¹³² Ces incidents sont appelés « *serious untoward incidents* » au Royaume Uni et « *sentinel events* » aux USA.

graves et leurs conséquences sont souvent sous-estimés tant sur la vie professionnelle que personnelle des soignants[144], [215]. Ces incidents peuvent notamment mener au développement d'état de stress post-traumatique si non pris en charge ou d'état de stress qui peuvent se réactiver dans des situations similaires rencontrées pour les soignants concernés avec une charge émotionnelle qui peut alors conduire à des biais cognitifs et favoriser des erreurs dans les soins[321].

D) Impact sur la formation de la relève (activités d'enseignement)

Les médecins en souffrance ou épuisés peuvent non seulement dispenser des soins de moins bonne qualité aux patients mais il y a une autre conséquence dommageable qui est **la baisse de la qualité de l'encadrement ou de la formation de la relève du système de santé** (étudiants en médecine stagiaires, médecins internes en formation). Comme déjà mentionné, les médecins en burnout peuvent devenir **plus cyniques et avoir des propos ou des comportements non professionnels** (« curriculum caché »)[41]. Les étudiants en stage et les médecins internes qui sont immergés dans cet environnement peuvent aussi s'habituer à avoir des propos cyniques envers leurs patients et des conduites antiprofessionnelles[41], [42]. Une étude publiée en 2013 aux USA a montré un épuisement important des médecins de milieu de carrière qui ont un rôle clé dans la formation et l'enseignement pour les jeunes en début de carrière[247].

Une étude publiée en 1998 dans le JAMA avait évalué parmi un large collectif national de médecins internes de 2^{ème} année de formation post-graduée des USA (N = 1'277) ce qui a le plus contribué à leur environnement d'apprentissage durant leur première année de formation post-graduée¹³³. **93% des répondants déclaraient avoir subi au moins un épisode de mauvais traitement perçu, 53% s'étaient sentis rabaissés ou humiliés par des médecins en formation plus avancés dans leur parcours.** Parmi les médecins internes femmes, 63% avaient subi au moins un épisode de harcèlement sexuel ou de discrimination. 45% des médecins internes répondants rapportaient avoir observé des collègues falsifier des dossiers médicaux et 70% avaient été témoins d'un collègue travaillant dans un état d'inaptitude à fonctionner (le plus souvent en raison d'un manque de sommeil)[322].

Une étude publiée en 2010 par Dyrbye et collaborateurs dans le JAMA a montré que parmi un large collectif d'étudiants en médecine de 7 facultés de médecine différentes aux USA (N = 1'354), **43% des répondants rapportaient avoir eu au moins un comportement non professionnel relatif aux soins des patients.** Le burnout était le facteur associé au risque le plus élevé de la plupart des attitudes liées à un manque de professionnalisme[42].

¹³³ Cette première année de passage entre les études de médecine et la formation post-graduée est appelée « *internship* » aux USA.

Section V Impact économique, pénurie de médecins et réformes des systèmes de santé

§ I. Impact économique et pénurie de médecins

A) Coûts liés au remplacement et à la formation des médecins

Une revue sur le bien-être des médecins publiée en 2009 dans le Lancet rappelle que les coûts liés au remplacement d'un médecin sont estimés entre 150'000 et 300'000 dollars selon le temps pris pour le recrutement, la sélection et les entretiens avec les candidats notamment[10]. **En Suisse**, selon une étude récente mandatée par l'ASMAC (association des médecins assistants et des chefs de clinique) et la Fédération des Médecins Suisses (FMH), **un médecin sur dix cesse son activité auprès des patients**[323] (Cf. illustration 68).

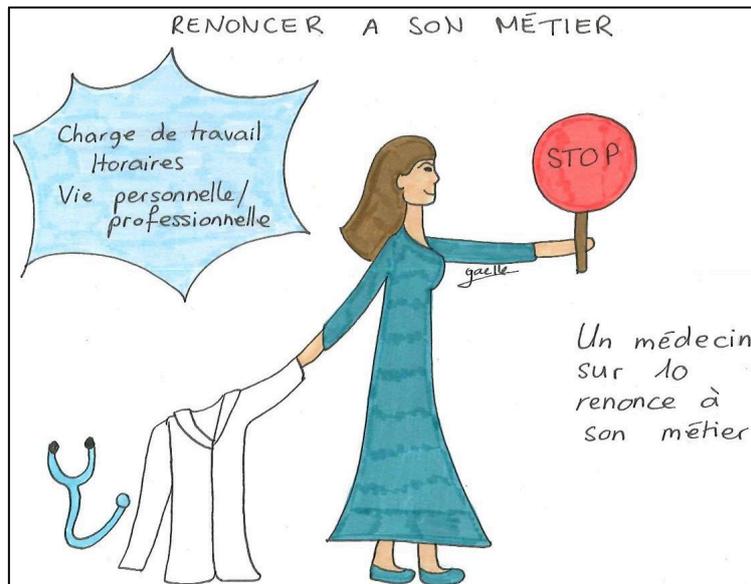


Illustration 68 : un médecin sur dix renonce à une activité auprès des patients. Illustration par Gaëlle Devillard.

Les raisons les plus invoquées sont la charge de travail, les horaires et la mauvaise compatibilité entre vie professionnelle et vie de famille (Cf. illustrations 69 et 70).

	Tous	Type 1	Type 2	Type 3	Type 4	Hommes	Femmes
Equilibre entre travail et profession possible à l'époque	37	26	30	44	48	43	32
Possibilités de soigner les relations avec des amis/proches à l'époque	41	33	40	50	45	48	35
Carrière compatible avec le/la partenaire à l'époque	40	35	40	45	43	45	35
Prise en charge des enfants possible à l'époque	14	9	8	14	30		

Illustration 69 : une évaluation de la compatibilité entre vie professionnelle et vie personnelle. Comparaison selon les types et le sexe: Part des catégories « compatibilité manifeste » + « compatibilité plutôt manifeste ». Seules les différences de groupes significatives sont présentées. Source: gfs.bern, Laufbahnbefragung von Schweizer ÄrztInnen 2016. N = 314: Sondés qui ont abandonné l'activité curative avant d'atteindre l'âge de la retraite (sans sondés qui n'ont jamais entamé la formation postgraduée). Question 20 : « Si vous repensez à votre dernière activité curative: dans quelle mesure votre travail était-il compatible avec vos attentes concernant les loisirs, le couple et la famille? » Indications en pourcent de la catégorie respective (tous, type). Illustration tirée de [324, p. 1135].

	Tous	Type 1	Type 2	Type 3	Type 4
Charge et horaires de travail	34	43	34	37	11
Compatibilité avec la prise en charge des enfants	22	27	32	16	9
Contenus du travail	21	27	11	34	5
Niveau d'exigences du travail	16	19	16	13	13
Motifs de santé	16	7	23	15	31
Réorientation, autres intérêts	16	22	11	18	4
Retraite	15	1	14	4	59
Formation dans une autre profession	13	18	14	11	1
Perspectives de carrière	12	12	4	36	2
Reconnaissance et estime	12	11	8	26	5
Carrière professionnelle du/de la partenaire	11	10	20	5	7
Conditions de travail	6	8	4	5	6
Circonstances personnelles	6	6	8	5	7
Salaire et perspectives de salaire	6	5	3	13	3
Autres	5	8	3	6	1
Planification familiale, retour au travail difficile	5	6	4	3	4
Développement professionnel, manque d'options de formation postgraduée	2	4		2	
Chômage, perte d'emploi	1		3		4
Aucune indication	6	8	6	3	2

Illustration 70 : les motifs de l'abandon de l'activité curative auprès des patients. Source: gfs.bern, Laufbahnbefragung von Schweizer ÄrztInnen 2016. N = 420: sondés qui ont abandonné l'activité curative avant l'âge de la retraite. Question 21: « Pourquoi n'exercez-vous actuellement pas d'activité curative ? Veuillez indiquer les principaux motifs. Veuillez cocher au maximum trois motifs. » Indications en pourcent de la colonne respective (tous, type 1 à type 4). Illustration tirée de [80, p. 1134].

Parmi les médecins qui n'exercent plus auprès des patients, un quart seulement ont renseigné travailler à l'hôpital ou dans d'autres institutions du secteur de la santé. Parmi ces médecins, 18% exercent dans le domaine scientifique (recherche), 17% dans l'enseignement ou la formation, 17% dans la prévention ou la promotion de la santé, 13% dans l'administration publique et 13% dans l'industrie pharmaceutique ou la technologie médicale. Les médecins restants travaillent dans les assurances, les médias, les organisations de médecins notamment. L'abandon de la profession pour les médecins paraît le plus souvent définitif[67], [323]. Dans l'étude de Dyrbye et collaborateurs publiée en 2013, les médecins en milieu de carrière des USA étaient le plus à planifier de quitter la pratique de la médecine pour des raisons hors de la retraite dans les 2 ans[79]. Les changements de poste ou les arrêts prématurés de travail des médecins ont un coût important y compris pour la société dans son ensemble[11].

Investir dans les conditions de travail peut être rentable afin de garder son personnel médical et éviter de devoir investir massivement dans le recrutement de jeunes médecins à former surtout dans un contexte de compétition des institutions liée à la pénurie de médecins (classification des instituts de formation sur les qualités perçues de la formation et des conditions de travail par les médecins en formation)[178], [190], [210].

B) Pénurie de médecins annoncée

Comme nous l'avons vu, **les médecins généralistes sont particulièrement exposés à la surcharge de travail et au burnout**. Avec le vieillissement de la population et la volonté de généraliser le modèle de système de santé avec le généraliste comme première ligne de soins (« *gatekeeper* »), ce pour améliorer la coordination et la continuité des soins et limiter l'augmentation des coûts de la santé, l'épuisement des généralistes observé dans diverses études risque de compromettre ces réformes. **La pénurie annoncée de médecins généralistes ces prochaines années risque d'empirer la situation.**

Une étude suisse a montré que parmi une cohorte d'étudiants diplômés en médecine des 3 facultés de médecine universitaires de Suisse alémanique (Bâle, Berne et Zürich), seuls 17% se destinaient à la médecine générale[325]. Si l'on prend en compte le vieillissement de nombreux médecins généralistes de la plupart des régions rurales et l'épuisement plus important des médecins actuellement en exercice, il apparaît que **des démarches urgentes doivent être mises en place pour revaloriser la médecine de famille** (Cf. **illustration 71**). Certains auteurs dénoncent également le rôle du « curriculum caché » des grands centres académiques qui dénigrent le choix de carrière en médecine générale parmi les jeunes médecins ou les étudiants en médecine[326].

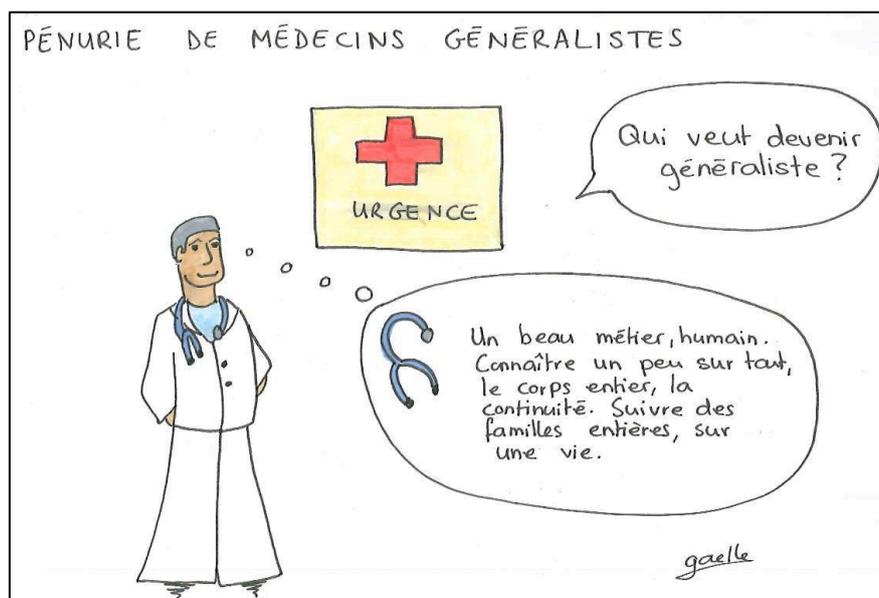


Illustration 71 : des mesures urgentes sont nécessaires face à une pénurie de médecins généralistes. Illustration par Gaëlle Devillard.

Etant donné la pénurie de médecins en formation post-graduée et de médecins dans certaines spécialités ainsi que le taux d'arrêt de l'activité médicale, de nombreux auteurs suggèrent **des mesures pour diminuer la surcharge administrative et déléguer à d'autres professionnels toutes les charges pouvant l'être afin de dégager les médecins de ces tâches et qu'ils libèrent du temps effectif pour leurs patients**[179], [212], [214], [327]. **En Suisse, selon des données récentes, les médecins en milieu hospitalier ne peuvent consacrer plus qu'un tiers de leur temps de travail au chevet de leur patient**[328].

§ II. Echec en vue des réformes des systèmes de santé

En raison de l'âge avancé de la population avec une augmentation des patients présentant des maladies chroniques ou une polymorbidité, la généralisation du modèle de soins avec le médecin de famille au centre et l'augmentation de la couverture d'assurance de populations vulnérables, par exemple l'« *Obamacare* »¹³⁴, les prévalences élevées d'épuisement psychique des médecins et les conséquences évoquées ainsi que la pénurie de médecins généralistes et dans de nombreuses spécialités, **les réformes prévues des systèmes de santé risquent bien d'échouer si elles ne prennent pas en compte le bien-être des médecins et des soignants comme un facteur important dans la planification des mesures** et de leurs conséquences sur les « fournisseurs de prestation », pour reprendre le terme retenu le plus souvent lors des discussions économiques et politiques.

¹³⁴ Réforme appelée « *Patient Protection and Affordable Care Act* » ou la « Loi sur la Protection des Patients et les Soins Abordables » en français.

Chapitre 5 : Mesures de prévention

Section I Généralités

§ I. Classification des mesures de prévention

A) *Prévention primaire, secondaire et tertiaire*

L'OMS a défini la **prévention** comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre ou la gravité des maladies ou accidents ». L'OMS a décrit 3 types de mesures de prévention (Cf. **illustration 72**) selon le moment où elles se situent vis-à-vis de la maladie ou de l'accident :

- la **prévention primaire** (en amont de l'installation de la détresse psychique)
- la **prévention secondaire** (dépister rapidement la détresse psychique pour en réduire la durée)
- la **prévention tertiaire** (pour éviter les complications ou les rechutes).



Illustration 72 : les 3 niveaux de prévention selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Illustration par l'auteur.

B) *Mesures au niveau individuel, interpersonnel, institutionnel*

Les mesures de prévention de la souffrance psychique et du mal-être du médecin peuvent aussi **avoir lieu à différents niveaux : individuel, interpersonnel, institutionnel, national ou même supranational**[38]. C'est ainsi que nous classerons les différentes mesures de prévention ou d'intervention en les listant selon les données issues de la littérature trouvée sur le sujet de la souffrance psychique et de l'épuisement des médecins et des étudiants en médecine.

§ II. Associations entre mesures individuelles et organisationnelles recommandées

La plupart des auteurs recommandent pour la prévention du burnout et de la souffrance psychique des médecins **des associations entre des mesures individuelles et organisationnelles**[303]. Dyrbye et collaborateurs critiquent en 2014 le fait que les facultés et instituts ont plus favorisé des mesures individuelles (au risque de stigmatiser encore plus les individus en leur laissant penser que ce sont eux qui ne

gèrent pas suffisamment le stress, par exemple) sans réellement modifier le système ou la culture des conditions de travail. Les auteurs de cet article évoquent que **face à un problème systémique il faut des interventions à l'échelle systémique**[63] (Cf. **illustration 73**).

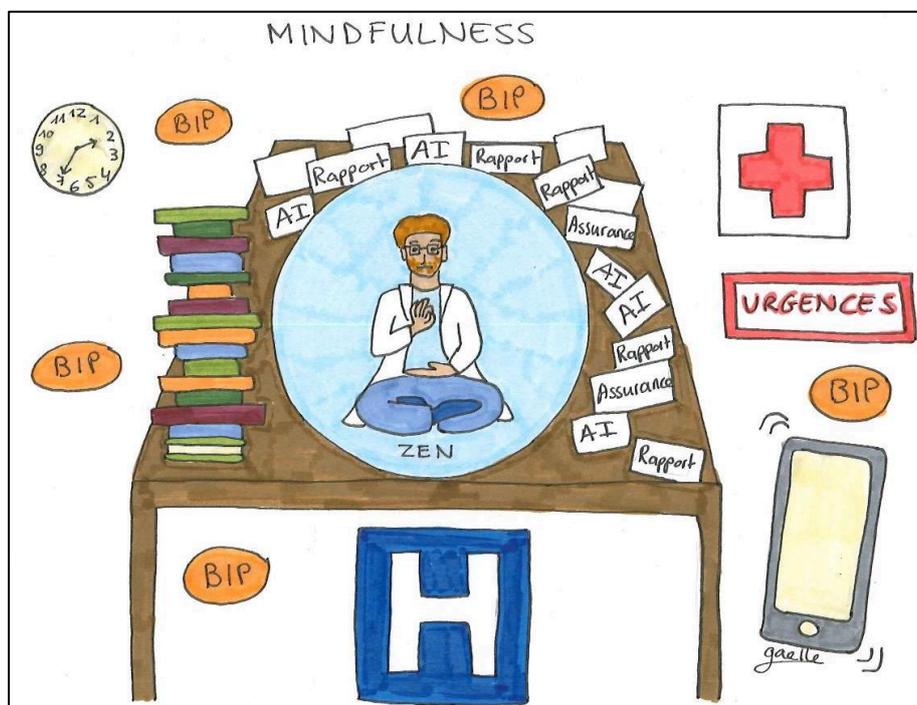


Illustration 73 : une tendance existe à favoriser des mesures individuelles face à un problème systémique. Illustration par Gaëlle Devillard.

Section II Prévention au niveau individuel

§ I. Contrôle du stress et notion de « coping »

Le terme coping vient de l'anglais « *to cope with* » qui signifie « faire face » au stress. On l'utilise le plus souvent sous forme d'anglicisme en français mais certains auteurs le traduisent par le terme « ajustement » au stress. Le concept de coping s'est développé entre les années 1960 et 1990 dans les travaux des approches cognitives sur le stress. Selon la définition de Richard Lazarus et Susan Folkman dans leur livre de 1984, le coping regroupe « *les efforts cognitifs et comportementaux, changeant constamment, déployés par la personne pour gérer les demandes externes et/ou internes, qui sont évaluées comme mettant à l'épreuve ou dépassant ses ressources* »[150, p. 141]. Le coping englobe l'émotion que l'individu produit et le plan d'action qu'il déploie pour s'adapter au stress. Le coping implique l'existence d'un problème réel ou imaginé et une mise en place de réponses pour y faire face. Ces réponses déployées sont appelées les **stratégies de coping**¹³⁵.

¹³⁵ Ex : manœuvres de gestion du stress, demander le soutien de sa hiérarchie, formation continue, supervision individuelle et en groupes, jeux de rôle, soutien entre collègues

Différentes classifications des stratégies de coping ont été développées mais elles dérivent du **modèle fondateur binaire** de Richard Lazarus et Susan Folkman qui sépare le coping focalisé sur le problème et le coping focalisé sur les émotions[150] cité par Piquemal-Vieu dans[149].

Le **coping focalisé sur le problème** vise à modifier la source du stress et à résoudre la situation stressante en changeant soit l'environnement, soit soi-même (changement de comportement ou développement de compétences). Les stratégies qui en découlent sont des stratégies actives et adaptatives centrées sur les problèmes visant à les résoudre (focalisation active et cognitive, établir un plan d'action, contrôle du stress et évaluation des résultats). Ce type de coping est associé à un faible niveau d'anxiété, de dépression, de burnout et il augmente l'identité personnelle et professionnelle[149].

Le **coping focalisé sur les émotions** dérive des mécanismes de défense inconscients et vise à diminuer le stress émotionnel par l'évitement, la mise à distance du problème, sa minimisation, la dénégation et la répression. À court terme, ces stratégies peuvent contrôler la détresse émotionnelle et être efficaces mais, sur le long terme, elles augmentent la détresse affective. Ces stratégies centrées sur les émotions sont considérées comme passives, elles ne traitent pas le problème et engendrent une désadaptation de l'individu[149].

Le modèle tridimensionnel ajoute une troisième catégorie : « **le coping focalisé sur l'évaluation** » qui effectue une réévaluation positive de la situation en modifiant sa signification. Les réponses modifient le sens des situations ou l'évaluation du stress[149]. Dans **les modèles multidimensionnels**, on assiste à une démultiplication des types de stratégies de coping. Les nombreuses catégories dérivent de la complexité et de la diversité des stressseurs que l'individu doit gérer[149].

Il a pu être également utilisé les termes de **coping négatif et positif** en fonction de la valorisation sociale qui leur est attribuée[149]. Les stratégies socialement dévalorisées (coping négatif) ne favorisent pas l'exercice du « rôle propre » dans le cadre de la relation d'aide et d'accompagnement, elles ne sont pas efficaces pour le patient et sa famille et peuvent accentuer la souffrance du soignant¹³⁶(Cf. **illustration 74**).

¹³⁶ Les exemples sont nombreux comme le retrait, le refus, les addictions, la dénégation, le comportement de fuite, l'absentéisme, la procrastination, la focalisation émotionnelle ou l'alexithymie.



Illustration 74 : le coping focalisé sur le problème et le coping focalisé sur les émotions. Illustration par Gaëlle Devillard.

Aucune stratégie de coping n'est efficace en elle-même. Par exemple, le « coping retrait » constitue une réponse adaptée initialement aux stressors quand les ressources personnelles et contextuelles font défaut ou sont dépassées. Différents facteurs influencent le choix des stratégies de coping, notamment des facteurs contextuels et des traits de personnalité. Ce choix n'est pas toujours conscient et réfléchi.

Les facteurs contextuels ou situationnels jouent un rôle important dans le choix des stratégies de coping et les influencent davantage que les variables de personnalité. Comme exemples de facteurs contextuels, citons les caractéristiques du stressor (est-il contrôlable ou modifiable ou alors incontrôlable et non modifiable), ou la disponibilité d'un support social (possibilités d'avoir de l'aide d'autrui).

Concernant le **rôle des facteurs de personnalité** dans les choix de stratégies de coping, plusieurs classifications ont été développées en fonction de la gestion du stress et des types de stratégies de coping privilégiées. Le type de personnalité « *hardiness* » (qui signifie « endurant ») est résistant au stress car les individus avec ce trait de personnalité développent plutôt des stratégies actives avec un sentiment de contrôle de la situation, ils s'engagent dans l'action et vivent les stressors comme des occasions de développement personnel (défis). Les individus avec un trait de personnalité non endurant ont un fort sentiment d'impuissance, se sentent aliénés et supportent mal le stress[149].

Deux autres facteurs individuels influencent le coping et le choix des stratégies de coping : le « locus of control » (« lieu de contrôle ») et l'impuissance apprise.

Le concept du **lieu de contrôle** (interne ou externe) rend compte de la représentation différente selon les individus d'où se situent les capacités de contrôle du stress et les solutions[149]. **Si le lieu de contrôle est perçu comme interne** et qu'il dépend ainsi de caractéristiques personnelles comme des compétences, une habileté, la confiance en soi, l'aisance personnelle, ou l'expérience, il est associé au coping positif et efficace, à une situation contrôlable et à de faibles perturbations psychologiques. Par contre, **si le lieu**

de contrôle est perçu comme externe et qu'il ne dépend que de la chance, du hasard, du destin, de personnages puissants, le coping est plus focalisé sur les émotions et l'évitement[149].

L'impuissance apprise rend compte du fait que des conséquences négatives d'échecs répétés entraînent l'abandon des efforts et la perception par l'individu qu'il n'a pas de contrôle sur les événements[149].

Certaines études ont évalué les liens entre les stratégies de coping et le burnout parmi les médecins ou les étudiants en médecine. Plusieurs études parmi la population médicale ont montré que **le coping centré sur les émotions augmentait le risque de burnout**[32], [329] **alors que le coping centré sur la résolution de problème ou lié au support social diminuait le risque de burnout**[32], [58], [330].

Certains aspects culturels peuvent avoir une influence sur quelles stratégies de coping sont socialement favorisées. En Asie, par exemple, le coping évitement et centré sur l'émotion ou déni serait plus valorisé mais pourrait augmenter le risque de burnout selon une étude chez les médecins[249]. Il y a **une influence des genres dans les stratégies de coping** également en lien avec des rôles socialement favorisés. Les femmes médecins auraient plus tendance à utiliser le soutien émotionnel et le soutien instrumental (plutôt protecteurs face au burnout et à la dépression) mais également davantage le coping maladaptatif de l'auto-reproches, qui favorise le burnout et la dépression[282].

Le coping évitement a été montré comme associé à une baisse de l'engagement dans des comportements fondés sur les valeurs et favoriserait le burnout et la dépression parmi les étudiants en médecine[64].

§ II. Autres mesures au niveau individuel

L'auteur d'une revue sur le burnout, la dépression et le suicide des médecins publiée en 2017 avec un focus sur l'anesthésiologie suggère que « **prendre soin de soi** » **doit devenir un nouvel impératif professionnel pour les médecins**[294] (Cf. **illustration 75**). Ce qui est en accord avec la révision récente de la « déclaration de Genève » par l'Association Médicale Mondiale comme mentionnée dans le chapitre 1¹³⁷[17].

¹³⁷ Cf. Chapitre 1^{er}, Section I, § II, B



Illustration 75 : « prendre soin de soi », un nouvel impératif professionnel selon [294]. Illustration par l’auteur.

Prendre soin de soi, avoir une bonne hygiène de vie (sommeil, alimentation, sport,...) ressort comme un des principes essentiels de gestion du stress lié au travail dans une étude publiée en 2010 ayant interrogé des médecins reconnus comme résilients et exemplaires[34]. Un autre principe particulièrement cité était de **reconnaître ses limites et en établir, déléguer et accepter les échecs**[34] (Cf. illustration 76).

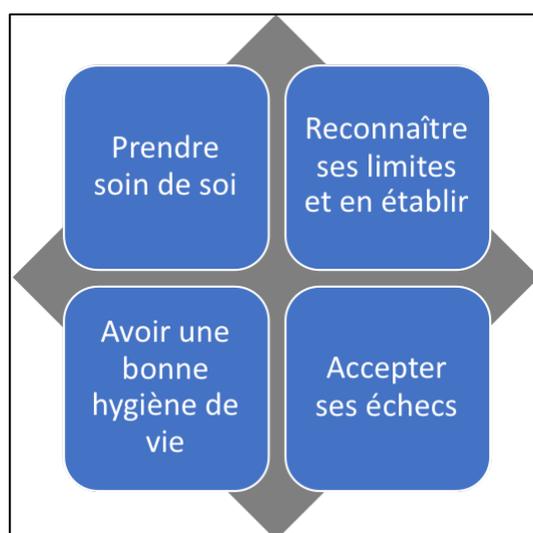


Illustration 76 : les principes clés de prévention au niveau individuel. Illustration par l’auteur.

Plusieurs auteurs s’accordent sur le fait qu’il n’y a **pas une approche qui convient à tous mais plutôt qu’il est plus efficace que chacun développe ses propres ressources selon sa personnalité et ce qui le détend du stress au travail**[255].

A) *Mesures de prévention primaire*

- Engager plus de personnel administratif formé pour décharger les médecins des tâches bureaucratiques¹³⁸.

¹³⁸ Cf. Chapitre 5, Section IV, §II, A, 2

- **Participer régulièrement à des supervisions, avoir un soutien régulier, un mentorat, un parrainage**[58], [78], [91], [125], [176], [183], [201], [204], [222], [233], [242], [331]

Le mentorat serait « gagnant-gagnant » pour les jeunes médecins et les médecins en fin de carrière qui ont parfois de la difficulté à gérer le moment de la retraite, selon certains auteurs[78]. Cela permet alors pour ces médecins en fin de carrière de valoriser leur expérience, la richesse clinique développée au long d'une vie professionnelle et de diminuer leur vécu d'être dépassé par l'évolution de la médecine et le rythme rapide des changements de pratiques. Pour les jeunes médecins, c'est l'occasion de pouvoir apprendre de nombreuses compétences et du savoir qu'ils auraient de la peine à pouvoir acquérir dans leurs lectures notamment en lien avec une mise en perspective sur le long terme.

- **Cursus de formation réflexive pour l'activité clinique ou supervision réflexive**[151], [233]

Si les médecins séniors s'engagent dans une supervision réflexive régulière, ils pourraient servir de **modèles pour les médecins juniors**[233].

- **Soutien et accompagnement des médecins qui désirent quitter l'activité médicale**[115]
- **Eviter le surengagement ou l'addiction au travail (stress interne) en établissant des limites avec son travail en gestion du temps, gestion de la distance et des tâches**[80], [201], [226], [332]
- **“Shadowing” avant d'entrer en clinique lors de la transition études-internat (passer 3 ½ jours à 4 jours en doublon), visite d'observation**[221]
- **Développement professionnel, formation continue**[34], [91], [257]
- **Pratiquer un sport ou une activité physique régulièrement**[4]
- **Veiller à garder régulièrement des loisirs (ex : des voyages)**[34], [52]
- **Formation continue sur la dépression et la prévention du suicide**[333]
- **Entraînement à la résolution de conflits**[33]
- **Prévention des difficultés inhérentes aux couples de médecins avec un mentorat et des conseils de carrière**[244]

B) *Mindfulness et meilleure gestion du stress*

De nombreuses études ont validé l'efficacité des approches basées sur la pleine-conscience (« *mindfulness* ») pour la diminution du stress, de l'anxiété ou de la

dépression parmi différentes populations, mais notamment chez les médecins et les étudiants en médecine (Cf. illustration 77). De nombreux programmes de prévention ou de soins aux médecins en souffrance ont été développés en utilisant ces approches dans les 10 dernières années surtout aux USA et au Canada puis plus récemment quelques initiatives ont été développées en Europe ou dans d'autres pays.



Illustration 77 : les techniques de Mindfulness pour la gestion du stress. Illustration par Gaëlle Devillard.

- **Mindfulness, entraînement à la pleine-conscience, exercices d'attention**[33], [49], [164], [227], [261], [266], [334], [335]
- **Réduction du stress basée sur la pleine conscience (MBSR), Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT), Auto-compassion en pleine conscience (MSC), Thérapie d'Acceptation et d'Engagement (ACT)**[64], [267], [268]
- **Approche de relaxation et thérapies corporelles (Qi gong, yoga, relaxation progressive, sophrologie, autorelaxation)**[33], [34], [52]
- **Entraîner les compétences d'apprentissage auto-régulé durant les études de médecine pour mieux gérer le stress académique**[336]

C) *Mesures de dépistage*

- **Surveillance régulière de mesures de son énergie disponible, de son humeur ou de sa tension psychique (avec échelle visuelle analogique)**[33]

D) *Mesures thérapeutiques et mesures de réadaptation*

1) *Mesures thérapeutiques*

Chaque médecin devrait dès sa formation et dans un changement de culture institutionnel être **encouragé à reconnaître sa souffrance psychique et son besoin d'aide lorsqu'il est en détresse**. En cas de dépression, de stress sévère, d'anxiété, le médecin en souffrance devrait suivre une psychothérapie et/ou un traitement médicamenteux si nécessaire, prescrits par un médecin traitant dans un cadre adapté[58], [119].

- **Soins ambulatoires ou hospitaliers selon le niveau de gravité (avec une attention au risque suicidaire). Rester attentif au risque de sous-hospitaliser les médecins ou de sorties trop précoces de l'hôpital**[4], [33], [115]
- **Approche multidimensionnelle en cas de burnout ou de dépression** (accompagnement actif du médecin avec psychoéducation, pharmacothérapie, hygiène du sommeil, activité physique régulière quotidienne, relaxation et thérapies corporelles, exercices d'attention de type pleine-conscience, psychothérapie de type TCC, restructuration cognitive, approche centrée sur les ressources, ou de type systémique ou interpersonnelle avec le conjoint ou sa famille pour les problèmes de couple, réflexion existentielle de changement du cadre de vie, accompagnant une crise de sens, préparation et accompagnement de la réintégration professionnelle)[33]
- **Entreprendre une psychothérapie individuelle en cas de dépression, de burnout, de stress majeur, d'anxiété, d'addictions, ou d'état de stress post-traumatique (ESPT)**[4], [33], [49], [80], [115], [337], [338]
- **Traitement médicamenteux avec des psychotropes** (antidépresseurs, millepertuis, antipsychotiques à faibles doses) **nécessaire si dépression de degré modéré à sévère avec surveillance de l'observance médicamenteuse**[4], [337], [339]

Le but de la thérapie dans la dépression est **la rémission complète mais également l'objectif à moyen terme est la prévention des rechutes (traitement d'entretien) et à long terme la prévention des récurrences** et le rétablissement du fonctionnement psychosocial et professionnel du médecin[4], [339] (Cf. **illustration 78**).

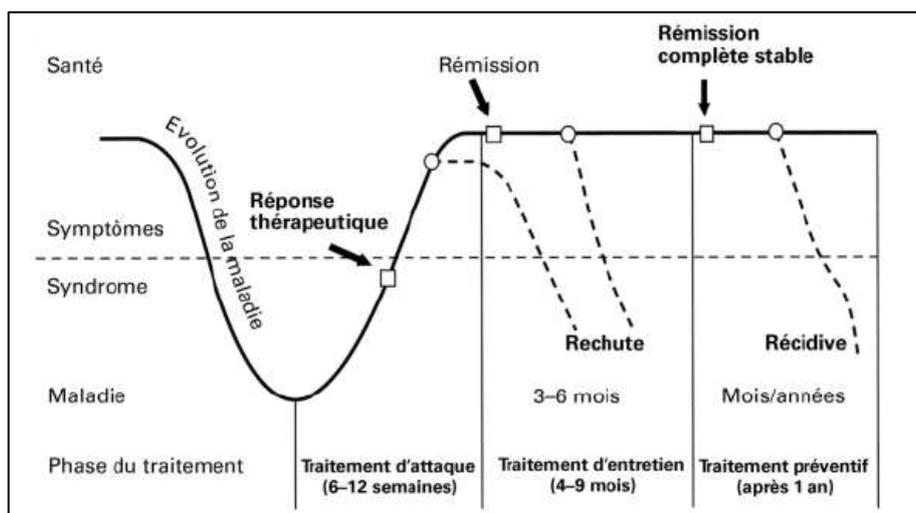


Illustration 78 : un schéma de l'évolution typique d'un trouble dépressif et de son traitement. Illustration adaptée d'après[340] tirée de [339, p. 740].

- **Luminothérapie (photothérapie) ou promenade matinale en cas de trouble dépressif saisonnier ou de dépression hivernale**[4]

2) *Mesures de réadaptation professionnelle*

Parfois le traitement ou la prévention du burnout comprend outre les mesures thérapeutiques, **les changements de poste ou de taux d'activité ou des mesures de réinsertion professionnelle accompagnée.**

- **Baisser son temps de travail ou travailler à temps partiel**[305], [341]-[343]
- **La remédiation cognitive pour récupérer les perturbations d'attention, de concentration, de mémoire et de compréhension** (entraînement neuropsychologique assisté par ordinateur)[33]
- **Réorientation professionnelle en fonction des valeurs et des objectifs. Changements de poste ou de spécialité**[33]
- **Réintégration en cas de burnout avec réinsertion progressive sur le marché du travail en fonction des capacités dans le cadre d'un accompagnement prudent. Plusieurs formules se développent : réadaptation TCC combinée avec Qi gong vs Qi gong seul, « job coaching », « modèle du placement et de soutien individualisés » (IPS : « Individual Placement and Support »), remédiation cognitive**[49]
- **Emploi assisté avec un suivi régulier et des conditions adaptées**[337]

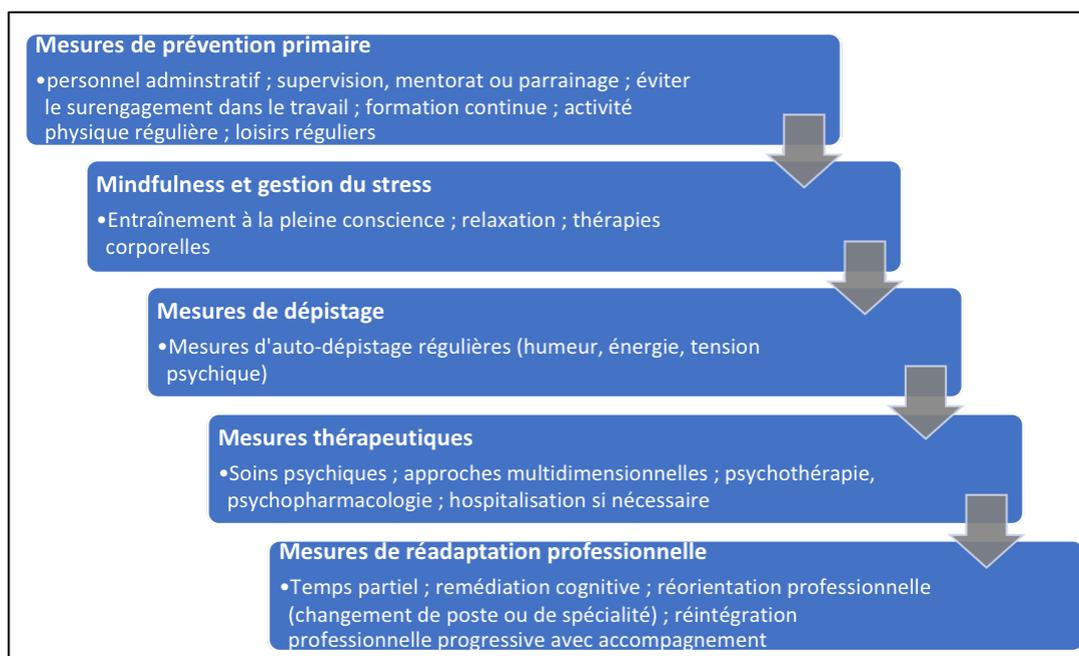


Illustration 79 : un résumé des mesures de prévention au niveau individuel. Illustration par l'auteur.

Section III Prévention au niveau interpersonnel

§ I. L'union fait la force

Il est difficile de changer une culture et un « curriculum caché » qui encourage les humiliations ou attitudes non professionnelles. Pour qu'un réel changement se mette en place, **les médecins devraient se mobiliser et lutter activement contre les attitudes malveillantes, la culture institutionnelle, les discriminations et les dénigrement**[7], [53], [231].

§ II. Quelques mesures de prévention à faire à plusieurs

- **Engager plus de personnel administratif formé pour décharger les médecins des tâches bureaucratiques et développer les « soins collaboratifs » (« soins en équipe » ou « soins partagés »)**¹³⁹[166], [179], [183], [186], [344]
- **Travailler en équipe, en cabinet de groupe pluridisciplinaire, en réseau**[40]
- **Groupe de soutien entre collègues, intervisions, groupe d'analyse de pratique avec un consultant sénior et/ou un psychothérapeute, groupe Balint**[5], [49], [164], [176], [193], [196], [201], [206], [250], [266], [345]

¹³⁹ Cf. Chapitre 5, Section IV, §II, A, 2

Ces **supervisions en groupe**[58], [91], [125], groupes de parole entre professionnels, jeux de rôle (ex : Groupes Balint) augmentent le sentiment de contrôle et baissent le sentiment d'impuissance (qui est une cause majeure de stress professionnel des soignants)[58], [91]. Les **supervisions réflexives centrées sur les aspects relationnels de la clinique**[151], [193], [233] permettent de débriefer les expériences difficiles vécues avec les patients tout en préservant la confidentialité, dans un espace confidentiel adapté, et offrent un soutien important.

- **Favoriser le parrainage entre pairs** (ex : les étudiants en médecine débutants encadrés par des étudiants en médecine plus avancés, les médecins internes par d'autres médecins internes plus expérimentés), **favoriser le mentorat bienveillant entre professionnels seniors et juniors**[58]
- **Programme groupal en équipe d'encouragement à l'exercice physique**[263]
- **Support social** (passer du temps avec sa famille, ses amis ou ses collègues). **Partager ses problèmes avec ses proches**[32]
- **Améliorer les rapports relationnels avec la hiérarchie, et favoriser la reconnaissance du travail fourni par les uns et les autres**[322]
- **Thérapie groupale pour la dépression, le burnout, le stress, l'anxiété, les addictions, et l'état de stress post-traumatique**[49], [83], [115], [266], [337]

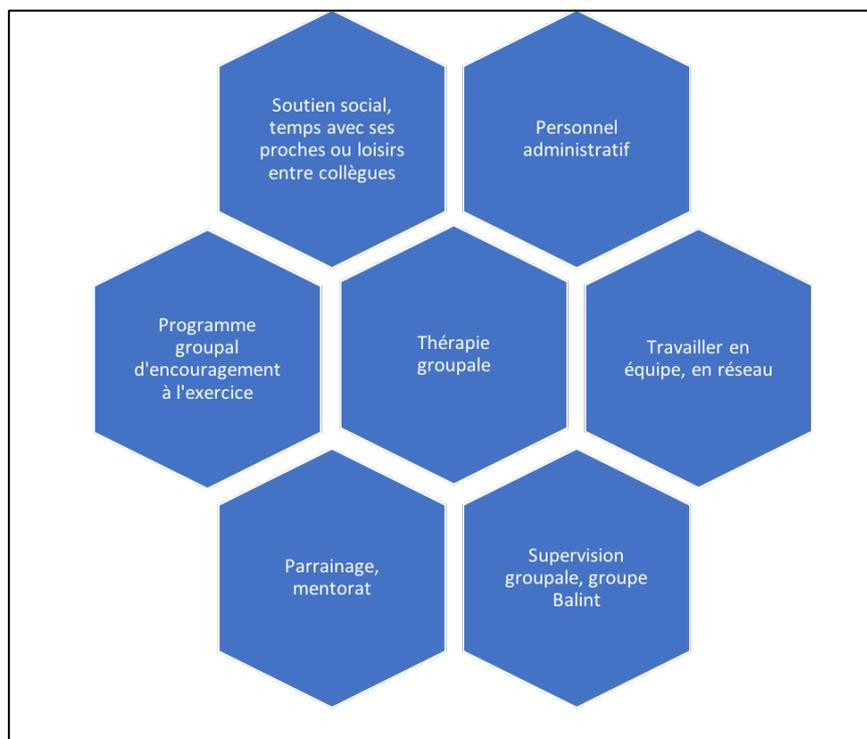


Illustration 80 : un résumé des mesures de prévention au niveau interpersonnel. Illustration par l'auteur.

Section IV Prévention au niveau institutionnel ou organisationnel

§ I. Programmes à multiples volets avec formation, dépistage et traitement ou système pour référer les médecins en souffrance

De nombreux auteurs recommandent pour lutter contre le burnout, la dépression et le suicide des médecins et des étudiants en médecine de développer des **programmes multimodaux, en plusieurs volets** (approches à plusieurs niveaux) à l'échelle institutionnelle pour sensibiliser, former, dépister puis référer les étudiants en médecine ou les médecins avec un problème de santé mentale vers des professionnels en santé mentale[53], [201], [222], [300], [301], [304].

Par exemple, depuis 2011, la faculté de médecine de l'Université de Saint-Louis (Ville de Saint-Louis, Etat du Missouri, USA) a mis en place une stratégie à plusieurs volets pour baisser le stress durant les années pré-cliniques des études de médecine avec une baisse marquée des symptômes de dépression et d'anxiété parmi les étudiants[346]. Ce programme comprend :

- un passage au mode d'évaluation en réussite/échec durant les 2 premières années des études de médecine afin de diminuer le stress lié à la compétition entre étudiants en médecine.
- le développement d'un curriculum pour augmenter la résilience avec des éléments de mindfulness.
- un service de dépistage confidentiel de la dépression et du niveau d'anxiété puis un système de contact par un professionnel en santé mentale pour ceux dépistés positivement.

Un composant essentiel de tels programmes est de **mesurer régulièrement des indicateurs de santé mentale** durant les 4 ans du curriculum pré-clinique. Les responsables des programmes de formation post-graduée, des facultés de médecine et des hôpitaux doivent avoir le courage de mesurer ce type d'indicateurs de santé mentale pour stimuler le changement et évaluer l'efficacité de tels programmes[346].

- **Adopter un cadre conceptuel pour la prise en charge du burnout (modèle du feu de signalisation)[347]**

Les auteurs d'une revue de 2015 sur le burnout des médecins ont proposé **un modèle sous forme d'un feu de signalisation comme cadre conceptuel pour prévenir et traiter le burnout pour le médecin**[347]. Ce modèle (Cf. illustration 81) comprend trois étapes :

- **le feu rouge** pour s'arrêter et prendre la mesure de son épuisement et pour évaluer la présence de symptômes de burnout
- **le feu jaune** pour prendre le temps de l'analyse des facteurs en cause de son épuisement (facteurs organisationnels, personnels et liés au patient)

- **le feu vert** afin de mettre en place des stratégies de coping adaptées avec des ajustements de sa manière de travailler, mobiliser plus de ressources, entreprendre des mesures de bien-être et de soins

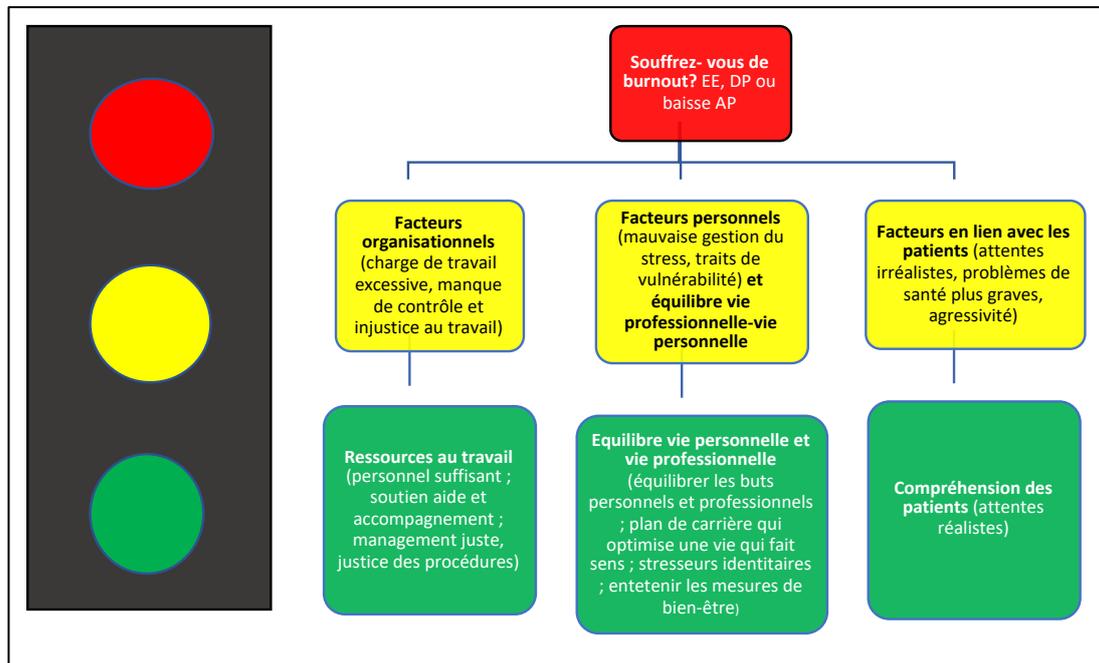


Illustration 81 : un modèle conceptuel du « feu de signalisation » pour la prise en charge du burnout pour le médecin. D’abord prendre un moment pour s’arrêter (rouge) et pour se poser la question si je souffre de burnout en évaluant les 3 dimensions et en posant la question à ses proches ou ses collègues. Ensuite, évaluer quelles sont les facteurs impliqués dans la survenue du burnout (jaune) et quels en sont les impacts sur sa vie. Ensuite, mettre en place (vert) des stratégies de gestion du stress (coping) et de prévention afin que la situation ne s’empire pas. Illustration et texte adaptés de [347, p. 106] par l’auteur.

- **Introduire un modèle de prévention et de traitement de la fatigue de compassion**[195]

Une revue récente sur la fatigue de compassion publiée en 2017 dans les archives suisses de neurologie, psychiatrie et psychothérapie[195] propose **un modèle de prévention et de traitement de la fatigue de compassion à 3 niveaux** (Cf. illustration 82) :

- **Des stratégies professionnelles** : améliorer la prise de conscience et les connaissances sur la fatigue de compassion et sur ses signaux d’alerte et ses symptômes, adapter la charge de travail si approprié.
- **Des stratégies individuelles** : améliorer sa prise de conscience et son attention sur le risque de fatigue de compassion, développer ses capacités de résilience et son développement professionnel, prendre soin de soi et avoir un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, activités de détente et de ressourcement régulières, travailler en équipe, chercher de l’aide si besoin.
- **Des stratégies organisationnelles** : améliorer la formation du personnel, avoir des débriefings et des partages de pratique réguliers avec des pairs, avoir des supervisions régulières, chercher de l’aide parmi les spécialistes de la fatigue de compassion si besoin.

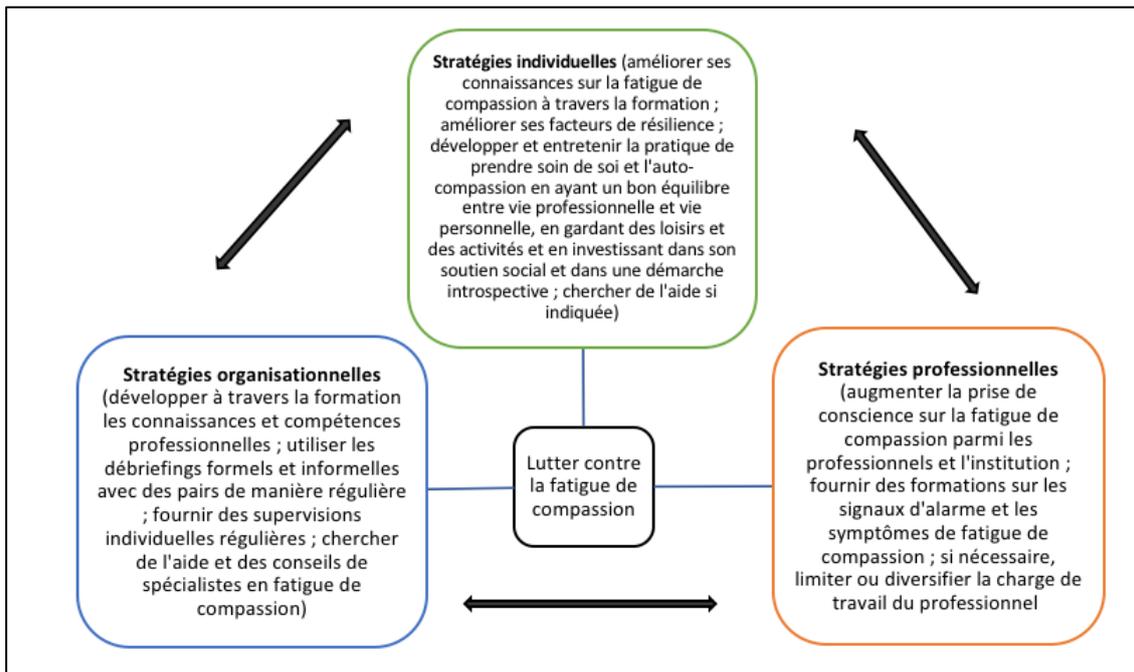


Illustration 82 : un résumé des recommandations dans la littérature pour combattre la fatigue de compassion. Illustration adaptée de [195, p. 228] par l'auteur.

La plupart de ces modèles conceptuels ou programmes à plusieurs niveaux cumulent des mesures individuelles avec des mesures institutionnelles.

§ II. Autres mesures au niveau institutionnel

A) Mesures de prévention primaire

1) Durant les études

- **Entraîner les compétences d'apprentissage auto-régulé durant les études de médecine pour mieux gérer le stress académique**[336]
- **Entraînement des compétences sociales durant les études et la formation post-graduée**[147]
- **Mieux sensibiliser et préparer les étudiants en médecine aux contraintes et à la réalité de leur futur métier** (ex : patients exigeants, tâches administratives sans fin, plaintes pour mauvaises pratiques) **afin de diminuer les attentes irréalistes, les frustrations et la désillusion**[166], [218], [223]

Cette sensibilisation pour avertir les étudiants en médecine et les médecins internes sur les discordances possibles entre des attentes idéalisées et la réalité du terrain peut comprendre un **programme multimodal** avec des formations (psychoéducation sur le stress, les stressseurs en liens avec le travail, le burnout, la dépression et le suicide des

médecins). Ce curriculum peut également comprendre des ateliers de gestion du stress pour les employés et les étudiants[50], [52], [58], [119], [121], [348]. **La formation de base pourrait avoir plus de formation sur le suicide et la dépression en général**, notamment via le rôle de la psychiatrie académique, pour sensibiliser les étudiants en médecine pour les soins envers leurs futurs patients mais aussi pour eux-mêmes[94], [349]. Une étude a évalué l'amélioration du niveau de connaissances de base sur le stress, le suicide, le burnout et l'abus de substances, les facteurs associés et leurs conséquences parmi les médecins en formation en chirurgie aux USA, **après un séminaire interactif de formation sur ce sujet**. Le niveau initial était de 47% au départ puis après le séminaire, le niveau augmentait à 90% et restait à 77% après 4 mois[298].

- **Développer un nouveau curriculum durant les études de médecine qui entraîne et favorise les facteurs de résilience**[53], [97], [226]

Ce **nouveau curriculum pour entraîner et développer les facteurs de résilience** peut comprendre selon différents auteurs[53], [97], [226] :

- l'auto-compassion, le recadrage des pensées et établir des buts
 - l'appréciation et la gratitude (ex : lister les événements positifs de la journée)
 - développer une conscience de soi et prendre soin de soi (nourriture, sommeil, exercice, soins corporels)
 - S'allouer du temps pour soi (surtout pour les introvertis) ou du temps avec des amis, des proches ou des activités de groupe (surtout pour extravertis)
 - Se montrer authentique et vulnérable avec des proches de confiance
 - S'accorder un moment pour soi ou une activité pour soi de ressourcement par jour (loisirs, musique, arts, créativité, exercice)
 - Trouver des occasions d'humour et de rire
 - Développer une réflexion sur soi et ses valeurs profondes, augmenter son insight et son introspection ainsi que sa spiritualité
 - Avoir un style de vie moins aisé financièrement
- **Formation à la relation médecin-patient durant les études. Travaux pratiques de psychologie, mises en situation, jeux de rôles, patients standardisés**[40], [201]
 - **Formations et recommandations sur la prise en charge d'autres soignants ou de collègues**[119]
 - **Critères de sélection des étudiants en médecine ou des médecins internes selon leurs traits de personnalité** (avis contrastés selon les auteurs avec un risque de favoriser la dissimulation et de perdre en diversité)[187], [287], [288], [350]
 - **Séance de débriefing du vécu des étudiants en médecine après leur rotation de stages**[153].
 - **Une rotation en unité de soins palliatifs durant les stages des études de médecine pour développer des meilleures stratégies de coping, expérimenter**

les débriefing en équipe, apprendre à mieux gérer la confrontation avec la fin de vie et diminuer l'usage du coping de type évitement[351]

Il est à relever que de multiples pistes de prévention vise les étudiants en médecine ou les médecins en formation post-graduée. Comme nous l'avons vu dans les études sur les prévalences de souffrance psychique parmi les étudiants en médecine et les médecins en formation post-graduée, ces deux périodes sont à risque et peuvent être particulièrement stressantes. Une prévention en amont permet également d'éviter de renforcer certains traits de personnalité et de changer la culture institutionnelle. Néanmoins, **le curriculum durant les études de médecine est déjà extrêmement dense et rajouter du contenu sans en enlever un autre est une mesure qui pourrait être contre-productive en terme de source de stress.** De plus, la culture institutionnelle en médecine est nettement entretenue par les médecins plus avancés dans la hiérarchie médicale et dans la carrière professionnelle. **Ces médecins ont été formés selon un modèle médical plus paternaliste et la sensibilisation des médecins cadres et expérimentés à ces thèmes est tout aussi importante afin d'arriver à un véritable changement de culture.** L'ancienne génération a aussi fait sa formation à une période où il y avait moins de femmes qui travaillaient et lors de laquelle il paraissait moins problématique de favoriser sa vie professionnelle au détriment de sa vie personnelle et familiale.

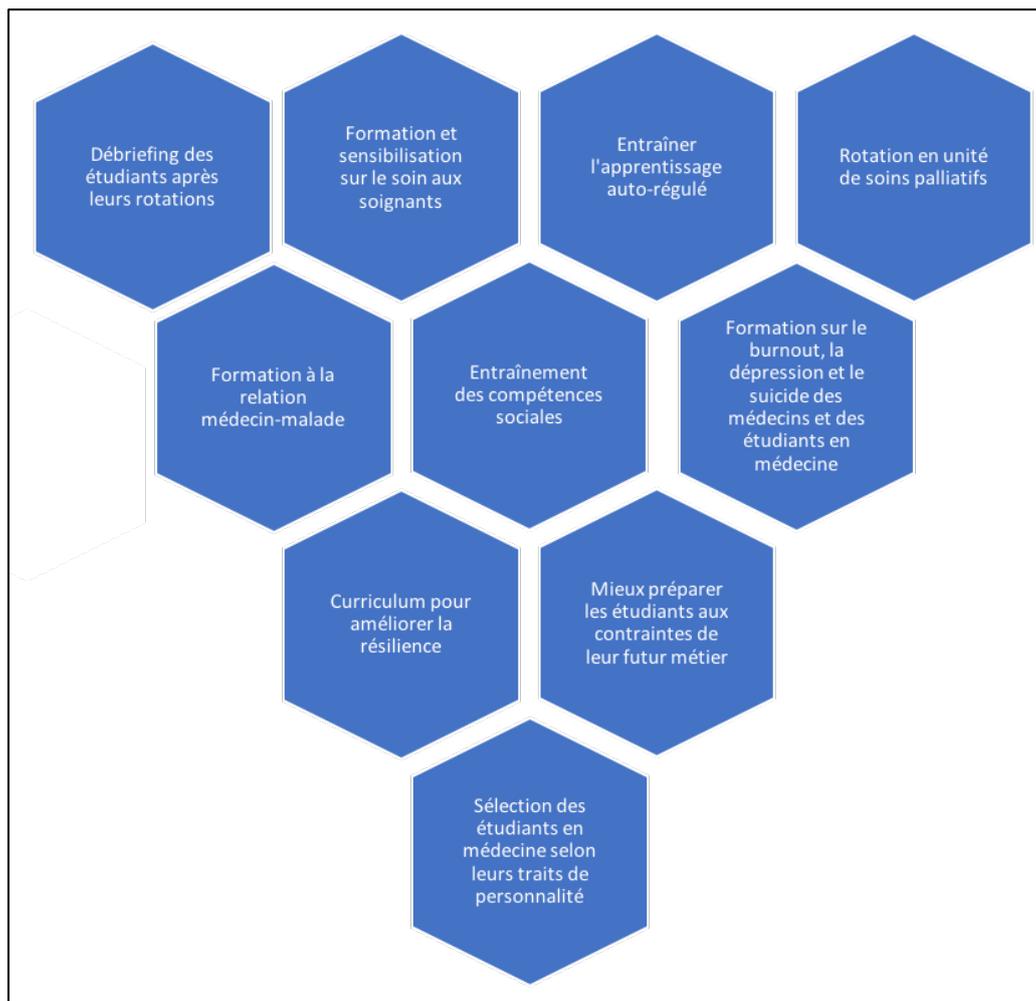


Illustration 83 : un résumé des mesures de prévention primaire durant les études. Illustration par l'auteur.

2) Pour diminuer la charge de travail

Les responsables des services devraient **équilibrer les demandes et les efforts** (charge de travail, horaires de travail) **avec des récompenses** (salaires justes, promotion, stabilité, respect, soutien) pour le personnel[332].

- **Mesures organisationnelles pour baisser la charge de travail, adapter les horaires, garantir un temps de repos entre les gardes suffisant, définir un volume de tâches réaliste par rapport au temps de travail prévu et légal**
- **Temps de pause suffisants, temps de récupération.** Mieux répartir les semaines de vacances entre les rotations durant les stages des étudiants en médecine[153]
- **Heures effectives de travail répertoriées avec compensation des heures supplémentaires** (en temps de récupération mieux que compensation financière car diminue les contraintes de temps)[55]
- **Postes supplémentaires de médecins** (diminuer le nombre de patients par interne, diminuer les durées des tournus, aide pour les entrées ou les transmissions, remplacement durant les vacances ou les absences)[45], [90], [208], [209], [352]
- **Augmenter les effectifs des médecins cadres avec un temps plus grand pour l'enseignement au lit du malade et la formation des médecins internes**[208], [209]
- **Engager plus de personnel administratif formé pour décharger les médecins des tâches bureaucratiques** (secrétaires médicaux) mais également des **assistants médicaux formés à documenter les soins durant les consultations** (par exemple dossier patient informatisé, prises de rendez-vous, appeler médecins traitants, envoyer formulaires-type aux assurances) **sur le modèle des « soins collaboratifs »** (« soins en équipe » ou « soins partagés »)[179], [181], [186], [328], [344], [353]-[355]

Face à l'augmentation importante des charges administratives et de documentation ainsi qu'aux contraintes liées à l'informatisation de la médecine, des professionnels formés spécifiquement pour reprendre une partie du travail administratif et de documentation des médecins ont été implémentés (ex : les « *clinical assistants* » aux USA qui sont souvent soit des infirmiers soit des assistants médicaux avec un cursus de spécialisation pour avoir ce nouveau rôle)[344]. En Suisse, une formation complémentaire de coordinateurs en médecine ambulatoire (« CMA ») a été développée pour les assistants médicaux avec deux orientations soit en gestion, soit en clinique[356] sur un modèle similaire. Cela offre également l'avantage de développer un travail en équipe, même dans les salles de consultation, avec souvent un gain en productivité et en satisfaction.

Cette évolution vise non seulement à diminuer la souffrance psychique des médecins avec les conséquences discutées et à ne pas péjorer les effets de la pénurie des médecins assistants en diminuant le travail administratif et en optimisant les compétences que d'autres ne peuvent pas avoir[181], [327], [355].

- **Le travail en tandem des médecins hospitaliers avec un case manager** qui s'occupe d'organiser le plan de suivi, prendre les RDV et organiser la sortie du patient après l'hospitalisation[181], [328]

Comme exemples en Suisse ont été créés des postes de coordinateurs des soins à l'Hôpital de l'Île de Berne ou de gestionnaire des hospitalisations[181] (Cf. **illustration 84** et **tableau 15**).

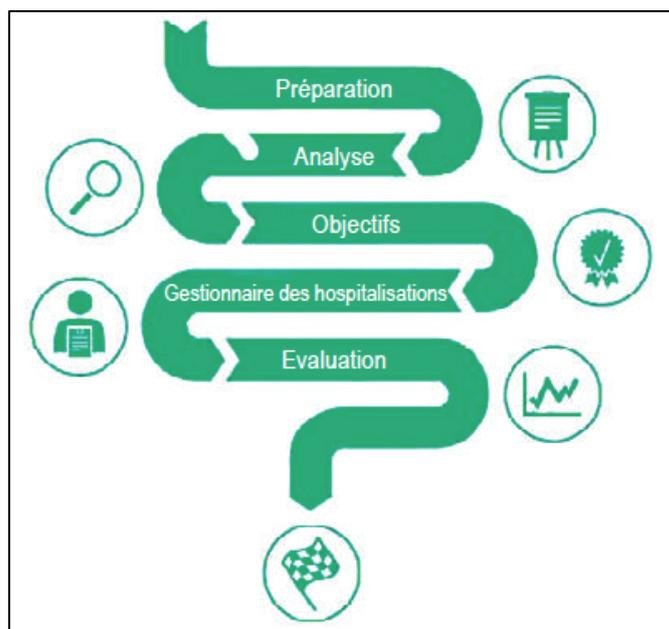


Illustration 84 : le déroulement de l'implémentation de la gestion des hospitalisations. Illustration tirée de [181, p. 1140].

<p>Préparation de l'admission, p. ex.</p> <ul style="list-style-type: none"> – constituer le dossier d'admission du patient – préparer l'admission à l'hôpital
<p>Tâches (administratives) concernant le patient pendant son hospitalisation, p. ex.</p> <ul style="list-style-type: none"> – compléter le dossier du patient – réclamer rapports et résultats – organiser les examens médicaux et les entretiens avec les spécialistes
<p>Préparation de la sortie, p. ex.</p> <ul style="list-style-type: none"> – coordonner la gestion administrative de la sortie avec les services concernés – organiser la réadaptation

Tableau 15 : les principales tâches du gestionnaire des hospitalisations. Tableau tiré de [181, p. 1139].

- **Eviter le plus possible les interruptions intempestives des consultations et du travail pour améliorer la concentration** (exemples : téléphones portables avec messagerie plutôt que bips, moments planifiés pour les questions, questions envoyées par messagerie électronique plutôt que par téléphone)[55], [91]

3) *Soutien et ressources au travail*

- **Les groupes Balint sont fréquemment mis en place durant la formation post-graduée aux USA** (notamment en médecine interne) **et plus développés pour les médecins généralistes installés en Europe**[164], [196], [201], [206], [250]
- **Groupes de soutien entre médecins, collègues, intervisions, espaces de réflexion sur les pratiques**[5], [53], [183], [250], [345]
- **Engager un psychiatre ou un psychologue dans le service (ex : de chirurgie) afin que les médecins internes puissent consulter si besoin pour eux ou un collègue sans dénonciation aux responsables**[298]
- **Travailler en réseau avec des professionnels de la santé mentale**[333]
- **Programme institutionnel groupal en équipe d'encouragement à l'exercice physique ou un accès facilité à un fitness**[263]
- **Favoriser les mesures afin de diminuer les contraintes entre vie professionnelle et vie personnelle** comme fournir des places de crèche pour les employés, horaires flexibles adaptés à la vie de famille, temps partiel possible pour femmes et hommes, possibilités de prendre ses vacances durant les vacances scolaires, pouvoir prendre des congés sans solde et des congés parentaux, possibilités de télétravail[45], [55], [166], [343], [355], [357], [358]

Ces mesures seraient particulièrement à favoriser pour la prévention des **difficultés inhérentes aux couples de médecins** avec d'autres mesures additionnelles comme de coordonner les horaires du couple, avoir une crèche sur le lieu de travail, recruter le partenaire aussi[244].

- **Avoir un service d'aide et de conseils financiers** (assistants sociaux, comptables, fiduciaire)[177]
- **Avoir des projets de retour au travail pour les femmes médecins ayant quitté l'activité professionnelle pour des raisons familiales** (10% des médecins ont quitté l'activité au chevet du patient en Suisse)[359]
- **Avoir un système d'analyse des erreurs internes moderne** (« *Root cause analysis* », analyse des causes sous-jacentes sur le modèle du « gruyère suisse » de Reason) avec une prévention des erreurs par leur exploitation constructive et une **approche systémique et déculpabilisante et favoriser l'apprentissage à partir des erreurs**. Formation adéquate pour préparer les équipes et les

soignants aux erreurs et aux incidents graves. Favoriser les techniques de feedback, debriefing et defusing comme soutien aux équipes et patients lors d'incidents graves, de situations difficiles ou stressantes (par exemple en psychiatrie). **Passer de la culture du blâme à une culture juste.** Avoir un système de déclaration d'erreur internes (ex : « *Critical Incident Reporting-System* », CIRS). Avertir la hiérarchie et favoriser les prises de décisions sensibles collectives pour éviter la responsabilité individuelle en cas d'erreurs[91], [115], [144], [203], [215], [216], [318], [342].

- Favoriser les prises de décisions collégiales et participatives[52], [322]
- Soutenir les médecins qui sont touchés par des plaintes judiciaires pour mauvaises pratiques ou pour des erreurs médicales[115]
- Un cursus de formation réflexive pour l'activité clinique ou une supervision réflexive centrée sur les aspects relationnels de la clinique, la communication, l'autoréflexion et l'attention[49], [151], [233], [266]
- Développement professionnel, formation continue[257]
- Formation continue sur la dépression et la prévention du suicide[333]
- Dépasser les tabous et l'omerta sur le suicide des étudiants en médecine et des médecins internes pour communiquer sur le sujet. Avoir un programme de debriefing et post-vention après un suicide pour éviter le risque de suicide par imitation ou contagion après un suicide[124]
- Briser le tabou et la loi du silence en parlant ouvertement des problèmes et de la surcharge. Rappeler qu'aucun médecin n'est immunisé contre le stress et la souffrance[45], [52]
- Changement de la culture médicale et du « curriculum caché », lutter contre la stigmatisation, les attitudes malveillantes, les discriminations, les dénigrement, à tous les niveaux[7], [52], [53]
- Lutter contre les auto-reproches particulièrement chez les femmes médecins[282]
- Favoriser la solidarité, la confiance, l'ambiance (exemples : sports en équipe, sorties, repas de services)[177]
- Augmenter le sentiment de reconnaissance envers les employés du travail accompli et de l'investissement[322]
- Les superviseurs et les collègues doivent lutter contre l'addiction au travail et le surengagement professionnel[159]

- **Décourager activement le travail lorsqu'on est malade (présentéisme)[90]**
- **Améliorer la formation des cadres à la prévention des surcharges d'équipe, à la relation et à la communication[250]**
- **Formation en management des médecins cadres. Changement du type de direction pour un leadership plus soutenant et ouvert à la communication[55]**

Une étude a montré qu'avoir des médecins dans les postes de direction des hôpitaux ne provoque pas de différence économique mais que la qualité des prestations est supérieure, qu'ils ont des meilleures connaissances du travail et des besoins des soignants[360].

- **Disposer d'un service de médiation externe en cas de conflit entre la hiérarchie et le personnel ou de superviseurs externes pour les équipes et les employés[52]**
- **Développer des bureaux d'expertise extrajudiciaire pour diminuer le recours aux procédures juridiques en cas d'erreurs ou de plaintes (ex : celui de la FMH)[361]**
- **Favoriser les instances de conciliation avant les commissions de déontologie (ex : celui de l'ASMAC)[362]**
- **Programmes de luminothérapie pour limiter les détériorations des performances à cause du travail de nuit¹⁴⁰[191]**

¹⁴⁰ Certains auteurs vont même jusqu'à recommander des programmes d'administration de petites doses itératives de caféine pour augmenter les performances notamment la nuit. Cependant cette mesure peut être éthiquement sujette à débat[191].

Adapter la charge et le rythme de travail	Médecins surnuméraires (entrées, remplacements)	Management bienveillant et soutenant Formation des cadres à la prévention de la surcharge	Service d'aide et de conseils financiers
Plus de personnel administratif pour décharger les médecins	Lutter contre le surengagement dans le travail, le présentéisme et le curriculum caché	Mesures favorisant le soutien social, l'ambiance de travail	Soutien aux couples de médecins et aux médecins désirant quitter l'activité
Supervisions, mentorat et parrainage	Avoir un système moderne d'analyse des erreurs Soutien aux soignants touchés par des erreurs	Programmes groupaux d'encouragement à l'exercice	Service de médiation externe si conflit employé-hiérarchie
Mesures favorisant l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle	Développement professionnel, formation continue (sur le burnout, la dépression et le suicide)	Publications, recherches, communications sur la souffrance psychique des médecins	Formation à la résolution de conflits

Illustration 85 : un résumé des mesures de prévention primaire au niveau institutionnel. Illustration par l'auteur.

B) *Mindfulness et meilleure gestion du stress*

- **Réduction du stress basée sur la pleine conscience (MBSR), Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT), Auto-compassion en pleine conscience (MSC), Thérapie d'Acceptation et d'Engagement (ACT)**[64], [267], [268]
- **Programmes de pleine-conscience (mindfulness), relaxation et méditation**[49], [221], [255], [261], [266], [268], [334], [335]
- **Programme groupal de gestion du stress (relaxation, visualisation, centrage, auto-motivation positive)**[49], [201], [239], [266], [334], [363], [364]
- **Favoriser les programmes qui développent les ressources et capacités de résilience des professionnels et des équipes en développant des communautés de pratique**[97], [255], [266], [364]

C) *Mesures de dépistage*

- **Dépister, durant les études de médecine, les étudiants à risque de suicide** : ceux avec des symptômes dépressifs sévères, des traits de personnalité à risque (névrotisme, faiblesse du test de réalité), ayant eu des événements de vie négatifs récents (séparation, rupture...)[115], [139]

- **Évaluation régulière de la santé psychique des médecins et des soignants (dépistage)[57], [119], [177]**
- **Développement d'outils et de questionnaires de dépistage brefs des médecins en détresse[365]**
- **Dépistage précoce et traitement des états dépressifs majeurs et de la dépendance à l'alcool et des individus avec apparition récente d'idées suicidaires[109]**
- **Publications, recherches, sondages, dépistages, communiquer pour augmenter la prise de conscience et la sensibilisation sur la souffrance psychique des médecins[153], [223], [365]**

D) Mesures thérapeutiques et mesures de réadaptation

Outre les mesures déjà décrites dans les mesures individuelles et interpersonnelles, voici quelques points.

- **Système de santé du personnel et de médecine du travail efficaces et confidentiels[254]**
- **Accès à des programmes de soins spécifiques pour les médecins ou les étudiants en médecine en souffrance[241], [300], [366]**

De multiples programmes de soins aux médecins avec une activité de sensibilisation se sont développés dans de nombreux pays comme aux USA[177], [223], [300], [301], [367], au Royaume Uni[331], au Canada[94], [136] notamment au Québec[299] et en Allemagne[164].

La médecine du personnel ou les ressources académiques de santé doivent remplir certains critères afin de favoriser l'accès aux soins (gratuité ou accessibilité, favoriser les consultations en dehors du lieu de travail ou de l'université pour optimiser la confidentialité des données et la discrétion mais sans être trop excentrés par rapport au poste de travail). Ces services peuvent avoir des actions de prévention primaire et de prises en charge thérapeutiques des médecins ou des étudiants en souffrance[52], [90], [119], [125], [177]. Des rencontres régulières avec ces services au long de la formation médicale pourraient permettre un soutien et un accompagnement des étudiants en médecine et des jeunes médecins en formation afin de prévenir un épuisement.

- **Aux USA, dans la plupart des facultés de médecine se sont développés des « comités du bien-être des médecins »[366].**
- **Restrictions de l'accès aux moyens de suicide pour les médecins à risque (médicaments létaux, stupéfiants, armes[113], [115], [122])**

- Service de Case Manager d'une assurance perte de gain pour accompagner le retour au travail de l'employé en détresse ou pour conseiller employeur et employé (conseil en réinsertion)[368]



Illustration 86 : un résumé des mesures de prévention de gestion du stress et mindfulness (bleu), de dépistage (orange), thérapeutiques (vert) et de réadaptation professionnelle (gris) au niveau institutionnel. Illustration par l'auteur.

Section V Prévention au niveau régional, national voire supranational

§ I. Modifications législatives et régulations

A) *Historique et contexte international*

1) *La limitation des heures de travail des médecins en formation*

Pendant des décennies et probablement depuis toujours, les médecins (surtout les médecins en formation post-graduée, les chefs de clinique) et les étudiants en médecine étaient des travailleurs un peu différents des autres car ils n'étaient pas soumis à la loi sur le travail et leurs horaires de travail étaient sans limites (exemple des gardes non-stop de 72h consécutives ou plus). L'opinion publique et les politiques ne se préoccupaient pas vraiment de cela et considéraient qu'il était normal que les médecins soient une exception à la loi sur le travail. **Certains scandales ont régulièrement agité la presse grand public et ont eu des effets importants sur des changements de régulation et d'initiatives politiques**[204].

En 1984, un événement tragique médiatisé eut le mérite d'attirer l'attention du public sur les conséquences possibles de ce rythme de travail infernal sur la qualité des soins : ce fut **le décès de Libby Zion** qui était la fille d'un journaliste du Times Magazine qui a consulté aux urgences pour un syndrome grippal et qui est décédée d'un syndrome sérotoninergique à cause de l'association entre un dérivé morphinique et son antidépresseur. Il s'avéra ensuite que cet incident se produisit notamment par le manque d'attention et l'épuisement des médecins en charge de la jeune fille aux urgences mais aussi par leur manque de supervision[58], [204]. Après un tapage médiatique, une première loi qui limitait le travail des médecins hospitaliers a été introduite initialement dans l'Etat de New-York uniquement (« *New-York State Department of Health code 1989* ») qui fixait à **80 heures par semaine le maximum d'heures de travail et les durées consécutives de garde de maximum 24h**[204] (Cf. **illustration 87**). Il a fallu attendre **2003 pour que cette limitation, aussi modeste soit-elle, puisse être étendue à l'ensemble des États-Unis** par l'« *Accreditation Council of Graduate Medical Education* » (ACGME) (maximum 80h par semaine et 30h consécutives avec un jour de congé minimum par 7 jours, une période minimum de 10h entre les horaires de travail)[58], [204]. Cette limitation d'heures reste celle qui est actuellement en vigueur au États-Unis. Le fait que ce quota soit souvent dépassé laisse songeur sur l'absence de limite à l'exploitation du capital humain et permet probablement d'expliquer en partie les prévalences d'épuisement émotionnel énormes vues précédemment. Outre cette limitation des heures, **des standards et des exigences pour la formation post-graduée ont été régulièrement renforcés depuis, notamment en juillet 2011 aux USA** (via le puissant « *U.S. Accreditation Council for Graduate Medical Education* », ACGME) après un rapport de 2008 de l'Institut de la médecine (« *Institute of Medicine* », IOM) qui faisait des propositions d'adaptation des limitations et des exigences (avec notamment des gardes de 16h maximum au lieu des 24h précédentes,

des exigences de supervision minimum, des exigences de travail d'équipe et des exigences de lutter contre la fatigue des médecins en formation et de disposer de programmes de soins aux médecins)[204].

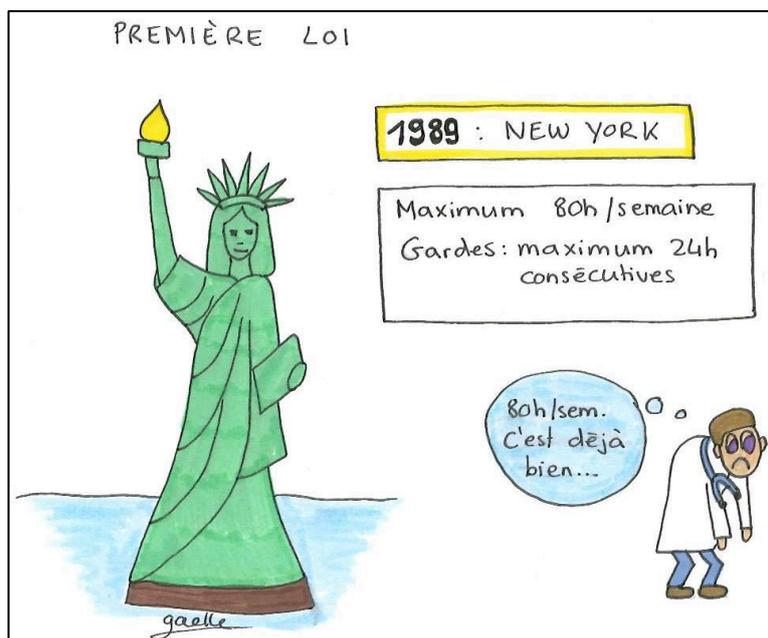


Illustration 87 : la première loi pour limiter les heures de travail des médecins en formation post-graduée à 80h par semaine a été introduite dans l'Etat de New York en 1989, étendue à l'échelle des USA en 2003 seulement. Illustration par Gaëlle Devillard.

Par la suite, **des lois similaires ont été implémentées dans la plupart des pays mais avec des limitations variables des heures de travail et d'autres mesures** (temps de repos minimum, durée des gardes consécutives, nombre de nuits par semaine...). Une loi de ce type a limité en 1991 les horaires de travail des médecins au Royaume-Uni à 56h par semaine et à 13h consécutives[141]. En Allemagne, les heures de travail des médecins assistants ont été limitées à 48h par semaine en 2006[210]. Au niveau européen, une directive européenne a limité les heures de travail des médecins en formation à 58h par semaine en 2003 (« *European Working Time Directive* », EWTD) avec également des possibilités facilitées de temps partiel et de pause dans la carrière[265]. Au Brésil, une loi limite les heures de travail des médecins internes à 60h par semaine depuis 1981[242]. Par contre, les horaires des étudiants en médecine en stages ne sont souvent pas réglementés. Par exemple aux États-Unis, il n'y a pas de limitations et ces étudiants ont souvent des horaires exténuants. Néanmoins, certains auteurs regrettent que **les longues heures de travail soient l'unique coupable désigné de la souffrance des médecins alors que des facteurs bien plus complexes sont en cause** et notamment ceux liés à la culture en médecine et au curriculum caché[204] mais aussi aux nombreuses contraintes auxquelles les médecins sont soumis.

Plusieurs études ont montré des **effets paradoxaux des limitations des heures de travail sur la charge de travail perçue** (qui n'a pas diminué) en raison notamment d'une densification du travail et de la diminution des périodes de repos mais aussi en lien avec le fait que les heures de travail seules ne sont pas un très bon reflet des contraintes au travail[48], [208], [210], [327]. Dans une étude aux USA parmi un large collectif national de médecins chirurgiens, $\frac{2}{3}$ des chirurgiens sondés se déclaraient

contre des recommandations sur la régulation des heures et des nuits de travail[190] malgré que cette étude montrait que les nombres d’heures de travail par semaine et de gardes de nuit étaient fortement associés au burnout et à la détresse des chirurgiens évalués.

2) *Standards*

Un standard (développé par Don Berwick et ses collaborateurs en 2008) est largement utilisé comme boussole pour optimiser la performance des systèmes de santé, celui du « triple objectif » : améliorer l’expérience du patient, améliorer la santé de la population et réduire les coûts[369]. Certains auteurs proposent de **passer du « triple objectif » au « quadruple objectif »** (Cf. **illustration 88**) dans les moyens d’optimiser le système de soins en ajoutant aux trois premiers objectifs, un quatrième : celui d’améliorer la vie professionnelle des prestataires de soins[171], [232], [247], [370].

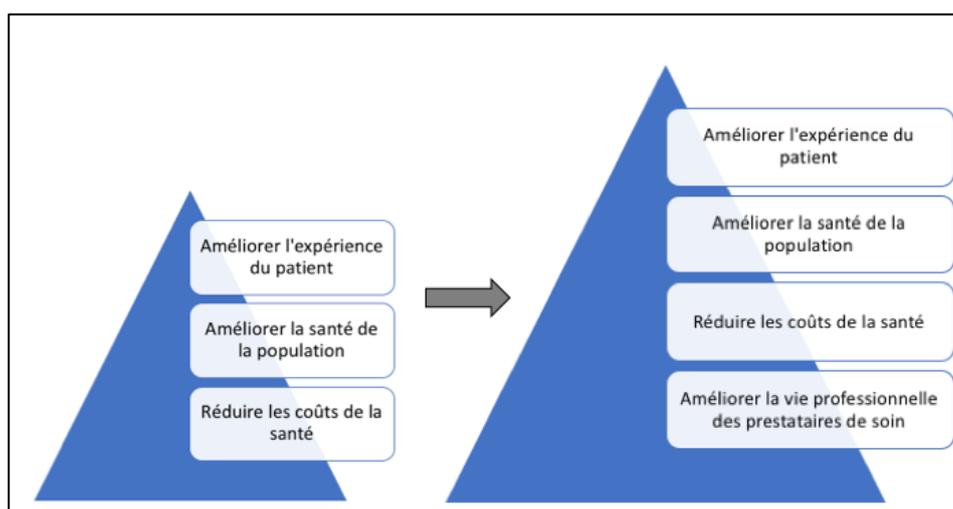


Illustration 88 : passer du « triple objectif » au « quadruple objectif » pour optimiser les performances des systèmes de santé. Illustration par l’auteur.

B) *Situation en Suisse*

En Suisse, il a fallu que les médecins hospitaliers des cantons de Berne et Zürich manifestent dans la rue à la fin des années 1990 pour attirer l’attention du public sur leurs conditions de travail afin que la première loi du pays soit introduite en 2001, initialement uniquement dans le canton de Berne (maximum 55h par semaine) puis **généralisée à l’ensemble de la Suisse en 2005** (50h par semaine maximum, les heures supplémentaires doivent être compensées par des récupérations ou payées, 2 jours de repos par semaine et au minimum 2 week-ends par mois de congé, maximum 12h de travail ininterrompues, maximum 12h lors du travail de nuit dont 4h de repos consécutives)[211] (Cf. **illustration 89**).

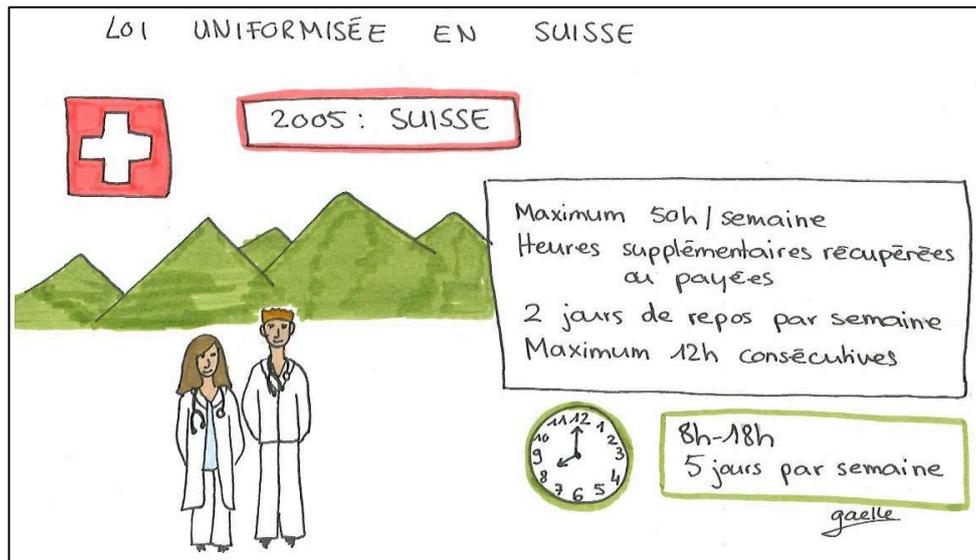


Illustration 89 : la loi a été uniformisée en Suisse pour limiter les heures de travail des médecins en formation post-graduée à 50h par semaine. Illustration par Gaëlle Devillard.

Dans la pratique, ces critères prévus comme critères maximaux sont souvent des critères exigés comme minimaux (horaires standards calculés sur 50 heures par semaine) et les heures supplémentaires sont fréquentes. Les différentes sections cantonales de l'Association Suisse des Médecins Assistants et des Chefs de clinique (ASMAC) ont **lutté pour obtenir des améliorations des conditions de travail des médecins assistants en Suisse**. La section de Berne a été pionnière au niveau national. Après contrôle des heures de travail effectives avec des badgeuses dans les différents hôpitaux du canton de Berne, les résultats étaient de 80 à 90h par semaine en moyenne. En 1997, les jeunes médecins du canton de Berne ont défilé devant l'hôtel de ville de Berne alors qu'une motion était discutée pour limiter les horaires de travail des médecins assistants à 50h par semaine et pour obtenir plus de temps partiels. Les médecins assistants du canton de Zürich ont fait la « grève des crayons » (refus de remplir la documentation permettant de facturer les prestations) en 1998 pour dénoncer leurs conditions de travail et ceux du canton de Vaud ont réitéré cette mesure en 2003 (après l'introduction de la clause du besoin). La section de l'ASMAC du canton de Berne a obtenu un changement de la convention collective de travail suite à une ordonnance cantonale à Berne. Puis la révision de la loi sur le travail de 2002 (entrée en vigueur 2005) a enlevé l'exception des médecins assistants pour qu'ils soient soumis également à la loi du travail à l'échelle nationale. Les combats de l'ASMAC continuent et ils ont également dénoncé une baisse du temps de travail au prix d'une intensification du travail. Parmi les autres améliorations obtenues, figurent les créations de cahiers des charges pour les médecins assistants et les chefs de clinique, des plans de formation (l'Institut Suisse pour la formation médicale postgraduée et continue, ISFM a été créée en 2008), des conventions collectives de travail, des indemnités pour le travail de nuit et durant le week-end[181], [211], [328], [371].

Certains cantons ont limité ensuite les heures de travail des médecins assistants à moins de 50h par semaine. La convention collective de travail du canton de Vaud limite l'horaire de travail à 46h par semaine pour les médecins assistants, ce qui comprend le temps de leur formation post-graduée[372]. Contrairement aux médecins assistants, les médecins chefs de clinique ne sont pas encore tous soumis à la loi du

travail et des négociations restent en cours pour qu'eux aussi soient soumis aux limites d'heures de travail sur tout le territoire et dans toutes les institutions. Par exemple, les chefs de clinique à l'hôpital cantonal de Lucerne sont maintenant soumis aux 50h par semaine[373] et ceux de l'Hôpital de l'Île de Berne sont soumis aux 46h par semaine depuis janvier 2016[374].

Néanmoins, force est de constater que la loi du travail est fréquemment non respectée et qu'il n'y a pas, en Suisse, de mesures contraignantes qui sont prises par manque de ressources (souvent pas d'inspecteur du travail ou d'audit indépendants car l'Etat n'a pas prévu de financement suffisant). En 2013, l'Association suisse des médecins-assistants et des chefs de clinique (ASMAC) a mené une campagne de sensibilisation sur les violations répétées de la loi du travail par les hôpitaux de Suisse, baptisée « **Hôpitaux hors-la-loi** » (Cf. illustration 90). Différentes interventions ont été menées pour dénoncer ces violations de la loi sur le travail¹⁴¹[375].

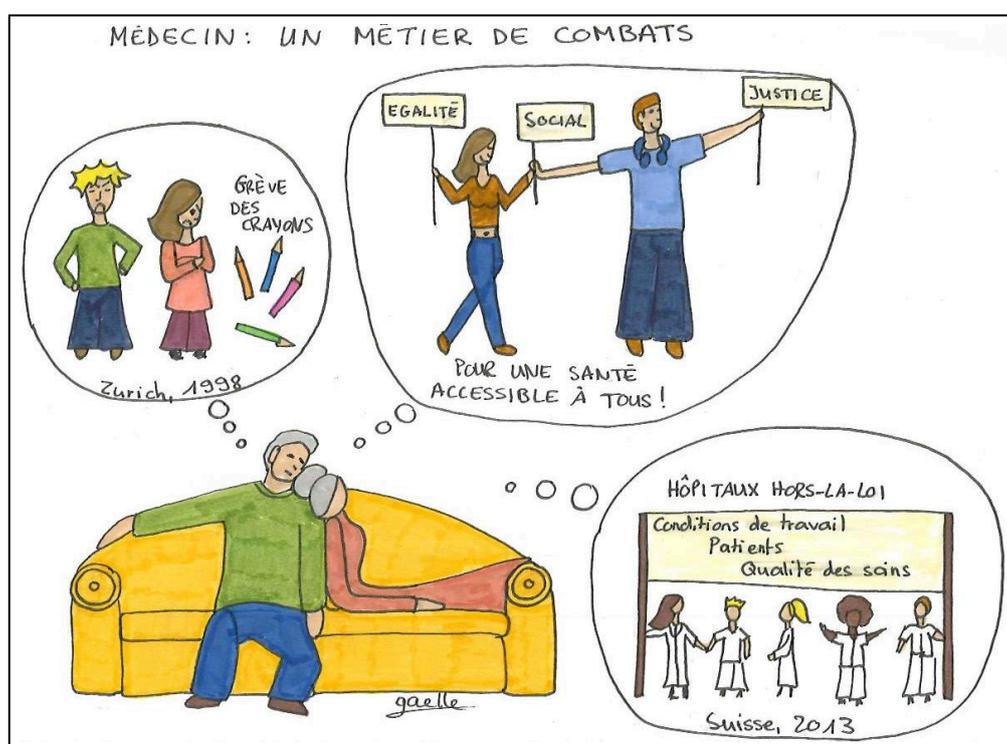


Illustration 90 : médecin, un métier de combats. Illustration par Gaëlle Devillard.

¹⁴¹ Ces interventions comprenaient des sondages des conditions de travail parmi les médecins en formation et employés dans les hôpitaux, des interventions dans la rue ou dans des hôpitaux, des signes visuels que le médecin assistant pouvait porter qui signifiaient que l'employeur respectait ou non la loi sur le travail notamment.

§ II. Autres mesures au niveau régional, national ou supranational

A) *Congrès, recommandations, guidelines et publications*

- **Congrès, recommandations et guidelines sur la souffrance des médecins**[20], [376], [377]
- **Publications, recherches, sondages, dépistages, communiquer, prises de position, déclarations sur le sujet pour augmenter les prises de conscience et pour sensibiliser**[17], [232], [365]
- **Financement de recherches supplémentaires sur la santé des médecins et les facteurs associés**[91]
- **Initiatives de communiquer sur la dépression et le suicide des médecins par des témoignages, des articles, livres, blogs, émissions tv ou radio, internet**[286], [290], [292]
- **Programmes nationaux ou internationaux de sensibilisation et de prévention (spots télévisés, internet...)**

Comme exemple, aux USA, une **vaste campagne nationale autour du film « *Struggling in Silence* » (« lutter en silence »)**[378] de la Fondation américaine de prévention du suicide a été lancée en 2002 par une conférence à San Diego avec de nombreuses interventions entre 2002 et les années suivantes. Cette campagne a permis de sensibiliser les étudiants en médecine, les médecins mais également l'opinion publique sur le sujet.

- **Livres témoignages sur le thème du médecin malade et des difficultés pour le médecin de devenir patient**[379], [380]
- **Valorisation de la médecine générale (financière et en lui donnant une dimension académique)**[40]

B) *Engagement politique, lutte pour le respect de la loi sur le travail et travail associatif*

Etant donné le **déséquilibre des forces politiques des acteurs du système de santé**, une mesure importante serait de favoriser l'engagement politique des médecins pour lutter contre la dévalorisation du statut de médecin (lobbying) et défendre les conditions de travail des médecins.

- **Reconnaissance du burnout comme une maladie professionnelle et une véritable affection psychiatrique (classifications, diagnostics)**

- Réformes du système de santé qui mettent au centre le patient et le bien-être des soignants[91]

C) *Programmes de soins ou soutien aux médecins à l'échelle régionale ou nationale*

- Programmes de soins aux médecins à l'échelle régionale ou nationale avec un financement par des associations médicales[136], [299], [331], [345], [352], [367]
- Réseau de thérapeutes spécialisés dans l'épuisement professionnel, ligne d'urgence et de soutien au niveau national. Il existe des structures de ce type dans divers pays : Canada, France, Espagne[91], [119], [177]

En Suisse, la FMH finance un programme de soutien aux médecins en souffrance (ReMed) de ce type qui fournit notamment des conseils, du soutien, des interventions entre pairs, des groupes de parole, un théâtre interactif, des séminaires et des ateliers[283], [382].

- Comités du bien-être des médecins aux USA[366]
- Hôpitaux et centres thérapeutiques spécialisés dans la prise en charge des médecins ou des soignants avec le strict respect de la confidentialité (exemple d'un hôpital en Espagne dans la région de Barcelone qui utilise des noms d'emprunts pour les soignants)[119]
- Programmes de soutien pour les jeunes médecins en recherche clinique[383]
- Des restrictions de l'accès aux moyens de suicide pour les médecins à risque (médicaments létaux, stupéfiants, armes) pourraient être mis en place à l'échelle nationale[115]

Régulations Standards	Congrès, recommandations, guidelines	Publications, recherches, communications	Témoignages, émissions grand- public
Programmes nationaux de sensibilisation ou de prévention	Défenses de la loi sur le travail	Engagement politique	Programmes de soins aux médecins nationaux ou internationaux
Hôpitaux ou services de soins spécifiques pour les médecins	Financement pour recherche sur le sujet, programmes de soins	Conseils en matière de planification des services	Réformes des systèmes de santé visant le bien-être des soignants

Illustration 92 : un résumé des mesures de prévention au niveau régional, national ou supranational. Illustration par l'auteur.

Conclusions

Au cours de cette thèse avec une large revue de la littérature concernant la problématique des fortes prévalences de souffrance psychique des médecins, nous avons pu dégager certains facteurs associés et des solutions possibles. Il semble que l'omerta qui prévalait jusqu'alors commence à s'effriter si on en croit la pléthore de nouvelles publications sortant chaque année. Néanmoins, ces prévalences de burnout, dépression et suicide des médecins ne sont probablement que la pointe visible d'un iceberg plus profond et l'épuisement du médecin semble notamment en lien avec des conditions de travail difficiles et un manque d'autonomie croissant des médecins suite aux réformes progressives des systèmes de santé qui visent à limiter l'augmentation inéluctable des coûts de la santé. **Face à la pénurie annoncée de médecins et aux coûts que représentent la formation d'un médecin, ne faudrait-il pas prévenir davantage les interruptions de carrière prématurées ?** Pour survivre et résister malgré les difficultés, et en lien avec des facteurs attachés à une culture en médecine et un « curriculum caché », certains médecins commencent à devenir résistants mais parfois aussi moins humains et de plus en plus éloignés de leurs patients. De plus, comment soigner quand on est en souffrance et qu'on a besoin de soins ? Outre la nécessité de lutter par des moyens de prévention primaire afin d'éviter l'apparition de problèmes psychiques chez les médecins, il est impératif **de renforcer l'accès aux soins des soignants touchés**, de façon la plus précoce possible, en améliorant les garanties face à la confidentialité et au risque de stigmatisation. **Pour lutter contre ce mal qui touche la profession médicale, celle-ci doit s'organiser, briser le tabou et la loi du silence en reconnaissant sa souffrance et en se mobilisant** pour redonner sa dimension noble et particulière à la profession soignante en exigeant que des aménagements soient faits pour pouvoir se concentrer efficacement et plus sereinement sur la raison qui nous a poussé à choisir ce beau métier : soigner notre patient (Cf. illustration 93).



Illustration 93 : le médecin humain avec ses qualités et ses faiblesses auprès de son patient. Illustration par Gaëlle Devillard.

Remerciements

Ce travail de thèse est l'aboutissement de plusieurs années de documentation et de synthèse de la littérature publiée sur ce thème de la souffrance psychique des médecins, de ses facteurs associés et des pistes de prévention possibles. Au cours de ma formation médicale, j'ai côtoyé plusieurs collègues et amis qui ont vécu des périodes de burnout ou de souffrance et cela m'a poussé à m'intéresser à ce sujet. J'ai ainsi pu prendre conscience progressivement de l'impact qu'a eu ma formation sur ma personnalité et mon caractère et cela a été l'occasion d'une introspection profonde. Je dédie cette thèse à tous les médecins et aux étudiants en médecine et j'espère qu'elle permettra à certains de mes confrères de faire plus attention à eux et de ne pas s'oublier dans leur travail. Un de mes souhaits serait également que les cadres, décideurs et politiques puissent lire ce travail et qu'ils décident de s'engager pour améliorer les conditions de travail des médecins et des soignants en général.

Je souhaite également remercier ici les personnes qui m'ont soutenu et aidé dans la réalisation de ce travail. Merci à la Dre Christelle Alberque pour ses conseils afin de me lancer dans ce projet et au Professeur Jean-Michel Aubry pour son aide et d'avoir accepté la direction de ce travail. Je remercie notamment Mme Mireille Guidon, la Dre Gaëlle Devillard et Mme Nathalie Haarman pour leur relecture précieuse et leurs conseils. Merci à la Dre Gaëlle Devillard pour son travail d'illustration de mon texte afin d'en faire ressortir certains aspects. Je tiens également à témoigner ma gratitude à M. Tom Zambaz pour son soutien sans faille durant ma formation post-graduée ainsi que son aide logistique et informatique. Un grand merci à ma famille et à mes proches pour leur soutien au cours de mes années de formation.

« *La vie n'est pas le travail : travailler sans cesse rend fou.* » Charles de Gaulle, cité par André Malraux dans [384, p. 66]

Références

- [1] H. J. Freudenberger, *L'épuisement professionnel : "la brûlure interne."* Boucherville, Québec, Canada: Gaëtan Morin, 1987.
- [2] European Forum of Medical Associations and World Health Organization, "Statement on the burnout-syndrome among physicians. EFMA, Berlin Statement," Feb-2003.
- [3] S. N. Hoddinott and M. J. Bass, "The Dillman Total Design Survey Method," *Can Fam Physician*, vol. 32, pp. 2366–2368, Nov. 1986.
- [4] E. Holsboer-Trachsler, J. Hättenschwiler, and J. Beck, "Traitement aigu des épisodes dépressifs," *Swiss Medical Forum*, vol. 2016 (16), no. 35, pp. 716–724, Aug. 2016.
- [5] J. M. Satterfield and C. Becerra, "Developmental challenges, stressors and coping strategies in medical residents: a qualitative analysis of support groups: Challenges, stressors and coping in medical residents," *Medical Education*, vol. 44, no. 9, pp. 908–916, Sep. 2010.
- [6] OMS, "RS 0.810.1 Constitution de l'Organisation mondiale de la santé du 22 juillet 1946." 1946.
- [7] L. N. Dyrbye *et al.*, "A multi-institutional study exploring the impact of positive mental health on medical students' professionalism in an era of high burnout," *Acad Med*, vol. 87, no. 8, pp. 1024–1031, Aug. 2012.
- [8] T. D. Shanafelt, J. A. Sloan, and T. M. Habermann, "The well-being of physicians," *The American Journal of Medicine*, vol. 114, no. 6, pp. 513–519, Apr. 2003.
- [9] M. Diez-Pinol, S. L. Dolan, V. Sierra, and K. Cannings, "Personal and organizational determinants of well-being at work: the case of Swedish physicians," *Int J Health Care Qual Assur*, vol. 21, no. 6, pp. 598–610, 2008.
- [10] J. E. Wallace, J. B. Lemaire, and W. A. Ghali, "Physician wellness: a missing quality indicator," *The Lancet*, vol. 374, no. 9702, pp. 1714–1721, Nov. 2009.
- [11] I. Cass *et al.*, "Stress and burnout among gynecologic oncologists: A Society of Gynecologic Oncology Evidence-based Review and Recommendations," *Gynecol. Oncol.*, vol. 143, no. 2, pp. 421–427, 2016.
- [12] S. E. Ames, J. B. Cowan, K. Kenter, S. Emery, and D. Halsey, "Burnout in Orthopaedic Surgeons: A Challenge for Leaders, Learners, and Colleagues," *The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. 99, no. 14, p. e78 (1-6), Jul. 2017.
- [13] H.-U. Wittchen and F. Jacobi, "Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies," *European Neuropsychopharmacology*, vol. 15, no. 4, pp. 357–376, Aug. 2005.
- [14] M. Miret, J. L. Ayuso-Mateos, J. Sanchez-Moreno, and E. Vieta, "Depressive disorders and suicide: Epidemiology, risk factors, and burden," *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, vol. 37, no. 10, pp. 2372–2374, Dec. 2013.
- [15] R. K. Legha, "A History of Physician Suicide in America," *Journal of Medical Humanities*, vol. 33, no. 4, pp. 219–244, Dec. 2012.
- [16] K. Rohaert, "Serment d'Hippocrate (texte original) - Site internet de l'Ordre des médecins de Belgique - Ordomec." [Online]. Available: <https://www.ordomec.be/fr/l-ordre/serment-%28belgique%29/serment-hippocrates/>.
- [17] U. Wiesing and R. Parsa-Parsi, "L'Association médicale mondiale a révisé la Déclaration de Genève," *Bull Med Suisses*, vol. 2018 (99), no. 08, pp. 247–249, Feb. 2018.
- [18] "The Sick Physician: Impairment by Psychiatric Disorders, Including Alcoholism and Drug Dependence," *JAMA*, vol. 223, no. 6, pp. 684–687, Feb. 1973.
- [19] C. Center *et al.*, "Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement," *JAMA*, vol. 289, no. 23, pp. 3161–3166, Jun. 2003.

- [20] R. Tyssen, “Health Problems and the Use of Health Services among Physicians: A Review Article with Particular Emphasis on Norwegian Studies,” *Industrial Health*, vol. 45, no. 5, pp. 599–610, 2007.
- [21] Z. Györfy, D. Dweik, and E. Girasek, “Workload, mental health and burnout indicators among female physicians,” *Human Resources for Health*, vol. 14, no. 1, Dec. 2016.
- [22] D. M. Torre, N.-Y. Wang, L. A. Meoni, J. H. Young, M. J. Klag, and D. E. Ford, “Suicide Compared to Other Causes of Mortality in Physicians,” *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 35, no. 2, pp. 146–153, Apr. 2005.
- [23] O. G. Aasland, “Physician suicide—why?,” *General Hospital Psychiatry*, vol. 35, no. 1, pp. 1–2, Jan. 2013.
- [24] H. J. Freudenberger, “Staff Burn-Out,” *Journal of Social Issues*, vol. 30, no. 1, pp. 159–165, Jan. 1974.
- [25] C. Maslach and S. E. Jackson, *Maslach Burnout Inventory (Human Service Survey)*. Palo Alto, California, USA: Consulting Psychologists Press, 1981.
- [26] C. Maslach, S. E. Jackson, and M. P. Leiter, *Maslach Burnout Inventory : third edition*. In: Zalaquett CP, Wood RJ, eds. *Evaluating Stress: A book of Resources*. Lanham, Md: Rowman & Littlefield Publishers Inc. Palo Alto, California, USA: Consulting Psychologists Press, 1997.
- [27] C. Maslach, *Burnout: The cost of caring*. Englewood Cliffs, New Jersey, USA: Prentice-Hall, 1982.
- [28] C. Cherniss, *Staff Burnout : Job Stress in the Human Services*. Beverly Hills, California, USA: Sage Publications, 1980.
- [29] A. M. Pines, *Pines, A. M. (1993). Burnout: An existential perspective*. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Series in applied psychology: Social issues and questions. Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Washington, USA: Taylor & Francis., 1993.
- [30] Mepha Pharma, “Mieux informé sur le burnout - le syndrome d’épuisement professionnel : guide destiné aux patients.” Mepha Pharma, 2014.
- [31] H. Dagrada, P. Verbanck, and C. Kornreich, “General practitioner burnout: risk factors,” *Rev Med Brux*, vol. 32, no. 4, pp. 407–412, Sep. 2011.
- [32] B. Pejušković, D. Lečić-Toševski, S. Priebe, and O. Tošković, “Burnout syndrome among physicians - the role of personality dimensions and coping strategies,” *Psychiatr Danub*, vol. 23, no. 4, pp. 389–395, Dec. 2011.
- [33] B. Hochstrasser, T. Brühlmann, and K. Cattapan, “Le traitement du burnout, partie 2: Recommandations pratiques,” *Swiss Medical Forum*, vol. 2016 (16), no. 26–27, pp. 561–566, 2016.
- [34] H. Meldrum, “Exemplary Physicians’ Strategies for Avoiding Burnout,” *The Health Care Manager*, vol. 29, no. 4, pp. 324–331, Oct. 2010.
- [35] R. Kriegger and M. Graf, “Travail et santé - Résultats de l’enquête suisse sur la santé 2007 | Confédération Suisse, Secrétariat d’Etat à l’économie (SECO),” Sep. 2011.
- [36] L. Wolff and F. Zunigo, “France Télécom Etat des lieux sur le stress et les conditions de travail Première analyse du questionnaire. Rapport de Technologia, Sous la direction de Jean-Claude Delgenes Directeur Général de Technologia et Marc Chenais Président de Technologia - Actuaire,” 2009.
- [37] “Karōshi,” *Wikipédia*. 21-Nov-2017.
- [38] R. T. Lee, B. Seo, S. Hladkyj, B. L. Lovell, and L. Schwartzmann, “Correlates of physician burnout across regions and specialties: a meta-analysis,” *Human Resources for Health*, vol. 11, no. 1, Dec. 2013.
- [39] C. Maslach and M. P. Leiter, “Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry,” *World Psychiatry*, vol. 15, no. 2, pp. 103–111, Jun. 2016.

- [40] F. Arigoni, P. Bovier, and A. Sappino, "Trend of burnout among Swiss doctors," *Swiss Med Wkly*, vol. 2010 (140), no. w13070, Aug. 2010.
- [41] M. E. Billings, M. E. Lazarus, M. Wenrich, J. R. Curtis, and R. A. Engelberg, "The effect of the hidden curriculum on resident burnout and cynicism," *J Grad Med Educ*, vol. 3, no. 4, pp. 503–510, Dec. 2011.
- [42] L. N. Dyrbye *et al.*, "Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among US medical students," *JAMA*, vol. 304, no. 11, pp. 1173–1180, Sep. 2010.
- [43] C. Goehring, M. Bouvier Gallacchi, B. Künzi, and P. Bovier, "Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey," *Swiss Med Wkly*, vol. 2005 (135), no. 7–8, pp. 101–108, Feb. 2005.
- [44] T. D. Shanafelt *et al.*, "Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014," *Mayo Clin Proc.*, vol. 90, no. 12, pp. 1600–1613, Dec. 2015.
- [45] N. K. Thomas, "Resident burnout," *JAMA*, vol. 292, no. 23, pp. 2880–2889, Dec. 2004.
- [46] R. K. Purvanova and J. P. Muros, "Gender differences in burnout: A meta-analysis," *Journal of Vocational Behavior*, vol. 77, no. 2, pp. 168–185, Oct. 2010.
- [47] J. P. Rafferty, J. P. Lemkau, R. R. Purdy, and J. R. Rudisill, "Validity of the Maslach burnout inventory for family practice physicians," *Journal of Clinical Psychology*, vol. 42, no. 3, pp. 488–492, May 1986.
- [48] A. Shirom, N. Nirel, and A. D. Vinokur, "Overload, autonomy, and burnout as predictors of physicians' quality of care," *J Occup Health Psychol*, vol. 11, no. 4, pp. 328–342, Oct. 2006.
- [49] B. Hochstrasser, T. Brühlmann, and K. Cattapan, "Le traitement du burnout, partie 1: principes fondamentaux," *Swiss Medical Forum*, vol. 2016 (16), no. 25, pp. 538–541, 2016.
- [50] N. Kacenenbogen, A. M. Offermans, and M. Roland, "Burnout of general practitioners in Belgium: societal consequences and paths to solutions," *Rev Med Brux*, vol. 32, no. 4, pp. 413–423, Sep. 2011.
- [51] P. Cathébras, A. Begon, S. Laporte, C. Bois, and D. Truchot, "Épuisement professionnel chez les médecins généralistes," *La Presse Médicale*, vol. 33, no. 22, pp. 1569–1574, Dec. 2004.
- [52] C. Renzi, C. Di Pietro, and S. Tabolli, "Psychiatric morbidity and emotional exhaustion among hospital physicians and nurses: association with perceived job-related factors," *Arch Environ Occup Health*, vol. 67, no. 2, pp. 117–123, 2012.
- [53] L. Dyrbye and T. Shanafelt, "A narrative review on burnout experienced by medical students and residents," *Medical Education*, vol. 50, no. 1, pp. 132–149, Jan. 2016.
- [54] P. Bovier, M. Bouvier Gallacchi, and C. Goehring, "Santé des médecins de premier recours en Suisse," *Primary care*, vol. 2004 (4), no. 38, pp. 716–718, 2004.
- [55] P. Biaggi, S. Peter, and E. Ulich, "Stressors, emotional exhaustion and aversion to patients in residents and chief residents - what can be done?," *Swiss Med Wkly*, vol. 2003 (133), no. 23–24, pp. 339–346, Jun. 2003.
- [56] A. M. Fahrenkopf *et al.*, "Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study," *BMJ*, vol. 336, no. 7642, pp. 488–491, Mar. 2008.
- [57] M. M. Ruitenburg, M. H. Frings-Dresen, and J. K. Sluiter, "The prevalence of common mental disorders among hospital physicians and their association with self-reported work ability: a cross-sectional study," *BMC Health Services Research*, vol. 12, no. 1, Dec. 2012.
- [58] F. Sevensan, E. Cayir, and S. Uner, "Burnout status of interns and associated factors," *Cah Sociol Demogr Med*, vol. 50, no. 4, pp. 501–515, Dec. 2010.
- [59] C. P. West *et al.*, "Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study," *JAMA*, vol. 296, no. 9, pp. 1071–1078, Sep. 2006.

- [60] T. D. Shanafelt, “Enhancing meaning in work: a prescription for preventing physician burnout and promoting patient-centered care,” *JAMA*, vol. 302, no. 12, pp. 1338–1340, Sep. 2009.
- [61] E. R. Jackson, T. D. Shanafelt, O. Hasan, D. V. Satele, and L. N. Dyrbye, “Burnout and Alcohol Abuse/Dependence Among U.S. Medical Students,” *Academic Medicine*, vol. 91, no. 9, pp. 1251–1256, Sep. 2016.
- [62] C. P. West, T. D. Shanafelt, and J. C. Kolars, “Quality of life, burnout, educational debt, and medical knowledge among internal medicine residents,” *JAMA*, vol. 306, no. 9, pp. 952–960, Sep. 2011.
- [63] L. N. Dyrbye *et al.*, “Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population,” *Acad Med*, vol. 89, no. 3, pp. 443–451, Mar. 2014.
- [64] E. B. Kroska, C. Calarge, M. W. O’Hara, E. Deumic, and L. Dindo, “Burnout and depression in medical students: Relations with avoidance and disengagement,” *Journal of Contextual Behavioral Science*, vol. 6, no. 4, pp. 404–408, Oct. 2017.
- [65] J. T. Prins *et al.*, “Burnout and engagement among resident doctors in the Netherlands: a national study,” *Med Educ*, vol. 44, no. 3, pp. 236–247, Mar. 2010.
- [66] D. Truchot, “Le burn-out des médecins généralistes : influence de l’iniquité perçue et de l’orientation communautaire,” *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, vol. 167, no. 6, pp. 422–428, Aug. 2009.
- [67] J. K. Soler *et al.*, “Burnout in European family doctors: the EGPRN study,” *Fam Pract*, vol. 25, no. 4, pp. 245–265, Aug. 2008.
- [68] L. Grassi and K. Magnani, “Psychiatric morbidity and burnout in the medical profession: an Italian study of general practitioners and hospital physicians,” *Psychother Psychosom*, vol. 69, no. 6, pp. 329–334, Dec. 2000.
- [69] J. Fischer, S. Kumar, and S. Hatcher, “What makes psychiatry such a stressful profession? A qualitative study,” *Australas Psychiatry*, vol. 15, no. 5, pp. 417–421, Oct. 2007.
- [70] S. Kumar, “Burnout in psychiatrists,” *World Psychiatry*, vol. 6, no. 3, pp. 186–189, Oct. 2007.
- [71] F. Arigoni, P. A. Bovier, B. Mermillod, P. Waltz, and A.-P. Sappino, “Prevalence of burnout among Swiss cancer clinicians, paediatricians and general practitioners: who are most at risk?,” *Support Care Cancer*, vol. 17, no. 1, pp. 75–81, Jan. 2009.
- [72] E. Voltmer, U. Kieschke, and C. Spahn, “Work-related behaviour and experience patterns of physicians compared to other professions,” *Swiss Med Wkly*, vol. 2007 (137), no. 31–32, pp. 448–453, Aug. 2007.
- [73] P. A. Bovier, F. Arigoni, M. Schneider, and M. B. Gallacchi, “Relationships between work satisfaction, emotional exhaustion and mental health among Swiss primary care physicians,” *European Journal of Public Health*, vol. 19, no. 6, pp. 611–617, Dec. 2009.
- [74] C. P. West, A. J. Halvorsen, S. L. Swenson, and F. S. McDonald, “Burnout and Distress Among Internal Medicine Program Directors: Results of A National Survey,” *Journal of General Internal Medicine*, vol. 28, no. 8, pp. 1056–1063, Aug. 2013.
- [75] M.-A. Doppia, M. Estry-Béhar, C. Fry, K. Guetarni, and T. Lieutaud, “Enquête comparative sur le syndrome d’épuisement professionnel chez les anesthésistes réanimateurs et les autres praticiens des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT),” *Annales Françaises d’Anesthésie et de Réanimation*, vol. 30, no. 11, pp. 782–794, Nov. 2011.
- [76] G. S. de Oliveira *et al.*, “The prevalence of burnout and depression and their association with adherence to safety and practice standards: a survey of United States anesthesiology trainees,” *Anesth. Analg.*, vol. 117, no. 1, pp. 182–193, Jul. 2013.

- [77] K. S. Rath, L. B. Huffman, G. S. Phillips, K. M. Carpenter, and J. M. Fowler, "Burnout and associated factors among members of the Society of Gynecologic Oncology," *Am. J. Obstet. Gynecol.*, vol. 213, no. 6, pp. 824.e1–9, Dec. 2015.
- [78] C. Peisah, E. Latif, K. Wilhelm, and B. Williams, "Secrets to psychological success: Why older doctors might have lower psychological distress and burnout than younger doctors," *Aging & Mental Health*, vol. 13, no. 2, pp. 300–307, Mar. 2009.
- [79] L. N. Dyrbye, P. Varkey, S. L. Boone, D. V. Satele, J. A. Sloan, and T. D. Shanafelt, "Physician Satisfaction and Burnout at Different Career Stages," *Mayo Clin Proc.*, vol. 88, no. 12, pp. 1358–1367, Dec. 2013.
- [80] U. Kraft, "Burned Out," *Scientific American Mind*, Jun-2006.
- [81] I. S. Schonfeld and R. Bianchi, "Burnout and Depression: Two Entities or One?: Burnout and Depression," *Journal of Clinical Psychology*, vol. 72, no. 1, pp. 22–37, Jan. 2016.
- [82] F. van der Heijden, G. Dillingh, A. Bakker, and J. Prins, "Suicidal Thoughts Among Medical Residents with Burnout," *Archives of Suicide Research*, vol. 12, no. 4, pp. 344–346, Sep. 2008.
- [83] C. Sandahl *et al.*, "Two forms of group therapy and individual treatment of work-related depression: a one-year follow-up study," *Int J Group Psychother*, vol. 61, no. 4, pp. 539–555, Oct. 2011.
- [84] American Psychiatric Association, *DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5ème édition, Traduction française coordonnée par M.-A. Crocq et J.-D. Guelfi. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2015.
- [85] D. J. Kupfer, E. Frank, and M. L. Phillips, "Major depressive disorder: new clinical, neurobiological, and treatment perspectives," *The Lancet*, vol. 379, no. 9820, pp. 1045–1055, Mar. 2012.
- [86] V. Ameral, L. S. Bishop, and K. M. Palm Reed, "Beyond symptom severity: The differential impact of distress tolerance and reward responsiveness on quality of life in depressed and non-depressed individuals," *Journal of Contextual Behavioral Science*, vol. 6, no. 4, pp. 418–424, Oct. 2017.
- [87] P. Vaglum and E. Falkum, "Self-criticism, dependency and depressive symptoms in a nationwide sample of Norwegian physicians," *Journal of Affective Disorders*, vol. 52, no. 1–3, pp. 153–159, Jan. 1999.
- [88] L. Mandelli and A. Serretti, "Gene environment interaction studies in depression and suicidal behavior: An update," *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, vol. 37, no. 10, pp. 2375–2397, Dec. 2013.
- [89] T. L. Schwenk, L. Davis, and L. A. Wimsatt, "Depression, stigma, and suicidal ideation in medical students," *JAMA*, vol. 304, no. 11, pp. 1181–1190, Sep. 2010.
- [90] L. B. Dunn, K. A. G. Hammond, and L. W. Roberts, "Delaying Care, Avoiding Stigma: Residents' Attitudes Toward Obtaining Personal Health Care," *Academic Medicine*, vol. 84, no. 2, pp. 242–250, Feb. 2009.
- [91] S. Hostettler, M. Hersperger, and D. Herren, "Le bien-être du médecin influe sur la qualité du traitement," *Bull Med Suisses*, vol. 2012 (93), no. 18, pp. 655–659, Feb. 2012.
- [92] T. D. Shanafelt *et al.*, "Special report: suicidal ideation among American surgeons," *Arch Surg*, vol. 146, no. 1, pp. 54–62, Jan. 2011.
- [93] D. Goebert *et al.*, "Depressive symptoms in medical students and residents: a multischool study," *Acad Med*, vol. 84, no. 2, pp. 236–241, Feb. 2009.
- [94] M. T. Compton and E. Frank, "Mental health concerns among Canadian physicians: results from the 2007-2008 Canadian Physician Health Study," *Comprehensive Psychiatry*, vol. 52, no. 5, pp. 542–547, Sep. 2011.
- [95] K. Støen Grotmol, T. Gude, T. Moum, P. Vaglum, and R. Tyssen, "Risk factors at medical school for later severe depression: A 15-year longitudinal, nationwide study (NORDOC)," *Journal of Affective Disorders*, vol. 146, no. 1, pp. 106–111, Mar. 2013.

- [96] D. A. Mata *et al.*, “Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis,” *JAMA*, vol. 314, no. 22, pp. 2373–2383, Dec. 2015.
- [97] D. A. Mata, M. A. Ramos, M. M. Kim, C. Guille, and S. Sen, “In Their Own Words: An Analysis of the Experiences of Medical Interns Participating in a Prospective Cohort Study of Depression,” *Academic Medicine*, vol. 91, no. 9, pp. 1244–1250, Sep. 2016.
- [98] H. V. Thommasen, M. Lavanchy, I. Connelly, J. Berkowitz, and S. Grzybowski, “Mental health, job satisfaction, and intention to relocate. Opinions of physicians in rural British Columbia,” *Can Fam Physician*, vol. 47, pp. 737–744, Apr. 2001.
- [99] R. P. Caplan, “Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers,” *BMJ*, vol. 309, no. 6964, pp. 1261–1263, Nov. 1994.
- [100] T. D. Shanafelt *et al.*, “Burnout and career satisfaction among American surgeons,” *Ann Surg*, vol. 250, no. 3, pp. 463–471, Sep. 2009.
- [101] J.-A. Su, H.-H. Weng, H.-Y. Tsang, and J.-L. Wu, “Mental health and quality of life among doctors, nurses and other hospital staff,” *Stress and Health*, vol. 25, no. 5, pp. 423–430, Dec. 2009.
- [102] K. D. Bertakis, L. J. Helms, E. J. Callahan, R. Azari, P. Leigh, and J. A. Robbins, “Patient gender differences in the diagnosis of depression in primary care,” *J Womens Health Gen Based Med*, vol. 10, no. 7, pp. 689–698, Sep. 2001.
- [103] E. Frank and A. D. Dingle, “Self-reported depression and suicide attempts among U.S. women physicians,” *Am J Psychiatry*, vol. 156, no. 12, pp. 1887–1894, Dec. 1999.
- [104] M. Wolfersdorf, “Depression und Suizid,” *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, vol. 51, no. 4, pp. 443–450, Apr. 2008.
- [105] Conseil fédéral de la confédération suisse, “Rapport du Conseil fédéral, donnant suite à la motion 11.3973, Maja Ingold, 30.09.2011 sur la prévention du suicide en Suisse du 16 novembre 2016,” Berne, Nov. 2016.
- [106] E. Michel, E. Jouglu, F. Hatton, and L. Chérié-Challine, “Principaux indicateurs de mortalité, Brochure par l’Inserm - CépiDc - IFR69.”
- [107] K. Hawton, C. Casañas i Comabella, C. Haw, and K. Saunders, “Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review,” *Journal of Affective Disorders*, vol. 147, no. 1–3, pp. 17–28, May 2013.
- [108] K. J. Gold, A. Sen, and T. L. Schwenk, “Details on suicide among US physicians: data from the National Violent Death Reporting System,” *General Hospital Psychiatry*, vol. 35, no. 1, pp. 45–49, Jan. 2013.
- [109] M. Bernal *et al.*, “Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study,” *J Affect Disord*, vol. 101, no. 1–3, pp. 27–34, Aug. 2007.
- [110] J. Rosta and O. G. Aasland, “Changes in the lifetime prevalence of suicidal feelings and thoughts among Norwegian doctors from 2000 to 2010: a longitudinal study based on national samples,” *BMC Psychiatry*, vol. 13, no. 1, Dec. 2013.
- [111] E. Hem, N. Grønvold, O. Aasland, and Ø Ekeberg, “The prevalence of suicidal ideation and suicidal attempts among Norwegian physicians. Results from a cross-sectional survey of a nationwide sample,” *European Psychiatry*, vol. 15, no. 3, pp. 183–189, May 2000.
- [112] K. Hawton and K. van Heeringen, “Suicide,” *Lancet*, vol. 373, no. 9672, pp. 1372–1381, Apr. 2009.
- [113] W. Hikiji and T. Fukunaga, “Suicide of physicians in the special wards of Tokyo Metropolitan area,” *Journal of Forensic and Legal Medicine*, vol. 22, pp. 37–40, Feb. 2014.
- [114] A. Milner, M. J. Spittal, J. Pirkis, and A. D. LaMontagne, “Suicide by occupation: Systematic review and meta-analysis,” *British Journal of Psychiatry*, vol. 203, no. 06, pp. 409–416, Dec. 2013.

- [115] K. Hawton, A. Malmberg, and S. Simkin, "Suicide in doctors. A psychological autopsy study," *J Psychosom Res*, vol. 57, no. 1, pp. 1–4, Jul. 2004.
- [116] E. Schernhammer, "Taking Their Own Lives — The High Rate of Physician Suicide," *New England Journal of Medicine*, vol. 352, no. 24, pp. 2473–2476, Jun. 2005.
- [117] A. P. Colucci *et al.*, "Suicide by self-administration of a drug mixture (propofol, midazolam, and zolpidem) in an anesthesiologist: the first case report in Italy," *J. Forensic Sci.*, vol. 58, no. 3, pp. 837–841, May 2013.
- [118] M. M. Cornette, T. A. de Roon-Cassini, G. M. Fosco, R. L. Holloway, D. C. Clark, and T. E. Joiner, "Application of an Interpersonal-Psychological Model of Suicidal Behavior to Physicians and Medical Trainees," *Archives of Suicide Research*, vol. 13, no. 1, pp. 1–14, Jan. 2009.
- [119] M. Ross, "Suicide among physicians," *Psychiatry Med*, vol. 2, no. 3, pp. 189–198, Jul. 1971.
- [120] A. Roy, "Suicide in doctors," *Psychiatr Clin North Am.*, vol. 8, no. 2, pp. 377–387, Jun. 1985.
- [121] E. S. Schernhammer and G. A. Colditz, "Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis)," *Am J Psychiatry*, vol. 161, no. 12, pp. 2295–2302, Dec. 2004.
- [122] A. E. Austin, C. van den Heuvel, and R. W. Byard, "Physician Suicide," *Journal of Forensic Sciences*, vol. 58, pp. S91–S93, Jan. 2013.
- [123] J. C. Richings, G. S. Khara, and M. McDowell, "Suicide in young doctors," *The British Journal of Psychiatry*, vol. 149, no. 4, pp. 475–478, Oct. 1986.
- [124] R. Rubin, "Recent Suicides Highlight Need to Address Depression in Medical Students and Residents," *JAMA*, vol. 312, no. 17, pp. 1725–1727, Nov. 2014.
- [125] C. Reimer, S. Trinkaus, and H. B. Jurkat, "Suicidal tendencies of physicians - an overview," *Psychiatr Prax*, vol. 32, no. 8, pp. 381–385, Nov. 2005.
- [126] R. Tyssen, P. Vaglum, N. T. Grønvold, and Ø. Ekeberg, "Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors," *Journal of Affective Disorders*, vol. 64, no. 1, pp. 69–79, Apr. 2001.
- [127] F. Talih, R. Warakian, J. Ajaltouni, A. A. S. Shehab, and H. Tamim, "Correlates of Depression and Burnout Among Residents in a Lebanese Academic Medical Center: a Cross-Sectional Study," *Academic Psychiatry*, vol. 40, no. 1, pp. 38–45, Feb. 2016.
- [128] K. Hawton, "Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995," *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 55, no. 5, pp. 296–300, May 2001.
- [129] M. R. Petersen and C. A. Burnett, "The suicide mortality of working physicians and dentists," *Occupational Medicine*, vol. 58, no. 1, pp. 25–29, Jan. 2008.
- [130] K. Kölves and D. De Leo, "Suicide in Medical Doctors and Nurses: An Analysis of the Queensland Suicide Register," *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 201, no. 11, pp. 987–990, Nov. 2013.
- [131] E. Hem, T. Haldorsen, O. G. Aasland, R. Tyssen, P. Vaglum, and O. Ekeberg, "Suicide rates according to education with a particular focus on physicians in Norway 1960-2000," *Psychol Med*, vol. 35, no. 6, pp. 873–880, Jun. 2005.
- [132] K. Hawton, E. Agerbo, S. Simkin, B. Platt, and R. J. Mellanby, "Risk of suicide in medical and related occupational groups: A national study based on Danish case population-based registers," *Journal of Affective Disorders*, vol. 134, no. 1–3, pp. 320–326, Nov. 2011.
- [133] S. Lindeman, E. Läärä, H. Hakko, and J. Lönnqvist, "A Systematic Review on Gender-Specific Suicide Mortality in Medical Doctors," *British Journal of Psychiatry*, vol. 168, no. 03, pp. 274–279, Mar. 1996.

- [134] S. Lindeman, E. Läärä, J. Hirvonen, and J. Lönnqvist, "Suicide mortality among medical doctors in Finland: are females more prone to suicide than their male colleagues?," *Psychol Med*, vol. 27, no. 5, pp. 1219–1222, Sep. 1997.
- [135] O. G. Aasland, Ø. Ekeberg, and T. Schweder, "Suicide rates from 1960 to 1989 in Norwegian physicians compared with other educational groups," *Social Science & Medicine*, vol. 52, no. 2, pp. 259–265, Jan. 2001.
- [136] C. Johnston, "Suicide totals for MDs sad reminder of stresses facing medicine, conference told," *CMAJ*, vol. 155, no. 1, pp. 109–111, Jul. 1996.
- [137] S. Lindeman, E. Läärä, E. Vuori, and J. Lönnqvist, "Suicides among physicians, engineers and teachers: the prevalence of reported depression, admissions to hospital and contributory causes of death," *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 96, no. 1, pp. 68–71, Jul. 1997.
- [138] P. A. S. Edirisinghe and A. Busuttil, "Medical suicide - Groin stabbing," *Journal of Clinical Forensic Medicine*, vol. 13, no. 2, pp. 92–95, Feb. 2006.
- [139] R. Tyssen, E. Hem, P. Vaglum, N. T. Grønvold, and Ø. Ekeberg, "The process of suicidal planning among medical doctors: predictors in a longitudinal Norwegian sample," *Journal of Affective Disorders*, vol. 80, no. 2–3, pp. 191–198, Jun. 2004.
- [140] M. R. Oreskovich *et al.*, "The prevalence of substance use disorders in American physicians," *Am J Addict*, vol. 24, no. 1, pp. 30–38, Jan. 2015.
- [141] S. Coomber, C. Todd, G. Park, P. Baxter, J. Firth-Cozens, and S. Shore, "Stress in UK intensive care unit doctors," *Br J Anaesth*, vol. 89, no. 6, pp. 873–881, Dec. 2002.
- [142] P. Virtanen, T. Oksanen, M. Kivimäki, M. Virtanen, J. Pentti, and J. Vahtera, "Work stress and health in primary health care physicians and hospital physicians," *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 65, no. 5, pp. 364–366, May 2008.
- [143] U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, and Center for Behavioral Health Statistics and Quality, "Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings," Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD, USA, NSDUH Series H-48, HHS Publication No. (SMA) 14-4863., Sep. 2014.
- [144] J. (Coby) de Boer, A. Lok, E. van't Verlaat, H. J. Duivenvoorden, A. B. Bakker, and B. J. Smit, "Work-related critical incidents in hospital-based health care providers and the risk of post-traumatic stress symptoms, anxiety, and depression: A meta-analysis," *Social Science & Medicine*, vol. 73, no. 2, pp. 316–326, Jul. 2011.
- [145] D. Stevens *et al.*, "Posttraumatic stress disorder increases risk for suicide attempt in adults with recurrent major depression," *Depress Anxiety*, vol. 30, no. 10, pp. 940–946, Oct. 2013.
- [146] S. R. Lowe, K. Walsh, M. Uddin, S. Galea, and K. C. Koenen, "Bidirectional relationships between trauma exposure and posttraumatic stress: A longitudinal study of Detroit residents.," *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 123, no. 3, pp. 533–544, 2014.
- [147] K. Pereira-Lima and S. R. Loureiro, "Burnout, anxiety, depression, and social skills in medical residents," *Psychology, Health & Medicine*, vol. 20, no. 3, pp. 353–362, Apr. 2015.
- [148] D. Servant, *Le stress au travail. Prévention et prise en charge en thérapies comportementales et cognitives*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2013.
- [149] L. Piquemal-Vieu, "Coping, a resource to identify in nursing care," *Rech Soins Infirm*, no. 67, pp. 84–98, Dec. 2001.
- [150] R. S. Lazarus and S. Folkman, *Stress, appraisal, and coping*. New-York, USA: Springer, 1984.
- [151] G. Lutz, C. Scheffer, F. Edelhaeuser, D. Tauschel, and M. Neumann, "A reflective practice intervention for professional development, reduced stress and improved patient care - A qualitative developmental evaluation," *Patient Education and Counseling*, vol. 92, no. 3, pp. 337–345, Sep. 2013.

- [152] P. Iliceto *et al.*, “Occupational stress and psychopathology in health professionals: an explorative study with the multiple indicators multiple causes (MIMIC) model approach,” *Stress*, vol. 16, no. 2, pp. 143–152, Mar. 2013.
- [153] T. Tseng, A.-M. Iosif, and A. L. Seritan, “Stress Effects: A Study of Salivary Cortisol Levels in Third-year Medical Students: Salivary Cortisol in Medical Students,” *Stress and Health*, vol. 27, no. 5, pp. 436–440, Dec. 2011.
- [154] L. Guillet, “Stress, modèles et application,” pp. 1–8, 2018.
- [155] A. Vela-Bueno *et al.*, “Insomnia and sleep quality among primary care physicians with low and high burnout levels,” *J Psychosom Res*, vol. 64, no. 4, pp. 435–442, Apr. 2008.
- [156] V. Althaus, J.-L. Kop, and V. Grosjean, “Critical review of theoretical models linking work environment, stress and health: towards a meta-model,” *Le travail humain*, vol. 76, no. 2, pp. 81–103, 2013.
- [157] R. Karasek and T. Theorell, *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life by Robert Karasek, Töres Theorell, 1990*. Université du Michigan, Michigan, USA: Basic Books, 1990.
- [158] J. V. Johnson and E. M. Hall, “Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population,” *Am J Public Health*, vol. 78, no. 10, pp. 1336–1342, Oct. 1988.
- [159] W. B. Schaufeli, A. B. Bakker, F. M. van der Heijden, and J. T. Prins, “Workaholism, burnout and well-being among junior doctors: The mediating role of role conflict,” *Work & Stress*, vol. 23, no. 2, pp. 155–172, Apr. 2009.
- [160] J. Siegrist, “Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions,” *J Occup Health Psychol*, vol. 1, no. 1, pp. 27–41, Jan. 1996.
- [161] J. R. P. French, R. D. Caplan, and R. Van Harrison, *The mechanisms of job stress and strain*. Chichester, Sussex, UK: J. Wiley, 1982.
- [162] E. Demerouti, A. B. Bakker, F. Nachreiner, and W. B. Schaufeli, “The job demands-resources model of burnout,” *J Appl Psychol*, vol. 86, no. 3, pp. 499–512, Jun. 2001.
- [163] V. Haberey-Knuessi, “Des exigences aux ressources, le modèle de Demerouti au service des soins infirmiers, From Requirements to Resources, Demerouti’s model in the service of nursing care,” *Recherche en soins infirmiers*, no. 104, pp. 23–29, 2011.
- [164] J. Zwack and J. Schweitzer, “If Every Fifth Physician Is Affected by Burnout, What About the Other Four? Resilience Strategies of Experienced Physicians,” *Academic Medicine*, vol. 88, no. 3, pp. 382–389, Mar. 2013.
- [165] E. M. Zantinge, P. F. Verhaak, D. H. de Bakker, K. van der Meer, and J. M. Bensing, “Does burnout among doctors affect their involvement in patients’ mental health problems? A study of videotaped consultations,” *BMC Family Practice*, vol. 10, no. 1, Dec. 2009.
- [166] O. Tayfur and M. Arslan, “The role of lack of reciprocity, supervisory support, workload and work–family conflict on exhaustion: Evidence from physicians,” *Psychology, Health & Medicine*, vol. 18, no. 5, pp. 564–575, Oct. 2013.
- [167] M. P. Leiter, E. Frank, and T. J. Matheson, “Demands, values, and burnout: relevance for physicians,” *Can Fam Physician*, vol. 55, no. 12, pp. 1224–1225, 1225.e1–6, Dec. 2009.
- [168] Deloitte, “Millennial Survey 2017,” Deloitte, Social impact, Innovation, 2018.
- [169] D. R. Sharpe and D. Lewis, *Thrive on Stress: How to Make It Work to Your Advantage*. New York, USA: Warner Books, 1978.
- [170] S. Vicentic *et al.*, “Burnout, quality of life and emotional profile in general practitioners and psychiatrists,” *Work*, vol. 45, no. 1, pp. 129–138, 2013.
- [171] M. L. Jennings and S. J. Slavin, “Resident Wellness Matters: Optimizing Resident Education and Wellness Through the Learning Environment,” *Academic Medicine*, vol. 90, no. 9, pp. 1246–1250, Sep. 2015.
- [172] D. Truchot, “Career orientation and burnout in French general practitioners,” *Psychol Rep*, vol. 103, no. 3, pp. 875–881, Dec. 2008.

- [173] K. Tomioka, N. Morita, K. Saeki, N. Okamoto, and N. Kurumatani, "Working hours, occupational stress and depression among physicians," *Occupational Medicine*, vol. 61, no. 3, pp. 163–170, May 2011.
- [174] A. Montgomery, I. Todorova, A. Baban, and E. Panagopoulou, "Improving quality and safety in the hospital: The link between organizational culture, burnout, and quality of care," *British Journal of Health Psychology*, vol. 18, no. 3, pp. 656–662, Sep. 2013.
- [175] Y. Oskrochi, M. Maruthappu, M. Henriksson, A. H. Davies, and J. Shalhoub, "Beyond the body: A systematic review of the nonphysical effects of a surgical career," *Surgery*, vol. 159, no. 2, pp. 650–664, Feb. 2016.
- [176] R. Tyssen, P. Vaglum, N. T. Gronvold, and O. Ekeberg, "The impact of job stress and working conditions on mental health problems among junior house officers. A nationwide Norwegian prospective cohort study," *Med Educ*, vol. 34, no. 5, pp. 374–384, May 2000.
- [177] R. E. Levey, "Sources of Stress for Residents and Recommendations for Programs to Assist Them," *Academic Medicine*, vol. 76, no. 2, pp. 142–150, Feb. 2001.
- [178] M. Estryng-Behar, "Comment des médecins hospitaliers apprécient leurs conditions de travail. Réponses aux questions ouvertes d'une enquête nationale," *Revue française des affaires sociales*, vol. 2010/4, no. 4, pp. 27–52, 2010.
- [179] C. Sinsky *et al.*, "Allocation of Physician Time in Ambulatory Practice: A Time and Motion Study in 4 Specialties," *Ann. Intern. Med.*, vol. 165, no. 11, pp. 753–760, Dec. 2016.
- [180] B. Meyer, C. Jans, and L. Golder, "Le corps médical est ouvert à de nouveaux modèles de financement," *Bull Med Suisses*, vol. 2018 (99), no. 03, pp. 45–48, Jan. 2018.
- [181] V. Schade, "Retour au cœur de l'activité médicale," *Bull Med Suisses*, vol. 2016 (97), no. 34, pp. 1138–1141, Aug. 2016.
- [182] T. K. Khoo, "Factors Affecting Burnout in Physicians," *Mayo Clin Proc.*, vol. 91, no. 4, pp. 536–537, Apr. 2016.
- [183] B. Sigsbee and J. L. Bernat, "Physician burnout: A neurologic crisis," *Neurology*, vol. 83, no. 24, pp. 2302–2306, Dec. 2014.
- [184] A. R. Eiser, "Burnout and the Ethos of Medical Practice," *Mayo Clin Proc.*, vol. 91, no. 4, p. 537, Apr. 2016.
- [185] S. McCabe, "Where have we gone wrong?," *British Journal of General Practice*, vol. 63, no. 606, pp. 35–35, Jan. 2013.
- [186] T. D. Shanafelt *et al.*, "Relationship Between Clerical Burden and Characteristics of the Electronic Environment With Physician Burnout and Professional Satisfaction," *Mayo Clin Proc.*, vol. 91, no. 7, pp. 836–848, 2016.
- [187] B. Bressler, "Suicide and drug abuse in the medical community," *Suicide Life Threat Behav*, vol. 6, no. 3, pp. 169–178, 1976.
- [188] M. C. Sargent, W. Sotile, M. O. Sotile, H. Rubash, and R. L. Barrack, "Stress and coping among orthopaedic surgery residents and faculty," *J Bone Joint Surg Am*, vol. 86-A, no. 7, pp. 1579–1586, Jul. 2004.
- [189] K. Keeton, D. E. Fenner, T. R. B. Johnson, and R. A. Hayward, "Predictors of Physician Career Satisfaction, Work–Life Balance, and Burnout," *Obstetrics & Gynecology*, vol. 109, no. 4, pp. 949–955, Apr. 2007.
- [190] C. M. Balch *et al.*, "Surgeon Distress as Calibrated by Hours Worked and Nights on Call," *Journal of the American College of Surgeons*, vol. 211, no. 5, pp. 609–619, Nov. 2010.
- [191] C. P. Landrigan *et al.*, "Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units," *N Engl J Med.*, vol. 351, no. 18, pp. 1838–1848, Oct. 2004.
- [192] S. A. Passalacqua and C. Segrin, "The Effect of Resident Physician Stress, Burnout, and Empathy on Patient-Centered Communication During the Long-Call Shift," *Health Communication*, vol. 27, no. 5, pp. 449–456, Jul. 2012.

- [193] L. T. Løvseth, A. Fridner, L. S. Jónsdóttir, M. Marini, and O. M. Linaker, "Associations between Confidentiality Requirements, Support Seeking and Burnout among University Hospital Physicians in Norway, Sweden, Iceland and Italy (the HOUPE study): Confidentiality and Burnout," *Stress and Health*, vol. 29, no. 5, pp. 432–437, Dec. 2013.
- [194] G. Lebel, "Traumatisme vicariant ou fatigue de compassion Méfiez-vous !," *Perspective infirmière*, vol. 12 (Mars-Avril 2015), no. 2, pp. 32–34, Mar. 2015.
- [195] F. Vu and P. Bodenmann, "Preventing, managing and treating compassion fatigue," *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*, vol. 2017 (168), no. 8, pp. 224–231, Dec. 2017.
- [196] J. Benson and K. Magraith, "Compassion fatigue and burnout: the role of Balint groups," *Aust Fam Physician*, vol. 34, no. 6, pp. 497–498, Jun. 2005.
- [197] S. Dasan, P. Gohil, V. Cornelius, and C. Taylor, "Prevalence, causes and consequences of compassion satisfaction and compassion fatigue in emergency care: a mixed-methods study of UK NHS Consultants," *Emerg Med J*, vol. 32, no. 8, pp. 588–594, Aug. 2015.
- [198] G. Mushet and L. Donaldson, "A psychotherapist in the house: a service for distressed junior doctors," *Br J Med Psychol*, vol. 73 (Pt 3), pp. 377–380, Sep. 2000.
- [199] H. Sanfey, J. Fromson, J. Mellinger, J. Rakinic, M. Williams, and B. Williams, "Surgeons in Difficulty: An Exploration of Differences in Assistance-Seeking Behaviors between Male and Female Surgeons," *J Am Coll Surg*, vol. 221, no. 2, pp. 621–627, Aug. 2015.
- [200] B. Bergman, F. Ahmad, and D. . Stewart, "Physician health, stress and gender at a university hospital," *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 54, no. 2, pp. 171–178, Feb. 2003.
- [201] E. Kains and D. Piquard, "The burnout of medical students," *Rev Med Brux*, vol. 32, no. 4, pp. 424–430, Sep. 2011.
- [202] R. Burbeck, "Occupational stress in consultants in accident and emergency medicine: a national survey of levels of stress at work," *Emergency Medicine Journal*, vol. 19, no. 3, pp. 234–238, May 2002.
- [203] D. Ariely and W. L. Lanier, "Disturbing Trends in Physician Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance: Dealing With Malady Among the Nation's Healers," *Mayo Clin Proc*, vol. 90, no. 12, pp. 1593–1596, Dec. 2015.
- [204] P. H. Rockey, "Duty hours: where do we go from here?," *Mayo Clin. Proc.*, vol. 86, no. 3, pp. 176–178, Mar. 2011.
- [205] S. Feeney *et al.*, "Practise what you preach: health behaviours and stress among non-consultant hospital doctors," *Clin Med (Lond)*, vol. 16, no. 1, pp. 12–18, Feb. 2016.
- [206] D. Kjeldmand and I. Holmstrom, "Balint Groups as a Means to Increase Job Satisfaction and Prevent Burnout Among General Practitioners," *The Annals of Family Medicine*, vol. 6, no. 2, pp. 138–145, Mar. 2008.
- [207] B. Buddeberg-Fischer, R. Klaghofer, M. Stamm, J. Siegrist, and C. Buddeberg, "Work stress and reduced health in young physicians: prospective evidence from Swiss residents," *Int Arch Occup Environ Health*, vol. 82, no. 1, pp. 31–38, Oct. 2008.
- [208] L. M. Roshetsky *et al.*, "No time for teaching? Inpatient attending physicians' workload and teaching before and after the implementation of the 2003 duty hours regulations," *Acad Med*, vol. 88, no. 9, pp. 1293–1298, Sep. 2013.
- [209] B. M. Wong and K. Imrie, "Why resident duty hours regulations must address attending physicians' workload," *Acad Med*, vol. 88, no. 9, pp. 1209–1211, Sep. 2013.
- [210] A. Richter, P. Kostova, X. Baur, and R. Wegner, "Less work: more burnout? A comparison of working conditions and the risk of burnout by German physicians before and after the implementation of the EU Working Time Directive," *International Archives of Occupational and Environmental Health*, vol. 87, no. 2, pp. 205–215, Feb. 2014.

- [211] C. Aeschbacher and R. Glauser, “Vierge, Sisyphe, Mère courage,” *Journal ASMAC*, vol. N°3, Juin 2016, pp. 14–15, Juin 2016.
- [212] T. D. Shanafelt and J. H. Noseworthy, “Executive Leadership and Physician Well-being,” *Mayo Clin Proc.*, vol. 92, no. 1, pp. 129–146, Jan. 2017.
- [213] J. Schlup, “D’abord les économies structurelles, avant les restrictions,” *Bull Med Suisses*, vol. 2018 (99), no. 08, pp. 223–223, Feb. 2018.
- [214] N. Wille, J. Glarner, and J. Schlup, “La FMH à propos de la maîtrise des coûts de santé,” *Bull Med Suisses*, vol. 2018 (99), no. 8, pp. 224–226, Feb. 2018.
- [215] L. M. Marmon and K. Heiss, “Improving surgeon wellness: The second victim syndrome and quality of care,” *Seminars in Pediatric Surgery*, vol. 24, no. 6, pp. 315–318, Dec. 2015.
- [216] L. Bowers *et al.*, “Serious untoward incidents and their aftermath in acute inpatient psychiatry: the Tompkins Acute Ward study,” *Int J Ment Health Nurs*, vol. 15, no. 4, pp. 226–234, Dec. 2006.
- [217] C. M. Balch *et al.*, “Personal consequences of malpractice lawsuits on American surgeons,” *J. Am. Coll. Surg.*, vol. 213, no. 5, pp. 657–667, Nov. 2011.
- [218] T. Bourne *et al.*, “The impact of complaints procedures on the welfare, health and clinical practise of 7926 doctors in the UK: a cross-sectional survey,” *BMJ Open*, vol. 5, no. 1, p. e006687, Jan. 2015.
- [219] I. McManus, A. Keeling, and E. Paice, “Stress, burnout and doctors’ attitudes to work are determined by personality and learning style: A twelve year longitudinal study of UK medical graduates,” *BMC Medicine*, vol. 2, no. 1, Dec. 2004.
- [220] K. M. Matheson, T. Barrett, J. Landine, A. McLuckie, N. L.-W. Soh, and G. Walter, “Experiences of Psychological Distress and Sources of Stress and Support During Medical Training: a Survey of Medical Students,” *Academic Psychiatry*, vol. 40, no. 1, pp. 63–68, Feb. 2016.
- [221] A. Bullock *et al.*, “Transitions in medicine: trainee doctor stress and support mechanisms,” *Journal of Workplace Learning*, vol. 25, no. 6, pp. 368–382, Aug. 2013.
- [222] J. Ripp *et al.*, “The incidence and predictors of job burnout in first-year internal medicine residents: a five-institution study,” *Acad Med*, vol. 86, no. 10, pp. 1304–1310, Oct. 2011.
- [223] K. E. Broquet, “Teaching Residents and Program Directors About Physician Impairment,” *Academic Psychiatry*, vol. 28, no. 3, pp. 221–225, Sep. 2004.
- [224] A. Salles, G. L. Cohen, and C. M. Mueller, “The relationship between grit and resident well-being,” *The American Journal of Surgery*, vol. 207, no. 2, pp. 251–254, Feb. 2014.
- [225] M. Tanner and P. Christen, “«Personne ne veut reprendre mon cabinet» ReMed vient en aide quand la retraite semble impossible,” *Bull Med Suisses*, vol. 2017 (98), no. 47, pp. 1572–1573, Nov. 2017.
- [226] A. Nedrow, N. A. Steckler, and J. Hardman, “Physician resilience and burnout: can you make the switch?,” *Fam Pract Manag*, vol. 20, no. 1, pp. 25–30, Feb. 2013.
- [227] P. L. Dobkin and T. A. Hutchinson, “Primary prevention for future doctors: promoting well-being in trainees,” *Medical Education*, vol. 44, no. 3, pp. 224–226, Mar. 2010.
- [228] C. H. Griffith and J. F. Wilson, “The Loss of Idealism Throughout Internship,” *Evaluation & the Health Professions*, vol. 26, no. 4, pp. 415–426, Dec. 2003.
- [229] S. Carmel and S. M. Glick, “Compassionate-empathic physicians: Personality traits and social-organizational factors that enhance or inhibit this behavior pattern,” *Social Science & Medicine*, vol. 43, no. 8, pp. 1253–1261, Oct. 1996.
- [230] J. Karadzinska-Bislimovska *et al.*, “Linkages between workplace stressors and quality of care from health professionals’ perspective - Macedonian experience,” *Br J Health Psychol*, vol. 19, no. 2, pp. 425–441, May 2014.
- [231] W. Bauer, “Qu’est-ce que le curriculum caché?,” *Bull Med Suisses*, vol. 2016 (97), no. 36, p. 1252, Jul. 2016.

- [232] J. Eckleberry-Hunt and D. Lick, "Physician Depression and Suicide: A Shared Responsibility," *Teaching and Learning in Medicine*, vol. 27, no. 3, pp. 341–345, Jul. 2015.
- [233] H. Austin, "Supervision for superheroes: the case for reflective professional supervision for senior doctors," *N. Z. Med. J.*, vol. 129, no. 1434, pp. 69–72, May 2016.
- [234] P. M. Jensen, K. Trollope-Kumar, H. Waters, and J. Everson, "Building physician resilience," *Can Fam Physician*, vol. 54, no. 5, pp. 722–729, May 2008.
- [235] C. Teixeira, O. Ribeiro, A. M. Fonseca, and A. S. Carvalho, "Ethical decision making in intensive care units: a burnout risk factor? Results from a multicentre study conducted with physicians and nurses," *Journal of Medical Ethics*, vol. 40, no. 2, pp. 97–103, Feb. 2014.
- [236] C. Luthy, A. Perrier, E. Perrin, C. Cedraschi, and A.-F. Allaz, "Exploring the major difficulties perceived by residents in training: a pilot study," *Swiss Med Wkly*, vol. 2004 (134), no. 41–42, pp. 612–617, Jan. 2004.
- [237] R. Berman, M. Campbell, W. Makin, and C. Todd, "Occupational stress in palliative medicine, medical oncology and clinical oncology specialist registrars," *Clinical Medicine*, vol. 7, no. 3, pp. 235–242, Jun. 2007.
- [238] T. Shanafelt and L. Dyrbye, "Oncologist Burnout: Causes, Consequences, and Responses," *Journal of Clinical Oncology*, vol. 30, no. 11, pp. 1235–1241, Apr. 2012.
- [239] F. M. Dimou, D. Eckelbarger, and T. S. Riall, "Surgeon Burnout: A Systematic Review," *Journal of the American College of Surgeons*, vol. 222, no. 6, pp. 1230–1239, Jun. 2016.
- [240] K. Albermann, K. Aebib, and M. Wislerc, "Psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent: La santé psychique dans la perspective transgénérationnelle," *Swiss Medical Forum*, vol. 2017 (17), no. 04, pp. 85–90, Jan. 2017.
- [241] K. E. Isaksson Rø, T. Gude, and O. G. Aasland, "Does a self-referral counselling program reach doctors in need of help? A comparison with the general Norwegian doctor workforce," *BMC Public Health*, vol. 7, no. 36, Mar. 2007.
- [242] R. Fagnani Neto, C. S. Obara, P. C. M. Macedo, V. A. Cítero, and L. A. Nogueira-Martins, "Clinical and demographic profile of users of a mental health system for medical residents and other health professionals undergoing training at the Universidade Federal de São Paulo," *Sao Paulo Medical Journal*, vol. 122, no. 4, pp. 152–157, 2004.
- [243] A. Jovanovic and J. E. Wallace, "Lean on me: an exploratory study of the spousal support received by physicians," *Psychology, Health & Medicine*, vol. 18, no. 5, pp. 543–551, Oct. 2013.
- [244] L. N. Dyrbye, T. D. Shanafelt, C. M. Balch, D. Satele, and J. Freischlag, "Physicians Married or Partnered to Physicians: A Comparative Study in the American College of Surgeons," *Journal of the American College of Surgeons*, vol. 211, no. 5, pp. 663–671, Nov. 2010.
- [245] D. A. Rothenberger, "Physician Burnout and Well-Being: A Systematic Review and Framework for Action," *Diseases of the Colon & Rectum*, vol. 60, no. 6, pp. 567–576, Jun. 2017.
- [246] M. Midtgaard, Ø. Ekeberg, P. Vaglum, and R. Tyssen, "Mental health treatment needs for medical students: a national longitudinal study," *European Psychiatry*, vol. 23, no. 7, pp. 505–511, Oct. 2008.
- [247] G. O. Gabbard, "Medicine and Its Discontents," *Mayo Clin Proc.*, vol. 88, no. 12, pp. 1347–1349, Dec. 2013.
- [248] M. Tanner, "«Les peurs font partie de la profession de médecin» Echange ouvert dans les groupes de coaching de ReMed," *Bull Med Suisses*, vol. 2017 (98), no. 04, pp. 96–97, Jan. 2017.
- [249] X. Li, Z.-J. Hou, H.-Y. Chi, J. Liu, and M. J. Hager, "The mediating role of coping in the relationship between subtypes of perfectionism and job burnout: A test of the 2×2 model of

- perfectionism with employees in China,” *Personality and Individual Differences*, vol. 58, pp. 65–70, Feb. 2014.
- [250] M.-F. Bacqué, “Soigner autrui, une sinécure?,” *Psycho-Oncologie*, vol. 5, no. 2, pp. 75–76, Jun. 2011.
- [251] E. O. Rosvold and E. Bjertness, “Physicians who do not take sick leave: hazardous heroes?,” *Scand J Public Health*, vol. 29, no. 1, pp. 71–75, Mar. 2001.
- [252] B. F. Y. Dawson and N. J. Thompson, “The Effect of Personality on Occupational Stress in Veterinary Surgeons,” *Journal of Veterinary Medical Education*, vol. 44, no. 1, pp. 72–83, Feb. 2017.
- [253] D. Mallet, A. Herbaut, S. Soyez, M. Delerue, H. Chekroud, and D. Jacquemin, “Society, medicine and caregiver stress,” *Presse Med*, vol. 31, no. 26, pp. 1206–1210, Aug. 2002.
- [254] D. Kursner and B. Danuser, “La santé psychique des médecins suisses sous la loupe des médecins du travail,” *Swiss Medical Forum*, vol. 2007 (07), no. 01, pp. 7–8, Mar. 2007.
- [255] R. M. Epstein and M. S. Krasner, “Physician Resilience: What It Means, Why It Matters, and How to Promote It,” *Academic Medicine*, vol. 88, no. 3, pp. 301–303, Mar. 2013.
- [256] A. R. Armstrong, R. F. Galligan, and C. R. Critchley, “Emotional intelligence and psychological resilience to negative life events,” *Personality and Individual Differences*, vol. 51, no. 3, pp. 331–336, Aug. 2011.
- [257] K. Taku, “Relationships among perceived psychological growth, resilience and burnout in physicians,” *Personality and Individual Differences*, vol. 59, pp. 120–123, Mar. 2014.
- [258] T. Haoka, S. Sasahara, Y. Tomotsune, S. Yoshino, T. Maeno, and I. Matsuzaki, “The effect of stress-related factors on mental health status among resident doctors in Japan: Stress-related factors and mental health status in residents,” *Medical Education*, vol. 44, no. 8, pp. 826–834, Jul. 2010.
- [259] C. M. Balch, T. D. Shanafelt, J. Sloan, D. V. Satele, and H. M. Kuerer, “Burnout and career satisfaction among surgical oncologists compared with other surgical specialties,” *Ann. Surg. Oncol.*, vol. 18, no. 1, pp. 16–25, Jan. 2011.
- [260] R. A. Burkhart, R. M. Tholey, D. Guinto, C. J. Yeo, and K. A. Chojnacki, “Grit: A marker of residents at risk for attrition?,” *Surgery*, vol. 155, no. 6, pp. 1014–1022, Jun. 2014.
- [261] P. L. Dobkin and T. A. Hutchinson, “Teaching mindfulness in medical school: where are we now and where are we going?,” *Medical Education*, vol. 47, no. 8, pp. 768–779, Aug. 2013.
- [262] P. Lebensohn *et al.*, “Resident wellness behaviors: relationship to stress, depression, and burnout,” *Fam Med*, vol. 45, no. 8, pp. 541–549, Sep. 2013.
- [263] C. J. Weight, J. L. Sellon, C. R. Lessard-Anderson, T. D. Shanafelt, K. D. Olsen, and E. R. Laskowski, “Physical Activity, Quality of Life, and Burnout Among Physician Trainees: The Effect of a Team-Based, Incentivized Exercise Program,” *Mayo Clin Proc.*, vol. 88, no. 12, pp. 1435–1442, Dec. 2013.
- [264] C. Eichhorn, “‘S’ échapper du quotidien, Dans Bulletin d’information entreprise de Concordia,” *Journal ASMAC*, vol. N°4 Août 2016, no. 4, p. 52, Août 2017.
- [265] J. Walsh, “Gender, the Work-Life Interface and Wellbeing: A Study of Hospital Doctors,” *Gen Work Organ*, vol. 20, no. 4, pp. 439–453, Jul. 2013.
- [266] C. Regehr, D. Glancy, A. Pitts, and V. R. LeBlanc, “Interventions to Reduce the Consequences of Stress in Physicians: A Review and Meta-Analysis,” *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 202, no. 5, pp. 353–359, May 2014.
- [267] M. Rudaz, M. P. Twohig, C. W. Ong, and M. E. Levin, “Mindfulness and acceptance-based trainings for fostering self-care and reducing stress in mental health professionals: A systematic review,” *Journal of Contextual Behavioral Science*, vol. 6, no. 4, pp. 380–390, Oct. 2017.

- [268] K. French, N. Golijani-Moghaddam, and T. Schröder, “What is the evidence for the efficacy of self-help acceptance and commitment therapy? A systematic review and meta-analysis,” *Journal of Contextual Behavioral Science*, vol. 6, no. 4, pp. 360–374, Oct. 2017.
- [269] S. Aggarwal, A. S. Kusano, J. N. Carter, L. Gable, C. R. Thomas, and D. T. Chang, “Stress and Burnout Among Residency Program Directors in United States Radiation Oncology Programs,” *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.*, vol. 93, no. 4, pp. 746–753, Nov. 2015.
- [270] Z. E. Berdoz, “Des réserves excessives,” *Bon à savoir : La Référence conso*, vol. 2018, no. 01, p. 17, 2018.
- [271] J. Penm, N. J. MacKinnon, S. M. Strakowski, J. Ying, and M. M. Doty, “Minding the Gap: Factors Associated With Primary Care Coordination of Adults in 11 Countries,” *Ann Fam Med*, vol. 15, no. 2, pp. 113–119, Mar. 2017.
- [272] F. Verdon, “Revenus médicaux suisses en pratique privée: évolution sur vingt ans,” *Bull Med Suisses*, vol. 2012 (93), no. 22, pp. 830–833, May 2012.
- [273] J. Schlup, “Comment le politique aimerait déléguer le rationnement aux médecins,” *Bull Med Suisses*, vol. 2017 (98), no. 47, pp. 1561–1561, Nov. 2017.
- [274] S. Burkhard Schneider, “Ce que l’on pense des médecins,” *Journal ASMAC*, vol. n°4 Août 2017, no. 4, p. 9, Août 2017.
- [275] N. van der Heiden, “Crash à l’atterrissage,” *Journal ASMAC*, vol. n°1 Février 2016, pp. 6–7, Février 2016.
- [276] N. van der Heiden, “L’emprise croissante de l’économie sur la santé,” *Journal ASMAC*, vol. N°2 Avril 2017, no. 2, p. 10, Avril 2017.
- [277] Y. Eggli, “Un budget ambulatoire cantonal, pourquoi pas?,” *Bull Med Suisses*, vol. 2018 (99), no. 04, pp. 113–115, Jan. 2018.
- [278] T. Kessler and P. Müller, “Deuxième intervention du Conseil fédéral dans le TARMED,” *Bull Med Suisses*, vol. 2017 (98), no. 47, pp. 1568–1571, Nov. 2017.
- [279] J. Schlup, “Alléger les primes par un financement uniforme,” *Bull Med Suisses*, vol. 2017 (98), no. 11, pp. 329–329, Mar. 2017.
- [280] M. Marti, “La patience n’est plus récompensée,” *Journal ASMAC*, vol. N°6 Décembre 2017, no. 6, pp. 7–8, Décembre 2017.
- [281] B. Kesseli, “Les budgets globaux, une fausse bonne idée?,” *Bull Med Suisses*, vol. 2017 (98), no. 47, pp. 1562–1565, Nov. 2017.
- [282] B. M. Spataro, S. A. Tilstra, D. M. Rubio, and M. A. McNeil, “The Toxicity of Self-Blame: Sex Differences in Burnout and Coping in Internal Medicine Trainees,” *Journal of Women’s Health*, vol. 25, no. 11, pp. 1147–1152, Nov. 2016.
- [283] M. Tanner, “Moi, médecin, 30 ans, en crise,” *Bull Med Suisses*, vol. 2015 (96), no. 43, pp. 1559–1560, Oct. 2015.
- [284] I. M. Rosen, J. D. Christie, L. M. Bellini, and D. A. Asch, “Health and health care among housestaff in four U.S. internal medicine residency programs,” *J Gen Intern Med*, vol. 15, no. 2, pp. 116–121, Feb. 2000.
- [285] M. R. Perkin, A. Higton, and M. Witcomb, “Do junior doctors take sick leave?,” *Occup Environ Med*, vol. 60, no. 9, pp. 699–700, Sep. 2003.
- [286] J. L. Middleton, “Today I’m Grieving a Physician Suicide,” *The Annals of Family Medicine*, vol. 6, no. 3, pp. 267–269, May 2008.
- [287] D. Powis, “Selecting medical students: An unresolved challenge,” *Medical Teacher*, vol. 37, no. 3, pp. 252–260, Mar. 2015.
- [288] J. Mushtaq and C. Ratneswaran, “Personality selection: An argument against the homogenisation of medical students,” *Medical Teacher*, vol. 38, no. 3, pp. 318–319, Mar. 2016.
- [289] S. Daneault, “La notion du soignant blessé,” *Can Fam Physician*, vol. 54, no. 9, pp. 1223–1225, Sep. 2008.

- [290] S. Kishore, D. E. Dandurand, A. Mathew, and D. Rothenberger, "Breaking the Culture of Silence on Physician Suicide_Discussion Paper," *National Academy of Medicine, Washington, DC.*, pp. 1–11, Mar. 2016.
- [291] H. C. Veldenz, K. K. Scott, J. W. Dennis, J. J. Tepas, and M. S. Schinco, "Impaired residents: identification and intervention," *Current Surgery*, vol. 60, no. 2, pp. 214–217, Mar. 2003.
- [292] P. Wibble, *Physician Suicide Letters Answered*. Eugene, Oregon, USA: Pamela Wible, M.D., Publishing, 2016.
- [293] C. Wijeratne, "Clinical assessment of the late-career medical practitioner," *Australasian Psychiatry*, vol. 24, no. 2, pp. 140–143, Apr. 2016.
- [294] C. M. Kuhn and E. M. Flanagan, "Self-care as a professional imperative: physician burnout, depression, and suicide," *Can J Anaesth*, vol. 64, no. 2, pp. 158–168, Feb. 2017.
- [295] C. M. DesRoches *et al.*, "Physicians' perceptions, preparedness for reporting, and experiences related to impaired and incompetent colleagues," *JAMA*, vol. 304, no. 2, pp. 187–193, Jul. 2010.
- [296] D. A. Sargent, V. W. Jensen, T. A. Petty, and H. Raskin, "Preventing physician suicide. The role of family, colleagues, and organized medicine," *JAMA*, vol. 237, no. 2, pp. 143–145, Jan. 1977.
- [297] R. Nardin, L. Zallman, C. Frank, B. Day, and J. W. Boyd, "US Medical Students' Health Insurance Coverage for Mental Health and Substance Abuse Treatment," *JAMA*, vol. 306, no. 9, Sep. 2011.
- [298] M. S. Hochberg, R. S. Berman, A. L. Kalet, S. R. Zabar, C. Gillespie, and H. L. Pachter, "The stress of residency: recognizing the signs of depression and suicide in you and your fellow residents," *The American Journal of Surgery*, vol. 205, no. 2, pp. 141–146, Feb. 2013.
- [299] R. Blais, C. Safianyuk, A. Magnan, and A. Lapierre, "Physician, heal thyself: Survey of users of the Quebec Physicians Health Program," *Can Fam Physician*, vol. 56, no. 10, pp. e383-389, Oct. 2010.
- [300] N. Downs *et al.*, "Listening to depression and suicide risk in medical students: the Healer Education Assessment and Referral (HEAR) Program," *Acad Psychiatry*, vol. 38, no. 5, pp. 547–553, Oct. 2014.
- [301] S. Ey, M. Moffit, J. M. Kinzie, and P. H. Brunett, "Feasibility of a Comprehensive Wellness and Suicide Prevention Program: A Decade of Caring for Physicians in Training and Practice," *Journal of Graduate Medical Education*, vol. 8, no. 5, pp. 747–753, Dec. 2016.
- [302] A. T. McLellan, G. S. Skipper, M. Campbell, and R. L. DuPont, "Five year outcomes in a cohort study of physicians treated for substance use disorders in the United States," *BMJ*, vol. 337, p. a2038, Nov. 2008.
- [303] C. P. West, L. N. Dyrbye, P. J. Erwin, and T. D. Shanafelt, "Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis," *The Lancet*, vol. 388, no. 10057, pp. 2272–2281, Nov. 2016.
- [304] A. E. Kettani, Z. Serhier, M. B. Othmani, M. Agoub, and O. Battas, "L'évaluation du syndrome du Burnout chez les médecins en formation au CHU Ibn Rochd de Casablanca," *Pan African Medical Journal*, vol. 27, 2017.
- [305] T. D. Shanafelt *et al.*, "Longitudinal Study Evaluating the Association Between Physician Burnout and Changes in Professional Work Effort," *Mayo Clin Proc.*, vol. 91, no. 4, pp. 422–431, Apr. 2016.
- [306] B. Buddeberg-Fischer, C. Dietz, R. Klaghofer, and C. Buddeberg, "Swiss residents' arguments for and against a career in medicine," *BMC Health Serv Res*, vol. 6, no. 98, p. 98, Aug. 2006.

- [307] M. Walkiewicz, M. Tartas, M. Majkiewicz, and W. Budzinski, "Academic achievement, depression and anxiety during medical education predict the styles of success in a medical career: a 10-year longitudinal study," *Med Teach*, vol. 34, no. 9, pp. e611-619, 2012.
- [308] G. E. Robinson, "Stresses on women physicians: consequences and coping techniques," *Depress Anxiety*, vol. 17, no. 3, pp. 180–189, 2003.
- [309] R. C. Barnett, K. C. Gareis, and P. L. Carr, "Career Satisfaction and Retention of a Sample of Women Physicians Who Work Reduced Hours," *Journal of Women's Health*, vol. 14, no. 2, pp. 146–153, Mar. 2005.
- [310] A. W. Wu, S. Folkman, S. J. McPhee, and B. Lo, "Do house officers learn from their mistakes?," *Qual Saf Health Care*, vol. 12, no. 3, pp. 221–226; discussion 227-228, Jun. 2003.
- [311] T. D. Shanafelt *et al.*, "Burnout and medical errors among American surgeons," *Ann. Surg.*, vol. 251, no. 6, pp. 995–1000, Jun. 2010.
- [312] T. Kushnir, D. Greenberg, N. Madjar, I. Hadari, Y. Yermiahu, and Y. G. Bachner, "Is burnout associated with referral rates among primary care physicians in community clinics?," *Family Practice*, vol. 31, no. 1, pp. 44–50, Feb. 2014.
- [313] C. Pawlak, "Empathie, incertitude et identité professionnelle du médecin," *Annales médico-psychologiques*, vol. 154, no. 8–9, pp. 511–518, Nov. 1996.
- [314] L. W. Roberts, T. D. Warner, C. Moutier, C. M. A. Geppert, and K. A. Green Hammond, "Are Doctors Who Have Been Ill More Compassionate? Attitudes of Resident Physicians Regarding Personal Health Issues and the Expression of Compassion in Clinical Care," *Psychosomatics*, vol. 52, no. 4, pp. 367–374, Jul. 2011.
- [315] R. Brown, S. Dunn, K. Byrnes, R. Morris, P. Heinrich, and J. Shaw, "Doctors' stress responses and poor communication performance in simulated bad-news consultations," *Acad Med*, vol. 84, no. 11, pp. 1595–1602, Nov. 2009.
- [316] R. E. Mercadillo, J. L. Díaz, E. H. Pasaye, and F. A. Barrios, "Perception of suffering and compassion experience: Brain gender disparities," *Brain and Cognition*, vol. 76, no. 1, pp. 5–14, Jun. 2011.
- [317] H. Froesch-Gay, A. Gouveia, and P. Staeger, "Identification et gestion de l'erreur en médecine de premier recours," *Swiss Medical Forum*, vol. 2018 (18), no. 1314, pp. 297–303, Mar. 2018.
- [318] H.-U. Rothen, R. Lussmann, C. Britschgi, and U. Betschart, "Eviter les erreurs et comparer les données," *Bull Med Suisses*, vol. 2018 (99), no. 04, pp. 89–90, Jan. 2018.
- [319] J. Reason, "Human error: models and management," *BMJ*, vol. 320, no. 7237, pp. 768–770, Mar. 2000.
- [320] J. Reason, "Understanding adverse events: human factors," *Qual Health Care*, vol. 4, no. 2, pp. 80–89, Jun. 1995.
- [321] M.-L. Triacca, D. Gachoud, and M. Monti, "Aspects cognitifs de l'erreur en médecine," *Swiss Medical Forum*, vol. 2018 (18), no. 1314, pp. 304–307, Mar. 2018.
- [322] S. R. Daugherty, D. C. Baldwin, and B. D. Rowley, "Learning, satisfaction, and mistreatment during medical internship: a national survey of working conditions," *JAMA*, vol. 279, no. 15, pp. 1194–1199, Apr. 1998.
- [323] L. Loretan, N. van der Heiden, and E. Kraft, "Un médecin sur dix abandonne l'activité curative," *Journal ASMAC*, vol. No 4-Août 2016, pp. 7–10, Aout 2016.
- [324] E. Kraft, L. Loretan, and N. van der Heiden, "Un médecin sur dix cesse son activité auprès des patients," *Bull Med Suisses*, vol. 2016 (97), no. 34, pp. 1132–1135, Aug. 2016.
- [325] B. Buddeberg-Fischer, M. Stamm, C. Buddeberg, and R. Klaghofer, "The new generation of family physicians-career motivation, life goals and work-life balance," *Swiss Med Wkly*, vol. 138, no. 21–22, pp. 305–312, May 2008.
- [326] D. M. Dupras and C. P. West, "Training for Careers in Primary Care: Time for Attention to Culture," *Journal of General Internal Medicine*, vol. 30, no. 9, pp. 1243–1244, Sep. 2015.

- [327] J. Unger-Köppel, “Réchauffement climatique et -pénurie de médecins-assistants,” *Bull Med Suisses*, vol. 2017 (98), no. 48, pp. 1597–1597, Nov. 2017.
- [328] M. Marti, “Perte de temps d’un côté et pas assez de l’autre,” *Bull Med Suisses*, vol. 2017 (98), no. 48, pp. 1603–1604, Nov. 2017.
- [329] K. E. Isaksson Rø, R. Tyssen, A. Hoffart, H. Sexton, O. G. Aasland, and T. Gude, “A three-year cohort study of the relationships between coping, job stress and burnout after a counselling intervention for help-seeking physicians,” *BMC Public Health*, vol. 10, p. 213, Apr. 2010.
- [330] J. T. Prins, S. M. Gazendam-Donofrio, B. J. Tubben, F. M. van der Heijden, H. B. M. van de Wiel, and J. E. H. M. Hoekstra-Weebers, “Burnout in medical residents: a review,” *Med Educ*, vol. 41, no. 8, pp. 788–800, Aug. 2007.
- [331] S. K. Brooks, T. Chalder, and C. Gerada, “Doctors vulnerable to psychological distress and addictions: Treatment from the Practitioner Health Programme,” *Journal of Mental Health*, vol. 20, no. 2, pp. 157–164, Apr. 2011.
- [332] L. Liu, Y. Chang, J. Fu, J. Wang, and L. Wang, “The mediating role of psychological capital on the association between occupational stress and depressive symptoms among Chinese physicians: a cross-sectional study,” *BMC Public Health*, vol. 12, p. 219, Mar. 2012.
- [333] A. Bocquier, E. Pambrun, H. Dumesnil, P. Villani, H. Verdoux, and P. Verger, “Physicians’ characteristics associated with exploring suicide risk among patients with depression: a French panel survey of general practitioners,” *PLoS ONE*, vol. 8, no. 12, p. e80797, 2013.
- [334] J. Brennan, A. McGrady, D. J. Lynch, P. Schaefer, and K. Whearty, “A Stress Management Program for Higher Risk Medical Students: Preliminary Findings,” *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, vol. 41, no. 3, pp. 301–305, Sep. 2016.
- [335] M. J. Ireland, B. Clough, K. Gill, F. Langan, A. O’Connor, and L. Spencer, “A randomized controlled trial of mindfulness to reduce stress and burnout among intern medical practitioners,” *Medical Teacher*, vol. 39, no. 4, pp. 409–414, Apr. 2017.
- [336] H. Van Nguyen, W. Laohasiriwong, J. Saengsuwan, B. Thinkhamrop, and P. Wright, “The relationships between the use of self-regulated learning strategies and depression among medical students: An accelerated prospective cohort study,” *Psychology, Health & Medicine*, vol. 20, no. 1, pp. 59–70, Jan. 2015.
- [337] G. Hasler *et al.*, “Troubles bipolaires: mise à jour 2015 : recommandations thérapeutiques de la Société Suisse des Troubles Bipolaires (SSTB),” *Swiss Medical Forum*, vol. 2015 (15), no. 20–21, pp. 486–494, 2015.
- [338] J. Küchenhoff, “Psychothérapie dans la dépression_Synthèse des recommandations S3 de la DGPPN,” *Swiss Medical Forum*, vol. 2012 (12), no. 12, pp. 267–271, Mar. 2012.
- [339] E. Holsboer-Trachsler, J. Hättenschwiler, and J. Beck, “Traitement d’entretien et prévention des récurrences des troubles dépressifs unipolaires,” *Swiss Medical Forum*, vol. 2016 (16), no. 36, pp. 739–743, Jul. 2016.
- [340] D. J. Kupfer, “Long-term treatment of depression,” *J Clin Psychiatry*, vol. 52 Suppl, pp. 28–34, May 1991.
- [341] T. D. Shanafelt, L. N. Dyrbye, C. P. West, and C. A. Sinsky, “Potential Impact of Burnout on the US Physician Workforce,” *Mayo Clin Proc.*, vol. 91, no. 11, pp. 1667–1668, Nov. 2016.
- [342] B. Kesseli, “Agir plutôt que réagir,” *Bull Med Suisses*, vol. 2018 (99), no. 05, pp. 130–134, Jan. 2018.
- [343] C. Aeschbacher and A. Meister, “Ne vous laissez pas décourager,” *Journal ASMAC*, vol. N°4 Août 2017, no. 4, pp. 10–11, Août 2017.
- [344] K. Hopkins and C. A. Sinsky, “Team-based care: saving time and improving efficiency,” *Fam Pract Manag*, vol. 21, no. 6, pp. 23–29, Dec. 2014.

- [345] J. Vanbockstael *et al.*, “Espace de parole en prévention du syndrome de burnout : deux ans d’expérience au sein de l’Association des jeunes oncologues bas-normands (Ajon),” *Psycho-Oncol.*, vol. 5, no. 2, pp. 122–126, Jun. 2011.
- [346] S. J. Slavin and J. T. Chibnall, “Finding the Why, Changing the How: Improving the Mental Health of Medical Students, Residents, and Physicians,” *Academic Medicine*, vol. 91, no. 9, pp. 1194–1196, Sep. 2016.
- [347] Y. Lee, A. Medford, and A. Halim, “Burnout in physicians,” *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, vol. 45, no. 2, pp. 104–107, 2015.
- [348] S. Devi, “Doctors in distress,” *Lancet*, vol. 377, no. 9764, pp. 454–455, Feb. 2011.
- [349] C. R. Lake, “How Academic Psychiatry Can Better Prepare Students for Their Future Patients: Part I: The Failure to Recognize Depression and Risk for Suicide in Primary Care; Problem Identification, Responsibility, and Solutions,” *Behavioral Medicine*, vol. 34, no. 3, pp. 95–100, Sep. 2008.
- [350] B. Griffin and I. G. Wilson, “Faking good: self-enhancement in medical school applicants: Self-enhancement in medical students,” *Medical Education*, vol. 46, no. 5, pp. 485–490, May 2012.
- [351] E. Luethi and G. Zulian, “Impact psychologique et comportemental du travail en unité de soins palliatifs sur les médecins internes,” *Revue internationale de soins palliatifs*, vol. 28, no. 2, pp. 133–141, 2013.
- [352] A. J. Dwyer, P. Morley, E. Reid, and C. Angelatos, “Distressed doctors: a hospital-based support program for poorly performing and ‘at-risk’ junior medical staff,” *Med. J. Aust.*, vol. 194, no. 9, pp. 466–469, May 2011.
- [353] C. G. Shultz and H. L. Holmstrom, “The Use of Medical Scribes in Health Care Settings: A Systematic Review and Future Directions,” *J Am Board Fam Med*, vol. 28, no. 3, pp. 371–381, May 2015.
- [354] M. Marti, “Plus de médecine et moins de bureaucratie,” *Journal ASMAC*, vol. N°4 Août 2017, no. 4, pp. 7–8, Août 2017.
- [355] Comité central de la FMH, “Renforcer l’attractivité de la profession de médecin,” *Bull Med Suisses*, vol. 2016 (97), no. 34, pp. 1136–1137, Aug. 2016.
- [356] M. Schenk and C. B. Quinto, “Assistante médicale – une profession en mutation, Nouvelles opportunités professionnelles contre la pénurie de relève,” *Bull Med Suisses*, vol. 2018 (99), no. 09, pp. 262–263, Feb. 2018.
- [357] S. Brunold, “Un excellent employeur,” *Journal ASMAC*, vol. N°2 Avril 2017, no. 2, pp. 15–16, Avril 2017.
- [358] L. Loretan Krummen, “Une Rose pour Coire,” *Journal ASMAC*, vol. n°4 Août 2017, no. 4, pp. 12–13, Août 2017.
- [359] M. Bodenmann-Zanetti, “medical women switzerland (mws)-Projet de retour au travail,” *Journal ASMAC*, vol. N°2 Avril 2017, no. 2, p. 17, Avril 2017.
- [360] B. Kesseli, “«L’évidence plaide pour des médecins aux postes de direction»,” *Bull Med Suisses*, vol. 2017 (98), no. 45, pp. 1487–1489, Nov. 2017.
- [361] V. Rothhardt, “Bureau d’expertises extrajudiciaires de la FMH: Survol de la réglementation actuelle,” *Bull Med Suisses*, vol. 2015 (96), no. 25, pp. 905–906, Jun. 2015.
- [362] S. Burkhard Schneider, “Nouvelle instance de conciliation,” *Journal ASMAC*, vol. N°2 Avril 2017, no. 2, p. 18, Avril 2017.
- [363] Z. Maher, R. Milner, J. Cripe, J. Gaughan, J. Fish, and A. J. Goldberg, “Stress training for the surgical resident,” *The American Journal of Surgery*, vol. 205, no. 2, pp. 169–174, Feb. 2013.
- [364] M. Dhingra, R. Tewari, and M. Li, “Resilience training in medical school: the solution to doctor burnout?,” *Medical Teacher*, vol. 38, no. 3, pp. 319–320, Mar. 2016.

- [365] L. N. Dyrbye, D. Satele, J. Sloan, and T. D. Shanafelt, "Utility of a Brief Screening Tool to Identify Physicians in Distress," *Journal of General Internal Medicine*, vol. 28, no. 3, pp. 421–427, Mar. 2013.
- [366] J. Haskins *et al.*, "The Suicide Prevention, Depression Awareness, and Clinical Engagement Program for Faculty and Residents at the University of California, Davis Health System," *Acad Psychiatry*, vol. 40, no. 1, pp. 23–29, Feb. 2016.
- [367] C. Moutier *et al.*, "The suicide prevention and depression awareness program at the University of California, San Diego School of Medicine," *Acad Med*, vol. 87, no. 3, pp. 320–326, Mar. 2012.
- [368] S. Läderach, "Une étape de carrière difficile," *Journal ASMAC*, vol. n°4 Août 2016, p. 53, Août 2016.
- [369] D. M. Berwick, T. W. Nolan, and J. Whittington, "The triple aim: care, health, and cost," *Health Aff (Millwood)*, vol. 27, no. 3, pp. 759–769, Jun. 2008.
- [370] T. Bodenheimer and C. Sinsky, "From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider," *The Annals of Family Medicine*, vol. 12, no. 6, pp. 573–576, Nov. 2014.
- [371] Le comité de l'ASMAVal, "ASMAC_Section Valais_Les 20 ans de l'ASMAVal," *Journal ASMAC*, vol. N°1 Février 2016, no. 1, pp. 16–17, Février 2016.
- [372] C. Aeschbacher, "Affaire à suivre," *Journal ASMAC*, vol. N°3 Juin 2017, no. 3, pp. 11–12, Juin 2017.
- [373] R. Wiesmann, "ASMAC_Section de suisse centrale_Amélioration des conditions de travail," *Journal ASMAC*, vol. No 1 Février 2016, no. 1, Février 2016.
- [374] R. Glauser, "ASMAC_Section Berne_Nous avons remporté quelques succès," *Journal ASMAC*, vol. N°1 Février 2016, no. 1, pp. 13–14, Février 2016.
- [375] S. Stettler, "Hélas, il nous quitte...," *Journal ASMAC*, vol. N°2 Avril 2017, no. 2, p. 11, Avril 2017.
- [376] D. Lüthi, "Honteux d'être malades," *Bull Med Suisses*, vol. 2016 (97), no. 23, pp. 852–853, Aug. 2016.
- [377] B. Weil, "La «Santé pour tous», donc aussi pour les médecins," *Bull Med Suisses*, vol. 2016 (97), no. 23, p. 823, Aug. 2016.
- [378] American Foundation for Suicide foundation, "Documentary Examines the High Rate of Physician Suicide," *Campus Safety Magazine*, Framingham, MA, USA, pp. 1–5, Apr-2008.
- [379] J. Martin, "Vie et maladie d'un neurochirurgien," *Bull Med Suisses*, vol. 2017 (98), no. 18, pp. 596–596, May 2017.
- [380] P. Kalanithi, *Quand le souffle rejoint le ciel _ Un médecin face à la vie et à sa mort*, 03 ed. Clamecy, France: J.-C. Lattès, 2017.
- [381] N. van der Heiden, "Attaques contre la loi sur le travail," *Journal ASMAC*, vol. N°2 Avril 2017, no. 2, pp. 7–8, Avril 2017.
- [382] ReMed, Comité directeur, "ReMed: rapport annuel 2016," *Bull Med Suisses*, vol. 2017 (98), no. 11, pp. 330–331, Mar. 2017.
- [383] M. Tapernoux, "L'ASSM et la Fondation Bangerter lancent un programme de soutien_Feuille de route pour promouvoir la relève dans la recherche clinique," *Bull Med Suisses*, vol. 2016 (97), no. 46, pp. 559–560, Nov. 2016.
- [384] A. Malraux, *Les chênes qu'on abat...* Mayenne, France: Gallimard, 1971.