



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2014

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**A quels besoins doit répondre la commission "médecins en souffrance"
du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du Nord ?**

Présentée et soutenue publiquement le 19 septembre 2014 à 16h00
au Pôle Recherche

Par Sébastien RAGOT

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Paul FRIMAT

Assesseurs :

Madame le Professeur Sophie FANTONI-QUINTON

Madame le Docteur Ariane LEROYER

Monsieur le Docteur Franck ROUSSEL

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Olivier VERRIEST

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CROM	Conseil Régional de l'Ordre des Médecins
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CMES	Commission médecins en souffrance
IC	intervalle de confiance
CARMF	Caisse autonome de retraite des médecins de France
MOTS	Médecins Organisation Travail Santé
PAIMM	Programme d'Aide Intégrale aux Médecins Malades
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
RSI	Régime Social des Indépendants

Table des matières

Résumé	1
Introduction	2
I. Cadre légal et enjeux de la prise en charge du médecin en souffrance	3
A. L'entraide entre médecins, un devoir déontologique	3
B. Deux enjeux principaux	4
1. A l'échelle individuelle	4
2. A l'échelle collective	4
II. Particularités de la population médicale	4
A. Une population hétérogène	4
B. Soigner ou assister un médecin, un exercice complexe.....	5
III. Place du Conseil de l'Ordre des médecins	5
IV. La commission "médecins en souffrance" du CDOM du Nord.....	7
V. Les objectifs du travail de recherche	9
Matériels et méthodes.....	11
I. Population cible	11
II. Le questionnaire	12
A. Comité de rédaction	12
B. Description	13
1. Questions	13
a) Première catégorie portant sur le "côté social"	13
b) Deuxième catégorie portant sur le "côté psychologique".....	13
c) Troisième catégorie portant sur le "côté financier".....	14
d) Quatrième catégorie portant sur le "côté organisationnel".....	14
2. Cotations	14
III. Réalisation de l'enquête.....	16
A. Période de recueil des données	16
B. Données.....	17
IV. Analyses des données.....	17
A. Statistiques descriptives	18
B. Statistiques bivariées	19
1. Association entre deux questions.....	19
2. Association score total et âge des participants	19
3. Association score total et sexe des participants.....	20
Résultats	21
I. Diagramme de flux.....	21

II.	Statistiques descriptives	22
A.	La population étudiée	23
1.	Sexe	23
2.	Age	24
B.	Souffrance et score au moins égal à 37 points.....	25
C.	Analyse par question et par catégorie	26
1.	Première catégorie portant sur le "côté social".....	26
a)	Question 1	26
b)	Question 2	27
c)	Question 3	28
d)	Question 4	29
e)	Score "côté social"	30
2.	Deuxième catégorie portant sur le "côté psychologique"	31
a)	Question 5	31
b)	Question 6	32
c)	Question 7	33
d)	Question 8	34
e)	Question 9	35
f)	score "côté psychologique"	36
3.	Troisième catégorie portant sur le "côté financier"	37
a)	Question 10	37
b)	Question 11	38
c)	score "côté financier"	39
4.	Quatrième catégorie portant sur le "côté organisationnel"	40
a)	Question 12	40
b)	Question 13	41
c)	Question 14	42
d)	Question 15	43
e)	score "côté organisationnel"	44
III.	Statistiques bivariées.....	45
A.	Association entre le fait de travailler seul ou en groupe	45
1.	Et avoir des problèmes relationnels avec les associés ou les employés (question 2).....	45
2.	Et se sentir capable d'arriver à la fin de la journée de travail (question 5).....	46
3.	Et avoir l'impression d'être suffisamment aidé ou accompagné dans le travail (question 13)	47
4.	Et d'arriver à parler de ses problèmes (question 14).....	48
B.	Association entre le score total et l'âge	49
C.	Association entre le score total et le sexe	49
	Discussion	50
I.	Le sujet	50
II.	La validité de l'étude	51
A.	Validité interne.....	51
1.	Points forts	51
2.	Points faibles.....	51
a)	Puissance de l'étude	52
b)	Le test diagnostique	53
B.	Validité externe.....	54
III.	Les résultats	54
A.	Les données démographiques	54
B.	Les catégories.....	55
C.	Les questions	56

1.	Expression de la souffrance	57
a)	Quel est votre degré de satisfaction personnelle ?.....	57
b)	Vous sentez-vous capable d'arriver à la fin de la journée de travail ?	57
c)	Vous sentez-vous fatigué dès le réveil ?	58
d)	Avez-vous le sentiment de vous occuper de vos patients de façon impersonnelle ?	58
e)	Avez-vous du mal à boucler les fins de mois ?.....	59
f)	Arrivez-vous à prendre des vacances ?	59
2.	Difficultés rencontrées	60
a)	Avez-vous des problèmes relationnels avec votre conjoint et/ou vos enfants ?	60
b)	Avez-vous des problèmes relationnels avec vos associés et/ou vos employés ?	61
c)	Confieriez vous votre santé à un confrère ?	61
d)	Faites-vous de l'automédication et prenez-vous des anxiolytiques, de la codéine, des hypnotiques, de la morphine ou autre traitement psychotrope ?.....	62
e)	Avez-vous remarqué une augmentation de votre consommation de café, thé, tabac, alcool, cannabis ?	62
f)	Avez-vous des retards de paiements dans vos prélèvements obligatoires? CARMF URSSAF ?.....	63
g)	Avez-vous l'impression d'être suffisamment aidé ou accompagné dans votre travail ?.....	64
h)	Arrivez-vous à parler de vos problèmes ?	64
D.	Les associations testées	65
IV.	Les propositions.....	66
A.	Quantifier la situation de souffrance	66
B.	Rechercher des facteurs de causalité	66
C.	Repérer précocement.....	67
D.	Eduquer la population cible	67
E.	Evaluer les démarches entreprises	68
F.	Proposer une prise en charge standardisée des médecins en souffrance	68
	Conclusion.....	70
	Références bibliographiques	71
	Annexes	73
	Annexe 1 : Procédure pour présenter une demande d'entraide au CNOM	73
	Annexe 2 : Cadrage du concept d'entraide par le CNOM	74
	Annexe 3: Le questionnaire.....	75
	Annexe 4: Statistiques descriptives pour l'ensemble des questionnaires.....	77
	Annexe 5: Statistiques descriptives stratifiées selon le score seuil franchi	79
	Annexe 6: Statistiques bivariées	82

RESUME

Contexte : La commission "médecins en souffrance" du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du Nord garant de l'entraide entre confrères et de la qualité des soins dispensés par ses médecins inscrits se fixe pour objectif la prise en charge des situations de souffrance des médecins.

Méthode : Ce travail a pour objectif de rechercher une hiérarchie des catégories (sociale, organisationnelle, psychologique, financière) dans lesquelles s'exprime cette souffrance afin d'organiser une réponse efficace. Il s'agit d'une étude épidémiologique d'observation, descriptive et transversale dans laquelle les données ont été recueillies à l'aide d'un auto-questionnaire destiné aux médecins inscrits au CDOM du Nord. L'analyse était descriptive et comparative.

Résultats : 91 réponses ont été recueillies et analysées pour 11093 médecins inscrits. Parmi les participants, 64% étaient des hommes, l'âge moyen était de 49.4 ans, 31% [22-41] étaient en souffrance. Parmi les quatre catégories évaluées, la catégorie financière était la moins importante (29/100), la catégorie organisationnelle était la plus importante (53.5/100). Les catégories, sociale et psychologique, obtenaient respectivement 42/100 et 41.2/100. On ne retrouvait pas d'association entre le score de souffrance et l'âge et le sexe des participants.

Conclusion : Cette première approche confirme l'importance de la problématique de la souffrance du médecin et de sa prise en charge qui ne doit pas se limiter à une assistance financière pour être efficace.

INTRODUCTION

L'épuisement professionnel, les pathologies invalidantes organiques et psychiatriques, le stress pathologique, les problèmes familiaux et sociaux qui en découlent ou y participent, n'épargnent pas la population médicale (1).

Face à ces difficultés, causes ou conséquences d'une souffrance vécue par le médecin, des recours existent. Ils ne sont toutefois pas standardisés et font appel à de multiples intervenants. Nous pouvons citer la CPAM, le RSI, la CARMF ; les assurances privées ; les associations ; le Conseil de l'Ordre des Médecins.

Cela conduit à des prises en charges individuelles ou locales, aléatoires et souvent tardives. Il reste que ces problématiques sont d'importance.

En 2003, le risque relatif de suicide chez les médecins de 30 à 65 ans était de 2.37 comparativement à la population générale (2).

Dans son enquête SESMAT menée en 2007-2008, portant sur 1924 médecins salariés français, le Docteur Madeleine Estryn-Behar rapportait que les médecins salariés français sont 17% à penser au moins une fois par mois à quitter leur profession (3)(4).

47% des médecins libéraux franciliens présentaient les symptômes de l'épuisement professionnel en 2007 (5).

L'association "*Paroles de professionnels*" a mené une étude en 2013 sur 120 médecins généralistes libéraux de Champagne-Ardenne au sujet de l'épuisement professionnel. Interrogés sur les sources de cet épuisement, les médecins interrogés priorisaient la charge de travail, le comportement des patients et les contraintes administratives (6).

Parmi les futurs médecins, le problème de l'épuisement professionnel est tout aussi préoccupant. Une thèse réalisée en 2011 et portant sur 4050 internes de Médecine Générale montrait que seuls 42% des interrogés ne présentaient un score pathologique à aucune des trois dimensions de ce problème: épuisement émotionnel, dépersonnalisation et accomplissement personnel (7).

Une attitude de prévention par l'encadrement et l'information et une prise en charge précoce standardisée résultat d'un repérage précoce peuvent être une approche de solution.

La France compte au 1er janvier 2013, 271970 médecins inscrits à l'Ordre (8).

I. Cadre légal et enjeux de la prise en charge du médecin en souffrance

A. L'entraide entre médecins, un devoir déontologique

Code de la santé publique, article L4121-2 (9) :

"L'ordre des médecins, celui des chirurgiens-dentistes et celui des sages-femmes veillent au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine, de l'art dentaire, ou de la profession de sage-femme et à l'observation, par tous leurs membres, des devoirs professionnels, ainsi que des règles édictées par le code de déontologie prévu à l'article L. 4127-1 (10).

Ils assurent la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession médicale, de la profession de chirurgien-dentiste ou de celle de sage-femme.

Ils peuvent organiser toutes œuvres d'entraide et de retraite au bénéfice de leurs membres et de leurs ayants droit.

Ils accomplissent leur mission par l'intermédiaire des conseils départementaux, des conseils régionaux ou interrégionaux et du conseil national de l'ordre."

Code de la santé publique, article R4127-56 (11) ; code de Déontologie, article 56, extrait :

" Les médecins se doivent assistance dans l'adversité."

L'entraide entre médecins est un devoir déontologique.

B. Deux enjeux principaux

1. A l'échelle individuelle

Du point de vue du professionnel confronté à une situation difficile, il est question d'accéder à des ressources matérielles et relationnelles lui permettant assistance adaptée et réponse à la situation de souffrance vécue. Cela s'entend sur le plan curatif mais aussi sur le plan préventif.

2. A l'échelle collective

Du point de vue de l'organisation de l'offre de soin, il est question de garantir à la population l'accès pérenne à des soignants compétents.

Un médecin en situation de souffrance peut être à l'initiative de prises en charges inadaptées. L'exercice de la médecine demande compétence et probité.

Une situation à risque non prévenue ou une situation de souffrance non prise en charge peuvent être la cause d'une cessation d'activité précipitée, ce qui occasionne une perte d'accès et une rupture de la continuité de soin. Cela est d'autant plus problématique que le maillage démographique de la population médicale est parfois défaillant.

II. Particularités de la population médicale

A. Une population hétérogène

Les modes d'exercice médical sont variés. Il est question d'exercice libéral, d'exercice salarié et d'exercice mixte ; d'exercice en groupe et d'exercice seul ; d'exercice urbain, péri urbain et d'exercice rural ; d'exercice à temps plein ou à temps partiel (12).

Les populations prises en charge et les compétences spécifiques sollicitées par spécialités médicales varient.

Cette hétérogénéité conduit certainement à des souffrances différentes. Cela impose une quantification des besoins permettant des modalités de prise en charge adaptées.

B. Soigner ou assister un médecin, un exercice complexe

Pour le médecin en besoin de soins, le statut de soigné peut être perçu comme dégradant. Cela peut conduire à des situations de déni, de refus de soin et de retard de prise en charge. La prise de conscience et l'intervention tardive consécutive sont porteuses de perte de chance (13).

Le médecin malade peut se sentir en mesure d'assurer sa propre prise en charge. En 2008, 90% des médecins français n'avaient pas déclaré de médecin traitant (14).

Pour le médecin en souffrance, la confrontation éventuelle à ses propres patients, en tant qu'individu soigné, peut être une crainte. Le recours à ses propres correspondants médicaux peut donc être difficile.

La crainte de la sanction pouvant conduire à la perte du droit d'exercer peut conduire le médecin en difficulté à retarder ou refuser la mise en place des soins nécessaires.

Pour le soignant prenant en charge un médecin, soigner un confrère, bien qu'il s'agisse d'un devoir déontologique, peut être source de difficulté.

Pour les médecins salariés, la médecine du travail représente un recours possible. Néanmoins les mêmes réticences et refus peuvent apparaître.

III. Place du Conseil de l'Ordre des médecins

Face à ces caractéristiques complexes, l'enjeu d'une prise en charge efficace du médecin en souffrance relève de décisions politiques fortes.

Le respect des règles déontologiques est placé sous l'autorité du Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Ce dernier, comme le mentionne la loi, a le droit d'organiser cette entraide et le devoir d'en assurer l'effectivité.

Il dispose du recours d'interdire temporairement et définitivement le droit d'exercer en France. Cela lui est possible par la mise en place d'une procédure suspensive décidée par la Formation Restreinte du CROM (article R4124-3 du CSP).

Il ne dispose pas du recours à une mesure d'injonction de soins.

Il n'a pas l'exclusivité légale de cette prise en charge. Il peut faire appel à d'autres intervenants. Des associations à l'échelle départementale ou régionale proposent des recours. C'est le cas par exemple de l'association MOTS en Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon.

Pour répondre à cet enjeu, le CNOM a mis en place la Commission Entraide.

Dans son rapport de la commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil National de l'Ordre des Médecins du 19 juin 2004 portant sur l'entraide ordinale, le Dr Jean POUILLARD reprenait les actions mises en place et les difficultés rencontrées (15).

Le CNOM a mis en place l'entraide sur son versant matériel. Devant une situation financière difficile et sous certaines réserves, le médecin ou ses ayants droits peuvent solliciter un soutien financier temporaire.

Pour cela, ils suivent les directives mises en place. Le parcours est codifié (9).
(Annexe 1)

Au delà de cette dimension d'aide financière, l'assistance qu'apporte le CNOM restait à ce jour limitée et non codifiée.

Cependant, une prise en charge plus globale reste un objectif explicite.

Code de Déontologie, article 56.3, commentaires de l'Ordre (16):

"Au-delà d'une obligation morale, l'assistance aux confrères dans l'adversité est aussi une obligation déontologique et confraternelle ; le terme adversité devant être entendu au sens large englobant les difficultés de santé, matérielles, morales, sociales et professionnelles.

Elle concerne tous les médecins quelle que soit leur forme d'exercice."

Devant cette problématique d'une entraide à plusieurs dimensions, un rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil National de l'Ordre des Médecins du 28 juin 2008 tentait d'établir un cadrage.

Il portait sur le médecin malade (14).

Le Docteur Patrick BOUET, depuis élu Président du CNOM le 27 juin 2013, précisait dans ce rapport l'ambition du CNOM d'élargir ses modalités d'interventions (*Annexe 2*).

Cette prise en charge globale du médecin en souffrance est confiée aux CDOM. Ces derniers ont la liberté d'organiser cette mission à l'échelle départementale.

IV. La commission "médecins en souffrance" du CDOM du Nord

Fort de cette volonté politique, le CDOM du Nord s'inscrit dans la recherche et la mise en place d'une réponse et d'une information structurées et efficaces.

Le Dr Olivier VERRIEST a constitué en ce sens la commission "*médecins en souffrance*". Cette commission a fait l'objet d'une validation au cours du conseil du 14 février 2013.

Cette commission est composée de quatre autres membres : Franck ROUSSEL, Sophie BLEUEZ, Jocelyne GILSKI et Françoise BASSERY.

Elle vise cette prise en charge ordinale pluridimensionnelle du médecin en souffrance. Elle agit en partenariat avec la commission départementale "*entraide*" présidée par le Docteur Philippe HANNEQUART.

Son ambition est d'apporter informations et prévention des situations à risque d'une part, et de mettre en place des propositions d'accompagnement des situations de souffrance d'autre part.

Une première démarche de sensibilisation et de repérage précoce a été entreprise par la constitution d'un auto-questionnaire anonyme intitulé *"testez votre stress"* (Annexe 3).

Il était question de proposer aux médecins inscrits au CDOM du Nord une auto-évaluation de leur niveau de souffrance ressentie.

Cette évaluation était reproductible par un même médecin plusieurs fois, à des temps différents.

Cela permettait de déclencher chez le médecin une éventuelle prise de conscience et une interrogation sur ses difficultés et leurs répercussions sur la qualité de son travail.

Cela permettait également de communiquer sur l'implication du CDOM du Nord dans la prise en charge de cette problématique de la souffrance des médecins.

A l'issue de la série de questions, les coordonnées téléphoniques du CDOM étaient fournies systématiquement.

Le médecin en demande devait contacter le CDOM par téléphone afin de convenir d'un rendez-vous avec un conseiller ordinal. L'anonymat garantissait l'absence d'intervention du CDOM, secondaire au remplissage du questionnaire, sans démarche volontaire préalable du médecin.

Un résultat seuil distinguait deux populations et déterminait deux messages différents de clôture du questionnaire.

Ce score avait été fixé par le comité de rédaction avant la mise en ligne du questionnaire.

Le premier message était :

"Votre niveau de stress ne semble pas anormal. Toutefois, vous pouvez contacter le Conseil de l'Ordre au 03.20.31.10.23 afin de convenir d'un rendez-vous avec un Conseiller si vous le désirez."

Il s'y ajoutait un second message, inscrit en caractères rouges, si la valeur seuil était franchie :

"Vous avez peut-être besoin d'aide."

Vous pouvez contacter le conseil de l'ordre au 03 20 31 10 23 afin de convenir d'un rendez-vous avec un conseiller."

V. Les objectifs du travail de recherche

Une prise en charge efficace de la problématique du médecin en souffrance demande une base de données et de connaissances ciblées.

Les réponses aux questions du questionnaire "*testez votre stress*" permettent d'extraire différentes informations qualitatives et quantitatives sur ce thème du médecin en souffrance.

La question posée dans ce travail est : A quels besoins doit répondre la commission médecins en souffrance du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du Nord ?

L'objectif principal de ce travail est de rechercher une éventuelle hiérarchie des besoins face à cette question de la souffrance des médecins pour orienter les formations futures des conseillers ordinaires et pour les futurs axes de travail de la commission "*médecins en souffrance*".

Notre hypothèse est qu'il existe une hiérarchie des besoins.

Devant cet objectif,

Il est intéressant de rechercher qualitativement :

- les catégories dans lesquels les médecins se ressentaient plus fortement en souffrance.

Il est intéressant de rechercher quantitativement :

- le nombre et le taux de réponses obtenues ;
- le profil moyen basé sur les données démographiques recueillies des médecins ayant répondu.

Cette étude descriptive des réponses aux questionnaires ainsi que la recherche d'associations statistiquement significatives entre certaines questions sont réalisées en ce sens.

L'objectif secondaire de ce travail est de discuter ce questionnaire "*testez votre stress*" en tant qu'outil de sensibilisation et de recueil d'informations. Il est question de mettre en perspective ses atouts, ses biais et sa portée afin de proposer des pistes de travail pour la mise en place de futurs outils. Il n'existe pas à notre connaissance d'examen de référence opposable.

MATERIELS ET METHODES

L'étude est épidémiologique, observationnelle, descriptive et transversale. Elle porte sur le recueil et l'exploitation d'informations obtenues par un questionnaire à choix multiples.

I. Population cible

La population cible de l'étude était l'ensemble des médecins inscrits au CDOM du Nord. Cette inscription leur fournissait les identifiants "internet" nécessaires pour permettre l'accès au questionnaire.

A titre de précision, cette population n'est pas superposable à l'ensemble des médecins en exercice sur le département du Nord.

Des exceptions existent :

- Les médecins n'ayant pas soutenu leur thèse d'exercice et exerçant une activité de médecin remplaçant libéral ne sont pas inscrits.
- Les médecins domiciliés hors département du Nord, remplaçants libéraux ayant soutenu leur thèse d'exercice et exerçant dans le Nord n'étaient pas inclus. En effet, ces derniers sont inscrits au tableau du CDOM du département de leur domicile.
- Par ailleurs, des dérogations à l'obligation d'inscription (article L. 4112-6 du code de la santé publique) sont prévues pour les médecins appartenant aux cadres actifs du service de santé des Armées et pour les médecins ayant la qualité de fonctionnaire ou d'agent titulaire d'une collectivité locale (17)(18).

L'exercice d'un médecin sur un site distinct de sa résidence professionnelle habituelle, situé dans un département différent de celui du lieu d'inscription, ne donne pas lieu à nouvelle inscription.

Cette population inclut 11093 médecins en date du 23 avril 2014, fin d'inclusion des données.

A titre de précision, ce nombre est à pondérer à la lecture du bulletin "la démographie médicale en région Nord-Pas-de-Calais, situation en 2013" du CNOM rédigé sous la direction du Dr Jean François RAULT, Président de la Section Santé Publique et Démographie Médicale du CNOM, président actuel du CDOM du Nord. (8). En effet, ces travaux annoncent 10793 médecins inscrits au CDOM du Nord en 2013 se répartissant en 8805 médecins en activité et 1988 retraités ou en invalidité.

Cette exhaustivité d'inscriptions s'explique par le cadre légal de l'exercice de la médecine en France.

L'inscription au tableau de l'Ordre est obligatoire pour exercer la médecine en France, sous peine de poursuites pour exercice illégal de la médecine (article L.4161-1 à 5 du code de la santé publique)(19)

II. Le questionnaire

A. Comité de rédaction

Le questionnaire a été construit en juillet 2013 sous la direction du Docteur Olivier VERRIEST par l'équipe de la commission "Médecins en souffrance" du CDOM du Nord.

Sa rédaction est inspirée, ainsi que nous le précise le comité de rédaction, par le questionnaire Maslach Burnout Inventory (3).

Il s'agit d'une échelle de mesure de l'épuisement professionnel du soignant composée de vingt deux questions offrant chacune sept possibilités de réponse.

La Commission a construit ce questionnaire afin de répondre à des attentes ciblées développées ci après. Ce questionnaire est utilisé pour la première fois dans cette étude.

Ce dernier a été validé et mis en ligne après décision et validation du CDOM du Nord au cours du conseil du 5 septembre 2013.

B. Description

1. Questions

Le questionnaire comporte au total quinze questions explorant quatre catégories.

a) Première catégorie portant sur le "côté social"

Elle comprend quatre questions:

- Q1 : Avez-vous des problèmes relationnels avec votre conjoint et/ou vos enfants ?
- Q2 : Avez-vous des problèmes relationnels avec vos associés et/ou vos employés ?
- Q3 : Quel est votre degré de satisfaction personnelle ?
- Q4 : Confieriez-vous votre santé à un confrère ?

b) Deuxième catégorie portant sur le "côté psychologique"

Elle comprend cinq questions:

- Q5 : Vous sentez-vous capable d'arriver à la fin de la journée de travail ?
- Q6 : Vous sentez-vous fatigué dès le réveil ?
- Faites-vous de l'automédication et prenez-vous des anxiolytiques, de la codéine, des hypnotiques, de la morphine ou autre traitement psychotrope ?
- Q8 : Avez-vous remarqué une augmentation de votre consommation de café, thé, tabac, alcool, cannabis ?
- Q9 : Avez-vous le sentiment de vous occuper de vos patients de façon impersonnelle ?

c) Troisième catégorie portant sur le "côté financier"

Elle comprend deux questions:

- Q10 : Avez-vous du mal à boucler les fins de mois ?
- Q11 : Avez-vous des retards de paiements dans vos prélèvements obligatoires? CARMF URSSAF ?

d) Quatrième catégorie portant sur le "côté organisationnel"

Elle comprend quatre questions:

- Q12 : Travaillez-vous seul ou en groupe ?
- Q13 : Avez-vous l'impression d'être suffisamment aidé ou accompagné dans votre travail ?
- Q14 : Arrivez-vous à parler de vos problèmes ?
- Q15 : Arrivez-vous à prendre des vacances ?*

2. Cotations

La question Q12 propose deux possibilités de réponse cotées 1 ou 5 points:

- en groupe: 1 point ;
- seul: 5 points.

Les quatorze autres questions disposent de cinq possibilités de réponse cotées 1, 2, 3, 4 et 5 points.

Pour les questions Q1, Q2, Q7, Q8, Q9, Q10 et Q11:

- non : 1 point ;
- un peu : 2 points ;
- régulièrement : 3 points ;
- souvent : 4 points ;
- toujours : 5 points.

Pour les questions Q4, Q5, Q6, Q13, Q14, Q15:

- oui totalement : 1 point ;
- oui partiellement : 2 points ;
- oui mais... : 3 points ;
- non mais... : 4 points ;

- non : 5 points.

Pour la question Q3:

- très bien : 1 point ;
- bien : 2 points ;
- moyen : 3 points ;
- très moyen : 4 points ;
- mauvais : 5 points.

Les scores par catégorie sont:

- Côté social : de 4 à 20 points ;
- Côté psychologique : de 5 à 25 points ;
- Côté financier : 2 à 10 points ;
- Côté organisationnel : de 4 à 20 points avec exclusion des valeurs 17,18 et 19.

Le score total du questionnaire est compris entre 15 points et 75 points. Il ne peut pas prendre pour valeur: 72, 73, 74. Celles-ci sont inexistantes du fait des modalités de la question 12.

Une valeur seuil a été établie par le comité de rédaction du questionnaire à 37 points. Un score supérieur ou égal à 37 points conduit à l'affichage du deuxième message de conclusion. Il cible une population de réponders à risque.

III. Réalisation de l'enquête

Ce questionnaire était accessible sur internet.

Il était proposé par un onglet clignotant sur la page d'accueil du site internet du CDOM du Nord, sous la terminologie : "Testez votre stress". (20)

Afin de pouvoir y répondre, il était demandé au médecin d'être identifié. Pour cela, deux possibilités se présentaient :

- Si le médecin était déjà identifié sur le site, l'accès était direct.
- Si le médecin n'était pas encore identifié, il était dirigé vers la fenêtre d'identification du site puis automatiquement redirigé vers le questionnaire.

L'identification comportait un identifiant qui était le numéro d'inscription à l'Ordre ainsi que le mot de passe du médecin. Ces informations sont communiquées à chaque médecin inscrit au CDOM du Nord et lui sont propres et confidentielles.

Cette identification permettait de sélectionner uniquement les médecins inscrits au CDOM du Nord et de ne recueillir qu'un seul questionnaire par médecin.

Sur la page d'accueil du questionnaire, il était précisé que ce dernier était anonyme et crypté.

Pour assurer cet anonymat, les données recueillies étaient stockées par une société indépendante du CDOM du Nord : PROMATEC®.

A. Période de recueil des données

Le recueil des données nécessaires à cette étude a été réalisée du 23 septembre 2013 au 23 avril 2014 soit sept mois.

Le début du recueil correspond à la date de mise en ligne du questionnaire. La date de fin a été fixée par des impératifs de fin de cursus universitaire et de délais de rédaction.

Les recommandations fixées par l'équipe de la plateforme d'aide méthodologique du CHRU de Lille permettaient de stopper l'inclusion plus tôt.

B. Données

Au delà des informations puisées des questionnaires, le recueil de l'âge et du sexe des médecins a été possible auprès de l'organisme indépendant chargé du recueil des données et du respect de l'anonymat.

Un numéro d'identifiant indépendant du numéro d'inscription à l'Ordre était alors attribué par cet organisme à chaque médecin participant au questionnaire.

Ce numéro était attribué dans l'ordre chronologique de la première réponse au questionnaire complète ou non pour chaque médecin.

L'âge au 1er janvier ainsi que le sexe du participant y étaient associés à notre demande.

Les réponses au questionnaire étant anonymes, sans possibilité d'établir un quelconque lien entre réponses et répondants, le fichier constitué n'a pas nécessité de déclaration à la CNIL.

Compte-tenu des modalités de recueil du questionnaire et des objectifs de l'étude, seul le premier questionnaire rempli intégralement pour un identifiant donné a été retenu.

IV. Analyses des données

Les données statistiques extraites des questionnaires ont été analysées, à notre demande, par l'équipe de la plateforme d'aide méthodologique, service d'information et des archives médicales, Clinique de Santé Publique, CHRU de Lille.

Les données ont été collectées à l'aide du logiciel Microsoft® Excel® et ont été analysées à l'aide du logiciel R 3.0.

A. Statistiques descriptives

Les quinze questions ont été considérées comme variables qualitatives.

Pour l'analyse de la proportion des questionnaires ayant obtenu au moins 37 points sur l'ensemble des questionnaires obtenus, une mesure de l'effectif, un calcul du pourcentage avec intervalle de confiance à 95% ainsi qu'une représentation par pie chart ont été réalisés.

Les exploitations ont ensuite été réalisées :

- pour l'ensemble des questionnaires
- pour le groupe de questionnaires ayant obtenu au moins 37 points

Pour le sexe et la répartition des modalités pour chaque question, une mesure des effectifs et un calcul des pourcentages, avec intervalle de confiance à 95% (sauf pour le sexe), a été réalisée.

Pour le sexe, et la question 12 portant sur le fait de travailler seul ou en groupe, il s'agissait d'une représentation graphique par pie chart.

Pour les autres questions, une représentation graphique par diagramme en barres avec présentation de l'intervalle de confiance a été réalisée avec en abscisse, les modalités prises par la variable et en ordonnée l'effectif.

Pour l'âge, le score total, les scores cumulés par "côté", variables quantitatives, une mesure de l'effectif, un calcul de la moyenne, avec intervalle de confiance à 95% (sauf pour l'âge), de l'écart type, de la médiane, des 1er et 3eme quartiles ainsi qu'une représentation graphique par histogramme avec courbe de densité et boîte à moustache ont été effectués.

B. Statistiques bivariées

1. Association entre deux questions

Nous avons recherché des associations entre deux questions (deux variables qualitatives) :

- à l'aide du test du Chi2 si les modalités retenues comptabilisaient un effectif d'au moins 5 ;
- à l'aide du test de Fischer exact dans le cas contraire.

Le test a été jugé significatif pour $p < 0.05$.

Si le test était significatif, nous mettons en évidence une association statistiquement significative entre les deux variables au risque de 5%.

Si le test était non significatif, nous ne mettons pas en évidence d'association statistiquement significative entre les deux variables au risque de 5%.

Un diagramme en mosaïque a été établi pour la représentation graphique.

Ces statistiques bivariées portaient sur la recherche d'association entre d'une part le fait de travailler seul ou en groupe (réponse à la question 12) et :

- la réponse à la question 2 portant sur les problèmes relationnels avec les associés ou les employés ;
- la réponse à la question 5 portant sur la capacité à arriver à la fin de la journée ;
- la réponse à la question 13 portant sur l'impression d'être suffisamment aidé ou accompagné dans le travail ;
- la réponse à la question 14 portant sur la capacité à parler de ses problèmes.

2. Association score total et âge des participants

Nous avons recherché une association entre l'âge et le score total obtenu.

Il s'agit de deux variables quantitatives. Un test de la nullité du coefficient de corrélation avec une significativité pour $p < 0.05$ ainsi qu'une représentation graphique par nuage de points ont été effectués.

Si le test était significatif, nous mettons en évidence une association statistiquement significative entre les deux variables au risque de 5%.

Si le test était non significatif, nous ne mettons pas en évidence d'association statistiquement significative entre les deux variables au risque de 5%.

3. Association score total et sexe des participants

Nous avons recherché une association entre le sexe du médecin et le score total obtenu.

S'agissant d'une variable qualitative et d'une variable quantitative, une comparaison de deux moyennes a été réalisée à l'aide d'un test de Student avec une significativité pour $p < 0.05$ ainsi qu'une représentation par box plot.

Si le test était significatif, nous mettons en évidence une association statistiquement significative entre les deux variables au risque de 5%.

Si le test était non significatif, nous ne mettons pas en évidence d'association statistiquement significative entre les deux variables au risque de 5%.

II. Statistiques descriptives

Les résultats obtenus pour l'ensemble des questionnaires sont confrontés visuellement aux résultats obtenus pour les questionnaires ayant obtenu un score total d'au moins 37 points.

Il n'est pas recherché dans cette partie descriptive de différence significative entre ces deux populations de résultats aux questionnaires.

Il reste intéressant de les confronter afin de suggérer des tendances.

L'ensemble de ces résultats est repris en annexe 4 et 5.

Les pourcentages cités ci-après sont encadrés par leur intervalle de confiance à 95%. Cet intervalle à 95% de chance de contenir la vraie valeur du pourcentage estimé. Lorsqu'un pourcentage est fourni, lui est associé entre parenthèses l'effectif de la population considérée qu'il représente sous la forme: (n=effectif).

Les moyennes citées ci-après sont encadrées par leur intervalle de confiance à 95%. L'écart type est fourni sous la forme: +/- l'écart type.

Le score total moyen pour l'ensemble des questionnaires étaient de 32.4 +/- 7.1.

Il est de 40.8 +/- 3.2 pour le groupe des questionnaires seuil.

A. La population étudiée

1. Sexe

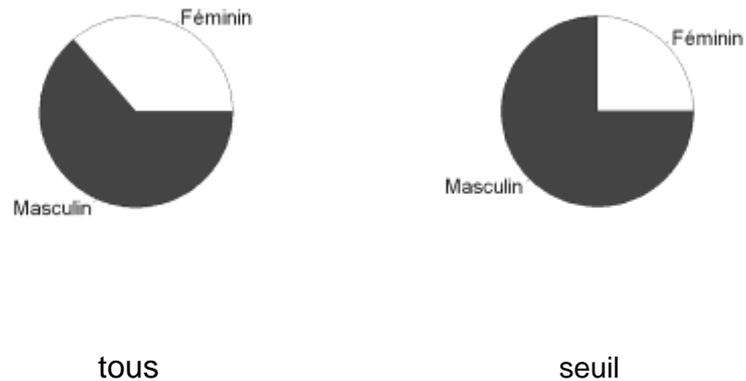


figure 1: Distribution de la population en fonction du sexe

Parmi les 91 réponses, 58 étaient faites par des hommes soit 64% de l'effectif.

Pour les questionnaires seuil, 21 étaient réalisés par des hommes soit 75% de l'effectif.

A titre de comparaison, en 2013, dans le département du Nord, les hommes représentaient 61% de l'effectif des médecins régulièrement inscrits en exercice (12).

2. Age

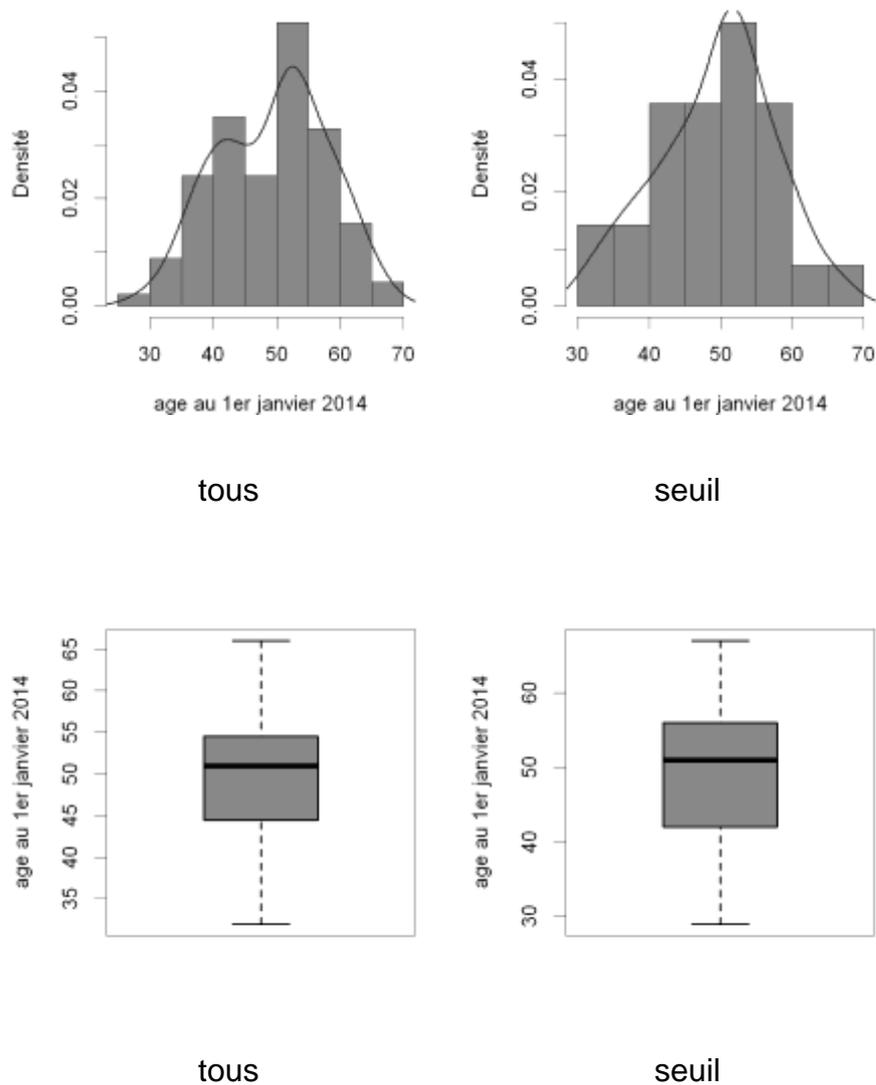


Figure 2: histogramme, courbe de densité et boîte à moustache de la distribution de la population en fonction de l'âge

L'âge moyen au 1er janvier 2014, pour l'ensemble des questionnaires, était de 49.4 ans +/- 8.6.

Il était de 49.5 ans +/- 8.15 pour les questionnaires seuils.

A titre de comparaison, en 2013, dans le département du Nord, l'âge moyen des médecins régulièrement en exercice était de 50.2 ans (12) .

B. Souffrance et score au moins égal à 37 points

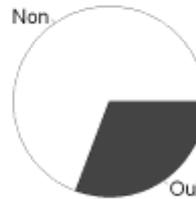


Figure 1: distribution des questionnaires selon score seuil franchi

Sur les 91 réponses obtenues, 28 questionnaires présentaient un score au moins égal à 37 points.

Nous les appellerons questionnaires seuil pour la suite des résultats.

Ils représentent 31% de l'ensemble des questionnaires.

Le score maximal obtenu était de 49 points. Le score minimal était de 14 points.

C. Analyse par question et par catégorie

1. Première catégorie portant sur le "côté social"

a) Question 1

Avez-vous des problèmes relationnels avec votre conjoint et/ou vos enfants?

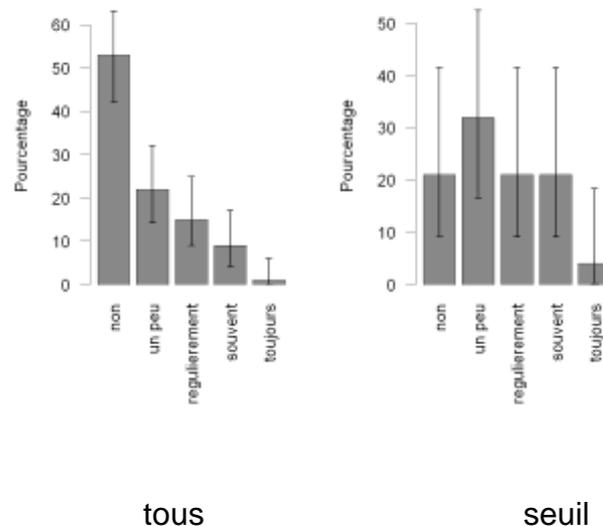


figure 3: Pourcentages des réponses à la question 1 selon les modalités proposées

A 53% [42-62], les médecins ayant participé à l'étude déclarent ne pas rencontrer de problème relationnel avec leur conjoint et/ou enfants (n=48).

Ils ne sont que 21% [9-41] parmi les répondeurs seuil à répondre de manière identique (n=6).

Un seul médecin, une femme âgée de 32 ans, a répondu toujours (modalité 5) à cette question.

b) Question 2

Avez-vous des problèmes relationnels avec vos associés et/ou vos employés?

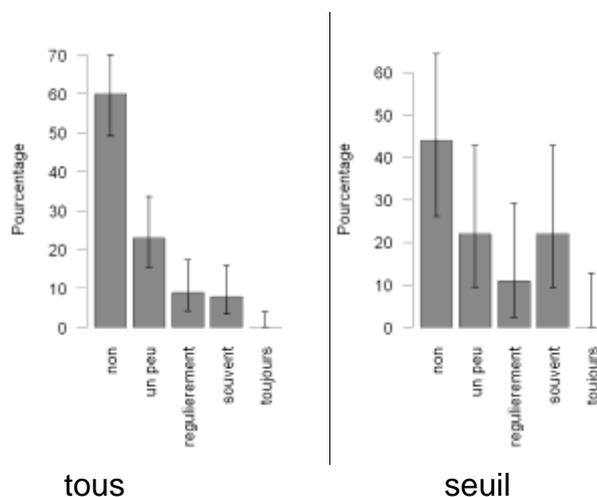


figure 4: Pourcentages des réponses à la question 2 selon les modalités proposées

60% [49-70] des médecins ayant participé à l'étude répondent "non" à cette question (n=54).

Aucun des 91 questionnaires ne porte la modalité 5: "toujours".

Pour les questionnaires seuil, 22% [9-43] présentaient la réponse "souvent". Ils représentent 6 des 7 questionnaires ayant obtenu cette réponse.

c) Question 3

Quel est votre degré de satisfaction personnelle?

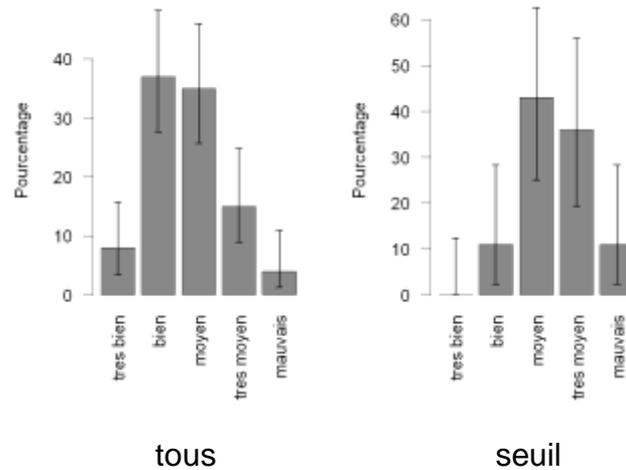


figure 5: Pourcentages des réponses à la question 3 selon les modalités proposées

37% [28-48] des médecins ayant participé à l'étude répondent "bien" à cette question (n=34).

8% [3-16] répondent "très bien" à cette question (n=7).

Aucun des questionnaires seuil ne présente cette dernière réponse.

d) Question 4

Confieriez vous votre santé à un confrère?

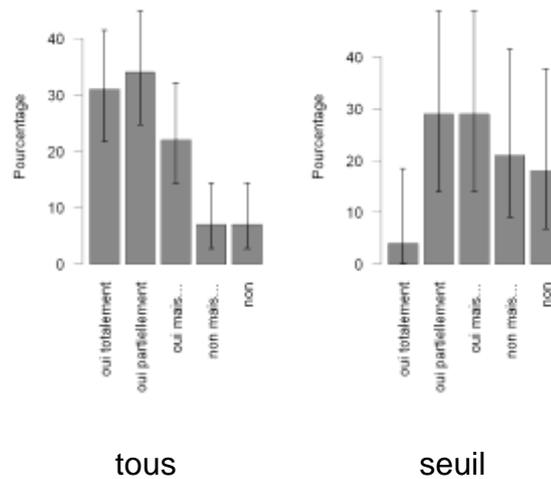


figure 6: Pourcentage des réponses à la question 4 selon les modalités proposées

31% [22-41] des médecins ayant participé à l'étude répondent "oui totalement" (n=28).

34% [25-45] répondent "oui partiellement" (n=31).

7% [3-14] répondent "non" (n=6).

Parmi ces six questionnaires, cinq sont des questionnaires seuil. Ces derniers représentent 18% [7-38] des questionnaires seuil.

e) Score "côté social"

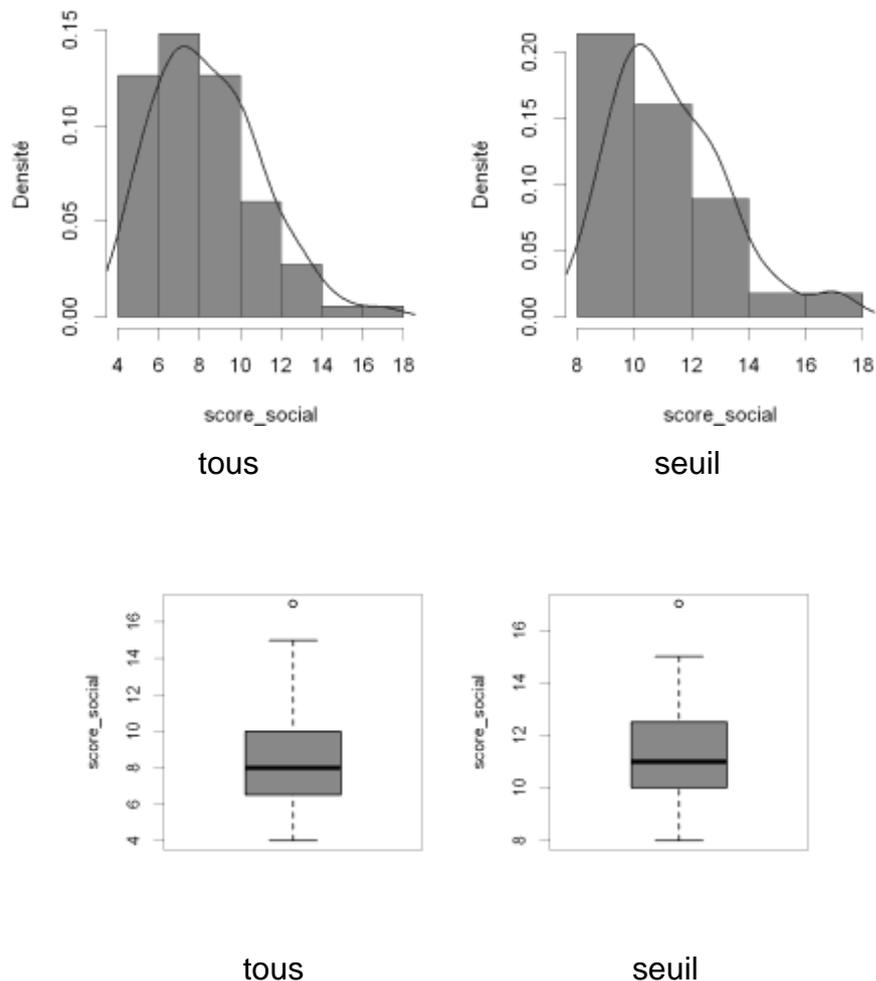


figure 7: Histogramme, courbe de densité et boîte à moustache des différents scores obtenus pour l'ensemble des questions du "côté social" selon les scores possibles

Pour rappel, ce score comprend des valeurs théoriques entre 4 et 20 points.

Il présente une moyenne à 8.4 [7.9-9.0] +/- 2.6 pour l'ensemble des questionnaires.

Pour les questionnaires seuil, la moyenne est à 11.3 [10.5-12] +/- 2.

Le score maximal obtenu est de 17 points pour un questionnaire avec score total de 43 points.

Le score minimal obtenu est de 4 points pour trois questionnaires avec score total de 20, 23, 24 points.

2. Deuxième catégorie portant sur le "côté psychologique"

a) Question 5

Vous sentez vous capable d'arriver à la fin de la journée de travail?

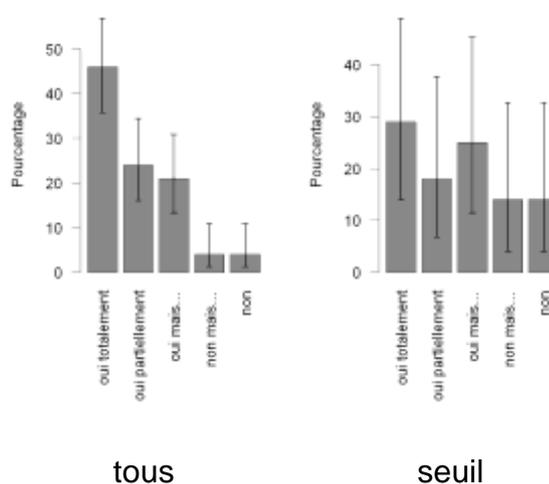


figure 8: Pourcentage des réponses à la question 5 selon les modalités proposées

46% [36-57] des médecins ayant participé à l'étude répondent "oui totalement" (n=42).

Ils sont 29% [14-49] à avoir donné la même réponse au sein des questionnaires seuil (n=8).

Tous les questionnaires (n=8) obtenant les modalités 4 et 5 : "non mais..." et "non" sont des questionnaires seuil.

Ces deux modalités représentent chacune 14% [4-33] des réponses des questionnaires seuil à cette question.

b) Question 6

Vous sentez vous fatigué dès le réveil?

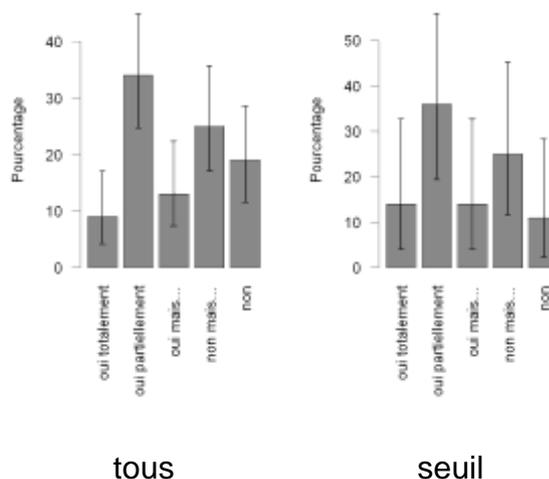


figure 9: Pourcentage des réponses à la question 6 selon les modalités proposées

19% [12-29] des médecins ayant participé à l'étude répondent "non" à cette question (n=17).

Ils sont 11% [2-28] parmi les questionnaires seuil à apporter cette même réponse (n=3).

34% [25-45] des médecins ayant participé à l'étude répondent "oui partiellement". (n=31)

9% [4-17] répondent "oui totalement" (n=8).

Ils sont 14% [4-33] parmi les questionnaires seuil à apporter cette même réponse (n=4).

c) Question 7

Faites vous de l'automédication et prenez-vous des anxiolytiques, de la codéine, des hypnotiques, de la morphine ou autre traitement psychotrope?

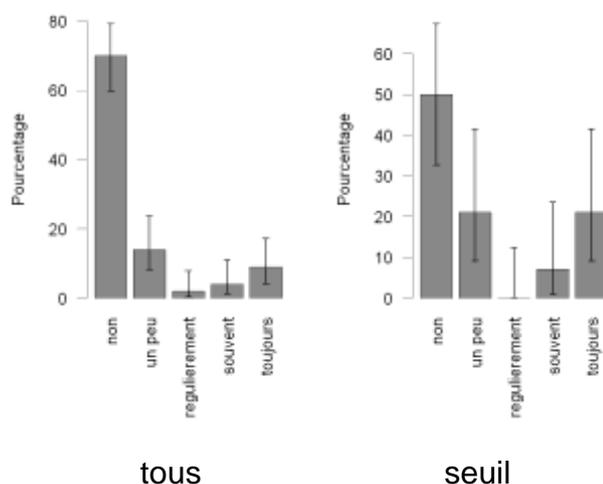


figure 10: Pourcentage des réponses à la question 7 selon les modalités proposées

70% [60-79] des médecins ayant participé à l'étude répondent "non" à cette question (n=64).

Ils sont 50% [33-67] parmi les questionnaires seuil à apporter cette même réponse (n=14).

14% [8-24] des médecins ayant participé à l'étude répondent "un peu" à cette question (n=13).

Ils sont 21% [9-41] parmi les questionnaires seuil à apporter cette même réponse (n=6).

9% [4-17] des médecins ayant participé à l'étude répondent "toujours" à cette question (n=8).

Ils sont 21% [9-41] parmi les questionnaires seuil à apporter cette même réponse (n=6).

d) Question 8

Avez-vous remarqué une augmentation de votre consommation de café, thé, tabac, alcool, cannabis?

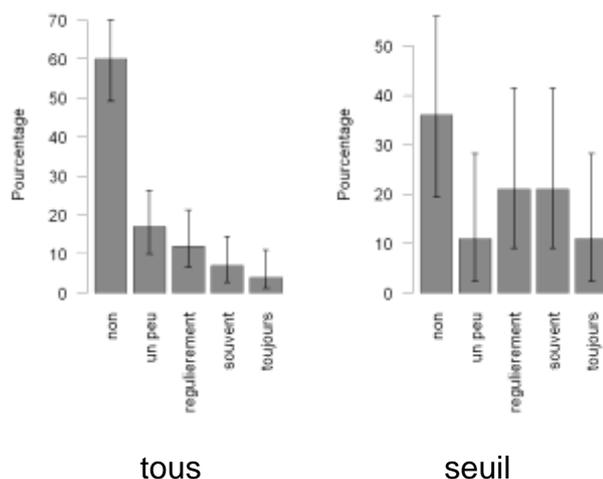


figure 11: Pourcentage des réponses à la question 8 selon les modalités proposées

60% [49-70] des médecins ayant participé à l'étude répondent "non" à cette question (n=54).

Ils sont 36% [19-56] parmi les questionnaires seuil à apporter cette même réponse (n=10).

12% [7-21] des médecins ayant participé à l'étude répondent "régulièrement" à cette question (n=11).

Ils sont 21% [9-41] parmi les questionnaires seuil à apporter cette même réponse (n=6).

Parmi les 10 questionnaires ayant obtenu ou la modalité 4: "souvent" ou la modalité 5: "toujours", 9 étaient des questionnaires seuil.

e) Question 9

Avez-vous le sentiment de vous occuper de vos patients de façon impersonnelle?

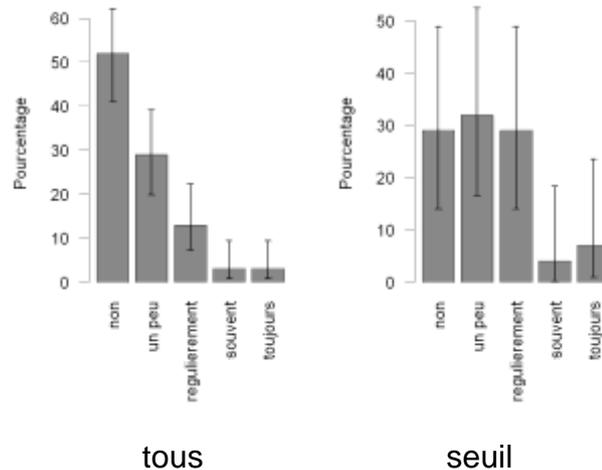


figure 12: Pourcentage des réponses à la question 9 selon les modalités proposées

52% [41-62] des médecins ayant participé à l'étude répondent "non" à cette question (n=47).

Ils sont 29% [14-49] parmi les questionnaires seuil à apporter cette même réponse (n=8).

13% [7-22] des médecins ayant participé à l'étude répondent "régulièrement" à cette question (n=12).

Ils sont 29% [14-49] parmi les questionnaires seuil à apporter cette même réponse (n=8).

3 médecins ont répondu "souvent" et 3 autres ont répondu "toujours".

Parmi les 3 médecins ayant répondu "toujours", 2 étaient parmi les questionnaires seuil soit 7% [1-24] de ce groupe seuil.

f) score "côté psychologique"

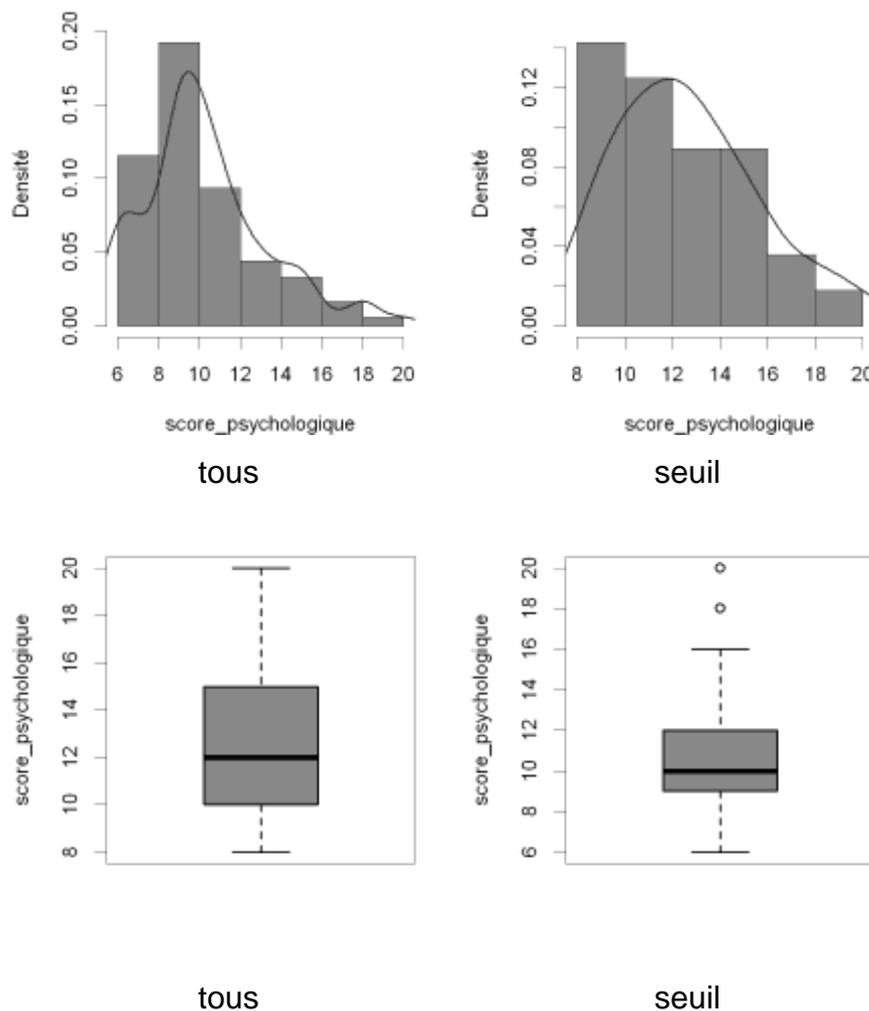


figure 13: Histogramme, courbe de densité et boîte à moustache des différents scores obtenus pour l'ensemble des questions du "côté psychologique" selon les scores possibles

Pour rappel, ce score comprend des valeurs théoriques entre 5 et 25 points.

Il présente une moyenne à 10.3 [9.7-10.9] +/- 3,0 pour l'ensemble des questionnaires.

Pour les questionnaires seuil, la moyenne est à 12.7 [11.5-13.8] +/- 3.0.

Le score maximal obtenu est de 20 points pour un questionnaire avec score total de 45 points.

Le score minimal obtenu est de 6 points pour dix questionnaires avec score total de 19, 20, 22, 22, 23, 23, 24, 27, 27, 31 points.

3. Troisième catégorie portant sur le "côté financier"

a) Question 10

Avez-vous du mal à boucler les fins de mois?

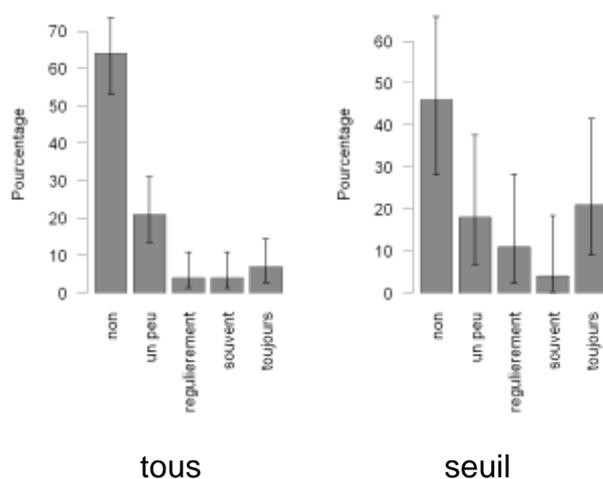


figure 14: Pourcentage des réponses à la question 10 selon les modalités proposées

64% [53-73] des médecins ayant participé à l'étude répondent "non" à cette question (n=58).

Ils sont 46% [28-66] parmi les questionnaires seuil à apporter cette même réponse (n=13).

7% [3-14] des médecins ayant participé à l'étude répondent "toujours" à cette question (n=6).

Ils sont 21% [9-41] parmi les questionnaires seuil à apporter cette même réponse (n=6).

Tous les questionnaires ayant obtenu la réponse "toujours" sont des questionnaires seuil

b) Question 11

Avez-vous des retards de paiements dans vos prélèvements obligatoires?
CARMF URSSAF?

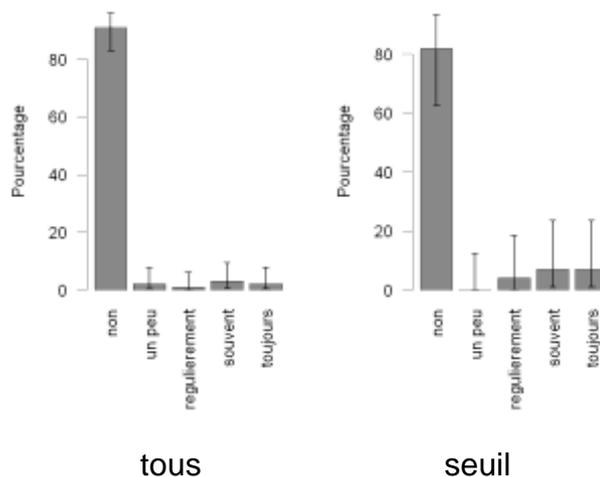


figure 15: Réponses à la question 11 selon les modalités proposées

91% [83-96] des médecins ayant participé à l'étude répondent "non" à cette question (n=83).

Ils sont 82% [62-93] parmi les questionnaires seuil à apporter cette même réponse (n=23).

8 questionnaires n'ont pas obtenu la réponse "non" à cette question. Parmi eux 5 étaient des questionnaires seuil.

7% [1-24] des questionnaires seuil obtiennent la réponse "souvent" (n=2).

7% [1-24] des questionnaires seuil obtiennent la réponse "toujours" (n=2).

c) score "côté financier"

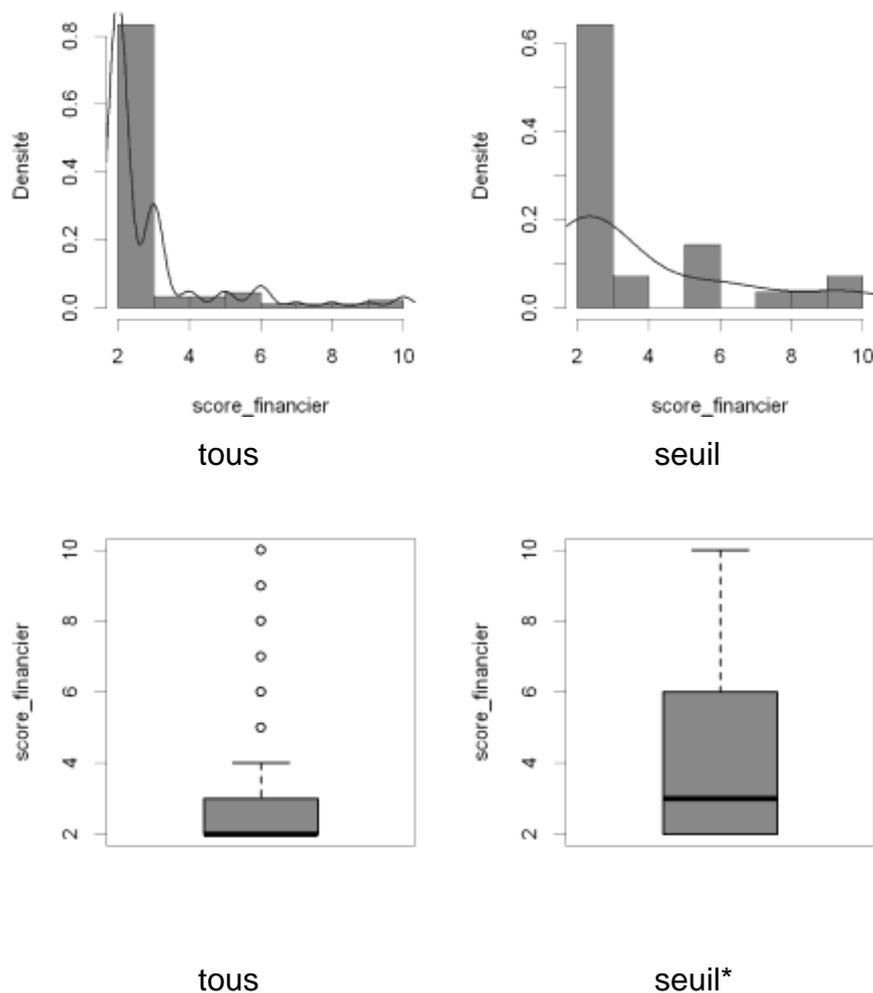


figure 16: Histogramme, courbe de densité et boîte à moustache des différents scores obtenus pour l'ensemble des questions du "côté financier" selon les scores possibles

Pour rappel, ce score comprend des valeurs théoriques entre 2 et 10 points.

Il présente une moyenne à 2.9 [2.6-3.3] +/- 1.8 pour l'ensemble des questionnaires.

Pour les questionnaires seuil, la moyenne est à 3.9 [2.9-4.9] +/- 2.6.

Le score maximal obtenu est de 10 points pour deux questionnaires avec score total de 39 et 46 points.

Le score minimal obtenu est de 2 points pour cinquante sept questionnaires avec score total compris entre 19 et 45 points.

4. Quatrième catégorie portant sur le "côté organisationnel"

a) Question 12

Travaillez vous seul ou en groupe ? en groupe 1 seul 5 ?

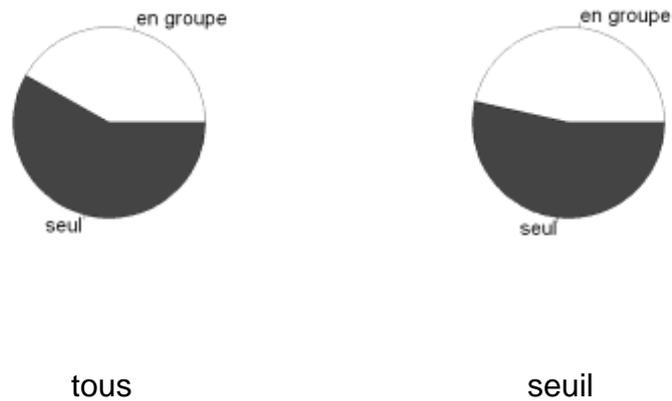


figure 17: Distribution de la population selon le fait de travailler seul ou en groupe

Parmi les 91 réponses, 38 réponses étaient: "en groupe" soit 42% [32-53] de l'effectif.

Pour les questionnaires seuils, 13 réponses étaient : "en groupe" soit 46% [28-66] de l'effectif.

b) Question 13

Avez-vous l'impression d'être suffisamment aidé ou accompagné dans votre travail ?

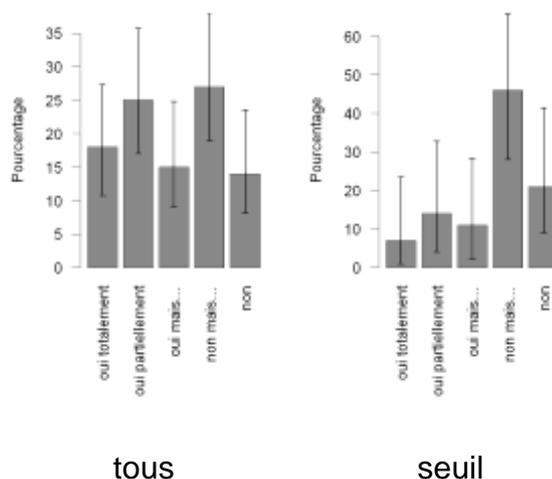


figure 18: Réponses à la question 13 selon les modalités proposées

25% [17-36] des médecins ayant participé à l'étude répondent "non mais..." à cette question (n=23).

Ils sont 46% [28-66] parmi les questionnaires seuil à apporter cette même réponse (n=13).

18% [11-27] des médecins ayant participé à l'étude répondent "oui totalement" à cette question (n=16).

Ils sont 7% [1-24] parmi les questionnaires seuil à apporter cette même réponse (n=2).

c) Question 14

Arrivez vous à parler de vos problèmes ?

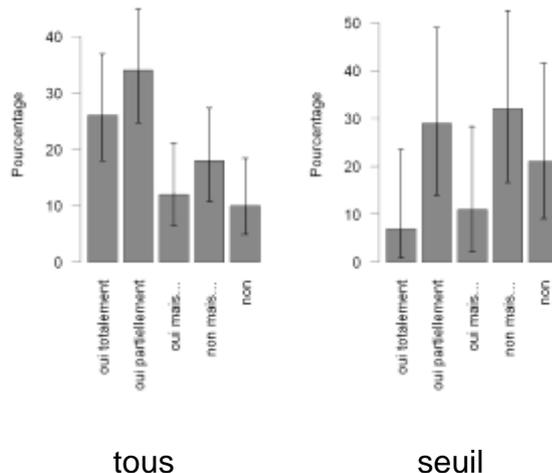


figure 19: Réponses à la question 14 selon les modalités proposées

26% [18-37] des médecins ayant participé à l'étude répondent "oui totalement" à cette question (n=24).

Ils sont 7% [1-24] parmi les questionnaires seuil à apporter cette même réponse (n=2).

10% [5-18] des médecins ayant participé à l'étude répondent "non" à cette question (n=9).

Ils sont 21% [9-41] parmi les questionnaires seuil à apporter cette même réponse (n=6).

d) Question 15

Arrivez vous à prendre des vacances ?

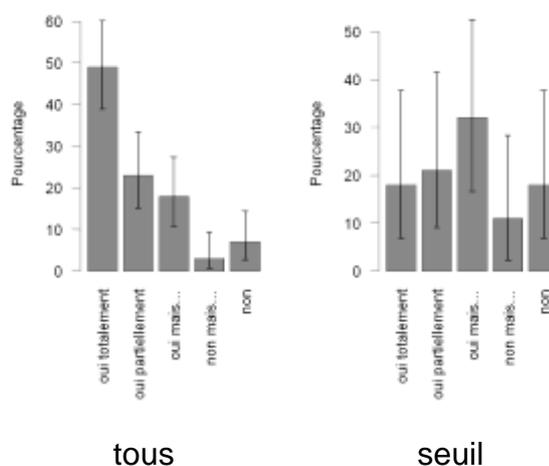


figure 20: Réponses à la question 15 selon les modalités proposées

49% [39-60] des médecins ayant participé à l'étude répondent "oui totalement" à cette question (n=45).

Ils sont 18% [7-38] parmi les questionnaires seuil à apporter cette même réponse (n=5).

7% [3-14] des médecins ayant participé à l'étude répondent "non" à cette question (n=6).

Ils sont 18% [7-38] parmi les questionnaires seuil à apporter cette même réponse (n=5).

e) score "côté organisationnel"

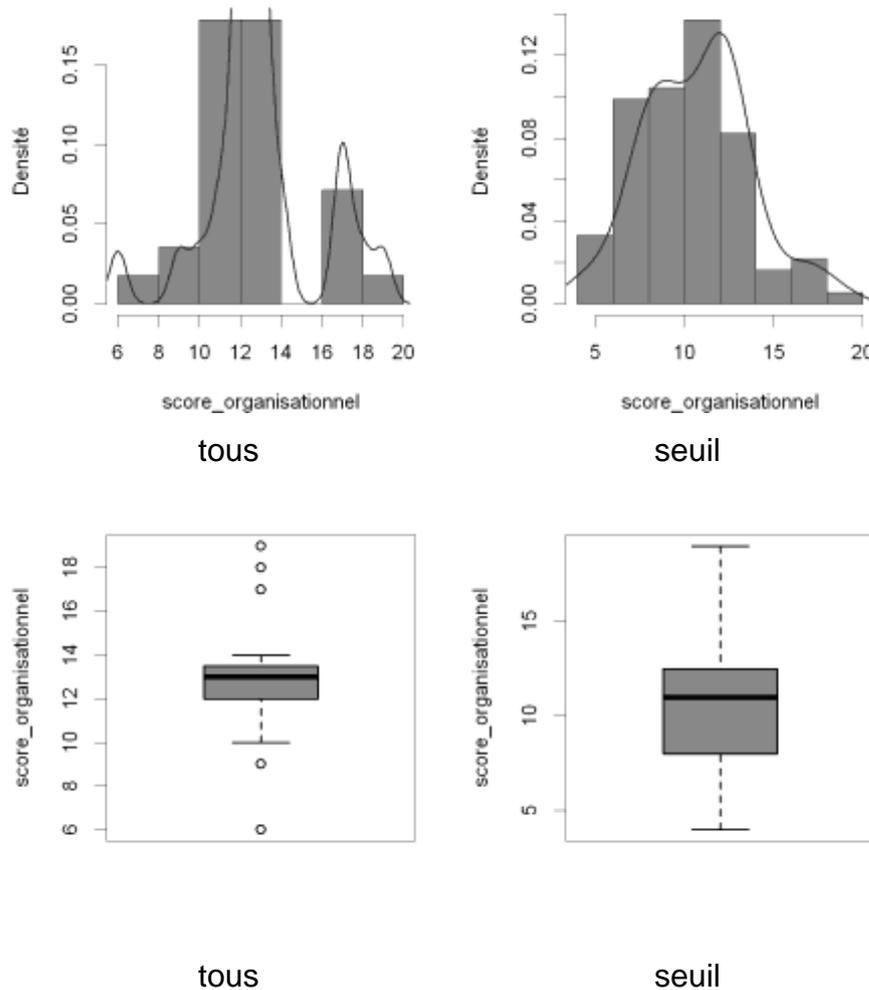


figure 21: Histogramme, courbe de densité et boîte à moustache des différents scores obtenus pour l'ensemble des questions du "côté organisationnel" selon les scores possibles

Pour rappel, ce score comprend des valeurs théoriques entre 4 et 20 points. Il exclut les valeurs 17,18,19 points.

Il présente une moyenne à 10.7 [10.1-11.4] avec un écart type à 3.0 pour l'ensemble des questionnaires.

Pour les questionnaires seuil, la moyenne est à 13.0 [11.9-14.0] avec un écart type à 2.7.

Le score maximal obtenu est de 19 points pour un questionnaire avec score total de 43 points. Le score minimal obtenu est de 4 points pour deux questionnaires avec score total de 20 et 25 points.

III. Statistiques bivariées

Les valeurs de pourcentage de ce chapitre sont arrondies à l'unité. L'ensemble des résultats est repris en annexe 6.

A. Association entre le fait de travailler seul ou en groupe

Pour rappel:

42% [32-53] des réponses obtenues à la question 12 sont: "en groupe"

58% [47-68] des réponses obtenues à la question 12 sont: "seul"

1. Et avoir des problèmes relationnels avec les associés ou les employés (question 2)

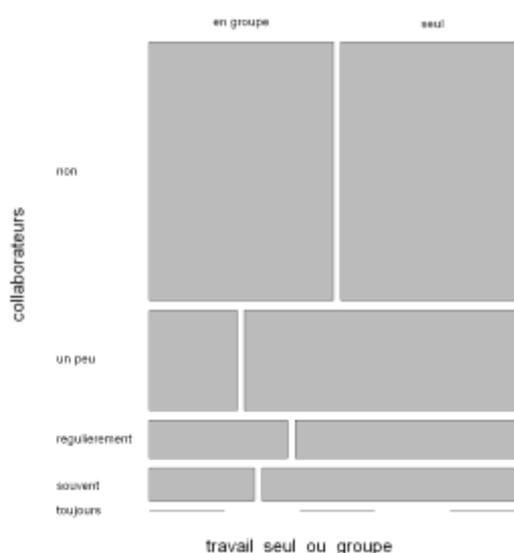


Figure 22: Distribution des associations de réponses aux questions 2 et 12 par modalité

Parmi les 7 questionnaires ayant obtenu la réponse "souvent" à la question 2, 5, soit 71% sont remplis par des médecins ayant répondu travailler "seul".

Le test de Fisher exact donne $p=0,19$.

Donc, cet échantillon ne permet pas de mettre en évidence une association significative entre le fait d'avoir des problèmes relationnels avec ses associés et/ou ses employés et le fait de travailler seul ou en groupe.

2. Et se sentir capable d'arriver à la fin de la journée de travail (question 5)

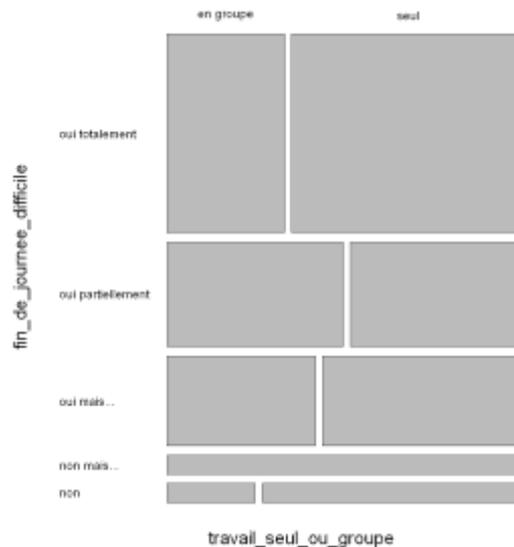


Figure 23: Distribution des associations de réponses aux questions 5 et 12 par modalité

100% des réponses "non mais..." obtenues à la question 5 (n=4) sont données par des médecins ayant répondu travailler "en groupe".

33% des réponses "oui totalement" obtenues à la question 5 (n=42) sont données par des médecins ayant répondu travailler "en groupe".

Les médecins ayant répondu travailler "en groupe" représentent 42% de l'ensemble des participants.

Le test de Fisher exact donne $p=0,11$.

Donc, cet échantillon ne permet pas de mettre en évidence une association significative entre le fait de se sentir capable d'arriver à la fin de la journée de travail et le fait de travailler seul ou en groupe.

3. Et avoir l'impression d'être suffisamment aidé ou accompagné dans le travail (question 13)

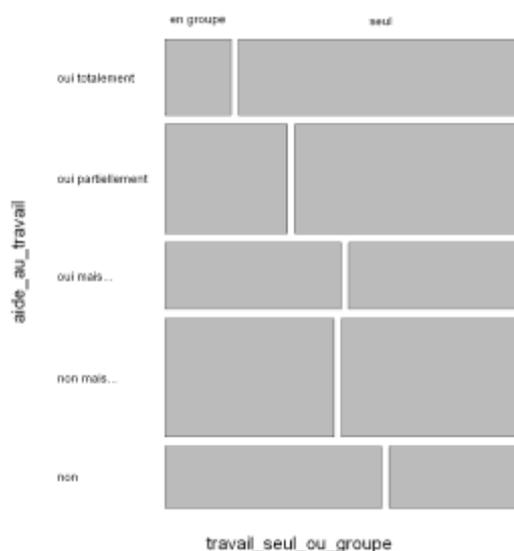


Figure 24: Distribution des associations de réponses aux questions 13 et 12 par modalité

81% des réponses "oui totalement" obtenues à la question 13 (n=16) sont données par des médecins ayant répondu travailler "seul".

38% des réponses "non" obtenues à la question 13 (n=13) sont données par des médecins ayant répondu travailler "seul".

Les médecins ayant répondu travailler "seul" représentent 58% de l'ensemble des participants.

Le test du chi2 exact donne $p=0.15$.

Donc, cet échantillon ne permet pas de mettre en évidence une association significative entre le fait d'avoir l'impression d'être suffisamment aidé ou accompagné dans son travail et le fait de travailler seul ou en groupe.

4. Et d'arriver à parler de ses problèmes (question 14)

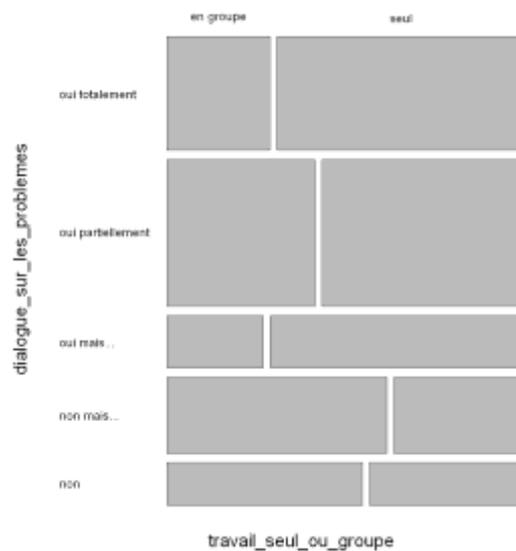


Figure 25: distribution des associations de réponses aux question 14 et 12

71% des réponses "oui totalement" obtenues à la question 14 (n=24) sont données par des médecins ayant répondu travailler "seul".

44% des réponses "non" obtenues à la question 14 (n=9) sont données par des médecins ayant répondu travailler "seul".

Les médecins ayant répondu travailler "seul" représentent 58% de l'ensemble des participants.

Le test de Fisher exact donne $p=0.21$.

Donc, cet échantillon ne permet pas de mettre en évidence une association significative entre le fait d'arriver à parler de ses problèmes et le fait de travailler seul ou en groupe.

B. Association entre le score total et l'âge

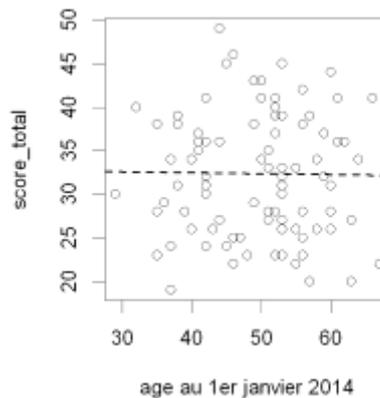


Figure 26: Corrélation entre score total obtenu et âge des participants au 1er janvier 2014

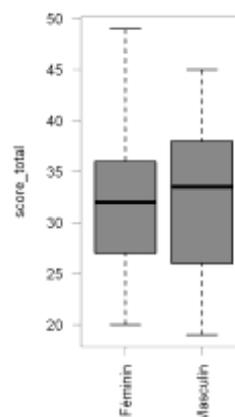
Le test de la nullité du coefficient de corrélation donne $p=0.84$.

Le coefficient de corrélation obtenu par l'étude des 91 couples de réponses valides est de -0.022 .

Nous ne mettons pas en évidence d'association statistiquement significative entre le score total obtenu au questionnaire et l'âge des participants.

C. Association entre le score total et le sexe

Figure 27: Comparaison des scores moyens totaux en fonction du sexe



Le test de Student donne $p=0.94$.

Au risque de 5%, nous ne mettons pas en évidence d'association statistiquement significative entre le score total obtenu au questionnaire et le sexe des participants.

DISCUSSION

I. Le sujet

La question d'une prise en charge du médecin en souffrance n'est pas sans éveiller certaines polémiques, notamment, au sein même du corps médical.

Si l'intérêt d'une structure d'aide pour les médecins en demande semble peu discutable, il en est autrement lorsque sont abordées les questions d'informations préoccupantes et d'injonction de soins.

Cette question peut être perçue comme une remise en cause des principes d'indépendance et de confraternité entre médecins.

L'argumentaire de cette étude s'attache à défendre cette prise en charge. Notre volonté n'est pourtant pas de valoriser une politique intrusive et coercitive à l'encontre de nos confrères.

La tonalité de cette prise en charge relève de décisions politiques, fruits d'élus par le suffrage et n'est pas l'objet développé ici.

Dans le quotidien du médecin du 2 juin 2014 le Dr Jean-Marie FARUDJA, président de la section éthique et déontologie de CNOM expose à nouveau les ambitions du CNOM en discutant du PAIMM catalan (programme d'aide intégrale aux médecins malades):

" le programme catalan est un exemple qui pourrait être suivi car il propose un contrat thérapeutique puis impose un parcours dans l'intérêt des médecins, de leur famille, des patients. En France il n'y a actuellement pas de possibilité d'injonction thérapeutique."

Ce travail de recherche s'attache à apporter des données utiles en rapport avec cette question. Celles-ci ont pour cible des prises de décisions éclairées.

Le recueil du nombre de médecins ayant contactés le CDOM après avoir participé au questionnaire n'a pas été possible.

Aucun protocole de vérification n'était en place auprès des conseillers afin de dénombrer ces médecins. Il ne nous est donc pas possible de présenter un taux de prise en charge consécutive au questionnaire.

II. La validité de l'étude

A. Validité interne

1. Points forts

Sur le plan méthodologique, ce travail de recherche a suivi un protocole détaillé. La méthodologie nous semble reproductible. Les modalités de recueil font l'objet d'une discussion au chapitre suivant. Cependant, elles sont clairement détaillées et reproductibles. Les résultats présentés ont été obtenus en respectant les règles de calculs statistiques. Ils ont été établis et validés par une plateforme d'experts.

2. Points faibles

La principale limite de cette étude en terme de validité interne reste l'accord discutable entre l'objectif principal de l'étude et les modalités de recueil employées.

Ces modalités étaient fixées par la commission "médecins en souffrance".

Devant l'objectif d'apporter des éléments qualitatifs d'orientation pour la prise en charge du médecin en souffrance, plusieurs données sont discutables.

a) Puissance de l'étude

La puissance de l'étude est modeste.

Une étude observationnelle transversale par questionnaire nous semble être une base de travail intéressante. Elle est de mise en place aisée. Elle permet d'établir une mesure de la prévalence des éléments qualitatifs recherchés.

Par extension, au sein d'une étude observationnelle, il n'est certes pas possible de démontrer un rapport de causalité entre un facteur et une situation de souffrance. Toutefois, il est envisageable de discuter et rechercher une imputabilité causale.

Pour cela, il aurait été nécessaire de définir avant l'étude un échantillon randomisé représentatif de la population cible afin de minimiser le biais de sélection.

Cet échantillon n'a pas été établi dans cette étude car le questionnaire répondait déjà à un double objectif.

Pour rappel, il était conçu également dans le but de provoquer une prise de conscience auprès de la population cible par un auto-questionnaire proposé en accès libre.

A défaut de constitution d'un échantillon randomisé suffisant, un taux de réponse important au sein de la population cible aurait apporté une puissance statistique salubre.

Ce taux de réponse est d'environ 1% si l'on considère le nombre de 8804 médecins en exercice inscrits au CDOM du Nord et les 89 réponses complètes.

Une démarche supplémentaire d'information et d'incitation à répondre à ce questionnaire aurait permis d'améliorer sans doute ce résultat.

L'accessibilité du questionnaire et la fréquence de visite des médecins inscrits sur le site du CDOM du Nord participe à ce faible taux. Il ne nous a toutefois pas été possible d'obtenir auprès du CDOM une valeur chiffrée pour illustrer cette fréquence.

L'intitulé "*Testez votre niveau de stress*" ne reflétait peut être pas suffisamment la démarche entreprise.

Ces explications de la faible participation doivent toutefois être nuancées.

Face à cette question de la souffrance des médecins, le déni de la population médicale semble être une réalité. Les principes et démarches de prévention ne leur sont pas coutumiers.

Une réticence volontaire ou involontaire a pu participer à réduire ce taux de participation.

Les conclusions obtenues par cette étude sont donc valables pour la population incluse et non pour la population cible.

Il est toutefois intéressant d'y aborder les tendances.

b) Le test diagnostique

Plusieurs éléments sont discutables.

Les questions et le seuil de positivité du questionnaire ne reposent pas sur une construction démontrée.

Ce test diagnostique est standardisé mais il n'est pas validé en termes statistiques. Sa sensibilité et sa spécificité ne sont pas connues, sa reproductibilité n'est pas démontrée.

Nous rappelons qu'il existe des tests validés de mesure concernant la souffrance des soignants. (4)

Un complément d'évaluation de ce test diagnostique aurait pu être entrepris en parallèle de cette étude. Le recueil d'informations auprès des médecins contactant l'Ordre dans les suites du questionnaire afin d'y rencontrer un conseiller pouvait être une piste.

Ce recueil n'a pas été possible. Cette absence d'informations était volontaire de la part de la commission dans le but de préserver l'anonymat des médecins.

Pour les réponses à la question 6, il semble que le score augmente dans le sens inverse du risque de souffrance. En effet, la modalité "oui totalement" à la question "vous sentez vous fatigué dès le réveil?" cote un point contre cinq points pour la modalité "non".

Le seuil de positivité du test à 37 points est donc peu adapté à la mise en forme de la question six et peut perturber l'interprétation du score total.

Pour les réponses à la question 12, il est intéressant de différencier les travailleurs seuls et les travailleurs en groupe. Par contre, il nous semble discutable pour l'interprétation du test diagnostique d'attribuer 5 points au fait de travailler seul et 1 point au fait de travailler en groupe. Le fait de travailler seul ne semble pas nécessairement associé à un risque majoré de souffrance.

Si l'algorithme diagnostique est discutable, la démarche de sensibilisation du médecin à la question de sa souffrance ressentie est toutefois réalisée dès que le médecin participe au questionnaire.

Les deux conclusions possibles du questionnaire présentées aux médecins apportent la marche à suivre et les coordonnées du CDOM. Les médecins obtenant un score inférieurs au seuil bénéficient, de manière identique, de cet accès aux soins proposés.

B. Validité externe

Ainsi que nous le discutons dans le chapitre "validité interne", l'extrapolation des données recueillies à l'ensemble de la population cible ne nous semble pas réalisable.

Peu de données démographiques comparables sont disponibles dans la littérature.

Ce questionnaire a été établi comme première approche.

Il semble difficile d'estimer la validité externe de cette étude.

Cependant, les résultats obtenus apportent des éclairages intéressants.

III. Les résultats

A. Les données démographiques

Les participants à l'étude étaient à 64% des hommes pour un âge moyen au 1er janvier 2014 à 49.4 ans +/- 8.58.

Les chiffres obtenus dans cette étude sont proches de ceux observés au sein de la population cible.

A la question 12: " travaillez-vous seul ou en groupe?", 58% des participants ont répondu seul.

Nous abordons les résultats obtenus à la question 12 au sein des données démographiques.

La cotation des réponses à la question 12 constitue, à notre sens, un a priori. Le fait de travailler seul est considéré, au sein du questionnaire, comme un risque de souffrance. Afin d'argumenter cela, nous avons établi la recherche d'associations entre cette question 12 et d'autres questions dont nous discutons ci-après.

Il aurait sans doute été intéressant de rechercher par une question le mode d'exercice du médecin. Par exemple, il aurait pu s'agir de: "quel est votre mode d'exercice?", associé à trois modalités de réponse: libéral, mixte ou salarié.

Les questions 1, 2, 7, 8, 10, 11, 14, 15 ont une formulation orientée vers les médecins d'exercice libéral. Cela peut conduire à des résultats biaisés. Par exemple, la question 11 portant sur le retard de paiement des prélèvements obligatoires obtient un score de réponse "non" très élevé. Bien qu'intéressant, ce score est certainement impacté par la part des médecins salariés.

B. Les catégories

Nous le définissons comme hypothèse de départ. Nous suggérons l'existence d'une hiérarchie des besoins.

Il est intéressant d'observer et discuter les scores obtenus pour chacun des côtés évalués.

Afin d'établir une échelle de tendance, nous ramenons ces scores sur 100 points.

Le score obtenant le résultat le plus élevé est le côté organisationnel.

Il obtient 10.7 +/- 3.0 pour un score maximal de 20 points soit 53.5/100 +/- 15.1.

Il reste que la réponse à la question 12 biaise ce score. En effet, seules deux modalités sont proposées cotées 1 ou 5.

Le côté social obtient un score moyen de 8.4 +/- 2.6 pour un score total de 20 points soit 42/100 +/- 13.2.

Le côté psychologique obtient un score moyen de 10.3 +/- 3.0 pour un score maximal de 25 points soit 41.2/100 +/- 12.1.

Il reste que la réponse à la question 6 peut biaiser ce score. Nous rappelons que le score évolue, dans le sens inverse de l'expression de la souffrance ressentie.

Le score financier obtient un score moyen de 2.9 +/- 1.7 pour un score maximal de 10 points soit 29/100 +/- 17.7.

Il semble au regard de ces résultats qu'une tendance de hiérarchie entre ces différents côtés se présente. Cette hiérarchie n'est toutefois pas statistiquement établie.

Le côté financier, dernier de ce classement est pourtant l'aspect pris en charge par l'Ordre des médecins actuellement. Cela met en relief l'importance des objectifs que se fixe la commission "médecins en souffrance".

Le côté organisationnel est le premier de ce classement. Il semble intéressant d'être d'autant plus attentif aux questions le composant.

Toutefois, chacune des questions fait l'objet d'une discussion. La portée des résultats obtenus doit être pondérée par les biais que nous décrivons.

C. Les questions

31% des participants sont définis en état de souffrance par un score au questionnaire au moins égal à 37 points. Ce résultat élevé bien que discutable, soulève l'importance que représente la prise en charge du médecin en souffrance.

Au delà de leur classement par "côtés" ou catégories, il nous semble intéressant de discuter des questions sous un angle différent.

Deux groupes semblent pouvoir se démarquer.

1. Expression de la souffrance

Un premier groupe composé des questions 3, 5, 6, 9, 10, 15 recherche des éléments d'expression de la souffrance du médecin. Il suppose une démarche complémentaire d'exploration.

a) Quel est votre degré de satisfaction personnelle ?

Il n'existe pas d'indicateur fiable en population générale permettant d'établir un comparatif.

55% des participants répondent en pourcentage cumulé "moyen", "très moyen" ou "mauvais" à cette question.

Le niveau de satisfaction personnelle des médecins semble bas. Il reste que le biais de sélection propre à l'étude a pu influencer ce niveau à la baisse.

Cette question ne se limite pas à la satisfaction personnelle au travail.

Elle interroge le médecin sur sa satisfaction personnelle globale.

Il s'agit d'une question très générale qui pourrait s'ajouter, à nouveau, dans les quatre "cotés" évalués au sein de cette étude.

En effet, avant de rechercher les multiples dimensions causales à ce manque de satisfaction, il pourrait être intéressant de cibler les domaines dans lesquels se manifeste le plus cette insatisfaction.

b) Vous sentez-vous capable d'arriver à la fin de la journée de travail ?

Pour les 54% des participants n'ayant pas répondu "oui totalement" à cette question, différentes pistes d'explications se présentent et peuvent solliciter un complément d'information.

Ce sentiment peut être le fruit d'une charge de travail importante. Le temps passé au travail peut être massif. Il expose à la limitation des activités annexes et aux dettes de sommeil qui peuvent conduire à l'épuisement physique et/ou psychique. Il est possiblement question d'un cumul entre vie professionnelle et vie privée. Il nous semble difficile d'y apporter des solutions curatives. Une démarche de prévention par l'information peut être une optique de prise en charge.

Cette charge de travail doit toutefois être mise en balance avec les capacités physiques du médecin.

Lors d'une maladie organique par exemple, le médecin peut se retrouver transitoirement moins apte à assurer sa charge de travail habituelle.

Le médecin en souffrance psychologique, exposé à l'épuisement professionnel ou à une maladie psychiatrique peut également percevoir sa charge de travail habituelle comme excessive.

C'est une piste ouvrant des possibilités intéressantes de mise en place pour la commission.

Des organismes comme l'assurance maladie, la CARMF, les assurances privées, peuvent assurer la mise en œuvre d'une suppléance matérielle transitoire permettant l'arrêt d'activité et la réalisation de soins nécessaires.

L'Ordre peut assurer un travail de prévention et de conseils organisationnels afin d'aider le médecin à adapter son outil de travail à ses capacités.

c) Vous sentez-vous fatigué dès le réveil ?

Cette dimension de fatigue au réveil peut intégrer différents cadres étiologiques.

Elle peut s'intégrer notamment à l'épuisement professionnel. Elle peut également être une expression d'une pathologie psychiatrique de type état dépressif.

La dette de sommeil consécutive à de multiples facteurs possibles ou certaines pathologies organiques peuvent aussi entraîner ce symptôme.

56 % des interrogés répondent, en pourcentage cumulé, "oui totalement", "oui partiellement", "oui mais...".

Ce score élevé mérite des explorations complémentaires.

d) Avez-vous le sentiment de vous occuper de vos patients de façon impersonnelle ?

Cette question reprend une des trois dimensions de l'épuisement professionnel.

20% des participants, en pourcentage cumulé répondent "régulièrement", "souvent", "toujours" à cette question.

Elle suppose de compléter la démarche par une évaluation complète de cette question de l'épuisement professionnel.

e) Avez-vous du mal à boucler les fins de mois ?

Seuls 64% des participants répondent "non" à cette question.

D'une part, il peut être question de niveau de revenus. L'exercice de la médecine en France n'est pas synonyme de revenus exceptionnels. Spécifiquement, en exercice libéral, un médecin peut, par manque d'activité et/ou par excès de charges, se retrouver en situation de précarité. Toutefois, le niveau moyen de rémunération du médecin français en exercice régulier est convenable. (21)

Une deuxième explication tient au niveau du pouvoir d'achat. Le train de vie des individus s'adapte au niveau de rémunération. Ainsi, face à des dépenses inadaptées habituelles ou occasionnelles, tout niveau de ressources peut être à l'origine de fins de mois difficiles.

Le poids de l'image sociale du médecin, professionnel hautement rémunéré, peut se heurter à la réalité économique de la profession.

Ce score modeste de 64% peut s'expliquer aussi par la survenue de ruptures transitoires, partielles ou complètes, des capacités de travail.

Seulement 7 % des participants répondent "toujours" à cette question.

Ces ruptures peuvent être de plusieurs origines. Face à ces situations, des assurances existent pour les médecins en exercice libéral. Leur souscription n'est cependant pas obligatoire.

f) Arrivez-vous à prendre des vacances ?

Cette question soulève potentiellement plusieurs dimensions à explorer. Seuls 49.5% des participants répondent "oui totalement". Les autres peuvent être confrontés à des difficultés de différentes natures.

En effet, il peut être question de difficultés organisationnelles. Pour les médecins en groupe ou salariés, il est parfois nécessaire de composer avec les volontés des collègues. Le choix des congés est alors soumis à discussion et parfois à des impossibilités. Pour les médecins travaillant seuls, obtenir un remplacement peut être difficile.

Il peut être question de difficultés financières. Face aux médecins salariés cette dimension est moins vraie car ils bénéficient de congés payés. Pour les médecins libéraux, la cessation d'activité occasionnée représente une perte financière. Parfois, faute de remplaçant ou faute d'un taux de rétrocession suffisant et face à des charges élevées, il peut être question de montants importants. De plus, disposer de

congés peut exposer à la perte de patientèle qui n'accepte pas nécessairement le manque de disponibilité de son médecin.

Trois des six questionnaires portant la réponse "non" à cette question" ont toutefois obtenu la réponse "non" à la question 10 portant sur le fait d'avoir du mal à boucler les fins de mois.

Il peut être question de difficultés liées au stress et à la charge de travail. Le médecin soumis à la responsabilité des soins qu'il prodigue peut juger son travail irremplaçable. Cette cessation temporaire pour les vacances peut occasionner la survenue d'un retard de prise en charge sur des dossiers en cours. Le recours à un remplaçant peut être perçu comme insuffisant. Il s'expose alors à un risque. Il peut avoir la crainte d'un regain d'activité potentiellement insurmontable à son retour.

2. Difficultés rencontrées

Un deuxième groupe composé des questions 1, 2, 4, 7, 8, 11, 13, 14 recherche des difficultés face auxquelles des solutions peuvent être apportées ou recherchées.

a) Avez-vous des problèmes relationnels avec votre conjoint et/ou vos enfants ?

Si les conflits intrafamiliaux peuvent être à l'origine d'une souffrance, ils peuvent aussi en être l'expression.

Une proposition d'accompagnement par l'écoute peut être une piste intéressante.

Cependant, il nous semble délicat de fixer un seuil de risque pour cette thématique. Les problèmes relationnels ressentis relèvent d'une forte part de subjectivité. De plus, leur caractère pathologique avec répercussion sur la souffrance est discutable. 15% des participants ont répondu "régulièrement" à cette question. Il n'est pas évident d'en tirer une conclusion quant à l'état de souffrance. Cette question est par ailleurs biaisée par les participants célibataires sans enfant.

b) Avez-vous des problèmes relationnels avec vos associés et/ou vos employés ?

A nouveau cette question nous interroge sur la place des problèmes relationnels dans la question de la souffrance du médecin et sur la constitution potentielle d'un seuil valable.

Une alternative pourrait consister en une modulation de la question. Il nous semble important de rechercher le ressenti du médecin face à ces problèmes. La fréquence de ces problèmes nous semble moins utile que leur perception.

De plus, il nous semble intéressant de réunir les deux composantes de problèmes relationnels développées dans ce travail. En effet, la survenue de difficultés dans la sphère privée peut impacter la sphère professionnelle et inversement. Afin de surmonter des difficultés rencontrées dans une sphère, le médecin peut puiser les ressources nécessaires dans l'autre, si cela lui est toutefois possible. Un équilibre semble nécessaire et le cumul de difficultés dans les deux sphères nous semble être la principale situation à risque. Aussi, une attitude d'écoute, de prévention, d'information et de conseils organisationnels pourrait assurer, face à ce thème, une proposition efficace.

Avec les associés ou employés, les problèmes relationnels mal supportés conduisent à la question du mode d'exercice. Pour les médecins libéraux, l'installation en cabinet seul est peu en vogue. Il est intéressant de rechercher un lien entre cette question et le mode d'exercice, seul ou en groupe. Cette association est recherchée au sein de ce travail.

c) Confieriez vous votre santé à un confrère ?

Cette question est un élément important décrit parmi les freins à la prise en charge du médecin en souffrance. Ils ne sont que 31% parmi les participants à répondre "oui totalement" à cette question.

Cette question, dans sa terminologie, s'intéresse plus particulièrement à la question du médecin traitant. Elle cible la prise en charge globale de la santé.

Elle renvoie donc au concept selon lequel tout médecin est en mesure d'assurer la coordination des soins et la prise en charge de soins primaires. Face à cette question, c'est le concept d'auto prise en charge qui est à discuter.

Il pourrait être intéressant, en complément, d'interroger les médecins sur leur rapport au recours à des spécialités techniques de type biologie, radiologie,

chirurgie, anatomopathologie. Nous pensons que les réticences seraient nettement moindre.

La mise en place d'une prise en charge sur cette question relève de choix politique. Sa discussion n'est pas l'objet de ce travail.

d) Faites-vous de l'automédication et prenez-vous des anxiolytiques, de la codéine, des hypnotiques, de la morphine ou autre traitement psychotrope ?

70% des participants répondent "non" à cette question. Ce score du "non" est, à notre sens, important quant à l'automédication.

Il est d'abord nécessaire de considérer le probable biais de déclaration.

Ensuite, face à la thématique du médecin en souffrance, il nous semble intéressant de distinguer deux dimensions dans cette question.

D'abord, il est question d'automédication. Cela renvoie au premier recours et aux soins primaires. Il est question du recours à un confrère. Face à la souffrance du médecin, l'automédication pose le problème de la qualité des soins dispensés par l'auto prise en charge.

Ensuite, il est question de l'usage de traitements psychotropes. Cet usage peut être l'expression d'une prise en charge thérapeutique encadrée d'une souffrance d'origine organique ou psychiatrique. Il peut être un mésusage et intégrer les addictions.

Aussi, il nous semble important de tenir compte de cette distinction dans l'interprétation des résultats obtenus. Nous pensons par exemple que l'automédication est minimisée par ce regroupement. Un complément de recherche pourrait distinguer ces points.

e) Avez-vous remarqué une augmentation de votre consommation de café, thé, tabac, alcool, cannabis ?

L'augmentation de la consommation de produits considérés comme psychostimulants peut être l'expression d'une souffrance.

Deux éléments nous semblent discutables cependant quant à l'interprétation des résultats.

D'abord, c'est une augmentation qui est recherchée. Une consommation excessive stable dans le temps peut être l'expression ou la cause d'une souffrance. Au moment de sa participation au questionnaire, un médecin présentant une consommation excessive installée répondra probablement "non" à cette question. En effet, il n'est pas sujet à une augmentation de sa consommation. Il est malgré cela confronté à un problème de quantités consommées. Il pourrait être intéressant secondairement d'établir, en ce sens, un niveau et des fréquences de consommation.

Ensuite, au sein de cette question, sont regroupées les consommations de produits licites et d'un produit illicite : le cannabis. Cette distinction peut avoir conduit à un biais de déclaration dans les résultats.

Malgré cela, seuls 60% des participants répondent "non" à cette question. Les résultats obtenus semblent témoigner d'un réel besoin de prise en charge.

Cette question ne permet toutefois pas la distinction entre réelle pathologie addictive et expression d'une situation de souffrance annexe d'un autre registre.

f) Avez-vous des retards de paiements dans vos prélèvements obligatoires? CARMF URSSAF ?

91% des participants ont répondu "non" à cette question.

Si les salariés ont probablement participé à ce score très élevé, il reste intéressant de noter que la tendance qui ressort est celle du sérieux consacré au paiement des prélèvements obligatoires.

Deux éléments sont en discussion.

D'abord, la part financière reste possiblement secondaire dans les sources de la souffrance des médecins.

Ensuite, les prélèvements obligatoires sont possiblement impactés tardivement dans les situations financières difficiles. D'autres sources de dépenses peuvent être des indicateurs plus précoces.

Il faut considérer à ce titre les assurances, les charges du cabinet, les fournisseurs de matériels ainsi que les sources de dépenses de la sphère privée avec, par exemple, les dépenses d'habitation, les loisirs, les vacances.

Les deux questionnaires ayant obtenu la réponse "toujours" à cette question ont également obtenu la réponse "toujours" à la question 10 portant sur le fait d'avoir du mal à boucler les fins de mois.

g) Avez-vous l'impression d'être suffisamment aidé ou accompagné dans votre travail ?

42% des participants répondent, en pourcentage cumulés "non mais..." et "non".

Ce score élevé souligne la tendance d'un besoin d'aide ou d'accompagnement supplémentaire.

Selon le mode d'exercice, cette question soulève différentes dimensions.

Pour un médecin libéral exerçant seul, l'aide et l'accompagnement sont du ressort des institutions. A ce titre le Conseil de l'Ordre des médecins est directement un organisme source susceptible d'apporter une réponse.

Pour les médecins libéraux et les médecins salariés, les collègues, associés et collaborateurs représentent également une ressource intéressante.

Au regard du score élevé obtenu à cette question, un axe de progrès est également à déployer. La place du Conseil de l'Ordre est discutable au sein de ce deuxième point.

h) Arrivez-vous à parler de vos problèmes ?

28% des participants répondent, en pourcentages cumulés, "non mais..." ou "non" à cette question.

La formulation de la question ouvre à notre sens deux possibilités.

D'abord, il est possible de ne pas pouvoir parler de ses problèmes faute d'une personne à l'écoute disponible.

Ensuite, il est possible de ne pas pouvoir parler de ses problèmes par réticence du médecin à en parler.

Malgré cela, le besoin transmis par ces 28% des participants est important.

Il témoigne de l'intérêt que représente cette volonté de prise en charge du médecin en souffrance.

Le travail secondaire de caractériser et classer ces problèmes reste présent.

D. Les associations testées

Les résultats obtenus dans cette section sont statistiquement non significatifs.

La méthodologie statistique nous semble en accord avec les données recherchées.

Cette non-significativité peut être le reflet d'une réelle absence d'association ou être consécutive à un manque de puissance.

Nous ne pouvons donc pas conclure en l'existence d'une association entre le score total obtenu et l'âge et le sexe des participants. Le nombre d'années d'exercice ne semble pas influencer le niveau de souffrance. Il n'est cependant pas directement recherché.

Nous avons analysé et recherché plusieurs associations portant sur la question 12: " Travaillez-vous seul ou en groupe?".

Nous souhaitons évaluer l'hypothèse selon laquelle les travailleurs seuls présentaient un statut plus à risque de souffrance.

Le score obtenu à la question 12 influençant le score total obtenu, il ne nous a pas été possible de rechercher directement une association entre le fait de travailler seul et le score total obtenu.

Les travailleurs seuls représentent, pour rappel, 58% des participants.

S'il n'est pas retrouvé d'association significative, des tendances sont intéressantes.

- Contrairement à l'hypothèse formulée, nous avons noté notamment : A la question 13 portant sur le fait d'avoir l'impression d'être suffisamment aidé ou accompagné dans le travail, les travailleurs seuls constituent par leur réponse 81.25% des réponses "oui totalement" obtenues (n=16).
- A la question 14 portant sur le fait d'arriver à parler de ses problèmes, ces derniers constituent par leur réponse 70.83% des réponses "oui totalement" obtenues (n=24).

IV. Les propositions

A. Quantifier la situation de souffrance

Il nous paraît essentiel d'établir une étude de prévalence, première étape d'une prise en charge structurée.

Cette approche quantitative fixe l'importance de l'enjeux autour de cette question du médecin en souffrance.

Si la commission estime devoir axer son travail autour des quatre critères principaux que sont les critères sociaux, psychologiques, financiers et organisationnels, elle pourrait s'appuyer sur l'utilisation de plusieurs outils de mesure standardisés.

Il n'existe pas d'outil de mesure standardisé global. Cette mesure pourrait s'effectuer par des mesures de prévalence critère par critère.

Pour être spécifique, elle s'intéresserait à des échantillons représentatifs établis a priori afin de rechercher une représentativité.

B. Rechercher des facteurs de causalité

Nous pensons que la recherche des facteurs de causalité est la deuxième étape à mettre en place.

Elle doit être précoce. En effet, le dépistage doit s'envisager à condition de pouvoir répondre aux problématiques dépistées.

Effectuer une étude cas-témoin semble une option intéressante.

Pour une première approche, il peut être également judicieux de rechercher une imputabilité causale au sein d'une étude observationnelle sur échantillon représentatif. Il s'agirait alors de respecter les critères de Bradford-Hill.

C. Repérer précocement

Afin de pouvoir construire une prise en charge efficace de ce problème de santé, la construction d'un outil de repérage précoce, fiable et reproductible nous semble nécessaire.

Sa mise en place est comparable à celle d'un outil diagnostique.

Théoriquement, pour valider les modalités recherchées et le seuil de positivité, il est nécessaire d'en évaluer les performances par une étude diagnostique de type étude comparative versus gold standard.

Concernant le médecin en souffrance, le questionnaire "*testez votre stress*" peut difficilement bénéficier d'une telle évaluation.

Ce gold standard n'existe pas actuellement. Il pourrait être cependant un score composite obtenu par l'association de plusieurs outils de mesure standardisés utilisés pour la définition de la prévalence. Toutefois, le thème de la souffrance du médecin regroupe de nombreuses dimensions. La faisabilité d'un tel outil est discutable.

Une approche intéressante d'évaluation de la qualité du repérage précoce pourrait s'appuyer sur un interrogatoire standardisé des médecins dépistés et reçus ou pris en charge par l'Ordre.

D. Eduquer la population cible

Il nous semble important d'effectuer une démarche de prévention organisée. Celle ci pourrait, par exemple, consister en une intervention brève d'informations et de sensibilisation de l'Ordre auprès des médecins en formation. Nous pensons particulièrement aux étudiants de troisième cycle.

Il nous semble judicieux d'axer le message sur les facteurs de causalité retrouvés.

Cette démarche d'éducation peut aussi s'effectuer par la multiplication des supports d'information sur le sujet. Cette option permet de majorer le taux de population cible atteinte par les messages véhiculés.

Un questionnaire recherchant une hiérarchie d'utilisation des différentes sources d'informations pourrait être utilisé à titre systématique auprès des médecins sollicitant le CDOM sur cette thématique. Il permettrait de focaliser les moyens disponibles sur les supports les plus utilisés.

E. Evaluer les démarches entreprises

Au regard des chiffres de prévalence obtenus, à la connaissance de probables facteurs de causalité, et forts de démarches de prévention entreprises, un travail de suivi épidémiologique semble nécessaire.

Nous pensons que la constitution d'un outil de repérage précoce spécifique reproductible est un élément de réponse.

F. Proposer une prise en charge standardisée des médecins en souffrance

Sur ce point, l'enjeu est essentiellement politique.

Le Conseil National de l'Ordre poursuit, au moment de cette rédaction, la mise en place de son plan d'action pour la prise en charge du médecin en souffrance.

Il a rectifié récemment son commentaire de l'article 56 du code de déontologie :

"Tout médecin qui a connaissance des difficultés d'un confrère doit s'en ouvrir à lui, lui proposer son aide et le convaincre de se rapprocher du conseil départemental qui, de façon confidentielle, peut enclencher plusieurs niveaux d'aide et d'assistance.

Si ce processus n'aboutit pas et que la gravité de la situation qu'il lui appartient d'apprécier en conscience l'exige et sous réserve qu'il ne soit pas médicalement en charge du confrère, il doit aviser ce confrère qu'il informera le Président du Conseil Départemental. Celui-ci, dans la plus stricte confidentialité, prendra toutes dispositions utiles. Cette attitude, qui est déjà une obligation déontologique pour certains Ordres Européens de médecins, traduit le principe éthique de bienfaisance."(16)

Cette modification apporte la notion d'information préoccupante.

Dans sa lettre du 23 avril 2014, adressée aux Présidents des conseils départementaux des conseils régionaux et interrégionaux, le Docteur Jean-Pierre GICQUEL, Président de la Commission Nationale d'Entraide, précise cette volonté de prise en charge.

Au delà de la prise en charge matérielle actuellement assurée par la commission Entraide, il est précisé :

"L'indiscutable utilité des associations d'écoute et d'assistance particulièrement dans les situations où nos confrères ou leurs familles hésitent ou renoncent, notamment pour des raisons de confidentialité, à recourir à l'entraide dite classique."

Et en ce sens:

"Pour répondre à ces objectifs, le Pôle Entraide a décidé de proposer aux associations d'écoute et d'assistance, déjà existantes ou qui se créeraient, d'adhérer à une charte unique qui assurerait également leur pérennité notamment financière."

Le Conseil de l'Ordre des Médecins met en application le concept d'information préoccupante.

Il propose la mise en place d'une charte permettant aux associations impliquées dans cette prise en charge d'être pérennes et standardisées.

Nous ne sommes pas en mesure de discuter le contenu de ces intentions. Toutefois nous pensons que toute décision et intervention politique sur cette question du médecin en souffrance demande un travail important d'information et d'explication.

CONCLUSION

L'objectif principal de cette étude était de fournir des données qualitatives afin de permettre à la commission "médecins en souffrance" du Conseil Départemental de l'Ordre du Nord la poursuite de sa mise en place.

Nous avons fixé comme hypothèse l'existence d'une hiérarchie des besoins face à laquelle une organisation des modalités de prise en charge serait pertinente.

L'exploitation du questionnaire "Testez votre stress" tend à valider cette hypothèse au sein de la population de l'étude.

Parmi les quatre catégories explorées, l'aspect organisationnel présente le score de souffrance le plus élevé. A l'opposé, l'aspect financier présente le score le plus faible.

L'objectif secondaire de cette étude était d'évaluer la qualité du questionnaire et de proposer des axes de travail. Sur ce point, plusieurs propositions ont été formulées.

Le questionnaire visait à:

- sensibiliser la population médicale à la possible prise en charge ou accompagnement par l'Ordre des Médecins des situations de souffrance et de repérer précocement les médecins en souffrance.

Le taux de réponse, reflet du taux de participation, à environ 1%, reste modeste. Des éléments d'explications et des pistes de travail ont été formulés.

- Le second objectif était de recueillir des données épidémiologiques et de catégoriser les besoins sur ce thème des médecins en souffrance. Il rejoint le travail de cette étude.

A ce titre, plusieurs éléments méthodologiques sont discutés et limitent toutefois la portée des résultats obtenus. Des propositions d'amélioration sont réalisées.

Ce travail vient renforcer l'importance d'une prise en charge pluri dimensionnelle de l'entraide.

Le travail déjà entrepris par l'Ordre des médecins sur la dimension financière de l'entraide est un premier pas.

Au regard des difficultés ressenties, cette prise en charge mérite d'être poursuivie et élargie. Elle doit s'appuyer sur une ambition politique forte.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Wiertz R. PSYCHIATRES et BURNOUT? Etude de la Prévalence du Syndrome d'Épuisement Professionnel auprès des Psychiatres Hospitaliers du Nord Pas de Calais. 2012.
2. Yves Leopold. Le suicide des médecins: Burnout. Médecin malade. Solutions. [Internet]. Disponible sur: <http://www.arspg.org/datas/docs/13020136111.pdf>
3. Madeleine Estryng Behar. Résultats de l'enquête SESMAT - PRESST-NEXT [Internet]. [cité 22 juill 2014]. Disponible sur: <https://www.yumpu.com/fr/document/view/16586339/resultats-de-lenquete-sesmat-presst-next>
4. HAS. Qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-01/actes_seminaire_qvt_has_20101021.pdf
5. Eric GALAM, URPL Ile de France. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : Témoignages, analyses et perspectives [Internet]. Disponible sur: http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf
6. Paroles de professionnels. Burn out des médecins : une souffrance au travail [Internet]. 2013. Disponible sur: http://www.gsk.fr/gsk/mediasgp/2013/communiqu%C3%A9_presseVF.pdf
7. Le Tourneur Antoine Komly Valériane. Thèse : le BURN OUT des internes de médecine générale [Internet]. 2011 [cité 23 juill 2014]. Disponible sur: <http://www.blogdelasante.com/burn-out-internes-medecine-generale/>
8. Atlas de la démographie médicale française 2013 | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 13 juin 2014]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/atlas-de-la-demographie-medecale-francaise-2013-1327>
9. Code de la santé publique - Article L4121-2 | Legifrance [Internet]. [cité 5 juin 2014]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688697&dateTexte=&categorieLien=cid>
10. Code de la santé publique - Article R4127-1 | Legifrance [Internet]. [cité 5 juin 2014]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006912859&dateTexte=20120322>
11. Code de la santé publique - Article R4127-56 | Legifrance [Internet]. [cité 5 juin 2014]. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=AE5DBB2C645FCA A79737EB31F95516AC.tpdjo13v_2?idArticle=LEGIARTI000006912924&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20080505

12. RAULT JF, Le Breton G. La démographie médicale en région nord-pas-de-calais [Internet]. Ordre National des médecins; Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/nord_pas_de_calais_2013.pdf
13. Chabrol Arlette. Les médecins : des patients pas comme les autres. Mag Ordre Natl Médecins. sept 2008;(1):22- 27.
14. Leriche B. Le médecin malade. Ordre National des médecins; 2008.
15. Pouillard J. l'entraide ordinale. Conseil National de l'Ordre des médecins; 2004.
16. Article 56 - Confraternité | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 5 juin 2014]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-56-confraternite-280>
17. Code de la santé publique - Article L4112-6 | Legifrance [Internet]. [cité 4 juin 2014]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688668&dateTexte=&categorieLien=cid>
18. Inscription au Tableau | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 3 juin 2014]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/l-inscription-au-tableau-1233>
19. Code de la santé publique - Article L4161-1 | Legifrance [Internet]. [cité 4 juin 2014]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688965&dateTexte=&categorieLien=cid>
20. Conseil de l'Ordre des Médecins Nord 59 [Internet]. CDOM du Nord. [cité 4 juin 2014]. Disponible sur: <http://www.ordre-medecin-nord.org/>
21. CARMF. Bénéfices non commerciaux des médecins libéraux 2012 [Internet]. Disponible sur: <http://www.carmf.fr/page.php?page=chiffrescles/Stats/2013/bnc2011.htm>

ANNEXES

Annexe 1 : Procédure pour présenter une demande d'entraide au CNOM

Extrait du rapport de la Commission national permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 19 juin 2004 sur l'entraide ordinale.

"Voici la procédure régulière pour présenter une demande d'Entraide. Toutefois, il est tenu compte des situations soit urgentes, soit critiques et qui appellent un traitement particulier.

- S'adresser au Conseil départemental du lieu d'inscription du médecin*
- Remplir le questionnaire en vue de la constitution du dossier et y adjoindre les justificatifs concernant les situations financières (avis d'imposition, charges)*
- Répondre à l'invitation du « référent entraide » du Conseil départemental qui doit transmettre le dossier à la Commission Nationale d'Entraide avec l'avis motivé du Conseil."*

Annexe 2 : Cadrage du concept d'entraide par le CNOM

Extrait du rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil National de l'Ordre des médecins du 28 juin 2008.

Intervention du Docteur Patrick BOUET.

"Nous affirmons ici clairement que la confraternité ne se résume pas au seul fait d'entraide matérielle mais qu'elle englobe une ambition plus importante : Suffit-il en effet d'organiser l'entraide matérielle pour être confraternel ?

A cette question nous répondons « non ».

La confraternité à notre sens regroupe une ambition bien plus grande :

- accompagner le médecin dans sa vie professionnelle*
- dépister précocement les situations et les comportements à risque*
- prévenir les ruptures d'activité*
- informer sur les risques de l'exercice autres que ceux liés à la responsabilité professionnelle*
- éduquer à la prévoyance*
- mettre en place tous les moyens liés à l'institution, humains et matériels pour apporter des solutions individualisées à toute situation de crise*
- aider matériellement par l'entraide les médecins ou leurs familles en difficultés passagères ou pérennes."*

Annexe 3: Le questionnaire

Testez votre niveau de stress

Ce questionnaire est anonyme et crypté.

Il permet d'évaluer votre niveau de stress au travail.

5 possibilités de réponse de 1 à 5 : 1 non, 2 un peu, 3 régulièrement, 4 souvent, 5 toujours.

COMMENCER LE TEST >

Coté social

5 possibilités de réponse de 1 à 5 : 1 non, 2 un peu, 3 régulièrement, 4 souvent, 5 toujours.

Q1 - Avez-vous des problèmes relationnels avec votre conjoint et/ou vos enfants ?

1 2 3 4 5

Q2 - Avez-vous des problèmes relationnels avec vos associés et/ou vos employés ?

1 2 3 4 5

Q3 - Quel est votre degré de satisfaction personnelle ?

très bien bien moyen très moyen mauvais

Q4 - Confieriez vous votre santé à un confrère

oui totalement oui partiellement oui mais ... non mais ... non

Coté psychologique

5 possibilités de réponse de 1 à 5 : 1 non, 2 un peu, 3 régulièrement, 4 souvent, 5 toujours.

Q5 - Vous sentez vous capable d'arriver à la fin de la journée de travail ?

oui totalement oui partiellement oui mais .. non mais ... non

Q6 - Vous sentez vous fatigué dès le réveil ?

oui totalement oui partiellement oui mais .. non mais ... non

Q7 - Faites vous de l'automédication et prenez-vous des anxiolytiques, de la codéine, des hypnotiques, de la morphine ou autre traitement psychotrope ?

1 2 3 4 5

Q8 - Avez-vous remarqué une augmentation de votre consommation de café, thé, tabac, alcool, cannabis ?

1 2 3 4 5

Q9 - Avez-vous le sentiment de vous occuper de vos patients de façon impersonnelle ?

1 2 3 4 5

Coté financier

5 possibilités de réponse de 1 à 5 : 1 non, 2 un peu, 3 régulièrement, 4 souvent, 5 toujours.

Q10 - Avez-vous du mal à boucler les fins de mois ?

1 2 3 4 5

Q11 - Avez-vous des retards de paiements dans vos prélèvements obligatoires ? CARMF URSSAF

1 2 3 4 5

Coté Organisationnel

Q12 - Travaillez vous seul ou en groupe ? en groupe 1 seul 5 ?

en groupe seul

Q13 - Avez-vous l'impression d'être suffisamment aidé ou accompagné dans votre travail ?

oui totalement oui partiellement oui mais .. non mais .. non

Q14 - Arrivez vous à parler de vos problèmes ?

oui totalement oui partiellement oui mais .. non mais .. non

Q15 - Arrivez vous à prendre des vacances ?

oui totalement oui partiellement oui mais .. non mais .. non

Conclusion des questionnaires avec score inférieur à 37 points

Testez votre niveau de stress

Votre niveau de stress ne semble pas anormal. Toutefois, vous pouvez contacter le Conseil de l'Ordre au 03.20.31.10.23 afin de convenir d'un rendez-vous avec un Conseiller si vous le désirez.

[REFAIRE LE TEST >](#)

Conclusion des questionnaires avec score au moins égal à 37 points

Testez votre niveau de stress

Votre niveau de stress ne semble pas anormal. Toutefois, vous pouvez contacter le Conseil de l'Ordre au 03.20.31.10.23 afin de convenir d'un rendez-vous avec un Conseiller si vous le désirez.

Vous avez peut-être besoin d'aide.

Vous pouvez contacter le conseil de l'ordre au 03 20 31 10 23 afin de convenir d'un rendez-vous avec un conseiller.

[REFAIRE LE TEST >](#)

Annexe 4: Statistiques descriptives pour l'ensemble des questionnaires

Variables	Modalités	Descriptif n = 91	NA
SEXE		64% (n=58)	Valeurs manquantes = 0
AGE AU 1ER JANVIER 2014		49.4 +/- 8.6	Valeurs manquantes = 0
CONJOINTS			Valeurs manquantes = 0
	non	53% (n=48)	
	un peu	22% (n=20)	
	régulièrement	15% (n=14)	
	souvent	9% (n=8)	
	toujours	1% (n=1)	
COLLABORATEURS			Valeurs manquantes = 1
	non	60% (n=54)	
	un peu	23% (n=21)	
	régulièrement	9% (n=8)	
	souvent	8% (n=7)	
	toujours	0% (n=0)	
SATISFACTION			Valeurs manquantes = 0
	très bien	8% (n=7)	
	bien	37% (n=34)	
	moyen	35% (n=32)	
	très moyen	16% (n=14)	
	mauvais	4% (n=4)	
CONFRERE_SOIGNANT			Valeurs manquantes = 0
	oui totalement	30% (n=28)	
	oui partiellement	34% (n=31)	
	oui mais...	22% (n=20)	
	non mais...	7% (n=6)	
	non	7% (n=6)	
CAPABLE D'ARRIVER EN FIN DE JOURNEE			Valeurs manquantes = 0
	oui totalement	46% (n=42)	
	oui partiellement	25% (n=22)	
	oui mais...	21% (n=19)	
	non mais...	4% (n=4)	
	non	4% (n=4)	
FATIGUE AU REVEIL			Valeurs manquantes = 0
	oui totalement	9% (n=8)	
	oui partiellement	34% (n=31)	
	oui mais...	13% (n=12)	
	non mais...	25% (n=23)	
	non	19% (n=17)	
AUTOMEDICATION ET TRAITEMENT PSYCHOTROPE			Valeurs manquantes = 0
	non	70% (n=64)	
	un peu	14% (n=13)	
	régulièrement	2% (n=2)	
	souvent	5% (n=4)	
	toujours	9% (n=8)	
AUGMENTATION PSYCHOSTIMULANTS			Valeurs manquantes = 1
	non	60% (n=54)	
	un peu	17% (n=15)	

	régulièrement	12% (n=11)	
	souvent	7% (n=6)	
	toujours	4% (n=4)	
SOINS IMPERSONNELS			Valeurs manquantes = 0
	non	52% (n=47)	
	un peu	29% (n=26)	
	régulièrement	13% (n=12)	
	souvent	3% (n=3)	
	toujours	3% (n=3)	
FINS DE MOIS DIFFICILES			Valeurs manquantes = 0
	non	64% (n=58)	
	un peu	21% (n=19)	
	régulièrement	4% (n=4)	
	souvent	4% (n=4)	
	toujours	7% (n=6)	
RETARDS COTISATIONS			Valeurs manquantes = 0
	non	91% (n=83)	
	un peu	2% (n=2)	
	régulièrement	1% (n=1)	
	souvent	4% (n=3)	
	toujours	2% (n=2)	
TRAVAIL SEUL OU GROUPE			Valeurs manquantes = 0
	en groupe	42% (n=38)	
	seul	58% (n=53)	
AIDE AU TRAVAIL			Valeurs manquantes = 0
	oui totalement	18% (n=16)	
	oui partiellement	25% (n=23)	
	oui mais...	15% (n=14)	
	non mais...	28% (n=25)	
	non	14% (n=13)	
DIALOGUE SUR LES PROBLEMES			Valeurs manquantes = 0
	oui totalement	26 % (n=24)	
	oui partiellement	34% (n=31)	
	oui mais...	12% (n=11)	
	non mais...	18% (n=16)	
	non	10% (n=9)	
VACANCES			Valeurs manquantes = 0
	oui totalement	49% (n=45)	
	oui partiellement	23% (n=21)	
	oui mais...	18% (n=16)	
	non mais...	3% (n=3)	
	non	7% (n=6)	
SCORE TOTAL			Valeurs manquantes = 0
		32.4 +/- 7.1	
SCORE SOCIAL			Valeurs manquantes = 0
		8.4 +/- 2.6	
SCORE PSYCHOLOGIQUE			Valeurs manquantes = 0
		10.3 +/- 3.0	
SCORE FINANCIER			Valeurs manquantes = 0
		2.9 +/- 1.8	
SCORE ORGANISATIONNEL			Valeurs manquantes = 0
		10.7 +/- 3.0	
SOUFFRANCE			Valeurs manquantes = 0
		31% (n=28)	

Annexe 5: Statistiques descriptives stratifiées selon le score seuil franchi

Variables	Modalités	<37 points n=63	≥37 points n=28	NA
SEXE		59% (n=37)	75% (n=21)	Valeurs manquantes = 0
AGE AU 1ER JANVIER 2014		49.4 +/- 8.8	49.5 +/- 8.2	Valeurs manquantes = 0
CONJOINTS				Valeurs manquantes = 0
	non	67% (n=42)	21% (n=6)	
	un peu	17% (n=11)	32% (n=9)	
	régulièrement	13% (n=8)	21% (n=6)	
	souvent	3% (n=2)	21% (n=6)	
	toujours	0% (n=0)	4% (n=1)	
COLLABORATEURS				Valeurs manquantes = 1
	non	67% (n=42)	44% (n=12)	
	un peu	24% (n=15)	22% (n=6)	
	régulièrement	8% (n=5)	11% (n=3)	
	souvent	2% (n=1)	22% (n=6)	
	toujours	0% (n=0)	0% (n=0)	
SATISFACTION				Valeurs manquantes = 0
	très bien	11% (n=7)	0% (n=0)	
	bien	49% (n=31)	11% (n=3)	
	moyen	32% (n=20)	43% (n=12)	
	très moyen	6% (n=4)	36% (n=10)	
	mauvais	2% (n=1)	11% (n=3)	
CONFRERE SOIGNANT				Valeurs manquantes = 0
	oui totalement	43% (n=27)	4% (n=1)	
	oui partiellement	37% (n=23)	29% (n=8)	
	oui mais...	19% (n=12)	29% (n=8)	
	non mais...	0% (n=0)	21% (n=6)	
	non	2% (n=1)	18% (n=5)	
CAPABLE D'ARRIVER EN FIN DE JOURNEE				Valeurs manquantes = 0
	oui totalement	54% (n=34)	29% (n=8)	
	oui partiellement	27% (n=17)	18% (n=5)	
	oui mais...	19% (n=12)	25% (n=7)	
	non mais...	0% (n=0)	14% (n=4)	
	non	0% (n=0)	14% (n=4)	
FATIGUE AU REVEIL				Valeurs manquantes = 0
	oui totalement	6% (n=4)	14% (n=4)	
	oui partiellement	33% (n=21)	36% (n=10)	
	oui mais...	13% (n=8)	14% (n=4)	
	non mais...	25% (n=16)	25% (n=7)	
	non	22% (n=14)	11% (n=3)	
AUTOMEDICATION PSYCHOTROPE				Valeurs manquantes = 0

	non	79% (n=50)	50% (n=14)	
	un peu	11% (n=7)	21% (n=6)	
	régulièrement	3% (n=2)	0% (n=0)	
	souvent	3% (n=2)	7% (n=2)	
	toujours	3% (n=2)	21% (n=6)	
AUGMENTATION PSYCHOSTIMULANTS				Valeurs manquantes = 1
	non	71% (n=44)	36% (n=10)	
	un peu	19% (n=12)	11% (n=3)	
	régulièrement	8% (n=5)	21% (n=6)	
	souvent	0% (n=0)	21% (n=6)	
	toujours	2% (n=1)	11% (n=3)	
SOINS IMPERSONNELS				Valeurs manquantes = 0
	non	62% (n=39)	29% (n=8)	
	un peu	27% (n=17)	32% (n=9)	
	régulièrement	6% (n=4)	29% (n=8)	
	souvent	3% (n=2)	4% (n=1)	
	toujours	2% (n=1)	7% (n=2)	
FINS DE MOIS DIFFICILES				Valeurs manquantes = 0
	non	71% (n=45)	46% (n=13)	
	un peu	22% (n=14)	18% (n=5)	
	régulièrement	2% (n=1)	11% (n=3)	
	souvent	5% (n=3)	4% (n=1)	
	toujours	0% (n=0)	21% (n=6)	
RETARDS COTISATIONS				Valeurs manquantes = 0
	non	95% (n=60)	82% (n=23)	
	un peu	3% (n=2)	0% (n=0)	
	régulièrement	0% (n=0)	4% (n=1)	
	souvent	2% (n=1)	7% (n=2)	
	toujours	0% (n=0)	7% (n=2)	
TRAVAIL SEUL OU GROUPE				Valeurs manquantes = 0
	en groupe	40% (n=25)	46% (n=13)	
	seul	60% (n=38)	54% (n=15)	
AIDE AU TRAVAIL				Valeurs manquantes = 0
	oui totalement	22% (n=14)	7% (n=2)	
	oui partiellement	30% (n=19)	14% (n=4)	
	oui mais...	17% (n=11)	11% (n=3)	
	non mais...	19% (n=12)	46% (n=13)	
	non	11% (n=7)	21% (n=6)	
DIALOGUE SUR LES PROBLEMES				Valeurs manquantes = 0
	oui totalement	35% (n=22)	7% (n=2)	
	oui partiellement	37% (n=23)	29% (n=8)	
	oui mais...	13% (n=8)	11% (n=3)	
	non mais...	11% (n=7)	32% (n=9)	
	non	5% (n=3)	21% (n=6)	
VACANCES				Valeurs manquantes = 0
	oui totalement	63% (n=40)	18% (n=5)	
	oui partiellement	24% (n=15)	21% (n=6)	
	oui mais...	11% (n=7)	32% (n=9)	
	non mais...	0% (n=0)	11% (n=3)	
	non	2% (n=1)	18% (n=5)	

SCORE TOTAL	28.6 +/- 4.7	40.8 +/- 3.2	Valeurs manquantes = 0
SCORE SOCIAL	7.2 +/- 1.7	11.3 +/- 2.0	Valeurs manquantes = 0
SCORE PSYCHOLOGIQUE	9.2 +/- 2.4	12.7 +/- 3.0	Valeurs manquantes = 0
SCORE FINANCIER	2.5 +/- 1.0	3.9 +/- 2.6	Valeurs manquantes = 0
SCORE ORGANISATIONNEL	9.8 +/- 2.6	13.0 +/- 2.7	Valeurs manquantes = 0
SOUFFRANCE	0% (n=0)	100% (n=28)	Valeurs manquantes = 0

Annexe 6: Statistiques bivariées

Association entre le fait de travailler seul ou en groupe et le fait d'avoir des problèmes relationnels avec ses associés et/ou ses employés

Colonnes:	travail seul ou en groupe		
Lignes:	problèmes relationnels avec les associés ou salariés		
	en groupe	seul	Total
non	27(50%)	27(50%)	54
un peu	5(24%)	16(76%)	21
régulièrement	3(38%)	5(62%)	8
souvent	2(29%)	5(71%)	7
toujours	0(0%)	0(0%)	0
Total	37	53	90

test de Fisher exact: $p = 0.19$

Association entre le fait de travailler seul ou en groupe et le fait de se sentir capable d'arriver à la fin de la journée de travail

Colonnes:	travail seul ou en groupe		
Lignes:	Fin de journée de travail		
	en groupe	seul	Total
oui totalement	14(33%)	28(67%)	42
oui partiellement	11(50%)	11(50%)	22
oui mais...	8(42%)	11(58%)	19
non mais...	4(100%)	0(0%)	4
non	1(25%)	3(75%)	4
Total	38	53	91

test de Fisher exact: $p = 0.11$

Association entre le fait de travailler seul ou en groupe et le fait d'avoir l'impression d'être suffisamment aidé ou accompagné dans son travail

Colonnes: travail seul ou en groupe			
Lignes: aide au travail			
	en groupe	seul	Total
oui totalement	3(19%)	13(81%)	16
oui partiellement	8(35%)	15(65%)	23
oui mais...	7(50%)	7(50%)	14
non mais...	12(48%)	13(52%)	25
non	8(62%)	5(38%)	13
Total	38	53	91

test du chi2: $p = 0.15$

Association entre le fait de travailler seul ou en groupe et le fait d'arriver à parler de ses problèmes

Colonnes: travail seul ou en groupe			
Lignes: dialogue sur les problèmes			
	en groupe	seul	Total
oui totalement	7(29%)	17(71%)	24
oui partiellement	13(42%)	18(58%)	31
oui mais...	3(27%)	8(73%)	11
non mais...	10(63%)	6(37%)	16
non	5(56%)	4(44%)	9
Total	38	53	91

test de Fisher exact: $p = 0.21$

Association entre le score total obtenu et l'âge au 1er janvier 2014

score total obtenu	
âge du médecin au 1er janvier 2014	
	rho
couple	
valides	91
coefficient de corrélation	-0,022
variance partagée	0

test de la nullité du coefficient de corrélation: $p = 0.84$

Association entre le score total obtenu et le sexe du médecin

score total		
sexe du médecin		
	Femme	Homme
effectif	33	58
moyenne	32,303	32,414
écart type	7,196	7,126
minimum	20	19
médiane	32	33,5
maximum	49	45

test de Student: $p = 0.94$

AUTEUR : Nom : RAGOT

Prénom : Sébastien

Date de Soutenance : 19 septembre 2014

Titre de la Thèse :

A quels besoins doit répondre la commission "médecins en souffrance" du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du Nord

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : Médecine Générale DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : souffrance, médecin, entraide, Conseil de l'Ordre des Médecins

Résumé :

Contexte : La commission "médecins en souffrance" du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du Nord garant de l'entraide entre confrères et de la qualité des soins dispensés par ses médecins inscrits se fixe pour objectif la prise en charge des situations de souffrance des médecins.

Méthode : Ce travail a pour objectif de rechercher une hiérarchie des catégories (sociale, organisationnelle, psychologique, financière) dans lesquelles s'exprime cette souffrance afin d'organiser une réponse efficace. Il s'agit d'une étude épidémiologique d'observation, descriptive et transversale dans laquelle les données ont été recueillies à l'aide d'un auto-questionnaire destiné aux médecins inscrits au CDOM du Nord. L'analyse était descriptive et comparative.

Résultats : 91 réponses ont été recueillies et analysées pour 11093 médecins inscrits. Parmi les participants, 64% étaient des hommes, l'âge moyen était de 49.4 ans, 31% [22-41] étaient en souffrance. Parmi les quatre catégories évaluées, la catégorie financière était la moins importante (29/100), la catégorie organisationnelle était la plus importante (53.5/100). Les catégories, sociale et psychologique, obtenaient respectivement 42/100 et 41.2/100. On ne retrouvait pas d'association entre le score de souffrance et l'âge et le sexe des participants.

Conclusion : Cette première approche confirme l'importance de la problématique de la souffrance du médecin et de sa prise en charge qui ne doit pas se limiter à une assistance financière pour être efficace.

Composition du Jury : Président : Professeur Paul FRIMAT

Asseseurs : Professeur Sophie FANTONI-QUINTON, Docteur Ariane LEROYER, Docteur Franck ROUSSEL

Directeur de Thèse : Docteur Olivier VERRIEST