Quelle est l'offre de soins proposée aux médecins en France et à l'étranger? Revue de la littérature

Margaux Testart

▶ **To cite this version:**

Margaux Testart. Quelle est l'offre de soins proposée aux médecins en France et à l'étranger? Revue de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02399826

HAL Id: dumas-02399826

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02399826v1

Submitted on 22 Apr 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2019 N°

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

Par

Margaux TESTART

Née le 21 Décembre 1988 à Deauville (14)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 17 SEPTEMBRE 2019

QUELLE EST L'OFFRE DE SOINS PROPOSEE AUX MEDECINS EN FRANCE ET A L'ETRANGER ?

Revue de la littérature

Président du jury : Monsieur le Professeur Jean-François GEHANNO

Directeur de Thèse : Madame le Docteur Laetitia BOURDON

Membres du jury : Madame le Professeur Elisabeth MAUVIARD

Monsieur le Docteur Matthieu SCHUERS

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**

Professeur Benoit VEBER

Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric **ANSELME**	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle **APTER**	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR**	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc **BASTE**	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice **BAUER**	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya **BEKRI**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal **BENHAMOU**	HCN	Médecine interne
Mr Jacques **BENICHOU**	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier **BOYER**	UFR	Immunologie
Mme Sophie **CANDON**	HCN	Immunologie
Mr François **CARON**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe **CHASSAGNE**	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent **COMPERE**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas **CORNU**	HCN	Urologie
Mr Antoine **CUVELIER**	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas **DACHER**	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan **DARMONI**	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre **DECHELOTTE**	HCN	Nutrition
Mr Stéphane **DERREY**	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric **DI FIORE**	CB	Cancérologie

Mr Fabien **DOGUET**	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean **DOUCET**	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard **DUBRAY**	CB	Radiothérapie
Mr Frank **DUJARDIN**	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice **DUPARC**	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric **DURAND**	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand **DUREUIL**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène **ELTCHANINOFF**	HCN	Cardiologie
Mr Manuel **ETIENNE**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry **FREBOURG**	UFR	Génétique
Mr Pierre **FREGER**	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François **GEHANNO**	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel **GERARDIN**	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille **GERARDIN**	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume **GOURCEROL**	HCN	Physiologie
Mr Dominique **GUERROT**	HCN	Néphrologie
Mr Olivier **GUILLIN**	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier **HANNEQUIN**	HCN	Neurologie
Mr Claude **HOUDAYER**	HCN	Génétique
Mr Fabrice **JARDIN**	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie **JOLY**	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal **JOLY**	HCN	Dermato – Vénéréologie
Mme Bouchra **LAMIA**	Havre	Pneumologie
Mme Annie **LAQUERRIERE**	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent **LAUDENBACH**	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël **LECHEVALLIER**	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé **LEFEBVRE**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry **LEQUERRE**	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie **LEROI**	HCN	Physiologie
Mr Hervé **LEVESQUE**	HB	Médecine interne
Mme Agnès **LIARD-ZMUDA**	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves **LITZLER**	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand **MACE**	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David **MALTETE**	HCN	Neurologie
Mr Christophe **MARGUET**	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle **MARIE**	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul **MARIE**	HCN	Oto-rhino-laryngologie

Mr Loïc **MARPEAU**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane **MARRET**	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique **MERLE**	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre **MICHEL**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
M. Benoit **MISSET** *(détachement)*	HCN	Réanimation Médicale Mr Jean-François
MUIR *(surnombre)*	HB	Pneumologie
Mr Marc **MURAINE**	HCN	Ophtalmologie
Mr Christophe **PEILLON**	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian **PFISTER**	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe **PLANTIER**	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier **PLISSONNIER**	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan **PREVOST**	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe **RICHARD** *(détachement)*	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent **RICHARD**	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie **RIVES**	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace **ROMAN** *(disponibilité)*	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe **SABOURIN**	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume **SAVOYE**	HCN	Hépato-gastrologie
Mme Céline **SAVOYE–COLLET**	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale **SCHNEIDER**	HCN	Pédiatrie
Mr Michel **SCOTTE**	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne **TAMION**	HCN	Thérapeutique
Mr Luc **THIBERVILLE**	HCN	Pneumologie
Mr Christian **THUILLEZ** *(surnombre)*	HB	Pharmacologie
Mr Hervé **TILLY**	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles **TOURNEL**	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier **TROST**	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques **TUECH**	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre **VANNIER** *(surnombre)*	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît **VEBER**	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre **VERA**	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric **VERIN**	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric **VERSPYCK**	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier **VITTECOQ**	HB	Rhumatologie
Mme Marie-Laure **WELTER**	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG**	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole **BRASSE LAGNEL**	HCN	Biochimie
Mme Valérie **BRIDOUX HUYBRECHTS**	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard **BUCHONNET**	HCN	Hématologie
Mme Mireille **CASTANET**	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie **CHASTAN**	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie **CLAEYSSENS**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse **COEFFIER**	HCN	Nutrition
Mr Serge **JACQUOT**	UFR	Immunologie
Mr Joël **LADNER**	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste **LATOUCHE**	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas **MOUREZ** *(détachement)*	HCN	Virologie
Mr Gaël **NICOLAS**	HCN	Génétique
Mme Muriel **QUILLARD**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia **ROLLIN**	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu **SALAUN**	HCN	Pneumologie
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER**	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN**	HCN	Anatomie
Mr David **WALLON**	HCN	Neurologie
Mr Julien **WILS**	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry **WABLE**	UFR	Communication
Mme Mélanie **AUVRAY-HAMEL**	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry **BESSON**	Chimie Thérapeutique
Mr Roland **CAPRON** (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr François **ESTOUR**	Chimie Organique
Mr Loïc **FAVENNEC** (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre **GOULLE** (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mme Isabelle **LEROUX - NICOLLET**	Physiologie
Mme Christelle **MONTEIL**	Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi **VARIN** (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy **BELLIEN** (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric **BOUNOURE**	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mme Camille **CHARBONNIER (LE CLEZIO)**	Statistiques
Mme Elizabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile **CORBIERE**	Biochimie
Mr Eric **DITTMAR**	Biophysique
Mme Nathalie **DOURMAP**	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUC**	Pharmacologie

Mme Dominique **DUTERTE- BOUCHER**	Pharmacologie
Mr Abdelhakim **ELOMRI**	Pharmacognosie
Mr Gilles **GARGALA** (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL **GHARBI-HAMZA**	Chimie analytique
Mme Marie-Laure **GROULT**	Botanique
Mr Hervé **HUE**	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia **LE GOFF**	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong **LU**	Biologie
M. Jérémie **MARTINET** (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine **MALLETER**	Toxicologie
Mme Sabine **MENAGER**	Chimie organique
Mme Tiphaine **ROGEZ-FLORENT**	Chimie analytique
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Malika **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Christine **THARASSE**	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric **ZIEGLER**	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ**	Pharmacie officinale
Mr Jean-François **HOUIVET**	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN**	Anglais

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Anaïs **SOARES**	Bactériologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Sophie **MOHAMED**	Chimie Organique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry **BESSON**	Chimie thérapeutique
Mr Roland **CAPRON**	Biophysique
Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Abdelhakim **ELOMRI**	Pharmacognosie
Mr Loïc **FAVENNEC**	Parasitologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mr François **ESTOUR**	Chimie organique
Mme Isabelle **LEROUX-NICOLLET**	Physiologie
Mme Martine **PESTEL-CARON**	Microbiologie
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mr Rémi **VARIN**	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG)	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG)	UFR	Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mme Laëtitia **BOURDON**	UFR	Médecine Générale
Mr Emmanuel **LEFEBVRE**	UFR	Médecine Générale
Mme Elisabeth **MAUVIARD**	UFR	Médecine générale
Mr Philippe **NGUYEN THANH**	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse **THUEUX**	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET**	UFR	Médecine générale
Mr Emmanuel **HAZARD**	UFR	Médecine Générale
Mme Marianne **LAINE**	UFR	Médecine Générale
Mme Lucile **PELLERIN**	UFR	Médecine générale
Mme Yveline **SEVRIN**	UFR	Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei **FETISSOV** (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul **MULDER** (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su **RUAN** (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine **CLEREN** (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain **FRAINEAU** (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline **GAILDRAT** (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas **GUEROUT** (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel **LETELLIER** (med)	Physiologie
Mme Christine **RONDANINO** (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric **PASQUET**	Sciences du langage, orthophonie
Mr Youssan Var **TAN**	Immunologie
Mme Isabelle **TOURNIER** (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

HCN - Hôpital Charles Nicolle	*HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME*
CB - Centre Henri Becquerel	*CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray*
CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation	*SJ – Saint Julien Rouen*

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-François Gehanno, merci de me faire l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Madame le Professeur Elisabeth Mauviard, merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury et de me donner votre avis sur mon travail.

A Monsieur le Docteur Matthieu Schuers, merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury et de m'avoir guidé au cours de ma recherche.

A Madame le Docteur Laetitia Bourdon, merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour ta bienveillance et de m'avoir motivée au cours de ces longs mois de travail. C'est un plaisir de travailler avec toi au quotidien au cabinet.

A mes parents, sans qui je ne serais pas arrivée là où je suis. C'est grâce à vous que j'ai pu faire ces études sereinement, vous m'avez toujours soutenue et vous continuez à le faire encore. Et vous êtes des super grands-parents !!

A Mathieu, qui est là depuis le début. Tu m'as permis de ne pas baisser les bras quand parfois ces études étaient trop difficiles. Merci pour ton amour et ton soutien.

A Georges, mon rayon de soleil, chaque jour tu illumines un peu plus ma vie.

A mes grands-parents et en particulier à papi Jacques, je ne sais pas si c'est toi qui m'as donné la vocation mais je vais essayer de ne pas te décevoir. Soutenir cette thèse devant toi me met un peu la pression…

A mon frère, il y aura bientôt un autre docteur Testart dans la famille. Anne So et Jacques, pour avoir agrandi la famille, vivement l'été prochain pour partir tous ensemble en vacances.

A mes copines, Caroline, Marguerite, Louise, Emilie, Clémentine, Anne-Laure, Diane, Stéphanie, Hélène, Camille,… et copains, Nicolas, Maxence, Paul-Henri, Alban, Antoine, Arnaud, Hugo,… pour mettre de la bonne humeur dans ma vie, et être toujours là pour aller boire une bière au bistrot.

Aux Carmouilles, merci de m'avoir acceptée dans votre « famille », je n'aurais rêvé meilleur endroit pour travailler.

Au « futur », j'espère que ton petit secret est une bonne surprise…

TABLE DES MATIÈRES

SERMENT D'HIPPOCRATE 12
REMERCIEMENTS 13
ABREVIATIONS 17
INTRODUCTION 19
METHODE 26
1. Type d'étude 27
2. Critères de recueil de données 27
A. Critères d'inclusion 27
B. Critères d'exclusion 27
C. Critères de sélection 27
3. Analyse des données 28
4. Aspects éthiques 29
RESULTATS 30
1. Résultat de la recherche 31
2. Articles inclus 31
A. EN FRANCE 31
1. Plateforme régionale 24 heures sur 24 33
1.1. Associations régionales 33
1.2. Associations nationales 34
2. Consultation sur place 35
B. A L'ETRANGER 36
1. Espagne 38
2. Belgique 38
3. Royaume-Uni 39
4. Irlande 40
5. Suisse 41
6. Norvège 41
7. Canada 42
8. Etats-Unis 43
DISCUSSION 45
1. Le résultat principal 46
2. Forces et faiblesses 46
A. METHODE 46
B. RESULTATS 46

ANNEXES..... 53
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 62
RESUME 66

ABREVIATIONS

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

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

ASRA : Association d'Aide aux Soignants de Rhône Alpes

ARENE : Association Régionale d'entraide du Nord Est

ESCULAPE : Espace de Soin Coordonné Universitaire de Libre Accès pour les Praticiens en Souffrance

ASSPC : Association Santé des Soignants du Poitou Charentes

ANAM : Antenne Normande d'Aide aux Médecins

MOTS : Médecins Organisation Travail Santé

APSS : Association pour la Promotion des Soins des Soignants

Asso-SPS : Association pour les Soins des Professionnels de Santé

AAPMS : Association d'Aides Professionnelles aux Médecins et aux Soignants

MBI : Maslach Burn out Inventory

HAD : Haute Autorité de Santé

FACE : Fast Alcohol Consumption Evaluation

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

PAIMM : Programme d'Aide Intégrale pour le Médecin Malade

IFTS : Institut de Formation et de Thérapie pour les Soignants

PHP (UK) : Practitioner Health Program

HIPP : The Health in Practice Program

ReMed : réseau de soutien pour les médecins

PAMQ : Programme d'Aide aux Médecins du Québec

PHP (USA) : Physician Health Program

AMA : American Medical Association

DIU : Diplôme inter-universitaire

CNOM : Conseil National d'Ordre des Médecins

EAPH : European Association for Physician Health

APA : American Psychatric Association

PRISMA : Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, la santé des médecins intéresse de plus en plus le gouvernement français. La médiatisation de plusieurs suicides de médecins et étudiants en médecine sur leurs lieux de travail a encouragé cette prise de conscience que les médecins peuvent souffrir et peuvent être malades.

En France, le médecin est considéré comme un patient ordinaire, sans particularité, devant recourir à la filière communautaire pour se soigner. Or, le médecin n'est pas un patient comme un autre. Ses connaissances permettent d'être lucide vis à vis de la maladie mais peuvent aussi générer de l'angoisse.

D'après les déclarations des médecins interrogés dans différentes études au sujet de leur santé, le médecin libéral est satisfait de sa santé et évalue sa prise en charge correcte. Cependant, ils déclarent avoir une altération de leur état de santé presque deux fois plus souvent que les autres professionnels libéraux et cadres supérieurs et proche de celle de la population active française (1).

Huit médecins sur dix se déclarent en bonne santé, un médecin sur trois indique pourtant souffrir de problèmes de santé chroniques, d'après l'étude DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) effectuée à l'automne 2008 (2). Toujours d'après cette étude, plus d'un médecin sur dix est en détresse psychologique, les femmes étant deux fois plus concernées que les hommes. Toutes ces données déclaratives des médecins concernant leurs santés somatique et psychique sont donc soumises à leur subjectivité. Il existe un paradoxe entre leurs déclarations sur leur propre santé et les chiffres des différentes études effectuées sur ce sujet.

Or, une enquête de 2003 réalisée en France par le Docteur Y. Leopold, portant sur les causes de décès des médecins actifs, a montré une incidence de suicide de 14 % contre 5,4% dans la population générale de la même tranche d'âge (3). Ce phénomène se voit aussi à l'internationale et en particulier aux Etats-Unis. Une méta-analyse des études publiées au cours des dix dernières années sur le nombre de suicides chez les médecins américains présentée fin 2018 lors de la réunion annuelle de l'American Psychiatric Association, constate que le nombre de suicides chez les médecins est de 28 à 40 pour 100 000 contre 13 pour 100 000 dans la population générale américaine soit un médecin se suicide tous les jours aux Etats-Unis (4).

De plus, d'après les chiffres annuels de la CARMF (Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France) en 2018, les médecins percevant des indemnités journalières souffrent en premier de maladies cancéreuses (27,69 % en 2018) et en second de maladies psychiatriques (21,05 % en 2018). Concernant les médecins en invalidité définitive, les troubles psychiatriques sont, de loin, la première cause d'invalidité définitive (44,53 % en 2018). Ce chiffre tend à augmenter d'année en année (5).

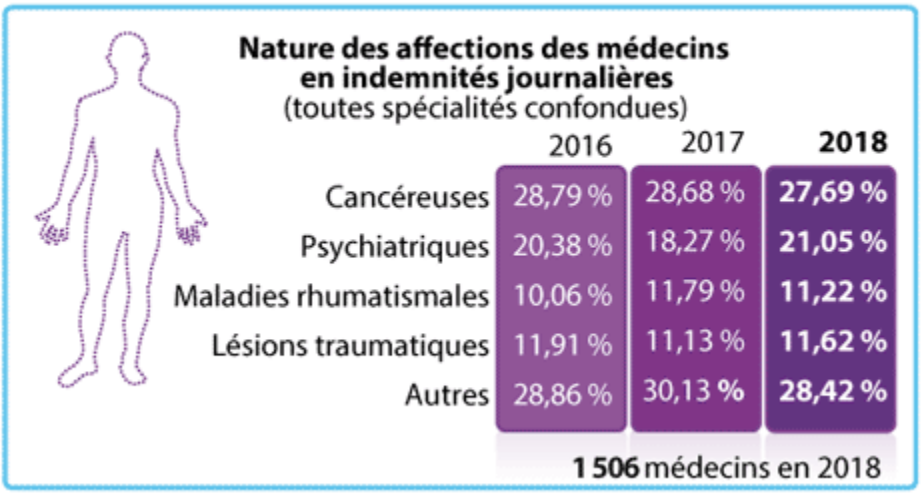


FIGURE 1. TABLEAU DES CHIFFRES DE LA CARMF 2018 CONCERNANT LES MEDECINS EN INDEMNITES JOURNALIERES

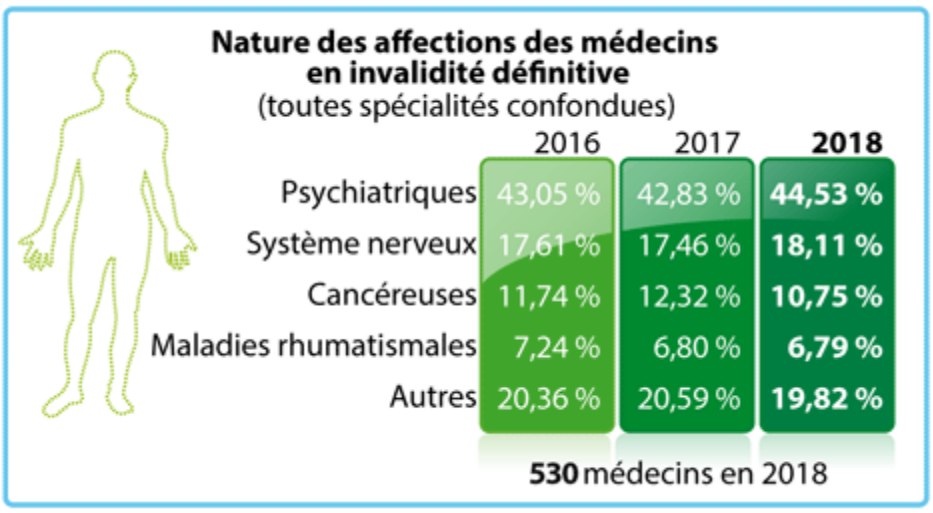


FIGURE 2. TABLEAU DES CHIFFRES DE LA CARMF 2018 CONCERNANT LES MEDECINS EN INVALIDITE DEFINITIVE

La mauvaise santé psychique des médecins commence dès le début de leurs études de médecine. Plusieurs enquêtes menées en 2016 et 2017 montrent que entre 14 et 24 % d'entre eux ont déjà eu des idées suicidaires (6), 66% souffrent d'anxiété et 28 % de dépression (7).

Le rapport Marra sur « la qualité de vie des étudiants en santé » remis au ministre de la Santé en avril 2018, souligne que « le bien-être des étudiants en santé et des soignants est un enjeu prioritaire de santé publique, ayant un impact direct sur l'ensemble de la population, en termes de qualité des soins, de risques d'erreurs médicales, d'insatisfaction des patients, et d'augmentation des coûts du système de santé. » (8).

Pour se prendre en charge, les médecins pratiquent l'automédication et l'auto-traitement. L'auto-traitement et l'automédication sont un problème tant pour les médecins que les étudiants en médecine. Une revue de la littérature en 2011 montrait que l'automédication concernait de 33 à plus de 90% des médecins et est inopportune dans 78% des cas. Une analyse plus approfondie des études révélait que les médecins estimaient qu'il était approprié d'auto-traiter les affections aiguës et chroniques et que

les filières de soins informelles étaient courantes au sein de la profession médicale. Dans cette même revue, il était mis en évidence que les quatre moteurs du comportement d'auto-traitement inapproprié des médecins étaient :

- L'évitement du rôle de patient
- L'acceptation de l'auto-traitement en tant que norme
- La performance au travail et la pression pour rester au travail
- La protection et le maintien de la confidentialité autour de sa santé (9).

Les médecins s'auto-prescrivent largement, en dehors des traitements au long cours pour problèmes chroniques (anti-hypertenseurs, hypolipémiants, anticoagulants, diurétiques), des anxiolytiques, des hypnotiques et des corticoïdes (1).

Pour limiter au maximum l'auto-traitement, les organismes qui s'occupent de la santé des médecins doivent être plus attractifs que l'automédication. La liste des critères pour adhérer à un réseau de soins est longue et précise :

- l'accès doit être pratique, avec un contact par téléphone ou par mail.
- les horaires doivent être adaptés aux horaires des médecins (amplitude horaire dans la journée large).
- Le médecin souhaite pouvoir choisir sur un listing un référent travaillant en équipe avec des soignants du réseau, tout en ayant la possibilité de consulter des soignants extérieurs au réseau.
- Il souhaite une prise en charge globale : suivi médical, consultation de prévention et médecine du travail.
- Il doit y avoir un accès facile à des consultations, une assistance téléphonique et à une évaluation professionnelle.

- Les garanties de confidentialité, de soutien, de solidarité et d'humanité sont indispensables.
- Les soignants du réseau doivent être des personnes compétentes, apportant un regard neuf et objectif (10).

Malgré tout, l'automédication reste dangereuse, et des médecins ont proposé de l'encadrer par une loi. D'après eux, une barrière psychologique ou réglementaire devrait être instaurée dès lors que l'utilisation de ses ordonnances à des fins personnelles sortirait du cadre admis de l'automédication populaire. Dans ce cas, le pharmacien se retrouverait en première ligne en refusant la délivrance de médicaments si le prescripteur et le patient se confondent. Ce qui peut créer des tensions entre les deux professions (10, 11).

En France, le Collège Français des Anesthésistes-Réanimateurs a sorti une campagne de prévention appelée « Dis Doc, t'as ton doc? » en 2017 pour inciter les médecins à déclarer un médecin traitant autre que eux-mêmes (Annexe 1) (12). La déclaration d'un médecin traitant est obligatoire depuis 2004, sauf que la majorité (62 à 86 %) des médecins s'auto-déclare pour un souci de facilité (1). Cette campagne rappelle que cette déclaration d'un médecin généraliste personnel est « important pour leur propre santé et la qualité de leurs soins ».

Une revue de la littérature sortie dans le British Journal of General Practice montre que malgré la divergence de système de soins selon les pays (Etats-Unis, Royaume-Uni, Australie, Nouvelle-Zélande, Irlande, Canada,…), l'accès aux soins des médecins présentent plusieurs obstacles. En effet, les médecins interrogés parlent d' « embarras » pour exprimer leur inconfort général avec le rôle de patient (peur de « déranger », de

consulter pour une maladie banale…) surtout en ce qui concerne les maladies mentales. Ils évoquent aussi leur manque de temps, la peur de la maladie grave pouvant avoir un impact sur leur travail, la confidentialité, la qualité des soins reçus… (13)
En France, ces obstacles sont aussi évoqués par les médecins : la principale difficulté reste le problème de l'acceptation de son statut de patient avec déni, anxiété exagérée, négligence et retard dans le début de la prise en charge. Tandis que le médecin soignant ressent une peur de l'erreur et le jugement de son confrère patient (14).

Un article américain propose des recommandations pour soigner les médecins. Il explique que les règles doivent être fixées dès le début, en précisant la place et le rôle du soignant et du soigné. La relation doit être coopérative, et le soignant doit expliquer au patient qu'il procèdera avec lui comme avec n'importe quel autre patient (15).
Ces recommandations sont évoquées par la majorité des médecins interrogés sur ce sujet en France.

Finalement, quelle est l'offre de soins proposée aux médecins en France et à l'étranger ? Pour cela nous avons réalisé une revue de la littérature. L'objectif de l'étude est de proposer un panel des structures qui existent en France et à l'étranger pour soigner les médecins.

METHODE

1. TYPE D'ETUDE

Une revue systématique de la littérature a été menée de mai à octobre 2018, pour répondre à cette question à partir des bases de données sur Medline via PubMed, Sudoc, BDSP.

L'équation de recherche utilisée était la suivante: (("Self Care"[Mesh]) OR "Health Behavior"[Mesh:NoExp]) AND « Physicians » [Mesh:NoExp]. Celle-ci était la même pour tous les moteurs de recherche.

2. CRITERES DE RECUEIL DE DONNEES

A. CRITERES D'INCLUSION

Nous avons sélectionné les articles en français et en anglais.

Les critères d'inclusion étaient : articles sur les médecins libéraux et étudiants en médecine, articles concernant les structures de prise en charge de la santé des médecins, les articles dont la zone géographique concernent l'Europe et l'Amérique du Nord.

B. CRITERES D'EXCLUSION

Les critères d'exclusion étaient : les articles avant 2000, les articles ne traitant pas des médecins ou ne les étudiant pas spécifiquement.

C. CRITERES DE SELECTION

L'inclusion des articles a été menée en simple lecture. Nous nous sommes basés sur les critères PRISMA afin de réaliser notre revue de la littérature (Annexe 3).

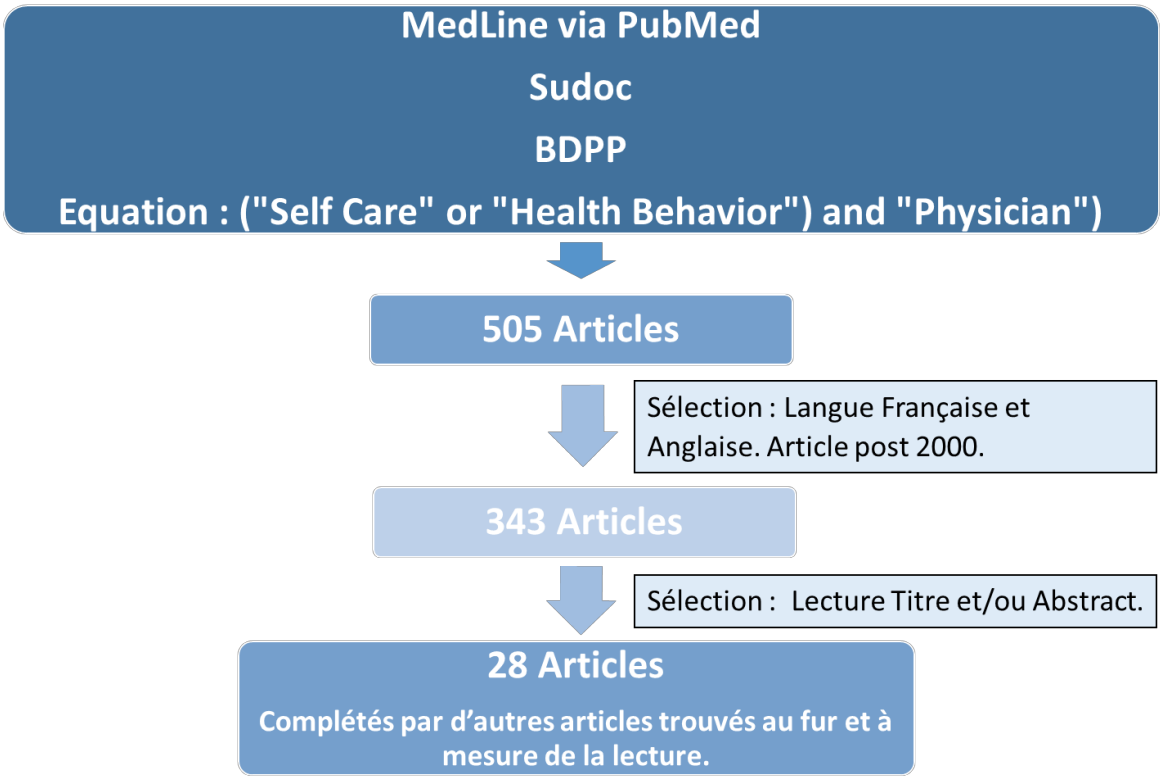
3. ANALYSE DES DONNEES

Les articles inclus ont été traités par un des auteurs, et les données extraites sous la forme d'un tableau standardisé Microsoft EXCEL®.

Les informations suivantes ont été collectées :

Auteurs, titre, date de publication, référence complète, questions de recherche, thèses avancées, méthode, matériau empirique analysé, citations à utiliser et remarques personnelles.

Diagramme de sélection :



4. ASPECTS ETHIQUES

Aucune demande éthique spécifique n’a été faite pour notre étude.

RESULTATS

1. RESULTAT DE LA RECHERCHE

Au total, nous avons trouvé 505 articles avec l'équation. Après avoir restreint la langue en français et en anglais et les articles publiés après 2000, nous sommes arrivés à 343 articles.

Nous avons effectué une lecture du titre et/ou de l'abstract, et nous sommes arrivés à 28 articles. Au fur et à mesure, notre recherche a été complétée avec des références trouvées lors de la lecture des articles sélectionnés.

2. ARTICLES INCLUS

Nous allons diviser en 2 les résultats, d'abord les structures existantes en France et ensuite les structures en Europe et Amérique du Nord. Les données ont été recueillies suivant l'organisation de chaque structure. Globalement, elles s'adressent toutes aux médecins libéraux ou non, aux étudiants en médecine et parfois aux paramédicaux et aux proches des médecins.

A. EN FRANCE

		ASRA	ARENE	ASSPC	ANAM	APSS	Asso-SPS	AAPMS	MOTS	IMHOTEP	INTER. MED	MED. DOC 84	CPAM de Paris	Groupe Pasteur Mutualité
Localistation	Nationale					X	X	X	X					X
	Régionale	X	X	X	X					X	X	X	X	
Mode de prise en charge	Plateforme téléphonique 24/24				X			X						
	Plateforme + Consultations	X	X	X			X		X					X
	Consultations sur place					X				X	X	X	X	
Exercice Médicale	Prise en charge psychique	X	X	X	X	X	X	X	X					X
	Prise en charge globale									X	X	X		
	Prévention				X	X				X		X		
	Formation	X				X	X							
Public cible	Médecins libéraux			X		X				X				
	Médecins libéraux et salariés	X	X		X		X	X	X		X	X	X	X adhérents
	Etudiants en médecine	X			X		X				X			
	Autres professionnels médicaux						X							
Personnes ressources	Médecins	X	X	X	X				X	X	X	X	X	X
	Psychologue	X	X	X		X	X	X						
	Autres professionnels	X	X	X								X	X	

FIGURE 3. TABLEAU RECAPITULATIF DES CARACTERISTIQUES DES DIFFERENTES ASSOCIATIONS EXISTANTES EN FRANCE.

1. PLATEFORME REGIONALE 24 HEURES SUR 24

1.1. ASSOCIATIONS REGIONALES

Association d'Aide aux Soignants de Rhône Alpes (ASRA) : créée en 2012, elle réunit 44 confrères de soutien formés, bénévoles et volontaires, qui peuvent orienter vers 55 personnes ressources (psychiatres, psychologues, addictologues, sexologues, médecins de santé au travail, experts de violences conjugales, avocat,…). Le réseau reçoit entre 3 et 7 appels par mois depuis sa création (16, 17).

Association Régionale d'Entraide du Nord Est (ARENE) : créée en 2015, elle réunit une soixantaine de médecins volontaires et bénévoles. L'association se verra articulée très prochainement avec le réseau hospitalier ESCULAPE en voie de formation (Espace de Soin Coordonné Universitaire de Libre Accès pour les Praticiens En souffrance) (18).

Association santé des soignants de Poitou Charentes (ASSPC) : créée en 2013, même fonctionnement que l'ASRA. La différence est une démarche orientée vers la prévention avec la nomination d'un médecin référent pour chaque soignant inscrit dans le réseau. L'objectif est de mettre en place des consultations pour les libéraux et des hospitalisations spécifiques pour les pathologies psychiatriques ou addictives (11, 16, 19).

Antenne Normande d'aide aux médecins (ANAM) : ouverte en 2018, en collaboration avec MOTS (Médecins Organisation Travail Santé) et IMHOTEP (20).

1.2. ASSOCIATIONS NATIONALES

Association pour la promotion des soins des soignants (APSS) : créée en 2009, elle propose un dispositif d'engagement thérapeutique s'appliquent aux médecins ayant un problème d'addiction depuis 2012. En signant le protocole d'engagement thérapeutique, le médecin accepte de consulter régulièrement son thérapeute (qu'il choisit parmi une liste de praticiens fournie par l'association), d'interrompre son activité professionnelle et de communiquer au conseil départemental de l'Ordre des médecins les attestations de suivi de son thérapeute. En contrepartie, il bénéficie de la suppression du délai de carence de 90 jours de la CARMF. Le dispositif est mis en place après examen du dossier du médecin bénéficiaire par la commission du fond d'action sociale de la CARMF (16).

Association pour les soins des professionnels de santé (Asso-SPS) : depuis 2016, l'association propose une prise en charge dans une unité spécifique dédiée aux professionnels de santé en souffrance. Elle propose aussi des formations pour les professionnels de santé dans toute la France (Annexe 2) (21).

Association d'aides professionnelles aux médecins et aux soignants (AAPMS) : créée en 2004, l'orientation se fait vers un psychologue du réseau PSYA spécialisé dans l'assistance psychologique et la prise en charge des risques psycho sociaux. L'appelant peut s'entretenir au maximum cinq fois avec un psychologue du réseau puis si cela ne suffit pas il sera réorienté vers un psychologue clinicien du réseau PSYA. Son action a débuté en Ile-de-France puis s'est étendue à d'autres régions : Provence-Alpes-Côte d'Azur, Bourgogne, Corse, Pas-de-Calais et Limousin (16, 22).

Association Médecins Organisation Travail Santé (MOTS) : créée en 2010, elle a recruté un médecin effecteur dans chaque région de France. Elle compte parmi ses membres un psychiatre joignable 7 jours sur 7 (23).

2. CONSULTATION SUR PLACE

IMHOTEP : créée en 2009, l'adhésion est basée sur le volontariat après avoir réglé une cotisation annuelle de 66 euros. L'adhèrent doit remplir un auto questionnaire de 10 parties : données administratives, vaccinations, antécédents, hygiène de vie/ dépistage, clinique, antécédents, professionnels, caractéristiques de l'exercice, évaluation des risques professionnels, avec des annexes comme test MBI, échelle HAD, questionnaire FACE ou test de Fragerstrom. Après un arrêt de quelques années, elle est relancée en janvier 2017 (16, 24).

INTER.MED : sur la base du volontariat, les consultations ont lieu dans la maison médicale de Nîmes, assurées par deux médecins généralistes formés spécifiquement à la prise en charge des soignants (16).

MED.DOC 84 : depuis 2014, la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) du Vaucluse a mis en place une action de prévention locale avec des bilans de santé effectués dans le centre de santé de la CPAM. Si des problèmes médicaux sont détectés, les médecins consultants sont orientés vers des personnes ressources (16).

CPAM de Paris : depuis 2014, le médecin qui souhaite consulter prend rendez-vous via le site du conseil départemental de l'Ordre de Paris. Les consultations ont lieu dans le

centre de santé de la CPAM, dans un local à part et à des horaires adaptés pour que les médecins ne croisent pas de patients (16).

Groupe Pasteur Mutualité : c'est une consultation de prévention de l'épuisement professionnel des soignants avec création d'un réseau de médecins référents habilités à recevoir leurs confrères en difficulté. Seulement pour les médecins adhérents au Groupe Pasteur Mutualité (16, 25).

B. A L'ETRANGER

		PAIMM	Medecins en difficultés	PHP UK	HIPP	ReMED	Villa Sana	PAMQ	PHP US
Localistation	Nationale		X	X	X	X	X		X
	Régionale	X						X	
Mode de prise en charge	Plateforme téléphonique 24/24								
	Plateforme + Consultations	X	X	X	X	X		X	
	Consultations sur place						X		X
Exercice Médicale	Prise en charge psychique	X	X	X		X		X	X
	Prise en charge globale				X				
	Prévention		X		X	X	X	X	
	Formation								
Public cible	Médecins libéraux				X				
	Médecins libéraux et salariés	X	X	X		X	X	X	X
	Etudiants en médecine		X		X			X	
	Autres professionnels médicaux			X					X
Personnes ressources	Médecins	X	X	X	X	X	X	X	X
	Psychologue		X	X				X	X
	Autres professionnels		X	X	X			X	X

FIGURE 4. TABLEAU : RECAPITULATIF DES CARACTERISTIQUES DES DIFFERENTES ASSOCIATIONS EXISTANTES DANS LES PAYS ETRANGERS.

1. ESPAGNE

Programme d'Aide Intégrale pour le Médecin Malade (PAIMM) : Ce programme d'aide a été créé en septembre 1998, conjointement par l'Ordre des médecins de Barcelone et la Generalitat (gouvernement de la Catalogne). Le médecin qui souhaite se faire soigner, doit signer le formulaire d'acceptation d'entrée au programme (contrat thérapeutique) lors de la première visite. Le but principal de ce contrat thérapeutique est d'atteindre la réhabilitation du souffrant. De son côté, le PAIMM s'engage à fournir l'assistance et les services nécessaires à la guérison du médecin malade. Ce contrat est d'une durée de 6 mois à 1 an, renouvelable si besoin. Le médecin malade peut se faire prendre en charge en ambulatoire ou se faire hospitaliser dans l'unité de soins spécialisée pour prendre en charge les professionnels de santé (hospitalisation classique et hôpital de jour) (26, 27).

2. BELGIQUE

Médecins en difficulté : C'est un organisme indépendant lancé en octobre 2016. Le chargé de mission peut faire appel à l'un des 55 médecins de confiance engagés en Belgique auprès de Médecins en Difficulté. C'est le médecin de confiance qui soutient et accompagne le médecin demandeur vers une aide professionnelle dans le circuit régulier comme des psychologues, psychothérapeutes ou des psychiatres. Ces derniers se chargent du traitement du médecin en difficulté. En un an, l'organisme a reçu 70 demandes dont 50 % des appels faits par des médecins généralistes. 32 % des demandes sont liées au burn out et à une charge de travail trop élevée, 25 % pour des problèmes psychiques autres que le burn out, 9 % à des problèmes de couple et 9 % à des conflits entre confrères (26, 28).

Institut de Formation et de Thérapie pour les Soignants (IFTS) : Fondée en 1995 par Dr Delbrouck, cet institut permet de compléter la formation du soignant et prendre en charge sa santé psychique. L'essentiel de la formation se centre sur la relation soignant soigné: développer les compétences relationnelles et émotionnelles des professionnels de santé (26).

3. ROYAUME-UNI

Practitioner Health Program (PHP) : existe depuis 2008, si le médecin ne se conforme pas aux avis formulés sur sa prise en charge l'organisme restreint sa pratique et en informe l'organisation qui emploie le médecin si nécessaire.

Il propose deux programmes :

- PHP1 : c'est une psychothérapie brève en 6 sessions maximum de thérapie cognitive, comportementale, de thérapie familiale et de thérapie de couple. Il est composé de médecins généralistes et infirmières ayant une expertise en santé mentale et en addictions et une expérience dans la prise en charge des médecins.
- PHP2 : si un traitement psychologique plus intense doit être proposé, le médecin requérant peut être référé à des cliniciens spécialisés dans les interventions psychothérapiques. Il assure un accès rapide à des spécialistes pour une évaluation approfondie et un traitement si nécessaire, incluant un accès immédiat à des structures de prise en charge ambulatoire ou d'hospitalisation si nécessaire.

Depuis mars 2018, tout médecin en Angleterre peut désormais demandé à son médecin généraliste d'être adressé au PHP. A terme, les médecins demandeurs pourront consulter le PHP sans référence (26, 29).

Plusieurs organisations similaires ont vu le jour au Royaume-Uni (30) :

- DocHealth : c'est un service spécialisé dans la psychothérapie pour les médecins, ouvert à Londres. Les médecins contactent eux-mêmes le service et peuvent accéder à six consultations maximum, par la suite des soins supplémentaires peuvent être conseillés. Le service est ouvert à tous les médecins du Royaume Uni.
- NHS GP Health : c'est un service gratuit et confidentiel, pour tous les médecins et les étudiants en médecine d'Angleterre qui souffrent de problèmes de santé mentale et d'addictions en particulier lorsque ceux-ci peuvent affecter leur travail. Le contact se fait par téléphone ou mail ou via le site internet.
- Health for Health Professionals Wales : c'est un service d'assistance téléphonique pour la santé des médecins au Pays de Galles. Le médecin appelle le service, un médecin conseil le rappelle dans les 24 heures et pourra le mettre en contact avec un thérapeute. Ce service est géré par l'Université de Cardiff.

Tous ces organismes traitent plutôt des problèmes psychologiques et des addictions que des problèmes de santé physique.

4. IRLANDE

The Health In Practice Program (HIPP) : Il a été créé en mars 2000. Le programme traite aussi bien des pathologies physiques que psychiques, assure une prévention des maladies et des dépistages, gère des pathologies chroniques et aussi des collègues qui présentent des problèmes.

La liste des médecins appartenant au réseau est disponible sur le site du Collège irlandais des médecins généralistes (26,31).

5. SUISSE

ReMed : C'est un réseau de soutien créé en octobre 2010. Les principales pathologies visées sont l'épuisement professionnel, les problèmes psychiques, les problèmes de dépendance et le manque de compétences professionnelles ou sociales.

Il a aussi un rôle préventif avec des ateliers, groupe de parole et témoignages disponibles.

Une enquête effectuée en 2016 a montré que le réseau ReMed contribuait à lever le tabou sur la surcharge de travail des médecins (26,32).

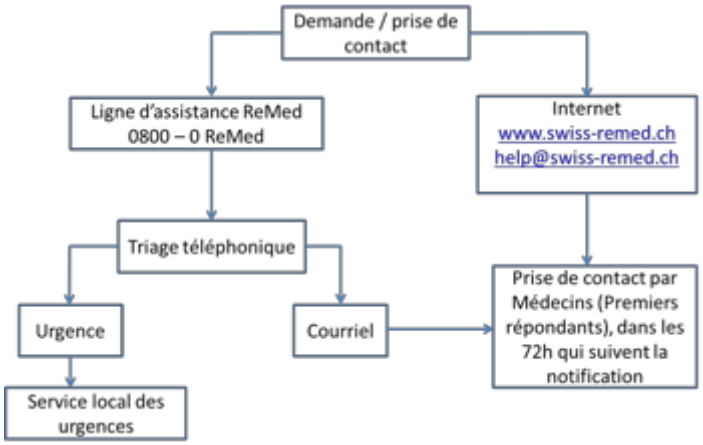


FIGURE 5. DIAGRAME DE PRISE EN CHARGE PAR REMED

6. NORVEGE

Villa Sana : Mis en place en 1998 par l'Association médicale de Norvège, il est installé dans une clinique privée près d'Oslo. C'est un programme préventif, il n'y a pas d'intervention clinique, pas de dossier médical.

Le programme propose deux types d'intervention :

Une journée d'assistance avec un seul conseiller si le médecin consulte seul, ou deux conseillers si le médecin est accompagné de son conjoint.

Un séjour de 5 jours pour des groupes de 8 participants individuels ou quatre couples, incluant des conférences quotidiennes, des groupes de discussion et de l'activité physique.

Ce service est ouvert aux infirmières depuis 2001 (26,33).

7. CANADA

Programme d'Aide aux médecins du Québec (PAMQ) : Il est mis en place en 1990, l'équipe regroupe 7 médecins conseil, 5 médecins collaborateurs, une équipe de médecins et professionnels ressources (omnipraticiens, psychiatres, psychologues,…) et 4 employés à temps plein. L'adhésion se fait sur la base du volontariat ou par obligation (26,34).

Dans les autres régions du Canada, il existe deux programmes similaires :

- Ontario Physician Health Program : depuis 1995, pour les médecins, pharmaciens et vétérinaires (y compris les étudiants), qui ont des problèmes psychiatriques ou de toxicomanie. La gestion se fait par contrat thérapeutique. Le médecin demandeur est référé ou compose un numéro pendant les heures de bureau.
- Alberta Physician and Family Health Program : depuis 2000, pour les médecins (et étudiants) et leur famille, qui ont des problèmes familiaux et relationnels. Le médecin appelle un fournisseur de services 24 heures sur 24h, 7 jours sur 7, puis un médecin conseil rappelle dans l'heure, une première évaluation ainsi qu'une orientation vers les services les plus appropriés sont proposés. Le programme est surtout populaire auprès de la population médicale d'Alberta (26).

8. ETATS-UNIS

Physician Health Program (PHP) : Ce programme d'aide aux médecins américains toxicomanes a été mis en place à la fin des années 70 suite à la publication d'un article intitulé « The Sick Physician » écrit par un groupe de médecins dévoués dont beaucoup étaient eux-mêmes malades ou en convalescence. Cet article émet l'idée que des mesures disciplinaires ne contribuaient pas à l'approche la plus efficace pour traiter une maladie.

Cet organisme est appuyé par la puissante American Médical Association (AMA). L'AMA organise des conférences sur la santé des médecins depuis 1975.

On estime à environ 9 000 médecins traités par PHP.

PHP soutient le médecin toxicomane tout au long du processus de guérison, de l'évaluation du traitement en passant par la surveillance à long terme.

D'abord, l'aide est demandée par le médecin lui-même ou un membre de sa famille, un collègue, un hôpital,…. Ensuite, il y a une évaluation préliminaire faite par PHP pour vérifier que le médecin soit bien dépendant à une substance et que cette dépendance a entrainé soit une faute professionnelle soit le renvoi du médecin. S'en suit une intervention de la part de PHP, en demandant au médecin toxicomane de réaliser une évaluation plus poussée afin de définir un traitement adapté. L'évaluation se fait par un médecin sélectionné par le programme. A l'issue de cela, le médecin est envoyé dans un centre de traitement pour une cure de désintoxication qui dure entre 90 et 180 jours. Le PHP est en communication permanente avec ces centres de traitement pour ensuite informer les employeurs, les familles ou d'autres personnes sur l'état de santé du médecin et l'avancée de la cure.

Une fois stabilisé, le médecin malade signe un contrat de récupération avec PHP. Ce contrat contient un test de dépistage aléatoire, des rapports de surveillance sur le lieu

de travail, l'adhésion à une thérapie de groupe documentée et d'autres activités orientées vers le rétablissement pendant cinq ans ou plus. Grâce à cette surveillance, PHP peut documenter les preuves de récupération, minimiser les risques de rechute et défendre les intérêts du médecin en convalescence.

En cas de rechute, le médecin repart dans une nouvelle cure avec une surveillance intensifiée.

Au vu du programme d'aide et de la surveillance accrue, le taux de rechute est très faible et le médecin malade peut généralement reprendre son activité.

Au fil des années, PHP s'est ouvert à d'autres professionnels de santé tel que les dentistes, les vétérinaires et les pharmaciens et a progressivement élargi son champ d'action à d'autres pathologies tel que les troubles psychiatriques.

PHP est présent dans tous les états des Etats-Unis sauf dans quatre : la Californie, le Nebraska, la Géorgie et le Wisconsin (35).

Autres : Suite à des études épidémiologiques qui ont constaté une augmentation des burn out et suicides chez les médecins et étudiants en médecine, la National Academy of Medecine a mis en place, fin 2017, « The Action Collaborative on Clinician Well-Being and Resilience ». Ce réseau de plus de 100 organisations de soignants et d'étudiants a pour objectif de mieux connaitre le mal-être des soignants, de faire connaitre ce qui a trait au stress et au burn out, ainsi que les réponses à y apporter. Il n'y a pas de prise en charge du médecin souffrant du burnout mais c'est plus un transfert d'informations entre professionnels (36).

DISCUSSION

1. LE RESULTAT PRINCIPAL

En Europe et en particulier en France, l'offre de soins pour les médecins existe, concerne les médecins libéraux et salariés et pour la plupart les étudiants en médecine et recouvre globalement tout le territoire français. La plupart des pays européens ont des structures qui proposent de soigner les médecins. Celles-ci sont tournées, le plus souvent, vers la prise en charge psychique des médecins et sont spécifiques à chaque pays.

2. FORCES ET FAIBLESSES

A. METHODE

Au niveau de la méthode, la recherche a été faite en simple lecture ce qui pourrait nous avoir fait oublier des articles devant être inclus dans notre revue.

De plus, la revue de la littérature n'est pas systématique et des articles ont été rajoutés au fur et à mesure de la lecture des articles sélectionnés.

Enfin, ma recherche s'est étendue sur plusieurs mois, avec une rédaction de mon travail plutôt longue, ce qui a pu me faire manquer des nouvelles informations sur certaines associations.

Cette étude n'a jamais encore été réalisée auparavant avec une possibilité d'être complétée dans les années à venir.

B. RESULTATS

Au cours de ma recherche, j'ai constaté que la plupart des associations ne proposait qu'une prise en charge psychologique voire psychiatrique et addictologique aux médecins. En France, la prise en charge globale du médecin n'est proposée que par quelques organismes régionaux comme Imhotep, INTER.MED, MED.DOC 84 dans le Vaucluse et les consultations dédiées aux médecins à la CPAM de Paris. Cela montre bien que le médecin doit être considéré comme un patient ordinaire devant se soigner comme n'importe quel malade par le biais de la filière communautaire. Cela doit pousser le médecin à déclarer un médecin traitant pour avoir une prise en charge globale. Sauf que les médecins ont tendance à se déclarer eux-mêmes comme médecin traitant.

Une grande enquête a été réalisée de 2007 à 2009 sur la santé physique et psychique des médecins généralistes. Sur les 1900 médecins interrogés des régions Normandie, Bretagne, Bourgogne, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Pays de la Loire, 84 % déclaraient être leur propre médecin traitant. S'ils décident de se tourner vers un confrère, 84 % des médecins choisissent de consulter d'abord un ami (2).

Pour ce qui est du médecin traitant idéal, il doit avoir de nombreuses qualités humaines et professionnelles (disponible, compétent, objectif, lucide, neutre, ferme, discret, empathique, authentique, facile d'accès…), d'après l'étude menée en 2013 par Dr Gontheret-Mariette, dans le cadre de sa thèse, auprès de 27 médecins généralistes de Normandie. Finalement, les attentes concernant le médecin traitant idéal sont telles que les participants de l'étude sont sceptiques quant à son existence (37).

Dans la littérature, ce qui rebute les médecins à prendre un médecin traitant, c'est surtout pour 56 % d'entre eux, les difficultés à accepter son statut de patient (déni, anxiété exagérée, négligence, retard dans le début de la prise en charge). Et dans le cas contraire, si le médecin est le médecin traitant d'un confrère, pour 40 % d'entre eux il y

a la peur du jugement du confrère et la peur de l'erreur, avec une pression de la performance pour 22 % (14).

J'ai constaté aussi que la majorité des associations régionales et certaines associations nationales sont des plateformes téléphoniques 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. D'après le bilan de l'ASRA, depuis 2012, 459 appels ont été reçus. Seulement 2 appels ont été passés la nuit sur les 61 appels ou mails reçus au cours de l'année 2018. 66 % des appels étaient passés par des femmes, 33 % par des généralistes et l'âge moyen était de 47 ans et demi. 56 % des demandes concernaient un épuisement professionnel, et l'aide apportée était une mise en relation avec un référent psychiatrique dans 46 % des cas (38).

Le bilan de L'AAPMS est assez similaire à celui de l'ASRA avec une majorité de femmes qui appellent (59 %), les appels sont faits pour 87 % durant les heures de présence au cabinet (entre 8h et 20h), par un médecin généraliste (62 %) et le sujet évoqué en majorité est l'épuisement professionnel (39 %). En tout, depuis sa création, plus de 1 000 appels ont été passés.

De plus, Dr Eric Henry, président de l'association « Soins aux professionnels de santé », déclare dans une interview avoir reçu plus de 3 000 appels depuis la création de l'association en novembre 2016.

Quant à l'antenne Normande d'aide aux médecins, seuls 14 médecins ont composé le numéro en quelques mois d'existence. Pour remédier à cela, une vaste campagne de sensibilisation a été lancée en juin 2019, dans les établissements de santé et les hôpitaux de la région pour inciter les médecins à utiliser cette plateforme mise en place

pour eux. La communication pour promouvoir cette antenne devrait permettre d'accroitre l'activité dans les prochains mois (20).

En comparaison, le principe de « hotline » 24 heures sur 24 fonctionne-t-il vraiment dans la population générale ? D'après les chiffres de SOS Amitiés qui concerne toute la population française, chaque année 2,5 millions de personnes appellent la plateforme mais l'association ne peut répondre qu'à un tiers de ces appels malgré 1 600 bénévoles (39). Le principe de plateforme téléphonique ouverte en permanence fonctionne plutôt bien et représente finalement le premier recours du médecin en souffrance. L'accès est facile et le plus souvent anonyme ce qui facilite les échanges entre soignés et soignants. Contrairement aux structures proposant des consultations sur place, à partir du moment où le médecin vient consulter physiquement l'anonymat disparait.

L'action de prévention de ces associations a-t-elle un réel impact sur la prise en charge des médecins ? Vont-ils à l'avenir consulter plus facilement en cas de soucis de santé ? Dans la population générale, les campagnes de prévention ont un impact sur les habitudes de santé. A l'instar de la campagne « Les antibiotiques c'est pas automatique » lancée en 2002, elle a été associée à une réduction marquée des prescriptions d'antibiotiques non nécessaires, en particulier chez les enfants dans les années suivant son lancement (40).

Mais, dans la littérature, 70 à 82 % des médecins interrogés souhaitent la création d'une structure dédiée à la santé des médecins (11). Les médecins ont une vision bien précise de la structure à laquelle ils souhaitent adhérer pour prendre en charge leur santé : prévention et accompagnement, accessibilité géographique de la structure, compétence du médecin consultant, accessibilité des personnes à la structure, professionnalisme attendu, secret médical, recours en cas de « besoin » d'après l'étude des besoins de la

santé des médecins et système de soins publiées dans Exercer en avril 2018. Ces structures auront idéalement des caractéristiques étendues comme un recours de prévention psychique et des risques professionnels, d'aide juridique et de reconversion professionnelle. L'offre de soins est aussi attendue en ambulatoire pour les étudiants en médecine, le médecin et sa famille avec un libre choix du centre et l'option de l'anonymat. Les caractéristiques attendues semblent plus développées que ce qui existait jusqu'alors en France et à l'étranger d'où une des raisons probables de la faible fréquentation initiale pour PAIMM et PAMQ. Cela a évolué depuis, en 2018, le PAMQ a enregistré 20 % de nouvelles demandes aides chez les médecins spécialistes et 17 % chez les médecins généralistes par rapport à l'année précédente (41). L'organisme est en plein essor, et les statistiques augmentent d'année en année, mettant en lumière une situation alarmante et urgente.

Les médecins aimeraient aussi une structure ouverte à toute la profession médicale, généralistes comme spécialistes, libéraux comme salariés. En effet, 70 % d'entre eux déclarent inintéressante la proposition d'une structure exclusivement dédiée aux médecins libéraux. Par contre, les médecins ne sont pas prêts à voir leur aptitude à exercer remise en cause : 31 % déclarent que cela pourrait les freiner à adhérer à un réseau de soins (42).

Une des mesures de prévention contre le burn out proposées par les médecins généralistes interrogés dans le cadre de la thèse de Dr AM. NGuyen est de mettre en place une médecine du travail dédiée aux médecins généralistes. Elle serait utilisée efficacement et proposerait les moyens de développement personnel (formation, sensibilisations) adaptés pour permettre à celui-ci d'être mieux armé face au burn out (43).

L'APSS propose une position intermédiaire entre la situation actuelle où un médecin devenu dangereux pour lui et ses patients ne peut être « arrêté » et une interdiction totale d'exercice. Sur le modèle catalan, il propose un contrat thérapeutique, pour les maladies psychiques et les addictions, où un médecin serait autorisé à poursuivre son exercice à condition qu'il se fasse soigner et suivre régulièrement. Ce qui revient à mettre en place une obligation déontologique de soins (42).

Seulement, aucune structure actuellement ne répond à tous ces critères, ce qui peut expliquer que l'automédication soit encore très répandue auprès des médecins (33 à plus de 90 % des médecins s'auto-traitent) (9).

Même si les plateformes téléphoniques fonctionnent bien, le médecin reste réticent à venir consulter un collègue dans une structure type Imhotep. Deux tiers des médecins interrogés dans le cadre de la thèse de M. Prod'homme sur leurs attentes concernant la création d'un réseau de soins pour les soignants en Poitou-Charentes, ont critiqué négativement la qualité des soins qu'ils avaient reçus de leurs confrères (10). Pourtant, un DIU « Soigner les soignants » a été créé en 2015 à Toulouse et Paris pour se former spécifiquement à prendre en charge des soignants et en particuliers des médecins.

En outre, j'ai remarqué que le principal inconvénient lors de l'étude est que chaque association est indépendante les unes des autres soit géographiquement, soit dans leur fonctionnement global.

En France, l'envie de fédérer toutes ses associations est là mais il existe des difficultés à les réunir sous un seul organisme. Cela nécessiterait d'avoir un seul numéro d'appel pour tous les médecins en France puis selon leur lieu d'habitation ou d'exercice, ils seraient orientés vers le centre le plus proche. Or, qui financerait cet organisme? Le CNOM pourrait être le mieux placé et le plus intéressé pour assurer ce financement. Au

contraire dans les autres pays étudiés, la majorité des structures sont nationales comme en Belgique (Médecins en difficultés), Royaume Uni (PHP), Irlande (HIPP), Suisse (ReMed), Norvège (Villa Sana) et Etats-Unis (PHP).

De plus, en Europe, les services dédiés à la santé des médecins sont rassemblés par l'European Association for Physician Health (EAPH), créée en 2009. L'EAPH vise à encourager le soutien pour les médecins en difficulté à travers l'Europe en fournissant un forum pour : partager des expériences et pratiques sur la prise en charge des médecins par des médecins; influencer et encourager le développement de services de santé pour les médecins ; entreprendre des recherches sur la santé et le bien-être des médecins.Tous les deux ans, depuis 2009, a lieu un congrès européen afin de présenter les nouvelles évolutions en matière de prise en charge spécifique aux médecins. En 2017, il se trouvait à Paris, cette année cela s'est déroulé en mai à Oslo (44).

En conclusion, l'offre de soins proposée aux médecins existe en France et dans la plupart des pays européens et américains. Seulement, en France, il existe un grand nombre d'associations régionales et nationales différentes, plus ou moins connues des médecins, qui s'occupent en majorité de la santé psychique et en particulier de l'épuisement professionnel des médecins. L'idéal évoqué par les médecins dans différentes études, serait d'avoir une seule structure dédiée à la santé globale des médecins dans toute la France avec la possibilité de consulter dans des antennes régionales ou départementales. Mais de nombreux obstacles financiers et organisationnels bloquent la mise en place de ce genre de structure nationale. Il serait intéressé d'observer si les médecins ayant consulté dans une structure dédiée à leur santé ont changé leurs habitudes de prise en charge et s'il y a eu un impact réel de ce type de prise en charge sur la santé des médecins.

ANNEXES

Annexe 1 : Campagne « Dis Doc, t'as ton Doc ? »

Annexe 2 : Plaquette publicitaire de l'association pour les soins des professionnels de santé.

Annexe 3 : Lignes directrices PRISMA pour l'écriture des revues systèmatiques.

Kinesither Rev 2015;15(157):39–44

Dossier

Traduction de dix lignes directrices pour des articles de recherche

Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses

French translation of the PRISMA Reporting Guidelines for writing and reading systematic reviews and meta-analyses

Laboratoire ER3S (Atelier SHERPAS), Unité de recherche pluridisciplinaire Sport, Santé, Société - Université d'Artois, France

Michel Gedda (Directeur général des Instituts de formation en masso-kinésithérapie et ergothérapie de Berck-sur-Mer, Rédacteur en chef de « Kinésithérapie, la Revue »)

RÉSUMÉ

Cet article présente sommairement les lignes directrices PRISMA sous forme d'une fiche synthétique.
PRISMA est prévue pour rapporter les revues systématiques et les méta-analyses.
Une traduction française originale de la liste de contrôle et de son diagramme de flux est proposée.
Cette traduction est mise à disposition en accès libre selon les termes de la Licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International.
Niveau de preuve. – non adapté.
© 2014 Elsevier Masson SAS. Este é um artigo Open Access sob a licença de CC BY-NC-ND

SUMMARY

This article presents guidelines PRISMA as a summary sheet.
PRISMA is provided for reporting systematic reviews and meta-analyses.
An original French translation of the checklist and his flow diagram is proposed.
This translation is open access under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License.
Level of evidence. – *not applicable.*
© 2014 Elsevier Masson SAS.

Mots clés
Édition
Évaluation
Méta-analyse
Pratique factuelle
Qualité
Lecture
Recherche
Rédaction
Responsabilité
Revue systématique
Standard
Transparence

Keywords
Edition
Assessment
Meta-analysis
Evidence-based practice
Quality
Reading
Research
Reporting
Responsibility
Systematic review
Standard
Transparency

Adresse e-mail :
direction@a-3pm.org

DOIs des articles originaux :
http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.006
http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.003
http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.009
http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.002
http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.007
http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.010
http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.005
http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.001
http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.011
http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.008

http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.004
© 2014 Elsevier Masson SAS. Este é um artigo Open Access sob a licença de CC BY-NC-ND

Note de la rédaction

Cet article fait partie d'un ensemble indissociable publié dans ce numéro sous forme d'un dossier nommé « Traduction française de dix lignes directrices pour l'écriture et la lecture des articles de recherche. » et composé des articles suivants :

- Gedda M. Traduction française des lignes directrices CONSORT pour l'écriture et la lecture des essais contrôlés randomisés. Kinesither Rev 2015;15(157).
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. Kinesither Rev 2015;15(157).
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. Kinesither Rev 2015;15(157).
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices STARD pour l'écriture et la lecture des études sur la précision des tests diagnostiques. Kinesither Rev 2015;15(157).
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinesither Rev 2015;15(157).
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices ENTREQ pour l'écriture et la lecture des synthèses de recherche qualitative. Kinesither Rev 2015;15(157).
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices SQUIRE pour l'écriture et la lecture des études sur l'amélioration de la qualité des soins. Kinesither Rev 2015;15(157).
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices CARE pour l'écriture et la lecture des études de cas. Kinesither Rev 2015;15(157).
- Gedda M, Riche B. Traduction française des lignes directrices SAMPL pour l'écriture et la lecture des méthodes et analyses statistiques. Kinesither Rev 2015;15(157).
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices SPIRIT pour l'écriture et la lecture des essais cliniques, des études expérimentales et protocoles divers. Kinesither Rev 2015;15(157).

RÉFÉRENCE ORIGINALE

Acronyme et intitulé complet :
PRISMA : *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*

Objet des lignes directrices :
Revues systématiques et méta-analyses

Site Internet officiel :
http://www.prisma-statement.org

Dates de référence :
- 1996 : création du guide QUOROM (*QUality Of Reporting Of Meta-analyses*) [1] ;
- 2009 : version actuelle [2] qui remplace QUOROM + ses explications [3].

Langue :
Anglais

Références bibliographiques de la version en cours :
Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement.
PLoS Med 2009;6(7):e1000097. PMID: 19621072
BMJ 2009;339:b2535. PMID: 19622551
Ann Intern Med 2009;151(4):264–9, W64. PMID: 19622511
J Clin Epidemiol 2009;62(10):1006–12. PMID: 19631508
Open Med 2009;3(3):123–30.

Contact :
Courriel : prisma@ohri.ca

TRADUCTION FRANÇAISE

Contenus traduits :
- Liste de contrôle : 27 items répartis en 7 sections (*Tableau I*) :
  - titre ;
  - résumé ;
  - introduction ;
  - méthode ;
  - résultats ;
  - discussion ;
  - financement.
- Diagramme de flux : *Fig. 1*.

Traduction française originale :
La traduction ici proposée est originale et inédite.

- **Méthode générale**
  La grille anglophone initiale a été reproduite à l'identique afin d'en conserver la disposition. Chaque item a été traduit séparément ; en ajoutant la traduction sous le texte original afin de permettre une vérification analytique ultérieure. Les locutions et termes méconnus, équivoques ou susceptibles de confusion ont systématiquement été relevés pour faire l'objet de recherches approfondies au sujet de leur usage francophone spécifique en méthodologie, y compris statistique, et dans le contexte des listes de contrôle [4–12].
  Lorsque les ressources documentaires ne suffisaient pas à résoudre les incertitudes – notamment les expressions francophones les plus usitées, des personnes compétentes, identifiées grâce à leurs publications sur le thème traité ou à leurs fonctions professionnelles, ont été interrogées ponctuellement sur des questions précises mais contextualisées. Leurs réponses ont permis de lever les doutes ou d'identifier de nouveaux supports documentaires, voire d'autres personnes ressources.
  Une relecture d'ensemble a ensuite été réalisée à des fins d'harmonisation. La traduction obtenue a ensuite été comparée à d'autres grilles.
  Enfin, la traduction a été soumise simultanément à deux professionnels anglophones indépendants pour validation externe ; leurs propositions ont été intégrées et adressées séparément l'une à l'autre lorsqu'elles étaient

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle PRISMA 2009.

Section/sujet	N°	Critères de contrôle	Page N°
TITRE			
Titre	1	Identifier le rapport comme une revue systématique, une méta-analyse, ou les deux.	
RÉSUMÉ			
Résumé structuré	2	Fournir un résumé structuré incluant, si applicable : contexte ; objectifs ; sources des données ; critères d'éligibilité des études, populations, et interventions ; évaluation des études et méthodes de synthèse ; résultats ; limites ; conclusions et impacts des principaux résultats ; numéro d'enregistrement de la revue systématique.	
INTRODUCTION			
Contexte	3	Justifier la pertinence de la revue par rapport à l'état actuel des connaissances.	
Objectifs	4	Déclarer explicitement les questions traitées en se référant aux participants, interventions, comparaisons, résultats, et à la conception de l'étude (*PICOS*[40]).	
MÉTHODE			
Protocole et enregistrement	5	Indiquer si un protocole de revue de la littérature existe, s'il peut être consulté et où (par exemple, l'adresse web), et, le cas échéant, fournir des informations d'identification, y compris le numéro d'enregistrement.	
Critères d'éligibilité	6	Spécifier les caractéristiques de l'étude (par exemple, PICOS, durée de suivi) et les caractéristiques du rapport (par exemple, années considérées, langues, statuts de publication) utilisées comme critères d'éligibilité, et justifier ce choix.	
Sources d'information	7	Décrire toutes les sources d'information (par exemple : bases de données avec la période couverte, échange avec les auteurs pour identifier des études complémentaires) de recherche et la date de la dernière recherche.	
Recherche	8	Présenter la stratégie complète de recherche automatisée d'au moins une base de données, y compris les limites décidées, de sorte qu'elle puisse être reproduite.	
Sélection des études	9	Indiquer le processus de sélection des études (c.-à-d. : triage, éligibilité, inclusion dans la revue systématique, et, le cas échéant, inclusion dans la méta-analyse).	
Extraction des données	10	Décrire la méthode d'extraction de données contenues dans les rapports (par exemple : formulaires pré-établis, librement, en double lecture) et tous les processus d'obtention et de vérification des données auprès des investigateurs.	
Données	11	Lister et définir toutes les variables pour lesquelles des données ont été recherchées (par exemple : PICOS, sources de financement) et les suppositions et simplifications réalisées.	
Risque de biais inhérent à chacune des études	12	Décrire les méthodes utilisées pour évaluer le risque de biais de chaque étude (en spécifiant si celui-ci se situe au niveau de l'étude ou du résultat), et comment cette information est utilisée dans la synthèse des données.	
Quantification des résultats	13	Indiquer les principales métriques de quantification des résultats (par exemple : *risk ratio*, différence entre les moyennes).	
Synthèse des résultats	14	Décrire les méthodes de traitement des données et de combinaison des résultats des études, si effectué, y compris les tests d'hétérogénéité (par exemple : I^2) pour chaque méta-analyse.	
Risque de biais transversal aux études	15	Spécifier toute quantification du risque de biais pouvant altérer le niveau de preuve global (par exemple : biais de publication, rapport sélectif au sein des études).	
Analyses complémentaires	16	Décrire les méthodes des analyses complémentaires (par exemple : analyses de sensibilité ou en sous-groupes, méta-régression), si effectuées, en indiquant celles qui étaient prévues *a priori*.	

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle PRISMA 2009 (suite).

Section/sujet	N°	Critères de contrôle	Page N°
RÉSULTATS			
Sélection des études	17	Indiquer le nombre d'études triées, examinées en vue de l'éligibilité, et incluses dans la revue, avec les raisons d'exclusion à chaque étape, de préférence sous forme d'un diagramme de flux.	
Caractéristiques des études sélectionnées	18	Pour chaque étude, présenter les caractéristiques pour lesquelles des données ont été extraites (par exemple : taille de l'étude, PICOS, période de suivi) et fournir les références.	
Risque de biais relatif aux études	19	Présenter les éléments sur le risque de biais de chaque étude et, si possible, toute évaluation des conséquences sur les résultats (voir item 12).	
Résultats de chaque étude	20	Pour tous les résultats considérés (positifs ou négatifs), présenter, pour chaque étude : (a) une brève synthèse des données pour chaque groupe d'intervention ; (b) les ampleurs d'effets estimés et leurs intervalles de confiance, idéalement avec un graphique en forêt (*forest plot*).	
Synthèse des résultats	21	Présenter les principaux résultats de chaque méta-analyse réalisée, incluant les intervalles de confiance et les tests d'hétérogénéité.	
Risque de biais transversal aux études	22	Présenter les résultats de l'évaluation du risque de biais transversal aux études (voir item 15).	
Analyse complémentaire	23	Le cas échéant, donner les résultats des analyses complémentaires (par exemple : analyses de sensibilité ou en sous-groupes, méta-régression [voir item 16]).	
DISCUSSION			
Synthèse des niveaux de preuve	24	Résumer les principaux résultats, ainsi que leur niveau de preuve pour chacun des principaux critères de résultat ; examiner leur pertinence selon les publics concernés (par exemple : établissements ou professionnels de santé, usagers et décideurs).	
Limites	25	Discuter des limites au niveau des études et de leurs résultats (par exemple : risque de biais), ainsi qu'au niveau de la revue (par exemple : récupération incomplète de travaux identifiés, biais de notification).	
Conclusions	26	Fournir une interprétation générale des résultats dans le contexte des autres connaissances établies, et les impacts pour de futures études.	
FINANCEMENT			
Financement	27	Indiquer les sources de financement de la revue systématique et toute autre forme d'aide (par exemple : fourniture de données) ; rôle des financeurs pour la revue systématique.	

[a]Note du traducteur : *Patient, problem or population, Intervention, Comparison, control or comparator, Outcomes, Study design*

contradictoires, pour être confrontées, discutées et régulées ; en cas de discordance persistante l'auteur décidait en privilégiant les principes de fidélité au texte initial et de conformité aux usages francophones. Le résultat obtenu a été soumis à un méthodologiste expérimenté pour relecture finale.
Il n'a pas été effectué de traduction inversée (*back-translation*) par défaut de traducteur subsidiaire maîtrisant suffisamment les subtilités méthodologiques de ces contenus spécifiques.

- **Commentaires particuliers**

La traduction intègre la correction de l'item 21 recommandée sur le site officiel, et tel que spécifié dans le document d'explications [3] : « *Present the main results of the review. If meta-analyses are done, include for each, confidence intervals and measures of consistency* ».

L'acronyme anglophone de la méthode « PICOS » a été conservé ; sa signification complète est précisée en note de bas de page.
L'expression anglophone couramment utilisée « *risk ratio* » a été conservée puisqu'il s'agit d'une méthode de calcul du risque relatif qui prend en compte le délai de survenue des évènements, et ne peut donc être complètement assimilée à la notion de « risque relatif » [13,14].
L'expression anglophone « *measures of consistency* » a été traduite par la locution « tests d'hétérogénéité », plus usuelle dans le langage francophone pour désigner les moyens de vérifier l'hypothèse d'homogénéité [10,13,15,16].
Pour faciliter l'appropriation de la traduction, l'appellation anglophone « *forest plot* », très couramment usitée par les professionnels francophones, est citée entre parenthèses à la suite de sa traduction officielle « *graphique en forêt* », moins connue mais aussi employée.

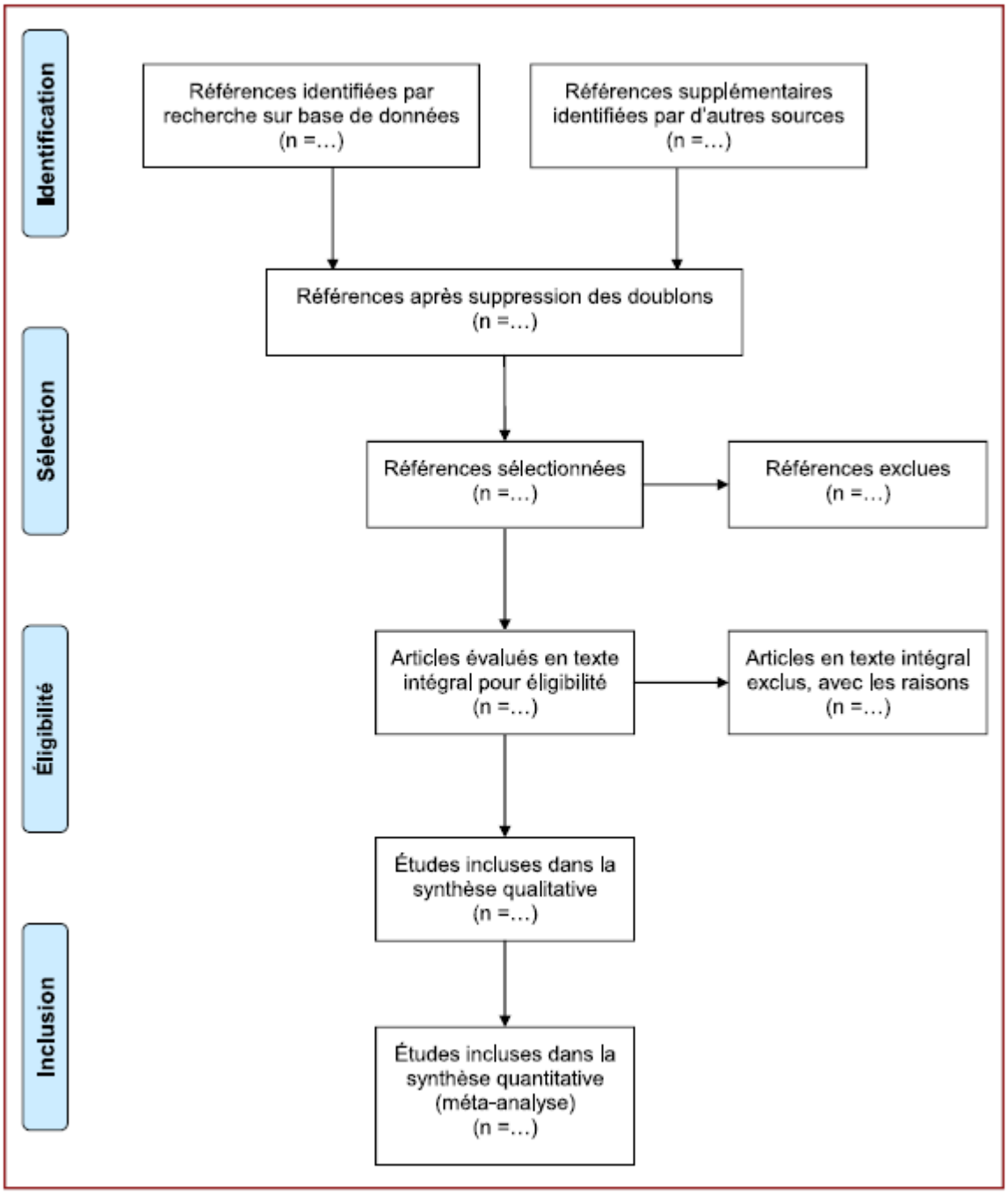


Figure 1. Traduction française originale du diagramme de flux PRISMA 2009.

Déclaration d'intérêts
L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Remerciements
Jacques BÉNICHOU, CHU Rouen
Natalie CLAIROUX, Université de Montréal
Cyrille DUCLOS, Université de Montréal
Hannah FRANCE, Montreuil-sur-Mer
Francis GUILLEMIN, INSERM, CHU de Nancy
Michel LAURENCE, Haute Autorité de Santé
Benjamin RICHE, Université Lyon 1, CNRS
Joannah ROBERTSON, CHU de Nantes

RÉFÉRENCES

[1] Moher D, Cook DJ, Eastwood S, Olkin I, Rennie D, et al., for the QUOROM group. Improving the quality of reporting of meta-analysis of randomized controlled trials: The QUOROM statement. Lancet 1999;354:1896–900.
[2] Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 2009;6(7): e1000097 [PMID: 19621072. BMJ 2009;339:b2535. PMID: 19622551. Ann Intern Med 2009;151(4):264–9, W64. PMID: 19622511. J Clin Epidemiol 2009;62(10):1006–12. PMID: 19631508. Open Med 2009;3(3);123–30].
[3] Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JP, et al. The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. PLoS Med 2009;6(7):e1000100 [PMID: 19621070. BMJ 2009;339: b2700. PMID: 19622552. Ann Intern Med 2009;151(4):W65–94. PMID: 19622512].
[4] Martin V, Renaud J, Dagenais P. Les normes de production des revues systématiques : Guide méthodologique. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESS); avril 2013 [52 p.].
[5] Booth A, Papaioannou D, Sutton A. Systematic approaches to a successful literature review. Sage Publications Limited; 2012 [288 p.].
[6] Rutter D, Francis J, Coren E, Fisher M. SCIE systematic research reviews: Guidelines (2nd ed.). Social Care Institute for Excellence; 2010, http://www.scie.org.uk/publications/researchresources/rr01.asp [126 p.].
[7] Balshem H, Helfand M, Schunemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. J Clin Epidemiol 2011;64(4):401–6.
[8] Eden J, Levit L, Berg A, Morton S. Finding what works in health care: Standards for systematic reviews. Institute of Medicine (IOM). Washington, DC: National Academies Press; 2011, http://www.iom.edu/Reports/2011/Finding-What-Works-in-Health-Care-Standards-for-Systematic-Reviews.aspx [340 p.].
[9] Gotzsche PC, Hrobjartsson A, Maric K, Tendal B. Data extraction errors in meta-analyses that use standardized mean differences. JAMA 2007;298(4):430–7.
[10] Higgins JP, Thompson SG, Deeks JJ, Altman DG. Measuring inconsistency in meta-analyses. BMJ 2003;327:557–60.
[11] Vandaele S. Les essais cliniques en pleine évolution (2e partie) : Outcome et endpoint, une histoire sans fin. Pharmaterm. Bulletin terminologique de l'industrie pharmaceutique 1998;9(4):1–4.
[12] Egger M, Davey Smith G, Schneider M, Minder C. Bias in meta-analysis detected by a simple graphical test. BMJ 1997;315:629–34.
[13] Cucherat M. Méta-analyse des essais thérapeutiques. Masson; 1997 [390 p.].
[14] Prescrire Rédaction. Lectures critiques Prescrire B.A.-BA N° 2 : Différence des risques absolus, risque relatif, variation relative du risque, nombre de patients à traiter (NNT). Rev Prescrire 2011;31 (338):1–4 [957].
[15] Chevalier P, van Driel M, Vermeire E. Hétérogénéité dans les synthèses méthodiques et méta-analyses. Minerva F 2007;10 (6):160.
[16] Cucherat M, Leizorovicz A. La méta-analyse des essais thérapeutiques. Concepts et interprétation des résultats. MT Thérapeutique 2007;13(4):311–6.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Galice L. La santé des médecins généralistes français : à partir d'une étude de la littérature de 2003 à 2013 (Thèse d'exercice). Université de Toulouse; 2014.

2. Desprès P, Grimbert I, Lemery B, Bonnet C, Aubry C, Colin C. La santé physique et psychique des médecins généralistes. DREES Etudes Résultats. 2010; 731.

3. Leopold Y. Les chiffres du suicide chez les médecins. 2003 oct. (rapport au Conseil National de l'Ordre des Médecins).

4. American Psychatric Association (APA) 2018. Résumé 1-227, présenté le 5 mai 2018 au congrès annuel de l'APA.

5. Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France. Les médecins bénéficiaires du régime invalidité-décès. 2018.

6. Le Breton-Lerouillois G, Mourgues J-M. La santé des étudiants et jeunes médecins. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2016.

7. Association Nationale des Etudiants en Médecine de France. Enquête santé mentale des jeunes médecins (Internet). 2017 (cité 13 juin 2017). Disponible sur : https://www.anemf.org/blog/2017/06/13/enquete-sante-mentale-des-jeunes-medecins-2/

8. Marra D. Rapport sur la Qualité de vie des étudiants en santé, avril 2018. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180403_-_rapport_dr_donata_mara.pdf

9. Bradley C., Montgomery AJ, Rochfort A., Panagopoulou G. A review of self-medication in physicians and medical students. Occupational medicine, oct. 2011; vol.61, Issue 7, p. 490-497.

10. Prod'homme M. Attentes et avis des médecins du Poitou Charentes concernant la mise en place d'un réseau de soins destiné aux soignants (Thèse d'exercice). Université de Poitiers; 2014.

11. Bosson JL., Imbert P., Gaboreau Y., Marchand O., Verjus AL. Santé des médecins et système de soins dédié : une étude des besoins. Exercer, 2018; 142 : 148-5.

12. Collège Français des Anesthésistes-Réanimateurs. Dis Doc, t' as ton Doc? Une campagne nationale pour changer le modèle culturel des médecins. Mars 2017.

13. Clavarino A., Doust J., Kay M., Mitchell G. Doctors as a patient : a systematic review of doctors health access and the barriers they experience. Br J Gen Pratt, 2008; vol.58, n. 552, p. 501-508.

14. Planard S. Difficultés et spécificités à soigner un confrère en médecine générale en Midi Pyrénées (Thèse d'exercice). Université de Toulouse; 2017.

15. Krall EJ. Doctors who doctor self, family, and colleagues. Wmj Off. Publ. State Med. Soc. Wis., sept 2008; 107(6) : 279-284.

16. Prouvost A. Modélisations, organisations et évaluation qualitative des consultations médicales dédiées aux médecins : création et suivi de l'association INTER.MED (Thèse d'exercice). Université de Montpellier. 2016.

17. Association d'Aide aux Soignants de Rhône Alpes. http://reseau-asra.fr.

18. Association régionale d'Entraide du Nord-Est.

19. http://www.conseil57.ordre.medecin.fr/content/arene-association-regionale-dentraide-du-nord-est-0.

20. Association Santé des soignants de Poitou Charentes. https://associationsantedessoignantspc.jimdo.com.

21. Union Régionale Médecins Libéraux Normandie. Santé des médecins (Internet). Disponible sur : https://www.urml-normandie.org/en-action/sante-des-medecins/.

22. Association pour les soins des professionnels en santé. https://www.asso-sps.fr/index.html.

23. MACSF. Un dispositif national d'aide pour les soignants en souffrance (Internet). Mise à jour 04/12/2018. Disponible sur : https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Reglementation-et-actualite/Ethique-medicale-societe/psya-cellule-ecoute-medecins.

24. Larifa L. Le soin aux soignants : évaluation de l'accompagnement proposé par l'association MOTS entre 2015 et 2016 (Thèse d'exercice). Université de Toulouse; 2017.

25. Kuntz A. La santé des médecins libéraux en Haute Normandie : analyse des besoins et mise en place de l'expérimentation d'un service de médecine préventive (Thèse d'exercice). Université de Rouen; 2011.

26. Groupe Pasteur Mutualité. Mise en place d'une consultation de prévention de l'épuisement professionnel des soignants. Les résultats de l'enquête et notre programme d'action. 2010. Disponible sur : https://www.gpm.fr/le-groupe/communication/communiques-de-presse/1074-epuisement-professionnel-lancement-d'une-consultation-de-prévention.html.

27. Jonckheer P., Stordeur S., Lebeer G., Roland M., De Schampheleire J., De Troyer M., Kacenelenbogen N., Offermans AM., Pierart J., Kohn L. Le Burn-Out des médecins généralistes : prévention et prise en charge - supplément. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2011. KCE Reports 165S. D/2011/10.273/56.

28. Arteman A. Médecins en 2011 : mieux être pour mieux se soigner. Colloque du Conseil de l'Ordre des médecins de la Région Midi-Pyrénées. Toulouse, 2010.

29. Médecins en difficultés https://www.medecinsendifficulte.be/.

30. Practitioner Health Program https://php.nhs.uk.

31. Doctors' Support Network https://www.dsn.org.uk/support-for-doctors.

32. The Irish College of General Practioners. Doctors' Health. Disponible sur : https://www.icgp.ie/go/in_the_practice/doctors_health.

33. Réseau de soutien pour médecin. ReMed. Suisse. Disponible sur : https://www.fmh.ch/fr/rem/remed.html.

34. Isaksson Ro K. Villa Sana : A ressource centre for Health personnel. Norway. Disponible sur : https://legeforeningen.no/PageFiles/15826/Karin%20Rø%20Villa%20Sana%20Modum%20Bad.pdf.

35. Programme d'Aide aux médecins du Québec http://www.pamq.org/fr/.

36. Physician Health Program https://www.physicianhealth.com.

37. National Academy of Medicine. Action Collaborative on Clinician Well-Being and Resilience. Disponible sur : https://nam.edu/initiatives/clinician-resilience-and-well-being/.

38. Gontheret-Mariette MH. Définition du médecin traitant idéal pour la prise en charge de ses confrères (Thèse d'exercice). Université de Rouen; 2013.

39. ASRA. Bilan graphique 2018. Disponible sur : http://reseau-asra.fr/wp-content/uploads/2019/04/ASRA-Bilan-2018.pdf.

40. SOS Amitié. Connaitre SOS Amitié https://www.sos-amitie.com/nous-connaitre.

41. Sabuncu E., David J., Bernède-Bauduin C., Pépin S., Leroy M., Boëlle PY., et al. Significant Reduction of Antibiotic Use in the Community after a Nationwide Campaign in France, 2002-2007. PLoS Med 6(6) : e1000084. 2009.

42. PAMQ. Rapport annuel 2017-2018. Disponible sur : http://www.pamq.org/assets/pdf/RA_2017-18_PAMQ_WEB.pdf.

43. Gombert A. Les attentes des médecins généralistes concernant leur prise en charge médicale sont-elles en adéquation avec les interventions proposées? (Thèse d'exercice). Université d'Angers; 2012.

44. Nguyen AM. Burn-Out du médecin généraliste : étude qualitative sur les mesures de prévention (Thèse d'exercice). Université de Rouen; 2018.

45. EAPH European Association for Physician Health (Internet). (cité 15 oct 2012). Disponible sur : http://www.eaph.eu/.

46. Moher D, Shamseer L, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M , et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. Syst Rev 1. Janv 2015 ;4:1.

RESUME

QUELLE EST L'OFFRE DE SOINS PROPOSEE AUX MEDECINS EN FRANCE ET A L'ETRANGER? *REVUE DE LA LITTERATURE*

TESTART Margaux

Introduction

Le médecin n'est pas un patient comme un autre, ses connaissances permettant d'être lucide vis à vis de la maladie mais peuvent aussi générer de l'angoisse. Sa prise en charge doit donc être spécifique. Or, les médecins ont tendance à s'auto-déclarer pour médecin traitant et à s'auto-traiter plutôt que de faire appel à un confrère. L'objectif de la revue de la littérature est de proposer un panel des structures qui existent en France et à l'étranger pour soigner les médecins.

Méthode

Une revue systématique de la littérature a été menée de mai à octobre 2018 sur Medline via PubMed, Sudoc, BDSP avec comme équation de recherche : (("Self Care"[Mesh]) OR "Health Behavior"[Mesh:NoExp]) AND « Physicians »[Mesh:NoExp].

Résultats

Sur les 505 articles identifiés, 28 références ont été incluses. En France, les organismes ont été divisés entre ceux qui proposent une plateforme téléphonique 24 heures sur 24 (ASRA, ARENE, ASSPC, ANAM, APSS, Asso-SPS, AAPMS, MOTS) et ceux qui proposent une consultation sur place (IMHOTEP, INTER.MED, MED.DOC 84, CPAM de Paris, Groupe Pasteur Mutualité). A l'étranger, nous avons trouvé des associations en Espagne (PAIMM), en Belgique (Médecins en difficulté), au Royaume-Uni (PHP), en Irlande (HIPP), en Suisse (ReMed), en Norvège (Villa Sana), au Canada (PAMQ), et aux Etats-Unis (PHP).

Conclusion

En France et à l'étranger, l'offre de soins existe pour les médecins. Celles-ci sont tournées, le plus souvent, vers la prise en charge psychique des médecins et sont spécifiques à chaque pays. L'idéal serait d'avoir une seule structure dédiée à la santé globale des médecins dans toute la France avec la possibilité de consulter dans des antennes régionales ou départementales.

Mots-clés
Offre de soins, médecins, médecins généralistes, étudiants en médecine, prise en charge, santé, associations.