HAL
open science

Médecins libéraux des Savoie et Isère : étude épidémiologique des besoins d'un système de soins dédié à leur propre santé

Anne Laure Verjus

To cite this version:

Anne Laure Verjus. Médecins libéraux des Savoie et Isère : étude épidémiologique des besoins d'un système de soins dédié à leur propre santé. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00751354

HAL Id: dumas-00751354

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00751354

Submitted on 13 Nov 2012

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.

Université Joseph Fourier GRENOBLE MEDECINE

SICD1 Bibliothèques de l'UJF et de Grenoble INP

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : thesebum@ujf-grenoble.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année : 2012 **N°**

Médecins libéraux des Savoie et Isère : étude épidémiologique des besoins d'un système de soins dédié à leur propre santé

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT DE MEDECINE
DIPLÔME D'ETAT

Anne Laure VERJUS
Née le 07 Février 1982 à CHAMBERY (73)

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE*

Le 12 Novembre 2012

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président de jury :
Monsieur le Professeur Régis DE GAUDEMARIS

Membres du jury :
Monsieur le Professeur Jean-Luc BOSSON
Monsieur le Professeur Pierre BACONNIER
Monsieur le Docteur Olivier MARCHAND, directeur de thèse

** La faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation non improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
2011-2012

Nom	Prénom	Intitulé de la discipline universitaire
ALBALADEJO	Pierre	Anesthésiologie-réanimation
ARVIEUX-BARTHELEMY	Catherine	Chirurgie générale
BACONNIER	Pierre	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
BAGUET	Jean-Philippe	Cardiologie
BALOSSO	Jacques	Radiothérapie
BARRET	Luc	Médecine légale et droit de la santé
BAUDAIN	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
BEANI	Jean-Claude	Dermato-vénéréologie
BENHAMOU	Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
BERGER	François	Biologie cellulaire
BLIN	Dominique	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BOLLA	Michel	Cancérologie; radiothérapie
BONAZ	Bruno	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BOSSON	Jean-Luc	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
BOUGEROL	Thierry	Psychiatrie d'adultes
BRAMBILLA	Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
BRAMBILLA	Christian	Pneumologie
BRICAULT	Ivan	Radiologie et imagerie médicale
BRICHON	Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BRIX	Muriel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CAHN	Jean-Yves	Hématologie
CARPENTIER	Françoise	Thérapeutique; médecine d'urgence
CARPENTIER	Patrick	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
CESBRON	Jean-Yves	Immunologie
CHABARDES	Stephan	Neurochirurgie
CHABRE	Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
CHAFFANJON	Philippe	Anatomie
CHAVANON	Olivier	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
CHIQUET	Christophe	Ophtalmologie
CHIROSSEL	Jean-Paul	Anatomie
CINQUIN	Philippe	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
COHEN	Olivier	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
COUTURIER	Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
CRACOWSKI	Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique

DE GAUDEMARIS	Régis	Médecine et santé au travail
DEBILLON	Thierry	Pédiatrie
DEMATTEIS	Maurice	Addictologie
DEMONGEOT	Jacques	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
DESCOTES	Jean-Luc	Urologie
ESTEVE	François	Biophysique et médecine nucléaire
FAGRET	Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
FAUCHERON	Jean-Luc	Chirurgie générale
FERRETTI	Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
FEUERSTEIN	Claude	Physiologie
FONTAINE	Eric	Nutrition
FRANCOIS	Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GARBAN	Frédéric	Hématologie; transfusion
GAUDIN	Philippe	Rhumatologie
GAVAZZI	Gaetan	Gériatrie et biologie du vieillissement
GAY	Emmanuel	Neurochirurgie
GRIFFET	Jacques	Chirurgie infantile
HALIMI	Serge	Nutrition
HOMMEL	Marc	Neurologie
JOUK	Pierre-Simon	Génétique
JUVIN	Robert	Rhumatologie
KAHANE	Philippe	Physiologie
KRACK	Paul	Neurologie
KRAINIK	Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
LANTUEJOUL	Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
LEBAS	Jean-François	Biophysique et médecine nucléaire
LEBEAU	Jacques	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECCIA	Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
LEROUX	Dominique	Génétique
LEROY	Vincent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
LETOUBLON	Christian	Chirurgie générale
LEVY	Patrick	Physiologie
LUNARDI	Joël	Biochimie et biologie moléculaire
MACHECOURT	Jacques	Cardiologie
MAGNE	Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MAITRE	Anne	Médecine et santé au travail
MAURIN	Max	Bactériologie-virologie
MERLOZ	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique

MORAND	Patrice	Bactériologie-virologie
MORO-SIBILOT	Denis	Pneumologie
MOUSSEAU	Mireille	Cancérologie
MOUTET	François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlogie
PALOMBI	Olivier	Anatomie
PASSAGIA	Jean-Guy	Anatomie
PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	Anesthésiologie-réanimation
PELLOUX	Hervé	Parasitologie et mycologie
PEPIN	Jean-Louis	Physiologie
PERENNOU	Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PERNOD	Gilles	Médecine vasculaire
PIOLAT	Christian	Chirurgie infantile
PISON	Christophe	Pneumologie
PLANTAZ	Dominique	Pédiatrie
POLACK	Benoît	Hématologie
PONS	Jean-Claude	Gynécologie-obstétrique
RAMBEAUD	Jean-Jacques	Urologie
REYT	Emile	Oto-rhino-laryngologie
RIGHINI	Christian	Oto-rhino-laryngologie
ROMANET	Jean-Paul	Ophtalmologie
SARAGAGLIA	Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SCHMERBER	Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
SELE	Bernard	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
SERGENT	Fabrice	Gynécologie-obstétrique
SESSA	Carmine	Chirurgie vasculaire
STAHL	Jean-Paul	Maladies infectueuses; maladies tropicales
STANKE	Françoise	Pharmacologie fondamentale
TIMSIT	Jean-François	Réanimation
TONETTI	Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TOUSSAINT	Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
VANZETTO	Gérald	Cardiologie
VUILLEZ	Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
WEIL	Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ZAOUI	Philippe	Néphrologie
ZARSKI	Jean-Pierre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie

Maître de Conférence des Universités - Praticien Hospitalier
2011-2012

Nom	Prénom	Intitulé de la discipline universitaire
BONNETERRE	Vincent	Médecine et santé au travail
BOTTARI	Serge	Biologie cellulaire
BOUTONNAT	Jean	Cytologie et histologie
BRENIER-PINCHART	Marie-Pierre	Parasitologie et mycologie
BRIOT	Raphaël	Thérapeutique; médecine d'urgence
CALLANAN-WILSON	Mary	Hématologie; transfusion
CROIZE	Jacques	Bactériologie-virologie
DERANSART	Colin	Physiologie
DETANTE	Olivier	Neurologie
DUMESTRE-PERARD	Chantal	Immunologie
EYSSERIC	Hélène	Médecine légale et droit de la santé
FAURE	Julien	Biochimie et biologie moléculaire
GILLOIS	Pierre	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
GRAND	Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
HENNEBICQ	Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
HOFFMANN	Pascale	Gynécologie-obstétrique
LABARERE	José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
LAPORTE	François	Biochimie et biologie moléculaire
LARDY	Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
LARRAT	Sylvie	Bactériologie-virologie
LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Physiologie
MALLARET	Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MAUBON	Danièle	Parasitologie et mycologie
MC LEER (FLORIN)	Anne	Cytologie et histologie
MOREAU-GAUDRY	Alexandre	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
MOUCHET	Patrick	Physiologie

PACLET	Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PASQUIER	Dominique	Anatomie et cytologie pathologiques
PAYSANT	François	Médecine légale et droit de la santé
PELLETIER	Laurent	Biologie cellulaire
RAY	Pierre	Génétique
RIALLE	Vincent	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
SATRE	Véronique	Génétique
STASIA	Marie-Josée	Biochimie et biologie moléculaire
TAMISIER	Renaud	Physiologie

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur De Gaudemaris,
En vous remerciant de l'honneur que vous me faites en acceptant la présidence de cette thèse.
Je vous prie d'accepter l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Bosson,
En vous remerciant d'avoir accepté de participer au jury de ma thèse.
Je vous prie d'agréer toute ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Baconnier,
Vous m'avez donné mes premiers cours de Sciences Humaines et Sociales au début de mes études, je vous remercie d'avoir accepté d'être présent pour leur dénouement.
Soyez assuré de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Marchand,
Pour ta disponibilité malgré ton emploi du temps délicat.
Merci de m'avoir guidé tout au long de ce travail.

A l'Union Régionale des Professionnels de santé - Médecins Libéraux de Rhône-Alpes (URPS-Médecins-RA) pour son soutien institutionnel et logistique. Une attention particulière pour le Dr Frédéric Laborier ainsi que Mme Martine Ranc pour leur aide dans la réalisation de cette étude.

Au Conseil de l'Ordre Départemental de la Savoie pour son soutien institutionnel et logistique. Un merci plus particulier à son président le Dr Jean-Louis Vangi, collègue et ami ainsi qu'à Mme Geneviève Rambaud.

Au Conseil de l'Ordre de la Haute-Savoie et à son président le Dr René-Pierre Labarrière, pour son soutien institutionnel et logistique.

Au Conseil de l'Ordre de l'Isère, pour son soutien institutionnel.

Au Collège Inter-alpin des Médecins généralistes Enseignants, pour son aide à la diffusion de mon questionnaire.

A Yoann, mon compagnon, pour son amour et son soutien, pour ses précieux conseils lors de la réalisation de ce travail.

A ma fille Léa, à mes parents et toute ma famille.
A mes amis.

A tous les médecins généralistes qui ont répondu à cette étude.
A toutes celles et ceux qui ont su me transmettre ce goût pour la médecine générale.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS……...…….7

ARTICLE……..9
Résumé……9
Introduction……...10
Matériel et méthode……13
Résultats……14
Discussion……21
Conclusion……24

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES……..25

ANNEXES……27
Annexe I : Les autres services d'aide aux médecins dans le monde en 2011……...28
Annexe II : Mail envoyé aux médecins sélectionnés comportant le lien pour accéder au questionnaire……..…35
Annexe III : Courrier de relance accompagnant le questionnaire envoyé par courrier postal……..…...36
Annexe IV : Questionnaire……...….37
Annexe V : Voies de diffusion du questionnaire par email…….….41
Annexe VI : Récépissé de la déclaration à la CNIL…….….42
Annexe VII : Résultats des réponses au questionnaire des médecins en faveur d'une structure de soins dédiée à leur santé (Q8 à 9)…….….43
Annexe VIII : Commentaires libres de la question 8 : Auriez-vous d'autres critères non évoqués qui vous semblent importants à signaler ?.....45
Annexe IX : Commentaires libres à la question 10 : Auriez-vous d'autres explications pour éclairer votre position défavorable ?.....48
Annexe X : Commentaires libres à la question 21 : si vous souhaitez ajouter des commentaires sur le sujet, vous pouvez les écrire ici ……..53

SUMMARY……56
SERMENT D'HIPPOCRATE……...57

RESUME

Médecins libéraux des Savoie et Isère : étude épidémiologique des besoins d'un système de soins dédié à leur propre santé

INTRODUCTION : Confronté à un environnement exigeant, le médecin estime qu'il est un patient comme les autres. Pour autant, il nie le plus souvent la fatigue et les symptômes annonciateurs de la maladie par indifférence, mépris de sa souffrance ou crainte de la vérité. Cette étude évaluait le ressenti des médecins généralistes libéraux quant au besoin de créer une structure qui serait dédiée à la prise en charge de leur santé.

METHODE : Une enquête épidémiologique transversale descriptive déclarative a été menée à l'aide d'un questionnaire avec relances envoyé à 1076 médecins généralistes libéraux des départements des Savoie et de l'Isère entre mai et juillet 2012.

RESULTATS : Le fort taux de réponse de notre étude (61,7%) montrait l'intérêt pour ce sujet. 68,9% étaient favorables a un tel système de soins. Les praticiens étaient demandeurs de consultations de prévention mais aussi de soins (prescription de thérapeutiques et d'actes) dans un cadre de confidentialité renforcée. Ils restaient attachés au libre choix du lieu et de leur médecin du centre. L'auto-surveillance (68,5%), le suivi déjà réalisé par d'autres confrères (30,2%) ainsi que le manque de temps disponible pour aller consulter (22,1%) semblaient être les principales causes de refus de cette structure.

DISCUSSION : Malgré l'intérêt exprimé pour ce projet, l'adhésion risque d'être limitée par les freins sus cités. La difficulté est d'atteindre les plus négligents pour leur santé, ceux souffrant d'addiction ou de problèmes psychologiques. Le but d'une telle structure serait d'améliorer l'état de santé des médecins et par ce biais, d'assurer une prise en charge optimale des patients.

Mots-clés : Santé au travail ; Médecin généraliste ; Service de médecine préventive ; Soins primaires ; Prestation des soins de santé.

Introduction :

Confronté à un environnement exigeant, le médecin estime qu'il est un patient comme les autres. Pour autant, il nie le plus souvent la fatigue et les symptômes annonciateurs de la maladie par indifférence, par mépris de sa souffrance ou par crainte de la vérité [1].

Selon une revue systématique de la littérature réalisée en 2008 concernant les pays industrialisés, de 20% à 100% des médecins ont déclaré un médecin traitant (parfois eux-mêmes) [2]. Pour autant, leur accès au système de soins n'est pas adéquat (encore plus s'il s'agit de pathologies psychologiques) et de 33% à plus de 90% de médecins pratiquent l'automédication [2]. Ces disparités sont aussi le reflet des différents fonctionnements des systèmes de santé selon les pays et ces écarts doivent donc être analysés avec prudence. En 2004, une étude a constaté que 44% des médecins ont des problèmes de santé chroniques [3]. Les pathologies rencontrées par les médecins incluent toutes les catégories d'affections attendues pour la population générale : maladies cardiovasculaires (4% - 15%), maladies respiratoires (10% - 21%), problèmes locomoteurs (9% - 38%), cancers (2% - 3%) et maladies psychiatriques (3% - 10%) [4]. Les médecins sembleraient plus à risque de développer une pathologie psychiatrique que le reste de la population [5], avec un risque de suicide plus important [6]. Parmi les 39% des médecins anglosaxons qui avaient déclarés un médecin traitant, quasiment la totalité avait choisi un associé, un ami confrère ou un parent [7]. Pour autant, leurs problèmes de santé étaient gérés en grande partie par eux-mêmes (84% d'automédication, prescription d'1/3 des bilans diagnostiques). Cette automédication a été jugée inopportune dans 78% des cas, puisqu'elle aurait dû nécessiter un avis spécialisé. Ces habitudes d'auto-prescription semblent être prises dès la période des études [8].

Certains pays, tels le Québec (avec son PAMQ, Programme d'Aide aux Médecins du Québec) et l'Espagne (pionnier en Europe avec son PAIMM, Programme d'Aide Intégrale au Médecin Malade) ont déjà mis en place des structures réservées à ces « patients particuliers », après s'être rendus compte de la singularité que demande la prise en charge des médecins malades [9,10]. Depuis quelques années, d'autres pays suivent leur exemple (annexe I).

En France, les études commencent à s'intéresser à la santé physique et non seulement psychique du médecin. En 2008, un rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) a montré que les médecins plus que le reste de la population, tardent à être pris en charge et provoquent parfois une aggravation du pronostic [1]. Les médecins étaient dans l'incapacité de gérer leur propre couverture sociale et prévoyance. Il ressort de cette étude un sentiment de solitude, une pudeur et un esprit d'indépendance du médecin alors que la confraternité est devenue une véritable utopie dans un grand nombre de cas (isolement, concurrence, jalousie, mal vivre, stress, déception professionnelle, etc.). Le médecin manque d'humilité face à son propre état de santé [1]. Une enquête sur la santé des médecins libéraux de Haute-Normandie en 2008 a retrouvé que 9 médecins sur 10 se disaient concernés par la présence d'au moins une pathologie alors que seulement 2 médecins sur 10 ont désigné un confrère comme médecin traitant [11]. Cette discordance impliquerait donc la prise en charge de leurs pathologies par eux-mêmes ou encore l'absence de prise en charge. Cette étude rapporte d'ailleurs que six praticiens sur 10 déclaraient avoir fréquemment recours à l'automédication. Les médecins sont inquiets quant à leur capacité à poursuivre leur activité dans le futur. L'étude de la DRESS (Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques) sur la santé physique et psychique des médecins généralistes de 5 régions de France en 2010 a retrouvé que si 8 médecins sur 10 se déclaraient en bonne santé, 1 sur 3 indiquait pourtant souffrir de problèmes de santé chroniques [12]. Plus d'un généraliste sur dix était en détresse psychologique, les femmes étant deux fois plus souvent concernées que les hommes. La prise d'anxiolytiques ou d'antidépresseurs était plus fréquente pour les femmes médecins que pour les hommes. Dans la majorité des cas, ce traitement était auto-

prescrit. En étudiant la population bretonne, 60% des médecins estimaient que la prise en charge de leur santé était moins bonne ou nettement moins bonne que celle de leurs patients, même si 83% des répondants étaient satisfaits ou très satisfaits de leur état de santé [13]. En 2007, dans son étude sur les médecins libéraux franciliens, E. Galam a démontré que 53% des médecins se sentaient menacés par le burn-out [14]. Dans son rapport remis au CNOM en 2003, Y. Leopold a mis en évidence un taux d'incidence majoré de suicide chez les médecins actifs : celui-ci était de 14%, contre 5,6% dans la population générale [15]. Des facteurs de risque ont pu être identifiés : le divorce ou la rupture affective, la maladie physique ou psychique, les difficultés financières, les contentieux administratifs, judiciaires ou ordinaux, et les conduites addictives. Cette conduite dépassait le domaine strictement personnel et devient une question qui affecte le bien-être collectif, en tenant compte des répercussions possibles sur la prise en charge de leurs propres patients [1,2,11,12,16]. Le médecin n'est donc pas exempt de maladies et la prise en charge de sa santé se révèle être délicate et complexe.

Contrairement aux professionnels de santé salariés, rien n'est réglementairement prévu pour le suivi médical des médecins libéraux (à l'exception de la surveillance de ceux exposés aux rayonnements ionisants). La Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) propose à ses assurés un examen de santé gratuit, tous les 5 ans, dans les centres agréés. Le Régime Social des Indépendants (caisse d'assurance maladie pour les médecins libéraux exerçant en secteur 2 ou 3, hors convention), propose aussi des examens systématiques de santé. Les médecins libéraux sont, comme la population générale, conviés à réaliser les tests de dépistage des cancers (du sein et du colon) par les programmes de dépistage nationaux. De plus, la loi du 13 aout 2004 oblige les assurés sociaux à choisir un médecin traitant. A défaut, le patient verra ses droits au remboursement abaissés lors de l'utilisation du parcours de soins.

Depuis quelques années, certaines associations d'aide aux médecins ont commencé à se développer. L'association AAPML[1] est une cellule d'écoute assurée par des psychologues, 24h/24, 7j/7, offrant une assistance psychologique par téléphone, anonyme et confidentielle [17]. En Haute-Garonne, l'Association Médecins Organisation Travail Santé [2] propose aux médecins en situation de burn-out de leur apporter des solutions. Elle les accompagne pour mieux s'organiser et vivre leur travail, oriente et aide si une prise en charge médicalisée ou spécialisée s'avère nécessaire (soignant, psychologue, juriste) [18]. L'Association pour la Promotion des Soins aux Soignants [3] a pour but la prévention en matière de pathologie psychique et addictive [19]. En décembre 2010, l'association IMHOTEP Haute-Normandie, premier service de médecine préventive destiné aux médecins libéraux, a démarré son activité et s'est progressivement étendue à l'ensemble de la région avec 35 centres de consultation [20]. Sans médecine générale (pas de prescription thérapeutique directe) et sans médecine du travail (pas de détermination de l'aptitude à l'exercice de la profession), IMHOTEP offre des prestations d'évaluation des facteurs de risque personnels et professionnels de santé, de dépistages et la surveillance périodique de la santé, d'aide à l'orientation diagnostique et thérapeutique, et d'aide psychologique, en toute confidentialité.

Deux études françaises ont montré l'attente des médecins d'avoir une structure de soins qui leur serait dédiée [11,14]. 80% des médecins libéraux de Haute-Normandie seraient favorables à une médecine préventive spécifiquement dédiée à la médecine libérale, alors que 82,2% de ceux d'Ile de France souhaiteraient l'instauration d'une prise en charge médicale et psychologique spécifique.

---

[1] Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux, créée en 2005 en Ile-de-France et maintenant étendue à d'autres régions

[2] MOTS, créé en 2010

[3] APSS, créée en 2009

En Rhône-Alpes, un service d'écoute téléphonique par des médecins formés a été mis en route par l'association Aide aux Soignants de Rhône-Alpes (ASRA) depuis le premier mai 2012 [21].

Cependant, il n'a pas été demandé à ces professionnels français précisément ce qu'ils attendraient d'une structure d'aide aux soins. Alors qu'ils étaient 80% à souhaiter un service de médecine préventive, une fois créé en Haute-Normandie, les débuts sont plutôt lents (92 adhérents au programme de prévention en un peu plus de 10 mois de fonctionnement) [20]. Etait-il adapté à leurs attentes ou est-ce le temps nécessaire à la mise en place d'un système auquel ces médecins n'ont pas encore été habitué ? Ne devrions-nous pas leur demander exactement quelles sont leurs attentes afin de s'adapter au plus proche de leurs besoins réels ?

L'objectif de notre étude était de déterminer si les médecins libéraux de Savoie, Haute-Savoie et Isère sont eux aussi en attente d'une structure qui serait dédiée à la prise en charge de leur santé. Notre objectif secondaire était d'analyser les attentes et les besoins des médecins favorables à cette organisation ainsi que les causes de refus des praticiens réfractaires à intégrer un tel système.

Matériel et Méthode :

Une étude épidémiologique descriptive transversale déclarative a été réalisée.
Celle-ci a été soutenue institutionnellement par les Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins (CDOM) des 3 départements (Isère, Savoie et Haute-Savoie) ainsi que par l'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins de Rhône-Alpes (URPS Médecins RA). Les médecins généralistes libéraux en activité et inscrits sur les pages jaunes de ces départements ont été tirés au sort par échantillonnage élémentaire le 01/05/12.

Une première invitation à répondre au questionnaire anonyme en ligne a été envoyée par email du 11 au 27/05/12 via différents réseaux (annexe II et V). En l'absence de renvoi mail pour s'identifier comme participant, une relance par internet a été envoyée du 29/05/12 au 08/06/12. Enfin, une dernière relance a été envoyée par envoi postal contenant une lettre explicative (annexe III), le questionnaire et une enveloppe retour affranchie. Elle a été envoyée à tous les médecins non identifiés comme répondants du questionnaire en ligne. Les données ont été recueillies entre 11/05/2012 et le 21/07/2012.

Les critères d'inclusion étaient d'être installé en activité libérale (totale ou mixte) en tant que médecin généraliste dans l'un des trois départements ciblés et d'avoir répondu à la question sur le critère de jugement principal (question n°7 de l'annexe IV).
Aidé d'un expert en recherche qualitative et validé au préalable par plusieurs médecins relecteurs, notre formulaire (annexe IV) s'intéressait aux caractéristiques sociodémographiques des répondants, à leur profil professionnel et à leurs expériences personnelles face à la maladie. En cas d'avis favorable sur le critère de jugement principal, il leur était demandé leurs opinions sur les caractéristiques souhaitées d'une structure de soins qui leur serait dédiée. À défaut, les raisons de leur refus étaient recueillies. Aucune information nominative n'était requise. L'anonymat des répondants a été préservé. Une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été enregistrée sous le n° 1614665v0.

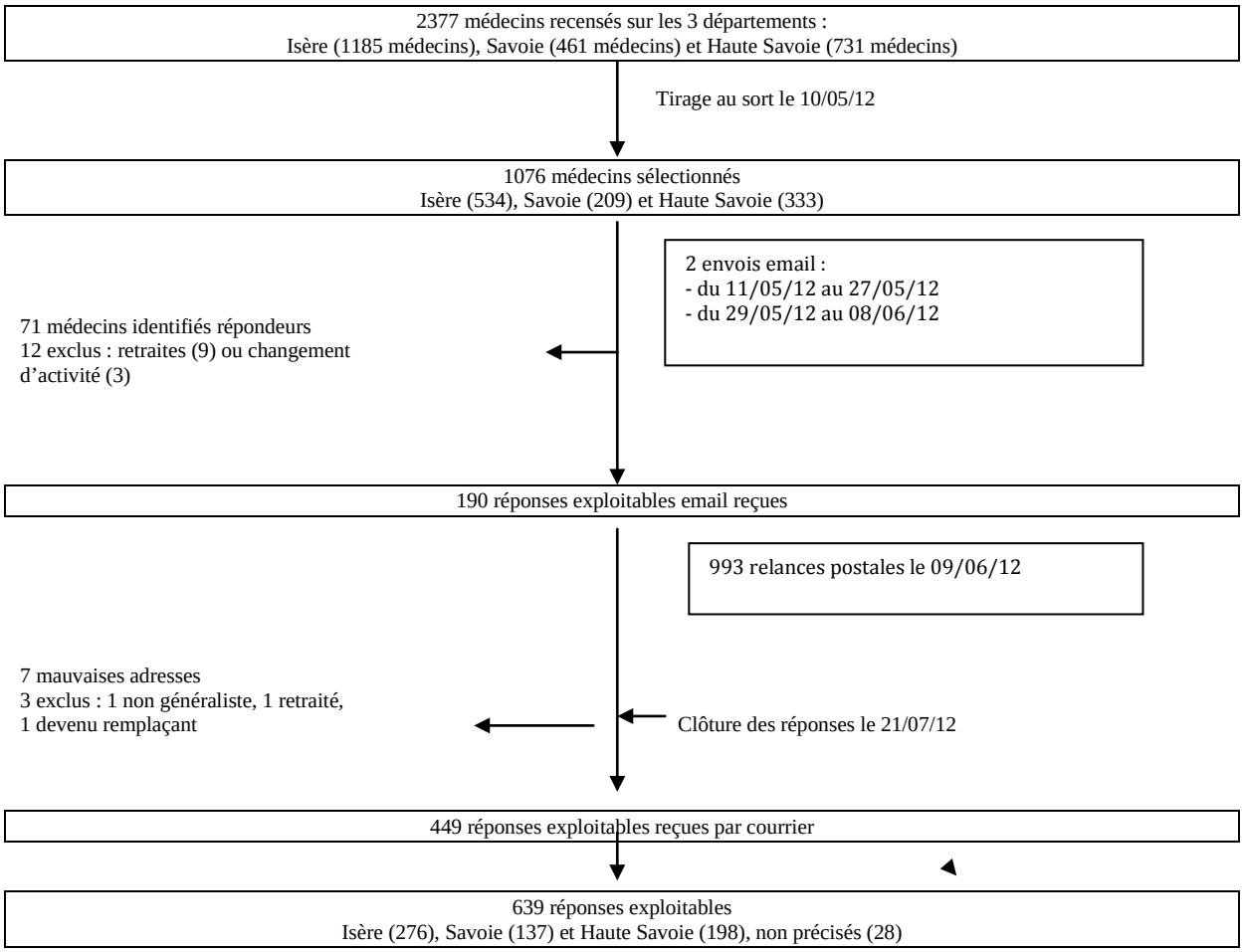
Le nombre de sujets nécessaires à contacter était de 1076, calculé pour obtenir au moins 323 réponses analysables en prenant en compte un taux de réponse de 30%, une prévalence estimée à 70% sur le critère de jugement principal, un risque $\alpha = 5\%$, un risque $\beta = 20\%$. Nous avons utilisé le logiciel LimeSurvey® 2.0 pour la gestion de l'enquête en ligne. La gestion des données a été réalisée par le logiciel Excel® 2003 (Microsoft Corp, Redmond, WA, USA). Les analyses statistiques ont été réalisées grâce au logiciel SPSS® 16.0 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA). Les paramètres descriptifs des variables utilisés étaient la moyenne, l'écart-type pour les variables continues, fréquence et pourcentage pour les variables ordinales et nominales. Les tests statistiques univariés utilisés étaient les tests de Khi-2 ou test exact de Fisher si nécessaire, de Student, du coefficient de corrélation pour un risque $\alpha = 5\%$. Les résultats de ces tests sont donnés par la valeur de la probabilité critique p. Une faible valeur de p ($p < 0,05$) conduit à rejeter l'hypothèse d'indépendance pour retenir l'hypothèse d'une relation significative entre les facteurs étudiés. L'analyse multivariée utilisait une méthode d'interdépendance de l'analyse en composante principale.

Le critère de jugement principal était l'attente d'une structure de soins dédiée à la prise en charge de la santé des médecins libéraux.

Résultats :

Nous avons recueilli 639 réponses exploitables soit un taux de réponse de 59,4% (diagramme 1).

Diagramme 1 : Distribution des médecins recrutés



La population étudiée était composée de 61,7% d'hommes pour une moyenne d'âge de 50,9 ans (écart-type -ET- : 9,6) (tableau 1).

Tableau 1 : caractéristiques socio-démographiques des répondeurs

Caractéristiques	Nombre	%	Souhait d'une structure de soins dédiée		p-value
			Oui (n : 440)	Non (n : 199)	
Homme	383	61,7	244	139	<0,001
Femme	238	38,3	182	56	
Age, moyenne (ET), année	50,9	(9,6)	50,3 (9,4)	52,2 (9,4)	0,023
Moins de 40 ans	99	16	73	26	
40-44	63	10,2	47	16	
45-49	76	12,3	56	20	
50-54	125	20,2	81	44	
55-59	130	21	86	44	
60 et plus	126	20,4	81	45	
Situation personnelle					
En couple	523	81,8	354	169	0,18
Séparé(e) / divorcé(e)	58	9,1	42	16	0,54
Célibataire	31	4,9	22	9	0,8
Avec enfant(s) à charge	285	44,6	196	89	0,97

Note : ET = Ecart-Type

La moyenne du nombre de patients consultés était de 24,9 (ET : 10,5) pour 45,1 heures de travail hebdomadaires en moyenne (ET : 11,5) (tableau 2).

Tableau 2 : caractéristiques de l'activité professionnelle des répondeurs

Caractéristiques	Nombre	%	Souhait d'une structure de soins dédiée		p-value
			Oui (n : 440)	Non (n : 199)	
Département d'exercice					0,85
Haute-Savoie	198	32,4	133	65	
Isère	276	45,2	192	84	
Savoie	137	22,4	95	42	
Taille de l'agglomération					0,88
0 - 999 habitants	29	4,7	19	10	
1000 – 4999	226	36,8	152	74	
5000 – 9999	116	18,9	79	37	
10000 et plus	243	39,6	171	72	
Type d'exercice					0,38
Individuel	262	38,3	185	77	
En groupe	351	61,7	236	115	
Nombre d'heures hebdomadaire de travail, moyenne (ET)	45,1	(11,5)	44 (11,3)	47,3 (11,7)	0,001
< 36 heures	106	18,4	83	23	
36 – 45 heures	219	38	150	69	
46 – 55 heures	160	27,8	111	49	
56 – 65 heures	72	12,5	43	29	
Plus de 65 heures	19	3,3	9	10	
Demi-journées travaillées hebdomadaire, moyenne (ET)	8,3	(2)	8,2 (1,9)	8,7 (2,1)	0,017
Patients consultés par jour	24,9	(10,5)	24,2 (8,1)	25,5 (9)	0,103
Moins de 10	7	1,2	4	3	
10 - 19	106	18,7	78	28	
20 - 29	290	51,2	203	87	
30 - 39	131	23,1	83	48	
40 et plus	33	5,8	22	11	
Nombre de semaine de vacances / an	6,1	(2,9)	6 (2,5)	6,2 (3,6)	0,416

Note : ET = Ecart-Type

94,3% des médecins estimaient avoir une santé physique assez bonne à très bonne. Concernant leur santé psychologique, ils étaient 90% à l'estimer bonne. Huit médecins en activité ont déclaré un très mauvais état de santé psychologique et 3 un très mauvais état de santé physique (tableau 3).

Plus les médecins déclaraient un mauvais état de santé psychologique, plus ils étaient demandeurs d'une structure de soins dédiée à leur santé ($p < 0,001$). Le test est non significatif ($p = 0,05$) concernant la relation état de santé physique et demande de soins.

Tableau 3 : estimation par les répondeurs de leur état de santé

Estimation de l'état de santé	Nombre	%	Souhait d'une structure de soins dédiée		p-value
			Oui (n : 440)	Non (n : 199)	
Physique					0,05
Très bon	110	17,3	71	39	
Bon	315	49,6	209	106	
Assez bon	173	27,2	134	39	
Mauvais	34	5,4	23	11	
Très mauvais	3	0,5	2	1	
Psychologique					< 0,001
Très bon	112	17,6	64	48	
Bon	277	43,6	176	101	
Assez bon	183	28,8	143	40	
Mauvais	56	8,8	47	9	
Très mauvais	8	1,3	7	1	

440 médecins (68,9%) se sont prononcés en faveur de la création d'une structure de médecine dédiée à leur prise en charge contre 199 (31,1%). Un lien existait entre le désir de voir apparaître une structure dédiée à leur prise en charge et les praticiens ayant eu recours au

système de soins pour une pathologie aigue (p = 0,037). Le fait d'avoir eu besoin de soins pour une pathologie chronique n'influençait pas ce souhait (p = 0,3) (tableau 4).

Tableau 4 : parcours de soins utilisés lors d'un problème de santé aigu ou chronique

Confrontation à un problème de santé	Nombre	%	Souhait d'une structure de soins dédiée		p-value
			Oui (n : 440)	Non (n : 199)	
Aigu ayant nécessité :					
Consulter un confrère spécialiste d'organe	376	58,8	268	108	0,110
Etre hospitalisé	207	32,4	148	59	0,318
Arrêt de travail > 3 jours	206	32,2	149	57	0,191
Se faire suivre par un confrère spécialiste en médecine générale	18	2,8	14	4	0,407
Non concerné	201	31,5	126	75	0,022
Chronique ayant nécessité :					
Consulter un confrère spécialiste d'organe	260	40,7	182	78	0,606
Etre hospitalisé	69	10,8	52	17	0,217
Arrêt de travail > 3 jours	64	10	50	14	0,091
Se faire suivre par un confrère spécialiste en médecine générale	22	3,4	14	8	0,59
Non concerné	312	48,8	209	103	0,319

L'analyse en composante principale a permis de faire émerger le contenu implicite présent dans les caractéristiques significativement souhaitées de la structure en 7 thématiques (tableau 5). Les praticiens semblaient demandeurs d'un soutien sur le plan médical, administratif et juridique. Ils étaient très attachés au fait d'avoir plusieurs choix de structures et étaient favorables à son ouverture aux familles ou aux étudiants. Ils souhaitaient un large champ de manœuvre du médecin consultant. Les items de respect de confidentialité, neutralité du personnel ainsi que la certitude d'indépendance vis-à-vis des organismes ou la possibilité d'anonymat se sont avérés liés. En cas de besoin de suivi au long cours, les praticiens semblaient en faveur d'un renvoi vers un médecin généraliste en ville.

Tableau 5 : caractéristiques thématisées de la structure par analyse des composantes principales

1. Thématique 1 : Prévention – accompagnement
    a. Médecine préventive psychiatrique, addictologique, soutien psychologique
    b. Aide à la reconversion professionnelle
    c. Prévention des risques professionnels
    d. Aide juridique

2. Thématique 2 : Accessibilité géographique de la structure
    a. En dehors du centre hospitalier
    b. Plusieurs centres par département
    c. Libre choix du centre d'examen

3. Thématique 3 : Compétences du médecin consultant
    a. Possibilité de prescription thérapeutique lors de la consultation
    b. Possibilité de prescription d'examens complémentaires lors de la consultation
    c. Possibilité de choisir un médecin de la structure comme médecin référent

4. Thématique 4 : Accessibilité des personnes à la structure
    a. Ouverture aux étudiants en médecine
    b. Ouverture aux familles de médecins

5. Thématique 5 : Professionnalisme attendu
    a. Respect de la confidentialité
    b. Neutralité du personnel

6. Thématique 6 : Secret médical
    a. Indépendance vis à vis des autres organismes (CPAM, CNOM, ARS…)
    b. Consultations sous anonymat

7. Thématique 7 : Recours en cas de besoin
    a. Renvoi vers un confrère spécialiste en médecine générale en cas de nécessité de suivi régulier

La notion de consultation de médecine préventive ou de médecine du travail est aussi ressortie au niveau des commentaires libres des médecins en faveur de la structure (annexe VIII et X).

« Un centre de prise en charge dédié aux médecins est devenu indispensable au vu de l'évolution du mode d'exercice médical. La charge administrative et le poids juridique se sont intensifiés. Les médecins n'ont aucun suivi médical et psychologique, pas de médecine du travail, pas de prévention. »

« Les cordonniers sont les plus mal chaussés. Une médecine du travail pour les médecins serait une bonne chose. L'anonymat est important si on veut que les médecins y participent. La réalisation de bilans de surveillance serait une très bonne chose. »

« Avis intéressant, cela fait longtemps que je pense qu'il faut une consultation type médecine du travail. »

Certains insistaient bien sur le fait qu'ils ne souhaitaient pas uniquement des consultations de médecine préventive ou du travail, mais qu'ils souhaitaient aussi une prise en charge psychologique.

« Consultation avec psychothérapeute spécialisé dans PEC [prise en charge] *du stress, de notre profession. »*

« L'essentiel me parait être le travail de médecine préventive et l'évaluation prise en charge psycho. »

D'autres types de consultations non évoquées dans le questionnaire ont été proposés :

« Possibilité de consultation acupuncture, homéopathie, ostéopathie... »

« Consultation en fonction des risques professionnels particuliers (exemple : radiologie, médecin exerçant seul en zone isolée etc. »

« - consult de psychothérapie courtes (EDMR) [Intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires] *post-stress*

- soutien/conseil quand patients difficiles. »

Un médecin a souligné que cette structure puisse être ouverte aux médecins retraités.

Ils souhaitaient que ces praticiens soient formés à l'exercice de la médecine libérale.

La structure devrait rester souple et le choix du médecin devrait rester libre. Pour exemple :

« Rester dans l'idée d'une structure souple ++. »

« Médecins formés qui connaissent l'exercice libéral. »

La notion de confidentialité et d'anonymat était rappelée, celle-ci étant apparemment difficile à faire appliquer dans les structures actuelles.

« Ma crainte serait le respect de l'anonymat et du secret médical dont j'ai pu constater l'absence à l'hôpital et en ville. »

A noter qu'un médecin, pourtant en faveur de la création d'un tel centre, émettait des réserves quant à son adhésion :

« Si cette structure existe un jour, aurais-je le temps ou prendrais-je le temps d'aller consulter !!! »

Pour les médecins opposés à la création de cette structure, les 3 principales raisons retrouvées étaient l'auto-surveillance médicale (68,5%), le fait d'être déjà suivi par un confrère (30,2%) et le manque de temps disponible pour consulter (22,1%) (tableau 6). 1/5 des praticiens interrogés ne souhaitaient pas de service dédié puisqu'ils prennent eux-mêmes en charge leur santé.

Tableau 6 : causes de refus d'une structure de soins dédiée aux médecins libéraux

Caractéristiques des motifs de refus	Oui	%
Aucun suivi nécessaire car pas de problème de santé	33	16,6
Déjà suivi régulièrement par un confrère	60	30,2
Auto-surveillance médicale	137	68,5
Dépistage sans intérêt	34	17,1
Choix de méconnaitre son état de santé	11	5,5
Non respect à priori du secret médical	27	13,5
Crainte du jugement des confrères selon la pathologie	18	9
Crainte de refus d'assurance	34	17,1
Risque de déclaration d'inaptitude au Conseil de l'Ordre	29	14,6
Crainte de rencontrer une connaissance dans la salle d'attente	19	9,5
Sentiment de quémander de l'aide	21	10,6
Sentiment d'admettre ne pas savoir se soigner	12	6
Manque de temps disponible	44	22,1

Parmi les opposants, de nombreux médecins ont réaffirmé dans leurs commentaires libres (annexe IX et X) le fait que les structures déjà existantes étaient suffisantes et qu'ils sauraient consulter un confrère en cas de besoin, s'ils ne se suivaient pas déjà eux-mêmes.

Un médecin semblait penser que se faire soigner par d'autres serait admettre ne pas être compétent :

« Je suis un bon médecin, je m'occupe moi-même de mon état de santé ».

Ils ont souligné le problème du manque de temps pour pouvoir consulter (9 commentaires).

Dans leur refus, ces praticiens tenaient beaucoup à leur liberté de choix de médecins et ont affirmé avoir assez de contraintes, déjà trop présentes dans leur vie professionnelle.

« Libre à nous de nous faire aider en ayant recours à un confrère. »

« J'ai envie de choisir le ou les confrères consultés pour avis, traitement et dépistage. »

« Trop de procédures, je suis libéral et souhaite le rester. »

Certains n'auraient pas été contre l'instauration d'une consultation de médecin du travail seule (4 commentaires) :

« Une structure de médecine du travail "classique" me parait suffisante, sans être spécifique aux médecins. »

Le coût d'un tel projet semblait aussi pouvoir être un frein qui n'avait pas été évoqué dans les choix proposés :

« La charge financière de ce service dépasserait de loin les avantages qu'il apporterait, ce ne serait qu'une bureaucratie de plus. »

« Une structure spécifique me parait lourde, couteuse, et sans possibilité de choix de son thérapeute. »

Une forte corrélation entre l'état de santé physique et psychique était notée (rho de Spearman = 0,511 ; p <0,001). Un lien faible apparaissait entre le sentiment de mal prendre en charge sa santé et un mauvais ou très mauvais état physique (rho de Spearman = 0,297 ; p < 0,001) et psychologique (Rho de Spearman = 0,244 ; p < 0,001). 348 médecins estimaient prendre correctement en charge leur santé alors que 356 n'avaient pas eu recours à un arrêt de travail de plus de 3 jours alors que celui-ci était justifié (tableau 7).

Le refus de prendre un arrêt de travail justifié supérieur à 3 jours était lié à un sentiment de mauvaise prise en charge de sa santé (p < 0,001).

Tableau 7 : Estimation par les répondeurs de la prise en charge de leur santé et de la prise d'arrêt de travail

	Nombre	%	Souhait d'une structure de soins dédiée		p-value
			Oui (n : 440)	Non (n : 199)	
Estimation d'une prise en charge correcte de sa santé	348	57,5	213	135	< 0,001
Etat de santé justifiant un arrêt de travail sans en avoir bénéficié	356	58,3	263	93	0,001

Les caractéristiques socio-démographiques des répondants influençaient peu le sentiment de prendre en charge correctement leur santé. Les célibataires (p=0,028), les sujets jeunes (p = 0,002) et le nombre élevé d'heures hebdomadaires travaillées (plus de 56 heures par semaine) (p = 0,044) étaient en lien avec l'absence de préoccupation pour sa santé. L'analyse était non significative pour les mariés-concubins (p = 0,085), ou pour les séparés-divorcés ou pour le fait d'avoir ou non des enfants à charge. Le nombre de patients quotidiennement consultés ou de semaines de vacances n'avait aucune influence.

187 des interrogés (29,2%) étaient en faveur d'une médecine du travail avec détermination de l'aptitude à l'exercice médical, 337 autres (52,7%) préféreraient ce service mais sans détermination de l'aptitude (tableau 8).

Tableau 8 : avis des répondeurs concernant une consultation de médecine du travail

	Nombre	%	Souhait d'une structure de soins dédiée		p-value
			Oui (n : 440)	Non (n : 199)	
En faveur d'une consultation de médecine du travail avec détermination d'aptitude à l'exercice	187	36,1	162	25	< 0,001
En faveur d'une consultation de médecine du travail sans détermination d'aptitude au travail	337	52,7	289	48	< 0,001

Le souhait d'une modification des conditions d'arrêt de travail a été signalé avec insistance par plusieurs médecins en commentaires libres, quel que soit leur avis sur l'objectif principal de cette étude (11 commentaires, annexes VIII, IX et X). Ils souhaitaient les mêmes droits que les salariés ainsi qu'une meilleure reconnaissance des pathologies psychiatriques :

« Revisiter les conditions d'accès à un arrêt de travail : pour exemple mon assurance indemnité journalière propose un délai de carence de 90 jours pour toutes les affections psychologique psychiatrique et notamment les situations de burn-out. Pourrait-on envisager des situations de travail temps partiel ?»

« Le pb [problème] *est aussi le délai de carence (15J!) de nos assurances incapacité de travail et le fait que les pbs psychologiques (dépression) et psychologique et physique type burn-out sont exclues de nos garanties. »*

« Je souhaiterai surtout pouvoir bénéficier d'un arrêt de travail quelque soit le type de pathologie sans délai de carence trop long. Le fait d'être médecin n'est pas une situation confortable pour se faire soigner, je préfèrerais l'anonymat de la profession. »

« Grande difficulté à se mettre en arrêt de travail et à se faire remplacer en cas de maladie et souvent obligation de reprendre le travail avant la guérison ou obligation de travailler en étant malade... »

Enfin, quelques témoignages recueillis illustrant les difficultés auxquelles sont confrontés les médecins généralistes (annexes VIII et X) méritaient d'être soulignés :

« Je viens de vivre un épisode de burn-out dépression, graves troubles du sommeil et j'ai du trouver des solutions seules. J'aurais eu besoin de m'arrêter mais je ne voyais pas comment, et puis voir qui ? Une collègue - une psy ? Et problèmes financiers malgré une couverture ».

« J'ai repris le travail 3 jours après une cholécystectomie par cœlioscopie malgré ma fatigue et mes douleurs... Mes patients n'auraient jamais accepté cela mais nous n'avons pas le choix

vu la surcharge de travail et les charges à payer.....!!!!!! L'URSSAF [Unions de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales] *ne fait pas de cadeaux en cas de maladie... »*
« La santé du médecin passe souvent après celle de ses patients, et on lui accorde rarement le droit d'être malade ou fatigué. Les problèmes personnels ou familiaux peuvent mettre en péril l'équilibre de l'exercice professionnel (parfois difficile en raison de la charge de travail), il est des fois difficile de tout assumer. »
« Il est certain que dans cette profession, si on commence à écouter les messages de son corps, on s'arrête vite. A titre indicatif, je dors 3 heures par nuit sinon le travail administratif ne se fait pas ! Exemple à ne pas suivre. »

Discussion :

Avec un taux de réponse de 61,7% (639 questionnaires), il s'agit du premier travail réalisé dans cette région posant la question d'un service dédié aux médecins libéraux. Nous avons constaté que 68,9% des praticiens souhaitaient la création d'une structure de soins pour leur propre santé. Parmi les médecins en faveur d'un tel projet, ils sont nombreux à souhaiter un large panel de compétences à cette structure (prescription, suivi, diversités de champ d'action) tout en étant aussi très attachés au respect de la confidentialité et à la neutralité de ses membres. L'auto-surveillance médicale ressort comme étant la principale cause de refus pour 61% des réfractaires à ce service.

Plusieurs biais peuvent être évoqués dans cette étude. Tout d'abord, il existe des limites concernant la population choisie. Concernant la base de données des médecins ayant permis le tirage au sort, certaines adresses étaient erronées. Certains médecins avaient modifié leur activité (retraites, installations, changement de type d'exercice) entre la parution des pages jaunes 2011 et le tirage au sort. De plus, l'inscription sur cette liste n'est pas obligatoire. L'autorisation d'utiliser des registres officiels (CDOM ou URPS-Médecins RA) n'a pu être obtenue à cause de clauses de confidentialité de la CNIL. Ceci peut représenter un biais de sélection. Nous pouvons aussi regretter que les médecins libéraux d'autres spécialités n'aient pu être interrogés. Une autre difficulté a été celle de la diffusion par e-mail du questionnaire. Les organismes contactés ne possédaient pas un listing complet des coordonnées mail (CDOM 74 et URPS-RA), ou n'autorisaient pas la diffusion du questionnaire par leur biais (CDOM 38). Ainsi seulement 526 médecins ont pu être contactés par internet (49%) (annexe V). Cela a pu renforcer notre biais de sélection. Concernant le taux de réponses favorables à la création d'une telle structure, nous pouvons nous demander si les médecins plus sensibles à ce sujet n'ont pas été plus enclins à répondre à ce questionnaire que les autres. Ainsi, les non-répondeurs pourraient être en majorité des personnes opposées à l'idée de cette structure et entrainer un taux de réponses favorables surestimé par rapport à la réalité. Pour autant, les résultats de cette étude semblent bien confirmer l'intérêt des médecins concernant la prise en charge de leur propre santé, ce qui est aussi en corrélation avec la littérature.

Nous pouvons être satisfaits du fort taux de réponse obtenu lors de cette enquête. Il semblerait que le thème de leur santé personnelle soit un sujet qui intéresse tout particulièrement les médecins libéraux puisque nous constatons habituellement des taux de réponses allant de 23,6% à 45% dans les autres études françaises [11,14].

Le taux de médecins rhônalpins favorables à la création d'un service dédié à leur santé est inférieur à celui obtenu en Haute-Normandie (80%) ou celui en Ile-de-France (82,2%). En comparant ces études, il s'avère que le taux de participation de notre étude est le plus important (61,7% contre respectivement 45% et 23,6%). En valeur absolue, le nombre de répondeurs était plus important dans notre enquête que celui de Haute-Normandie (552), cependant moindre que celui d'Ile-de-France (2243) qui a aussi interrogé des médecins de toute spécialité confondue. Cependant, il semble difficile de comparer ces résultats : les démographies médicales de ces 3 régions sont assez différentes (2ème rang des régions les plus dotés en Ile-de-France, 3ème rang des régions les moins dotées en Haute-Normandie et 7ème rang des plus dotées pour la région Rhône-Alpes) [22]. Nous pouvons donc nous demander si la différence de résultats observés est liée à la différence des populations interrogées, ou si les praticiens rhônalpins seraient moins demandeurs que ceux interrogés dans les autres régions. S'estiment-ils donc en meilleure santé que leurs confrères ou pensent-ils mieux prendre en charge leur santé ? Pour autant, la tendance reste la même puisque plus de ¾ des médecins concertés souhaitent une telle structure. Les études étrangères arrivent aux mêmes conclusions quant à la nécessité de centres dédiés à la prise en charge des médecins libéraux, ce qui

explique la création de diverses organisations depuis une dizaine d'années dans de nombreux pays [23] (annexe I).

Concernant les caractéristiques de la structure, les attentes semblent plus importantes que ce qui existe déjà en France ou à l'étranger (annexe I). Les structures existantes au Québec et à Barcelone, souvent citées comme exemples d'organisations d'aide aux médecins, ne prennent en charge que la partie psychologique et psychiatrique de la santé des médecins (problème de toxicomanie, d'alcoolisme, de santé mentale, ou autre problèmes d'ordre personnel) [9,10]. Nos résultats montrent que les médecins répondants attendent effectivement cette prise en charge mais ils recherchent aussi une prise en charge de leur santé physique comme cela est fait en Haute-Normandie. Toutefois, l'absence de possibilité de prescriptions médicales et de suivi dans cette structure semble être un point négatif puisque nos résultats montrent que les praticiens souhaitent pouvoir bénéficier de ces services. Cela peut-il expliquer la faible fréquentation constatée lors de l'ouverture de cette structure ? Il faudrait analyser les résultats de la fréquentation de ce service à plus long terme et sur un versant qualitatif avant de conclure. Pour exemple, le plan instauré au Québec en 1990 a connu les mêmes débuts difficiles alors qu'il est maintenant en plein essor, étant même obligé de diminuer ses activités de prévention pour celles d'intervention qui deviennent de plus en plus nécessaires [24,25].

Un autre élément majeur est ressorti de notre étude. Les médecins répondeurs souhaitent la possibilité de consultations de médecine du travail sans détermination de l'aptitude. Il pourrait donc être intéressant d'y intégrer ce type de consultations dans une optique de synergie de prise en charge du praticien en besoin. La difficulté semblerait être pour le médecin du travail examinateur de ne pouvoir limiter l'activité d'un médecin-patient qu'il jugerait en difficulté tout en lui proposant des alternatives. Serait-il possible d'envisager une « gradation » dans l'inaptitude afin de permettre à un médecin de continuer son activité ? Les réponses devraient pouvoir différencier l'inaptitude totale pour dangerosité de l'incapacité partielle et aménager les conditions d'exercice ou des possibilités de maintien dans l'inscription ordinale sous condition [1]. Cette mesure risquerait cependant d'être peu populaire auprès des médecins et de freiner considérablement l'adhésion à cette structure.

Alors comment permettre une meilleure prise en charge des médecins de leur propre santé ? La déclaration obligatoire d'un médecin traitant autre qu'eux-mêmes ne semblerait pas être efficace puisqu'il est montré que même avec un médecin traitant, les praticiens vont peu les consulter et préfèrent souvent se soigner eux-mêmes [2,7].

La limitation de l'automédication pourrait-elle être une solution ? L'exemple du Québec ou cette disposition est écrite dans le code de déontologie (« Le médecin doit sauf dans les cas d'urgence ou dans les cas qui manifestement ne présentent aucune gravité, s'abstenir de se traiter lui-même ») : cela est dans la pratique peu respecté et difficilement applicable [26]. Ceci était d'ailleurs déjà évoqué en France dans le rapport du CNOM [1] en envisageant le non-remboursement de ce type de prescriptions ainsi qu'un système d'alerte pour limiter les auto-prescriptions délétères (avec le pharmacien en première ligne de ce signalement). Cela pourrait améliorer l'adhésion à une structure de soins mais pourrait aussi créer une certaine tension entre ces corps de métier.

Il faudrait commencer par les futurs médecins en les sensibilisant tout au long de leurs études à la prise en charge de leur santé, les dangers de l'automédication et en les informant des aides et prévoyances auxquelles ils peuvent avoir recours.

Concernant cette prévoyance, le CNOM évoquait en 2008 la possibilité de la rendre obligatoire. En cas de maladie, l'absence ou l'insuffisance de prévoyance ainsi que la difficulté à recruter un remplaçant en urgence, risquent de conduire à une reprise d'activité beaucoup trop précoce du médecin, compromettant ainsi le bon résultat thérapeutique qu'aurait pu permettre un arrêt d'activité suffisamment long. Les délais de carence (14 jours

avec une prévoyance, 90 jours sans prévoyance) beaucoup trop longs d'après les médecins interrogés, empêchent des arrêts de travail qui pourraient être justifiés. Ils devraient être revus à la baisse par les organismes de prévoyance et la CPAM. La possibilité d'une reprise à mi-temps thérapeutique, notamment chez les médecins en burn-out, serait aussi à étudier, ce qui pose évidemment aussi le problème du surcoût financier pour la CPAM. Mais pour quel bénéfice au final avec des médecins plus aptes à des bonnes prises en charge de leurs patients ?

De plus, nous pourrions permettre aux médecins qui le souhaitent d'obtenir une habilitation en se formant plus particulièrement à la prise en charge de confrères afin de faciliter cette relation médecin – patient-médecin qui peut être délicate à mener par le praticien consulté. Cela pourrait-être proposé par exemple dans les appels d'offre de l'OGC[4].

L'APSS[5] étudie actuellement l'idée d'une modification du code de déontologie avec l'introduction de l'obligation déontologique de soins : l'injonction thérapeutique comme mesure autorisant la poursuite de l'exercice avec obligation d'un suivi [19]. Ne faudrait-il pas finalement obliger les médecins à des visites médicales obligatoires, ce qu'ils refusent catégoriquement pour le moment, afin de permettre une meilleure prise en charge de leur santé ? Car une fois cette structure en place, les médecins accepteront-ils d'y venir ? 70% des médecins haut-normands étaient pour sa création et finalement peu y ont adhéré pour le moment. En dehors du manque de temps, il est possible que certains de ces confrères trouvaient l'idée bonne « pour les autres », pensant être parfaitement capables de se prendre en charge eux-mêmes et ainsi ne pas avoir besoin eux-mêmes de ce service. Il reste toujours difficile de passer « de l'autre côté du bureau » et d'arriver à se confier à un autre. Il semble bien y avoir une différence entre souhaiter cette structure et venir vraiment y consulter. Ceci pourrait renforcer l'idée de la nécessité de consultations obligatoires. Pour autant, le numéro d'écoute mis en route depuis le premier mai 2012 en Rhône-Alpes (souhaité par 73,6% des médecins favorables un service de médecine dans notre étude) semble pourtant bien répondre à un besoin des praticiens qui sont 78 en 4 mois à l'avoir contacté [27]. Une nouvelle étude des appels dans quelques mois pourrait être intéressante.

Enfin, la création et le maintien d'une structure comme celle qui semble être attendue par les médecins interrogés serait complexe et lourde financièrement. Tout comme l'employeur prend en charge le suivi de ses employés, la CPAM pourrait être la mieux placée pour assurer ce financement, ce qui parait malheureusement peu réaliste actuellement… Cependant, trouver et maintenir les financements tout en gardant l'indépendance de sa gestion ne seraient pas chose facile comme le montre l'exemple de la structure en Haute-Normandie (financement majoritaire par l'ARS puis les CDOM de l'Eure et de la Seine-Maritime). Les médecins libéraux seraient-ils prêts à une participation financière (obligatoire ou non) pour son organisation ?

[4] Organisme de Gestion Conventionnel
[5] Association pour la Promotion des Soins aux Soignants

THESE SOUTENUE PAR : Anne Laure VERJUS

TITRE : Médecins libéraux des Savoie et Isère : étude épidémiologique des besoins d'un système de soins dédié à leur propre santé

CONCLUSION :

Confronté à un environnement exigeant, le médecin estime qu'il est un patient comme les autres. Pour autant, il nie le plus souvent la fatigue et les symptômes annonciateurs de la maladie par indifférence, mépris de sa souffrance ou crainte de la vérité. Les médecins généralistes libéraux ne sont pas exempts de pathologies et la prise en charge de la santé d'un confrère se révèle complexe, tant pour le médecin-patient, que pour le médecin-soignant.

Une étude épidémiologique descriptive transversale et déclarative, soutenue par les 3 Conseils Départementaux de l'Ordre concernés et par l'URPS-Médecins RA (Union Régionale des Professionnels de santé - Médecins Libéraux de Rhône-Alpes) a analysé le souhait des médecins généralistes libéraux des départements des Savoie et de l'Isère de voir se créer une structure qui serait dédiée à la prise en charge de leur santé. Un questionnaire, envoyé par internet puis par courrier postal, a été envoyé à 1076 médecins tirés au sort, de mai à juin 2012.

Le fort taux de réponse de notre étude (639 -61,7%-) montrait l'intérêt des médecins pour ce sujet. 68,9% des praticiens interrogés étaient favorables à un tel système de soins. Ils étaient demandeurs de consultations de prévention mais aussi de soins, dans un cadre de confidentialité renforcée, tout en restant attachés au libre choix de leur médecin.

L'auto-surveillance (68,5%), le suivi déjà réalisé par d'autres confrères (30,2%) ainsi que le manque de temps disponible pour aller consulter (22,1%) semblaient être les principales causes de refus de cette structure.

Malgré l'intérêt exprimé pour ce projet, l'adhésion risque d'être limitée par les freins sus cités. La difficulté est d'atteindre les plus négligents pour leur santé, ceux souffrant d'addiction ou de problèmes psychologiques. Le but d'une telle structure serait d'améliorer l'état de santé des médecins et par ce biais, d'assurer une prise en charge optimale des patients.

La nécessité d'une telle prise en charge semble bien établie, il faut maintenant penser la réalisation en tenant compte des contraintes et des freins.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le 22/10/12

LE DOYEN
J.P. ROMANET

LE PRESIDENT DE LA THESE
PROFESSEUR R. DE GAUDEMARIS

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

[1] Leriche B, Biencourt M, Bouet P, Carton M, Cressard P, Faroudj JM et al. Le médecin malade. Rapport de la Commission nationale permanente du conseil national de l'Ordre des médecins. 2008. Disponible à l'adresse : http://www.conseil-national.medecin.fr/article/le-medecin-malade-746 [consulté le 26/09/12].

[2] Kay M, Mitchell G, Clavarino A, Doust J. Doctors as patients: a systematic review of doctors' health access and the barriers they experience. Br J Gen Pract. 2008 Jul;58(552):462-4.

[3] Davidson S, Schattner P. Doctors' health-seeking behaviour: a questionnaire survey. Med J Aust. 2003;179:302-5.

[4] Kay M, Mitchell G, Del Mar C. Doctors do not adequately look after their own physical health. Med J Aust. 2004;181(7):368-70.

[5] Ghodse H. Doctors and their health — who heals the healers? In: Ghodse H, Mann S, Johnson P (eds). Doctors and their health. Sutton: Reed Healthcare Limited, 2000.

[6] Hawton K, Clements A, Sakarovitch C, Simkin S, Deeks JJ. Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1979–1995. J Epidemiol Community Health. 2001;55(5):296–300.

[7] Chambers R, J Belcher J. Self-reported health care over the past 10 years: a survey of general practitioners. Br J Gen Pract. 1992 Apr;42(357):153–6. PMCID: PMC1371893.

[8] Guille C, Sen S. Prescription Drug Use and Self-prescription among training Physicians. Arch Intern Med. 2012;172(4):371-2.

[9] Programme d'Attention Intégrale pour le Médecin Malade. [Internet] [consulté le 26/09/12]. Disponible à l'adresse : http://paimm.fgalatea.org/fra/metge.htm.

[10] Programme d'Aide aux Médecins du Québec. [Internet] [consulté le 26/09/12]. Disponible à l'adresse : http://www.pamq.org/.

[11] Conseil départemental de l'Ordre des médecins de Seine-Maritime. Enquête sur la santé des médecins libéraux de Haute-Normandie [Internet]. Déc 2008 [consulté le 26/09/12]. Disponible à l'adresse : http://www.cdom76.com/doc/enquete.pdf

[12] Desprès P, Grimbert I, Lemery B, Bonnet C, Aubry A, Colin C. Santé physique et psychique des médecins généralistes. DREES, Etudes et résultats n°731;juin 2010 [consulté le 26/09/12]. Disponible à l'adresse : http://www.sante.gouv.fr/no-731-sante-physique-et-psychique-des-medecins-generalistes.

[13] Levasseur G. La santé des médecins en Bretagne. Rapport de recherche pour l'URML Bretagne. 2003.

[14] Galam E. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives. Commission Prévention et santé publique. URML Île-de-France [Internet]. Juin 2007 [consulté le 26/09/12]. Disponible à l'adresse : http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf.

[15] Leopold Y. Les chiffres du suicide chez les médecins. Rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecins. Paris; 2003.

[16] Estryn-Béhar M. Risques professionnels et santé des médecins. Paris: Masson; 2002.

[17] Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux (AAPML) [Internet] [consulté le 26/09/12]. Disponible à l'adresse : http://www.aapml.fr/index2.php?m=1.

[18] Rey E. Une association pour soigner les médecins. La Dépêche (France) [Internet]. 29/11/2010 [consulté le 26/09/12]; Disponible à l'adresse : http://www.ladepeche.fr/article/2010/11/29/958296-une-association-pour-soigner-les-medecins.html.

[19] Association pour la Promotion des Soins aux Soignants (APSS). [Internet] [consulté le 26/09/12]. Disponible à l'adresse : http://apss-sante.fr/.

[20] Kuntz A. La santé des médecins généralistes de Haute-Normandie : analyse des besoins et mise en place de l'expérimentation d'un service de médecine préventive [thèse d'exercice]. Rouen. 2011 [consulté le 26/09/12]. Disponible à l'adresse : 20111019 - TDM - Santé MLHN - A. Kuntz.pdf.

[21] Association Aide aux Soignants de Rhône-Alpes (ASRA). [Internet] [consulté le 26/09/12]. Disponible à l'adresse : http://www.reseau-asra.fr/.

[22] Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas Régionaux de la démographie médicale – Situation au 1er juin 2011. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. Nov 2011 [consulté le 26/09/12]. Disponible à l'adresse : http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1128/

[23] Fox F, Harris M, Taylor G, Rodham K, Sutton J, Robinson B, et al. What happens when doctors are patients? Qualitative study of GPs. Br J Gen Pract. 2009 Nov 1;59(568):811–8.

[24] Programme d'Aide aux Médecins du Québec. Rapport Biennal d'activité 2007-2009. Montréal; 2009.

[25] Programme d'Aide aux Médecins du Québec. Interventions 2009-2012 – Rapport statistique du Programme d'Aide aux Médecins du Québec. Montréal [Internet]. 2012 [consulté le 26/09/2012]. Disponible à l'adresse : http://www.pamq.org/Rapport_statistique_PAMQ_2011FINAL.pdf.

[26] Richer S. Le médecin de famille devrait-il se traiter lui-même ou non?
Can Fam Physician. 2009;55(8):784-5.

[27] Aide au Soignants Rhône-Alpins. Rapport du réseau Aide aux Soignants Rhône-Alpins du 10/09/2012. Données non encore publiées.

ANNEXES

Annexe I : <u>Les autres services d'aide aux médecins dans le monde en 2011</u>. (A Kuntz. La santé des médecins généralistes de Haute-Normandie : analyse des besoins et mise en place de l'expérimentation d'un service de médecine préventive. Rouen. Oct 2011.)

Pays	Initiative	Descriptif	Services	Type de soutien
Royaume-Uni	**ASK BMA**	Traite différentes questions ou problèmes liés au travail	Conseils	Ligne téléphonique
	BMA Careers Service	Fournit des informations sur les carrières, les outils, les ateliers de développement de compétences et de coaching, sur les initiatives gouvernementales en matière de formation et d'éducation	Développement de compétences ; Orientation professionnelle ; Encadrement ; Mentorat	Site web, ateliers
	BMA Counselling Service	Pour de l'aide, des conseils et un soutien personnel	**Traitement psychologique** ; Conseils	Ligne téléphonique
	British Doctors and Dentist Group	Groupe de soutien mutuel pour les médecins et dentistes qui se rétablissent, ou souhaitent se rétablir d'une **addiction** ou d'une **dépendance** à l'alcool ou autres drogues	**Soutien par les pairs** ; Auto-assistance	Groupe de soutien
	Cameron Fund - *Généralistes seulement*	Offre une aide pratique en période de difficultés ou de détresse	Conseils ; Soutien financier	Bourse de subvention
	Contact - *West Midlands seulement*	Soutien confidentiel et indépendant de gestion du stress pour les médecins et dentistes. Ligne téléphonique gratuite et conseils en face à face	**Aide psychologique**	Site web, fax
	Dain Fund	Contribue à assumer les coûts d'éducation des enfants de médecins qui connaissent une crise financière imprévue	Soutien financier	Bourse de subvention
	Deaneries	Conseils sur d'autres programmes ou services régionaux et orientation pour un soutien supplémentaire	Conseils ; Développement de compétences ; Suivi ; Services de soutien ; Orientation professionnelle	Multiple
	Doctors for Doctors	Aide et soutien pour les médecins et les étudiants se trouvant en **difficulté** ou en **détresse**, offre le choix de parler en toute confiance à un autre médecin conseiller	**Conseils**	Ligne téléphonique

Pays	Initiative	Descriptif	Services	Type de soutien
Royaume-Uni	**Doctors Support Line**	Organisme indépendant, confidentiel, anonyme. Ligne d'aide administrée par des médecins bénévoles formés. Permet aux médecins de faire leurs premiers pas vers la résolution de **problèmes qui peuvent affecter leur travail et leur bien-être**	**Aide psychologique**	Ligne téléphonique
	Doctors Support Network	Conseils confidentiels et soutien continu aux médecins ayant des problèmes de **santé mentale**. Tous les appels sont traités par des médecins.	**Conseils**	Ligne téléphonique
	Edgecumbe	Conseillers en ressources humaines travaillant dans le NHS ayant une formation professionnelle en psychologie du travail. Traite d'un éventail de questions, notamment la gestion du stress	Développement de compétences ; Evaluation des performances ; Encadrement ; Mentorat	Ligne téléphonique
	GMC	Régulateur indépendant pour les médecins britanniques. But de protéger, promouvoir et maintenir la santé et la sécurité du public en assurant des normes appropriées dans la pratique de la médecine	Conseils ; Suivi ; Evaluation des performances	Ligne téléphonique, face à face
	Hastings Benevolent Fund	Aides ponctuelles aux médecins (et ayant droits) en temps de crise	Conseils ; Soutien financier	Bourse de subvention
	Healthcare Performance	Coaching de carrière	Développement de compétences ; Orientation professionnelle ; Encadrement ; Mentorat	Face à face
	Hope4medics	Site web pour les médecins en situation de **handicap**	**Conseils**	Site web
	House Concern Northumberland - *Northern Deanery seulement*	Service de **psychothérapie** spécialisé pour les médecins et dentistes de la région du *Northern Deanery*. Offre un accès rapide et un service confidentiel	**Traitement psychologique**	Face à face
	Individual Support Programme (ISP)	Fournit un soutien aux étudiants en médecine et aux médecins ayant des **problèmes de performance**	**Traitement psychologique** ; Développement de compétences ; Encadrement ; Mentorat	Face à face
	Medical Council on Alcohol	Education des médecins et étudiants en médecine sur les effets de l'alcool sur la santé	**Conseils**	Multiple

Pays	Initiative	Descriptif	Services	Type de soutien
Royaume-Uni	**Medical Defence Union**	Prise en charge des problèmes médico-légaux des médecins tout au long de leur vie professionnelle	Conseils	Ligne téléphonique, face à face
	Medical Defence Union of Scotland	Prise en charge des problèmes médico-légaux des médecins tout au long de leur vie professionnelle	Conseils	Ligne téléphonique, face à face
	Medical Forum	Programme d'orientation de carrière	Supervision de carrière	Multiple
	Mednet - *Londres, Deanery et Kent*	Consultations confidentielles pour médecins / dentistes : conseils sur leur carrière, soutien moral et, si nécessaire, accès à l'aide d'un autre expert. Peut inclure des **interventions psychothérapeutiques spécialisées** ou des **avis psychiatriques**	Conseils ; **Traitement psychologique**	Face à face
	National Clinical Assessment Service (NCAS)	Assurance de qualité des soins et de sécurité des patients. Comprendre, gérer et prévenir les problèmes de performances	Conseils ; Suivi ; Evaluation des performances	Site web, face à face
	Practitioner Health Programme	Mis en place par le LSCG et le NCAS en 2008, financé par le NHS. Service gratuit (à LONDRES) et confidentiel pour médecins et dentistes ayant des **problèmes de santé mentale ou physique et / ou des problèmes de toxicomanie**	**Traitement médical** ; **Traitement psychologique** ; Conseils	Face à face
	Primary Care Support service	Service de soutien et éducatif, accès direct, conseils confidentiels	Conseils ; Orientation ; Développement de compétences ; Soutien par les pairs	Multiple
	Royal Colleges	Service de soutien	Conseils ; Développement de compétences ; Soutien, suivi ; Orientation professionnelle	Multiple
	Royal Medical Benevolent Fund	Aide pour le retour au travail après un accident, une maladie ou un autre évènement ; pour ceux qui cherchent de l'aide afin d'éviter une crise	Conseils ; Soutien financier	Face à face
	Royal Medical Foundation	Assiste les médecins et les personnes à leur charge qui se trouvent dans des difficultés financières	Soutien financier	Bourse de subvention

Pays	Initiative	Descriptif	Services	Type de soutien
Royaume-Uni	**Sick Doctors Trust**	Organisation indépendante et confidentielle de soutien offrant une aide aux médecins / étudiants en médecine souffrant de **dépendance à l'alcool ou de drogues**	**Conseils**	Ligne téléphonique
	SuCceSS	Soutien aux médecins pour trouver des **solutions aux contraintes personnelles et organisationnelles pour une pratique optimale**	**Soutien par les pairs** ; Orientation ; Soutien à la pratique ; **Santé au travail** ; **Psychothérapie** ; **Soutien psychiatrique**	Ligne téléphonique, site web
	Tod Endowment Trust	Organisation administrée par le RMBF qui fournit une aide financière pour les membres de la profession médicale, leurs conjoints et personnes à charge qui ont besoin de repos et de récupération en Ecosse	Accueil temporaire ; Soutien financier	Bourse de subvention
	You Matter - *Devon et Cornouailles, Généralistes seulement*	Gamme complète de services de santé et de sécurité pour les généralistes, dentistes et leur personnel employé	Conseils ; **Traitement psychologique** ; **Traitement médical**	Ligne téléphonique, face à face
nb* : les services d'aide aux médecins au Royaume-Uni sont réunis par l'organisation *Health for Healthcare Professional (HHP, www.h4hp.co.uk) **créée par la *Faculty of Occupational Medicine*** (FOM)**, le *Royal College of General Practitioners*** (RCGP) **et le *Royal College of Psychiatrists*** (RCP)**. Le HHP organise le lancement d'un programme national de prise en charge globale des médecins incluant non seulement le soutien (médico-légal, financier, aide à la reconversion etc.), la prise en charge des problèmes de santé mentale ou d'addictions mais aussi des troubles musculo-squelettiques et des pathologies cutanées d'origine professionnelle.**				
Irlande	**The Health in Practice Programm (HiPP)**	Fondé par l'ICGP en 2002, système confidentiel de **soins et d'informations sur la santé pour les médecins généralistes**. But de promouvoir et maintenir la santé physique, psychique, au travail et le bien-être des médecins. Orientation, information, soutien	**Réseaux de soins :** - Médecins généralistes (généralistes pour généralistes) - Médecins du travail (pour des conseils de santé au travail) - Psychiatres - Conseillers, psychologues et psychothérapeutes : développement de solutions, gestion de compétences pour problèmes personnels	Ligne téléphonique, fax, mail, courrier
	Sick Doctor Scheme (SDS)	Système confidentiel accessible à tout médecin ayant un problème de **toxicomanie** depuis 1985	**Evaluation** médicale ; **Orientation** appropriée ; **Surveillance** continue ; **Soutien** général	Ligne téléphonique, fax, mail, courrier

Pays	Initiative	Descriptif	Services	Type de soutien
Espagne (Catalogne)	**Programme d'Attention Intégrale pour le Médecin Malade** (PAIMM, Fondation Galatea)	Créé en 1998 par l'Ordre des Médecins de Barcelone, le Département de Santé et Sécurité Sociale de la Generalitat de Catalogne et le Service Catalan de Santé. But d'assister les médecins ayant des **problèmes psychiques et/ou des comportements de dépendance**, d'assurer qu'ils reçoivent le traitement adéquat afin d'exercer la médecine dans les meilleures conditions possibles	**- Traitement psychiatrique ;** **- Procédures collégiales** (accès direct, confidentialité, utilisation des **contrats thérapeutiques** pour la supervision des cas complexes) ; **- Unités d'assistance** avec des services d'internement, d'hôpital de jour et de traitement ambulatoire	Ligne téléphonique, face à face, contrats thérapeutiques, lits d'hospitalisation dédiés
Norvège	**Resort Centre Villa Sana**	**Centre de ressources pour professionnels de santé**, créé en 1998 par la *Norvegian Medical Association*. Buts : - Renforcer l'identité professionnelle - Améliorer la santé mentale et la qualité de vie - Prévenir l'épuisement professionnel	**Programme de 5 jours** Conférences ; Groupe de discussions (formel / informel) ; **Aide psychologique individuelle** (6 - 7h) ; Evaluation des besoins de traitement, de **changements dans la situation travail** Activité physique ; Programme culturel	Face à face, collectif et individuel
Suisse	**ReMed**	**Réseau de soutien pour médecins** créé en 2007 par la FMH. But de maintenir la capacité fonctionnelle du médecin, de garantir la sécurité des patients et de promouvoir la qualité des soins	- Fournit des connaissances et expériences en matière de **prévention et de promotion de la santé** - Epaule les médecins en situation de crise (**intervention de crise, mentorat, coaching**) - Soutient et conseille les médecins en procédure d'évaluation	Ligne téléphonique, mail, site web
France	**Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux** (AAPML)	**Cellule d'écoute** assurée par des psychologues formées, 24h/24, 7j/7 depuis 2005. Buts : - Prévention de l'arrêt d'activité, voire du suicide, pour cause d'**épuisement professionnel** - Optimisation de la capacité d'écoute et de conviction des médecins libéraux - Amélioration de la relation médecin-patient	- **Assistance psychologique** par téléphone, anonyme et confidentielle ; - **Orientation si nécessaire**, vers un psychologue ou toute autre structure ou réseau proposant une prise en charge adaptée	Ligne téléphonique

Pays	Initiative	Descriptif	Services	Type de soutien
France	**Association pour la Promotion des Soins aux Soignants** (APSS)	Créée par le fonds d'action sociale de la CARMF et le CNOM en 2009. Buts : - Promouvoir des actions de **prévention** en matière de **pathologie psychique et addictive**, - Envisager la **prise en charge** médicale et sociale, - Favoriser l'**ouverture de centres de soins** dédiés à ces malades particuliers (modèle catalan)	**Traitement psychiatrique** (module de formation de Psychiatres référents en cours d'élaboration pour 2012) ; **Unités d'assistance** (projet)	Site web (pour le moment)
	Médecins Organisation Travail Santé (MOTS)	Créée en 2010 par le CDOM de Haute-Garonne et le CHU de Toulouse. Buts : - Trouver des solutions pour mieux s'organiser et vivre son travail (*burn-out*, souhait de reconversion, conseils d'organisation) - Etre orienté et aidé si prise en charge médicalisée nécessaire	**- Consultation d'un médecin du travail salarié de l'association, spécialisé en ergonomie ;** - Accompagnement, suivi - Orientation si nécessaire (soignant, psychologue, juriste)	Ligne téléphonique, face à face
Europe	***nb* : les services européens dédiés à la santé des médecins sont rassemblés par l'*European Association for Physician Health*** (EAPH)**, créée en 2009.** **L'EAPH vise à encourager une norme de soutien pour les médecins en difficulté à travers l'Europe en fournissant un forum pour :** **• Partager des expertises et bonnes pratiques sur le traitement des médecins par des médecins** **• Influencer et encourager le développement de services de santé pour les médecins** **• Entreprendre des recherches conjointes sur la santé et le bien-être des médecins**			
Québec	**Programme d'Aide aux Médecins du Québec** (PAMQ)	Créé en 1990 par la FMOQ, FMSQ, FMRQ, le CMQ et l'AMLFC. Buts : - Venir en aide, aux **médecins**, résidents et étudiants **en difficulté (toxicomanie, alcoolisme, santé mentale ou autre)** - Prévenir l'émergence, faciliter l'identification précoce et le traitement approprié tels problèmes - Assister les médecins dans leur insertion / réinsertion dans l'exercice professionnel	Entretien téléphonique et/ou rencontre avec un des médecins du PAMQ Identification des problèmes et recherche de solutions Établissement d'un plan d'action Détermination des ressources appropriées aux fins d'évaluation et de traitement Soutien, suivi Réinsertion sociale et professionnelle	Ligne téléphonique, mail, site web, face à face

Pays	Initiative	Descriptif	Services	Type de soutien
Canada	**Peer Support Network**	Etudiants bénévoles formés fournissant un soutien culturel et communautaire à d'autres étudiants sur le campus (UNBC) visant à promouvoir le bien-être	**Soutien par les pairs**	Ligne téléphonique 24h/24, 7j/7
	Physician Health Program - *British Columbia*	Soutien et conseils pour des problèmes de **toxicomanie**, **santé mentale**, changement de carrière, de difficultés financières, de conflits.	Conseils professionnels ; Soutien	Ligne téléphonique 24h/24, 7j/7 Entretiens téléphoniques avec un médecin du PHP
	AMA Physician & Family Support Program - *Alberta*	Programme de soutien aux médecins (et leur famille) de l'Alberta. Soutien téléphonique en cas d'événement de vie difficile ou stressant Promotion de la santé des médecins et éducation	- Conseils, soutien, orientation - Ateliers et séminaires sur la santé des médecins	Ligne téléphonique 24h/24, 7j/7 Entretiens téléphoniques avec un médecin
Australie	**GP Support Program**	Créé par le RACGP en 2008. But : favoriser la culture de soins et promouvoir le bien-être des médecins généralistes pour améliorer leur bien-être, le rendement au travail, la sécurité, le moral au travail et la **santé mentale**	**Conseils professionnels** pour faire face au stress, aux conflits, à un deuil, une dépression, une toxicomanie etc.	Face à face, téléphone Conseil pour les situations de crise 24h/24, 7j/7

Annexe II : Mail envoyé aux médecins sélectionnés comportant le lien pour accéder au questionnaire

Titre de l'email : Étude sur la santé des médecins libéraux en Rhône-Alpes

Chère consœur, cher confrère,

Actuellement médecin généraliste remplaçant en Savoie, je réalise une enquête auprès des médecins libéraux des départements de l'Isère et des deux Savoie dans le cadre d'une thèse.

Celle-ci est soutenue par les Conseils Départementaux de l'Ordre de ces 3 départements et l'Union Régionale des Professionnels de Santé Rhône-Alpes (URPS-RA).

Cette thèse a pour thématique la prise en charge de votre propre santé.

Récemment, deux études françaises viennent de montrer l'attente ressentie des médecins d'une structure de soins qui leur serait dédiée. 80% des médecins libéraux, toutes spécialités confondues, de Haute-Normandie étaient favorables à une médecine préventive qui leur serait spécifiquement dédiée, alors que 82.2% de ceux d'Ile-de-France souhaitaient l'instauration d'une prise en charge médicale et psychologique spécifique.

En France, certaines associations d'aide aux médecins commencent à se développer. Un service de médecine préventive pour les médecins libéraux, géré par une association a vu le jour en décembre 2010 en Haute-Normandie.

Notre travail a pour objectif principal de déterminer les caractéristiques que vous attendez d'une telle structure en Rhône-Alpes.

Vous avez été sélectionné par tirage au sort pour participer à cette étude en répondant en ligne au questionnaire grâce au lien ci-dessous.

Ce questionnaire, anonyme, ne prendra que 5 minutes de votre temps.

Pour participer, veuillez cliquer sur le lien ci-dessous.

Cliquez ici pour remplir ce questionnaire :
http://www.fayrgp.org/lime/index.php?sid=63135&lang=fr

En vous remerciant d'avance du temps que vous consacrerez à cette étude.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez me contacter à l'adresse mail : alverjus@gmail.com.

Cordialement.

Anne Laure VERJUS
Thésarde

Dr Olivier MARCHAND, directeur de thèse

Annexe III : Courrier de relance accompagnant le questionnaire envoyé par courrier postal

Anne Laure VERJUS
(Adresse personnelle)

(Lieu), le 01/06/12

Chère consœur, cher confrère,

Actuellement médecin généraliste remplaçant en Savoie, je réalise une enquête auprès des médecins libéraux des départements de l'Isère et des deux Savoie dans le cadre d'une thèse.

Celle-ci est soutenue par les Conseils Départementaux de l'Ordre de ces 3 départements et l'Union Régionale des Professionnels de Santé Rhône-Alpes (URPS-RA).

Cette thèse a pour thématique la **prise en charge de votre propre santé**.

Récemment, deux études françaises viennent de montrer l'attente ressentie des médecins libéraux d'une structure de soins qui leur serait dédiée.

Notre travail a pour objectif principal de déterminer les caractéristiques que vous attendez d'une telle structure en Rhône-Alpes.

Ce questionnaire, anonyme, ne prendra que 5 minutes de votre temps.

Vous pouvez y répondre directement grâce au questionnaire joint à ce courrier avec l'enveloppe retour ou vous pouvez aussi répondre en ligne grâce au lien ci-dessous :
http://www.fayrgp.org/lime/index.php?sid=63135&lang=fr

Si vous avez déjà répondu par mail à ce questionnaire, merci de ne pas tenir compte de ce courrier.

En vous remerciant d'avance du temps que vous consacrerez à cette étude.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez me contacter à l'adresse mail : alverjus@gmail.com.

Cordialement.

Anne Laure VERJUS, Dr Olivier MARCHAND,

Thésarde Directeur de thèse

Annexe IV : Questionnaire

Médecins libéraux des Savoie et de l'Isère : étude des besoins d'un système de soins qui serait dédié à leur santé :

1- D'une manière générale, comment estimez-vous votre propre état de santé ?

	Très bon	Bon	Assez bon	Mauvais	Très mauvais	Sans réponse
Physique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Psychologique	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2- Avez-vous ou avez-vous déjà eu un problème de santé aigu vous obligeant à :

☐Consulter un confrère spécialiste
☐Etre hospitalisé(e)
☐Recourir à un arrêt de travail > 3 jours
☐Un suivi régulier par un confrère généraliste
☐Vous n'êtes pas concerné(e)
☐Vous ne souhaitez pas répondre
Si vous souhaitez préciser la (ou les) pathologies : _____

3- Avez-vous ou avez-vous déjà eu un problème de santé chronique (ou récurrent) vous obligeant à :

☐Consulter un confrère spécialiste
☐Etre hospitalisé(e)
☐Recourir à un arrêt de travail > 3 jours
☐Un suivi régulier par un confrère généraliste
☐Vous n'êtes pas concerné(e)
☐Vous ne souhaitez pas répondre
Si vous souhaitez préciser la (ou les) pathologies : _____

4- Pensez-vous prendre correctement en charge votre propre santé ?

☐Oui ☐Non ☐Sans réponse

5- **Durant votre carrière, estimez-vous avoir eu besoin de soins ou d'arrêts de travail pour un problème de santé sans portant y avoir eu recours** ?

☐Oui ☐Non ☐Sans réponse

6- **Seriez-vous favorable à l'instauration** :

	Oui	Non	Pas d'avis
d'une consultation de médecine du travail sans détermination de l'aptitude à l'exercice de la profession			
d'une consultation de médecine du travail avec détermination de l'aptitude à l'exercice de la profession			

7- Seriez-vous favorable à la création d'une structure médicale spécifiquement dédiée aux médecins libéraux ?

☐Oui ☐Non

En cas de réponse positive à cette question merci de poursuivre à la question n°8.
En cas de réponse négative à cette question, merci de poursuivre à la question n° 10.

8- <u>Que pensez-vous des critères énoncés ci-dessous</u> :

<u>Concernant les règles générales de fonctionnement d'une telle structure :</u>

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord du tout	Sans réponse
Consultation sous anonymat					
Respect de la confidentialité					
Neutralité du personnel					
Consultations obligatoires					
Indépendance vis-à-vis des autres organismes (CPAM, CNOM, ARS…)					
Ouverture aux familles des médecins					
Ouvertures aux étudiants en médecine					
Propositions de larges plages de consultation (ex : en dehors de vos heures de consultation)					

<u>Concernant le type de consultations proposées :</u>

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord du tout	Sans réponse
Consultation de type médecine préventive					
Consultation psychiatrique / addictologique / de soutien psychologique					
Consultation d'aide à la reconversion professionnelle					
Consultation de prévention des risques professionnels					
Consultation d'aide juridique					

<u>Concernant sa localisation :</u>

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord du tout	Sans réponse
Localisation en dehors d'un centre hospitalier					
Un seul centre d'examen par département					
Plusieurs centres d'examen au sein du même département					
Possibilité de choisir le centre d'examen					
Pour cause psychologique ou addictologique, possibilité de recours à l'hospitalisation sous anonymat					

Concernant les médecins de la structure :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord du tout	Sans réponse
Médecins formés à la prise en charge de confrères					
Possibilité de consultation avec un médecin que vous ne connaissez pas					
Possibilité de choisir un médecin de la structure pour suivi médical personnel (médecin traitant)					
Renvoi vers un confrère généraliste en cas de nécessité de suivi régulier					
Possibilité de recourir à un réseau de médecins référents formés dans le suivi de confrère (généralistes ou spécialistes si nécessaire)					

Concernant les prescriptions possibles durant les consultations :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord du tout	Sans réponse
Possibilité de prescription de thérapeutiques durant la consultation					
Possibilité de prescription d'examens complémentaires durant la consultation					

Concernant ces divers critères :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord du tout	Sans réponse
Numéro d'écoute téléphonique disponible 24h/24					
Possibilité de signalement à cette structure d'un médecin en détresse rencontré en dehors du cadre de la consultation					

8- Auriez-vous d'autres critères non évoqués qui vous semblent importants à signaler ?

_____

_____

Merci de passer maintenant à la question n°12

9- Pour quelle(s) raison(s) êtes-vous défavorable à la mise en place de cette structure ?

	Oui	Non	Sans réponse
Je n'ai pas de problème de santé donc pas besoin de suivi			
Je suis déjà suivi(e) régulièrement par un confrère			
Je surveille moi-même mon état de santé			
Je ne vois pas l'intérêt d'un dépistage			
Je préfère ne pas connaître mon réel état de santé			
Je ne pense pas que le secret médical sera respecté			
Je n'ai pas le temps de consulter			
Je crains le jugement des collègues en cas de diagnostic de certaines pathologies			
Je crains de ne pas pouvoir obtenir les assurances requises en cas de découverte de pathologies (assurance vie, incapacité, emprunt)			
Je crains le risque de déclaration d'inaptitude au Conseil de l'Ordre			
Je crains de rencontrer une « connaissance » dans la salle d'attente			
J'aurais l'impression de quémander de l'aide			
J'aurais l'impression d'admettre ne pas savoir me soigner			

10- Auriez-vous d'autres explications pouvant éclairer votre position défavorable ?

_____
_____
_____

Données générales : quelques précisions sur vous :

12- **Votre âge** : _____ans
13- **Vous êtes** : □ une femme □ un homme
14- **Votre spécialité médicale** : _____
15- **Vous exercez** : □ Seul(e) □ En groupe □ Autre : _____
16- **Quelle est la taille de votre commune d'exercice** ?
□ <1000 habitants □ 1000 – 4999 habitants □ 5000 – 9999 habitants □ > 10000 habitants
17- **Dans quel département exercez-vous** ?
□ Haute Savoie □ Isère □ Savoie
18- **Votre charge de travail** (en moyenne) :
Nombre d'heures par semaine (sans temps administratif) : _____
Nombre de demi-journées par semaine : _____
Nombre de patients par jour (consultations et visites) : _____
19- **Vous prenez** : _____ semaines de vacances par an
20- **Vous êtes actuellement** (plusieurs réponses possibles) :
□ En couple □ Séparé(e) / divorcé(e) □ Célibataire □ Avec enfant(s) à charge
□ Ne souhaite pas répondre

21- S**i vous souhaitez ajouter des commentaires sur le sujet, vous pouvez les écrire ici :**
……
……
……

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire et de le renvoyer à l'aide de l'enveloppe T ci-jointe.
Pour tout renseignement complémentaire, n'hésitez pas à me contacter à l'adresse suivante : alverjus@gmail.com

Annexe V : Voies de diffusion du questionnaire par email

Envoi des emails :

Isère : 524 médecins	**Savoie : 209 médecins**	**Haute Savoie : 33 médecins**
196 envoyés par URPS-médecins RA 18 envoyés par CIME 13 envois personnels	209 envoyés par CDOM73	58 envoyés par URPS-médecins RA 21 envoyés par CIME 7 envoyés par CDOM74 4 envois personnels
↓	↓	↓
227 médecins contactés 307 médecins non contactés	209 médecins contactés	90 médecins contactés 243 médecins non contactés
↘	↓	↙

Soit un total de 526 médecins contactés sur 1076 sélectionnés (48,88%)

Note : CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
URPS- Médecins RA : Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Rhône-Alpes
CIME : Collège Inter-alpin des Médecins Enseignants

Annexe VI : Récépissé de la déclaration à la CNIL

CNIL
8 rue de Vivienne - 75083 PARIS cedex 02
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

RÉCÉPISSÉ

DÉCLARATION NORMALE

Numéro de déclaration
1614665 v 0

du 19-09-2012

Madame VERJUS Anne Laure
UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DOMAINE DE LA MERCI
38706 LA TRONCHE CEDEX

Organisme déclarant

Nom : UNIVERSITE JOSEPH FOURIER

Service :

Adresse : FACULTE DE MEDECINE DOMAINE DE LA MERCI

Code postal : 38706
Ville : LA TRONCHE CEDEX

N° SIREN ou SIRET :
193818382

Code NAF ou APE :
8542Z

Tél. : 0456520108
Fax. : 0456520044

Traitement déclaré

Finalité : FICHIER DE MEDECINS GENERALISTES TIRES AU SORT DANS PAGES JAUNES DEPARTEMENT 38, 73 ET 74

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez effectué une déclaration de votre traitement à la CNIL et que votre dossier est formellement complet. Vous pouvez mettre en œuvre votre traitement. Cependant, la CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. En tout état de cause, vous êtes tenu de respecter les obligations prévues par la loi et notamment :

1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
2) La pertinence des données traitées,
3) La conservation pendant une durée limitée des données,
4) La sécurité et la confidentialité des données,
5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : « www.cnil.fr »

Fait à Paris, le 19 septembre 2012
Par délégation de la commission

Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

Annexe VII : Résultats des réponses au questionnaire des médecins en faveur d'une structure de soins dédiée à leur santé (Q8 à 9).

Caractéristiques	Tout à fait pour		Plutôt pour		Plutôt contre		Tout à fait contre	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Règles de fonctionnement								
Consultation sous anonymat	121	34,5	101	28,8	84	23,9	45	12,8
Confidentialité respectée	396	93,2	28	6,6	0		1	0,2
Neutralité du personnel	374	89	44	10,5	0		2	0,5
Consultation obligatoire	45	10,9	102	24,8	147	35,7	118	28,6
Indépendance vis à vis des instances	326	80,7	58	14,4	15	3,7	5	1,2
Accessible aux familles de médecin	105	27,4	127	33,2	94	24,5	57	14,9
Accessible aux étudiants en médecine	235	57,2	145	35,3	19	4,6	12	2,9
Grandes amplitudes horaires de consultation	269	64,7	111	26,7	31	7,5	5	1,2
Consultation de type								
Médecine préventive	262	62,4	131	31,2	19	4,5	8	1,9
psychiatrique, addictologique, soutien psychologique	250	61,1	151	36,9	7	1,7	1	0,2
Aide à la reconversion professionnelle	168	44,2	180	47,4	28	7,4	4	1,1
Prévention des risques professionnels	190	47,1	186	46,2	22	5,5	5	1,2
Aide juridique	191	48,4	178	45,1	19	4,8	7	1,8
Localisation								
En dehors du centre hospitalier	172	53,3	122	37,8	25	7,7	4	1,2
Un centre par département	63	18,3	78	22,6	137	39,7	67	19,4
Plusieurs centres par département	134	40,1	131	39,2	41	12,3	28	8,4
Libre choix du centre d'examen	197	53,8	141	38	22	5,9	11	3

Caractéristiques	Tout à fait pour		Plutôt pour		Plutôt contre		Tout à fait contre	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
<u>Particularités des médecins de la structure</u>								
Formés à la prise en charge de confrères	314	74,6	103	24,5	3	0,7	1	0,2
Choix d'un médecin consultant non connu	289	69,6	109	26,3	10	2,4	7	1,7
Déclaration possible en médecin traitant	215	52,4	155	37,8	26	6,3	14	3,4
Renvoi vers confrère généraliste pour suivi régulier	87	22,6	159	41,3	106	27,5	33	8,6
Renvoi vers réseau de médecins spécialistes (généraliste ou d'organe) formés à la prise en charge de confrères	183	45,1	198	48,8	20	4,9	5	1,2
<u>Prescriptions</u>								
Thérapeutiques	301	71	107	25,2	14	3,3	2	0,5
Examens complémentaires	320	74,9	101	23,7	6	1,4		
Numéro d'écoute téléphonique 24h/24	165	43,7	159	42,1	45	11,9	9	2,4
Possibilité de signalement à la structure d'un médecin en détresse rencontré en dehors du cadre d'une consultation	152	39,9	168	44,1	45	11,8	16	4,2
Hospitalisation sous anonymat (motif addictologique ou psychiatrique)	222	56,9	142	36,4	21	5,4	5	1,3

Annexe VIII : Commentaires libres de la question 8 : Auriez-vous d'autres critères non évoqués qui vous semblent importants à signaler ?

« Signaler un médecin en détresse (suspicion exogénose, dépression) est un acte difficile et pourtant cela pourrait éviter des situations parfois catastrophiques ».

« Enfin quelqu'un qui pense à nous !!! »

« Les médecins en général, s'ils n'ont pas de pathologie "grave" chronique, n'ont effectivement pas le suivi médical régulier de la population ordinaire, et se déclarent souvent comme étant leur propre médecin traitant. Il serait bon, au plan physique comme au plan somatique, d'organiser des filières de suivi... »

« Possibilité de consultation acupuncture, homéopathie, ostéopathie... »

« Il est impératif que le médecin puisse se sentir patient et uniquement patient. »

« Possibilité pour les femmes de faire réaliser le frottis cervico-vaginal de routine. »

« Possibilité pour les médecins retraités d'avoir accès au soins dans ce centre »

« L'essentiel me parait être le travail de médecine préventive et l'évaluation prise en charge psycho. »

« A rapprocher du bilan de compétence comme le faisait MGform, et proposer un diagnostic systémique. »

« Revisiter les conditions d'accès a un arrêt de travail : pour exemple mon assurance indemnité journalière propose un délai de carence de 90 jours pour toutes les affections psychologique psychiatrique et notamment les situations de burn-out. Pourrait-on envisager des situations de travail temps partiel ? Quid de l'engagement des pouvoirs publics dans un système d'aide aux professionnels qui eux se doivent par ailleurs de remplir des obligations telles que les gardes ? »

« Accès aux médecines parallèles »

« Prise en charge financière par les caisses »

« Critère d'âge et possibilité de refus de gardes à partir de 60 ans.»

« Bien distinguer : s'agit-il d'une consultation de prévention = médecine du travail ou consultation de soins avec prescription et suivi !... »

" - Proposition de formation des médecins à prendre en charge leurs confrères et la famille des confrères (2 jours)
- Proposition de formation des médecins sur 2 jours « prendre soin de soi » quand on est médecin. »

« 1) En temps que médecin du secteur 1, possibilité de bénéficier d'arrêts de travail rémunérés (ce qui est impossible actuellement et limite nos arrêts aux seuls cas très graves.
2) possibilité de se faire remplacer rapidement ! »

« Si il s'agit d'une structure type médecine du travail, il faudrait déterminer la fréquence des visites à proposer. »

« A préciser le critère d'une consultation sans détermination de l'aptitude, le médecin examinateur devrait voir sa responsabilité engagée pour les cas de conscience ; ceci conduirait à la mise en place d'une procédure de signalement pour les cas dangereux. »

« C'est urgent de faire tout ça. »

« Comment mettre en place une telle structure ? »

« Comment gérer nos problèmes de santé quand le cabinet doit tourner ? Sans problème majeur, on ne peut que les négliger. »

« Que cela soit reconnu par le conseil de l'ordre et par ARS [Agence Régionale de la Santé] *quant aux décisions prises. »*

« Entre-aide psychologique entre confrères surtout lorsque la justice concernant des dossiers de divorce souhaite "manger" du médecin !!!... »

« Je viens de vivre un épisode de burn-out dépression, graves troubles du sommeil et j'ai du trouver des solutions seules. J'aurais eu besoin de m'arrêter mais je ne voyais pas comment, et puis voir qui ? Une collègue - une psy ?
Et problèmes financiers malgré une couverture ».

« L'incitation à ce que les médecins se considèrent comme des patients normaux ayant parfois besoin de soins et pouvant être aussi malades. »

« Problème de confidentialité et d'anonymat très difficile à gérer. »

« Pour cette structure, mais surveille moi-même mon état de santé, et je n'aurais probablement pas le temps de consulter. »

« Si cette structure existe un jour, aurais-je le temps ou prendrais-je le temps d'aller consulter !!! »

« Consultation en fonction des risques professionnels particuliers (exemple : radiologie, médecin exerçant seul en zone isolée etc. »

« Médecins formés qui connaissent l'exercice libéral. »

« Consultation aussi clinique car difficile de s'auto-examiner. »

« Pas seulement des consultations de médecine préventive ni psy. »

« Rester dans l'idée d'une structure souple ++. »

« Consultation psy obligatoire tous les 5 ou 10 ans. Il serait temps de penser à la santé des praticiens libéraux !!! »

« Si nécessaire arrêt de travail : sans temps de latence (comme fonctionnaires et salariés). »

« Un peu + de justice pour les médecins ou la possibilité d'arrêt de travail. »

« Suite à mon accident de 1999, je travaille à mi-temps. »

« - consult de psychothérapie courtes (EDMR) [Intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires] *post-stress*
- soutien/conseil quand patients difficiles. »

« Actuellement en burn-out »

« Le pb est aussi le délai de carence (15J!) de nos assurances incapacité de travail et le fait que les pbs psychologiques (dépression) et psychologique et physique type burn-out sont exclues de nos garanties. »

« Pourquoi le médecin qui se soigne, coûte zéro pour la sécu doit-il être taxé sur les boites de médicaments qu'il se prescrit et les consultations à confrères ? »

« Ma crainte serait le respect de l'anonymat et du secret médical dont j'ai pu constater l'absence à l'hôpital et en ville. »

« Consultation avec psychothérapeute spécialisé dans PEC [prise en charge] *du stress, de notre profession. »*

Annexe IX : Commentaires libres à la question 10 : Auriez-vous d'autres explications pour éclairer votre position défavorable ?

« Surtout question de temps. »

« Je sais ce que je dois faire mais problème pour organiser les RV [rendez-vous]. *»*

« Je surveille moi-même mon état de santé, je n'ai pas le temps de consulter. »

« Je connais suffisamment d'amis médecins pour faire appel à eux en cas de besoin. »

« Comme tout un chacun, je pense pouvoir consulter un confrère en cas de problème de santé. Je ne pense pas qu'une filière spécifique soit nécessaire. »

« Je n'en vois pas l'utilité. Beaucoup de pathologies peuvent être gérées par moi-même. Pour les autres, je n'ai aucune réticence à aller consulter un confrère si nécessaire pour avis spécialisé ou second avis. »

« Je préférais être suivi par un médecin du travail que dans une structure spécifiquement dédiée aux médecins ! »

« Pourquoi une structure particulière dédiée aux médecins libéraux et pas une structure classique de médecine du travail. »

« 1 manque de temps, 2 contre la médecine du travail (cher et pas toujours compétent), 3 bureaucratie de plus. »

« La structure proposée sectorise trop les médecins qui vivent déjà souvent de façon sectaire du fait des études longues, etc... »

« Il y a suffisamment de contraintes pour ne pas en rajouter. Je pense qu'on peut se faire soigner par les confrères en cas de besoin et qu'il n'y a pas de nécessité de rajouter une structure sauf pour la prise en charge du burn-out éventuellement. »

« La charge financière de ce service dépasserait de loin les avantages qu'il apporterait, ce ne serait qu'une bureaucratie de plus. »

« Un collègue médecin, de confiance, suffit à prendre en charge ma santé, le cas échéant. »

« J'aurai besoin d'un médecin en qui j'aurai confiance. »

« Je suis capable de consulter un confrère en cas de problème ; je pense que les médecins libéraux peuvent être suivis normalement comme tous les autres patients, sans qu'une structure dédiée soit mise en place. Je surveille ma santé actuellement car je n'ai pas de problème mais si je dois consulter je ne vois aucun inconvénient à consulter mes confrères spécialistes ou généralistes. »

« Je ne vois pas l'intérêt d'une structure spécifiquement destiné aux médecins libéraux. D'autres structures existent pour les patients lambda, pourquoi une spécifique ? »

« Il existe des structures de santé, pourquoi des structures spécifiques aux médecins ? Je ne consulte pas souvent mais en cas de problème je préfère consulter un ami, dans mon entourage. Je suis suivie par une amie cardiologue, une amie gynéco. »

« Pas de nécessité de structure spécifique. »

« Capacité de jugement suffisante pour demander de l'aide si besoin. »

« Un malade comme les autres. »

« L'efficacité actuelle de la médecine du travail ne plaide pas pour son extension !! »

« Une consultation auprès d'un médecin généraliste à son cabinet suffirait. »

« Pourquoi ne pas aller consulter un confrère ? Pas de besoin de structure spécifique.»

« Je ne vois pas l'intérêt d'une structure dédiée, les structures existantes suffisent ? »

« Par expérience dans ma patientèle : les patients qui font les examens systématiques sont déjà ceux qui sont hypersuivis et inversement donc ceux qui passent à l'as y passeront toujours... »

« Une structure spécifique me parait lourde, couteuse, et sans possibilité de choix de son thérapeute. »

« 1) déni assumé, 2) les médecins conventionnés sont assurés sociaux et l'accès aux soins demeurent encore facile pour ceux qui le désirent vraiment... »

« Il existe déjà des médecins publiques ou privés : pas besoin de structure. »

« Il ne me semble pas nécessaire de créer un cursus particulier aux médecins. »

« 1 filière ""spécialisée"" ne me parait pas indispensable. »

« Si nos patients arrivent à se prendre en charge nous pouvons bien faire de même en faisant appel à des confrères ! Par contre, un bilan sécu genre check-up annuel serait intéressant. »

« Je ne vois pas pourquoi on serait différents des autres patients. Si on veut être suivis et surveillés, on a qu'à se faire suivre par un confrère. »

« Je souhaite rester libre dans mes choix thérapeutiques. »

« Libre à nous de nous faire aider en ayant recours à un confrère. »

« Notre accès aux structures de soins est facilité par notre profession. Pourquoi plus ? »

« J'ai envie de choisir le ou les confrères consultés pour avis, traitement et dépistage. »

« Epreuve d'effort faite, hemocult fait, bilan bio fait »

« Il existe déjà bcp de lieu où l'on peut consulter (cabinet de confrères, hôpital, service de garde etc...). »

« Pas de nécessité de mettre en place une structure spécifique. »

« Je préfère utiliser le système de santé habituel. »

« Je ne vois pas l'intérêt d'une structure de soins spécifiques aux libéraux. »

« Le médecin comme tout autre patient a sa conception propre de son état de santé. »

« Avoir un médecin traitant comme tout le monde. Pourquoi ne pas faire confiance à un (ou une) confrère, choisi délibérément ? »

« Médecin n'est pas un malade comme les autres, la déontologie facilite l'accès aux soins. »

« Il existe déjà un service de santé adapté, cela ajouterait encore de la technocratie. »

« L'accès aux soins est suffisant. J'ai 66 ans, en pleine forme physique et psychologique. Bilan cardiovasculaire et biologique complet tous les 18-24 mois. »

« Pourquoi une structure dédiée ? Nous sommes identiques à la population générale. »

« Si je suis sain d'esprit = mon éthique. »

« Peut-être difficulté à passer de l'autre côté du bureau. »

« Je souhaiterai surtout pouvoir bénéficier d'un arrêt de travail quelque soit le type de pathologie sans délai de carence trop long. Le fait d'être médecin n'est pas une situation confortable pour se faire soigner, je préfèrerais l'anonymat de la profession. »

« Je ne suis pas favorable à une structure "spéciale" pour les libéraux. »

« Trop de procédures, je suis libéral et souhaite le rester. »

« Je travaille dans un cabinet avec plusieurs confrères auxquels j'ai recours si j'ai un problème de santé. »

« J'ai des correspondants amis en cas de besoin. »

« Pourquoi être soigné différemment des autres ? »

« Pourquoi un réseau spécifique aux médecins libéraux ? Si j'ai besoin, je suivrais la filière de soins classique. »

« Je ne vois pas l'intérêt d'une telle structure et pense que les médecins ne s'y rendront pas. »

« Je ne vois pas l'utilité d'une structure spécifiquement dédiée, on a pas de pathologies spécifiques. »

« Pourquoi une structure spécifique ? »

« Ce n'est pas une structure qu'il faut, ce sont plus les mêmes droits que les salariés pour les arrêts, accidents de travail et congés maternité qu'il faut. »

« Démarche individuelle suffisante d'après moi. »

« Responsabilité personnelle vis à vis des problèmes de santé. »

« Une structure de médecine du travail "classique" me parait suffisante, sans être spécifique aux médecins. »

« Je me suis moi-même et lorsque cela ne va pas je demande l'avis de confrère avec qui je suis associée et je vais chez le spécialiste. »

« Je suis apte à aller voir moi même un médecin en cas de problème de santé. »

« On est mieux servi et traité quand on est considéré comme un patient tout venant. »

« Je suis responsable de ma santé. »

« Je suis un bon médecin, je m'occupe moi-même de mon état de santé ».

« J'ai opté pour une psychothérapie non spécifique à mon statut professionnel mais d'une grande aide dans ma pratique. »

« Je pense que les médecins font partie des gens très particuliers à soigner pour le côté psychologique voire psychiatrique. »

« Je veux pouvoir choisir mon (ou mes) médecins spécialistes. »

« Je peux m'adresser à un confrère si besoin. »

« Je ne comprends pas ce qu'apporterait cette structure. Aucune difficulté pour consulter un confrère généraliste ou spécialiste. »

« Les structures libérales et hospitalières existantes suffisent. »

« Je veux avoir le choix du traitant ou spécialiste à voir. Bcp trop de contraintes avec une telle structure.»

« Le suivi par un confrère peut suffire. »

« Les structures médicales actuelles sont adaptées à la prise en charge préventive et curative. »

« Nous pouvons sans problème accéder aux différents spécialistes et je prends en charge moi-même ce qui concerne la médecine générale. »

« Nous avons assez de correspondants compétents auxquels avoir recours. C'est surtout pas manque de temps que je ne consulte pas... »

« Le suivi classique par un confrère auquel on a toute confiance doit suffire. »

« Les structures destinées au public me paraissent adaptées et suffisantes. »

« Inutilité. »

« Nous sommes "bien placés" pour prendre rdv [rendez-vous] *auprès d'un confrère si nous le voulons... »*

« Pourquoi créer une nouvelle structure, tous les médecins du travail peuvent recevoir au sein de groupement, cf ce qui se passe avec les entreprises. »

« Les recours existent. Les structures référentes existent. »

« En cas de besoin, je consulterai un confrère. »

« Ok pour structure médicale mais pourquoi seulement médecins libéraux ? Arrêtons les obligations. »

« Pourquoi avoir un statut particulier ? Les structures actuelles suffisent "si on veut prendre le temps et la peine". »

Annexe X : Commentaires libres à la question 21 : si vous souhaitez ajouter des commentaires sur le sujet, vous pouvez les écrire ici :

1) Médecins en faveur de la création d'une structure de soins dédiée à leur santé :

« Une bonne initiative. »

« La jeune génération prend peut être plus soin de sa santé et de sa vie privée. Il existe pourtant une gêne à consulter, une peur de se faire juger lors de la consultation. »

« Excellente suite à la journée lyonnaise sur la souffrance du médecin en 2010. »

« Bonne initiative. »

« Je suis suivi en médecine du travail pour mon activité salariée. Après grande réticence pour m'y rendre, j'ai révisé ma position et trouve ce contrôle fort utile et efficace (pathologies non connues dépistées à cette occasion). Y manque un bilan systématique biologique, radio-écho, et cardio que l'on a bien du mal à réaliser en pratique libérale et qui est donc fait avec retard ou pas fait. »

« Je suis veuve. »

« La santé du médecin passe souvent après celle de ses patients, et on lui accorde rarement le droit d'être malade ou fatigué. Les problèmes personnels ou familiaux peuvent mettre en péril l'équilibre de l'exercice professionnel (parfois difficile en raison de la charge de travail), il est des fois difficile de tout assumer. »

« Bon courage pour cette thèse ! »

« Un centre de prise en charge dédié aux médecins est devenu indispensable au vu de l'évolution du mode d'exercice médical. La charge administrative et le poids juridique se sont intensifiés. Les médecins n'ont aucun suivi médical et psychologique, pas de médecine du travail, pas de prévention. »

« Un service de la sécu pour nous faire une partie de la charge administrative et informatique nous diminuerait la fatigue... Un soutien confraternel en cas de problème (par exemple par téléphone) et non le conseil de l'ordre nul et obsolète (plus contrôleur "bêta" qu'autre chose). »

« Merci pour cette enquête. Je suis très intéressée de connaitre les résultats. »

« Quand j'ai eu 50 ans, j'ai fait ce que je fais envers mes patients de cet âge : je me suis prescris visite cardio, uro et dentiste... la révision des 50 en quelques sortes !!! Sur le plan psy je suis plus ou moins bien suivi pour une pathologie cyclothymique (non vraiment bipolaire ...). J'ai fait une thérapie auprès d'un psychologue clinicien non médecin pendant 2 ans environ. (2006 à 2008). J'ai vu un psychiatre 4 fois et j'ai pris de la sertraline pendant 4 ans conseillé par lui ... mais prescrit par moi !!! Aucun de mes confrères ne le sait. Bravo pour votre thèse très importante et intéressante. »

« Grande difficulté à se mettre en arrêt de travail et à se faire remplacer en cas de maladie et souvent obligation de reprendre le travail avant la guérison ou obligation de travailler en étant malade... »

« J'ai repris le travail 3 jours après une cholécystectomie par cœlioscopie malgré ma fatigue et mes douleurs... Mes patients n'auraient jamais accepté cela mais nous n'avons pas le choix vu la surcharge de travail et les charges à payer.....!!!!!! L'URSSAF [Unions de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales] *ne fait pas de cadeaux en cas de maladie... »*

« Cela fait 25 ans que j'exerce et pense avoir su composer entre vie prof. et vie familiale. Je me suis préservée en me réservant bcp [beaucoup] *de temps perso. Je peux le faire puisque nous sommes 2 à ramener un salaire pour la famille. Je ne regrette rien et ne me sens pas trop "usée" par mon travail. J'ai fait une formation de 3 jours sur la souffrance des médecins au travail avec la SFTG, c'était le Dr Alain Campan l'animateur, d'une grande expérience sur le sujet, il pourrait peut-être vous apporter pour votre thèse. Bonne continuation. »*

« Ca m'a pris plus de 5 minutes ! »

« Lors des premières questions, vous ne précisez pas "depuis quand", aussi ai-je répondu oui car j'ai été opéré de l'appendicite dans l'enfance, entre autre... »

« J'aimerai avoir le résultat de la thèse. Merci. »

« Initiative qui me parait très intéressante du fait de noter particularité professionnelle de soignant. Bises et bon courage. »

« Merci de soulever ce problème de la santé et des risques particuliers à notre profession. Je suis particulièrement meurtri d'avoir du me débattre en situation de burn-out pendant pl mois (heureusement en cabinet de groupe avec le soutien efficace de mes collègues du cabinet et d'un collègue psychiatre) et une compréhension tardive mais nette du conseil de l'ordre pour être dispensé de garde à 61 ans après 34 ans d'exercice libéral : donc il manque un maillon dans notre système. »

« Prise en charge par les caisses des IJ dés le deuxième jour d'arrêt. »

« Merci pour la démarche qui est bienvenue ! »

« Les cordonniers sont les plus mal chaussés. Une médecine du travail pour les médecins serait une bonne chose. L'anonymat est important si on veut que les médecins y participent. La réalisation de bilans de surveillance serait une très bonne chose.
Merci de réaliser ce travail. »

« C'est un questionnaire très pertinent et qui s'avérera très utile je l'espère. »

« Bonne idée, bonne chance pour ta thèse. »

« +10heures de temps administratif ; + 1 semaine de repos toutes les 6 semaines mais ce ne sont pas des vacances mais du repos. »

« Le sujet de votre thèse est tout à fait pertinent et entre dans le cadre d'une prévoyance personnelle. Vous méritez d'être encouragée. »

« Bon courage, bonne thèse ! »

« Bonne idée, bon courage pour la suite. »

« Bon travail. »

« Avis intéressant, cela fait longtemps que je pense qu'il faut une consultation type médecine du travail. »

« Attention : le temps administratif est énorme ! »

2) Médecins en défaveur de la création d'une structure de soins dédiée à leur santé :

« Je crois important de laisser au médecin le libre choix de la façon de se soigner. Mais tout à fait favorable à ce que ce genre de structure puisse exister pour ceux qui le désire.
Bon courage.
Un médecin content d'avoir été tiré au sort.... »

« J'ai la chance de pouvoir exercer en secteur 2 à un rythme agréable avec du temps pour mes patients et pour moi même ce qui me donne je pense ce confort de santé physique et psychologique. »

« Le travail en groupe est surement favorable à un bon équilibre. Mais aussi les jeunes stagiaires. Mais aussi le travail en équipe en EHPAD [Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes] *(Eviter l'isolement). »*

« Aucun intérêt pour moi à une médecine du travail où l'on va rencontrer des médecins pas plus qualifiés que nous-mêmes, voire moins. Une contrainte supplémentaire quand on n'en a pas besoin sur un temps qui nous est déjà bien compté. »

« Il est certain que dans cette profession, si on commence à écouter les messages de son corps, on s'arrête vite. A titre indicatif, je dors 3 heures par nuit sinon le travail administratif ne se fait pas ! Exemple à ne pas suivre. »

« Je ne pense pas que le fait de créer des structures de ce type incitera plus les médecins qui ne se soignent pas à consulter. Ceux-ci ne le font pas parce qu'ils sont débordés, surmenés. »

« Nos problèmes sont liés à notre système d'assurance ; nous payons des cotisations lourdes pour n'être indemnisés que au mieux 14 jours après le début d'un arrêt, ce qui est injuste en cas de pathologie chronique avec des possibilités d'arrêts itératifs. »

« Avec 6 enfants du même lit ! Bonne thèse. »

SUMMARY

Private doctors of Isère, Savoie and Haute-Savoie: cross-sectional study of the needs of a system of care dedicated to their own health

INTRODUCTION: Confronted with a demanding environment, the physician considers that he is a patient as the others. For all that, he denies usually the tiredness and the warning symptoms of the disease by indifference, scorn of his suffering or fear of the truth. This study estimated the felt of the private general practitioners as for the need to create a structure which would be dedicated to the care of their health.

METHOD: a cross-sectional study was led by means of a questionnaire with remainder letters to 1076 private general practitioners of the departments of Savoie, Haute-Savoie and Isère between May and July, 2012.

RESULTS: the strong rate of answer of our study (61.7 %) showed the interest for this subject. 68.9 % were in favour of a system of care. The practitioners were applicants of consultations of prevention but also of care (prescription of therapeutics and of acts) in a framework of strengthened confidentiality. They were attached to the free choice of the place and their doctor of the center. The auto-surveillance (68.5 %), the follow-up already realized by the other colleagues (30.2 %) as well as lack of time to go to consult (22.1 %) seemed to be the main causes of rejection of this structure.

DISCUSSION: in spite of the interest expressed for this project, the adherence risks to be limited by known brakes quoted. The difficulty is to reach the most careless for their health, those suffering from addiction or from psychological problems. The purpose of such a structure would be to improve the health of the doctors and by this way, to assure an optimal care of the patients.

Key-words:
Health in the work; general practitioner; service of preventive medicine; primary care; service of health care

SERMENT D'HIPPOCRATE :

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE
Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.
Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.
Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.
Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.
Je garderai le respect absolu de la vie humaine.
Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.
Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.
Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.