



HAL
open science

Le médecin généraliste et sa santé: un parcours de soin approprié? Étude qualitative auprès de 16 médecins généralistes des Alpes-Maritimes

Audrey Romanet

► **To cite this version:**

Audrey Romanet. Le médecin généraliste et sa santé: un parcours de soin approprié? Étude qualitative auprès de 16 médecins généralistes des Alpes-Maritimes. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01297104

HAL Id: dumas-01297104

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01297104>

Submitted on 2 Apr 2016

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 DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

THÈSE D'EXERCICE DE MÉDECINE EN VUE DE L'OBTENTION DU
DIPLOME DE DOCTEUR EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Thèse présentée et soutenue publiquement à la Faculté de médecine de Nice
Le jeudi 4 juin 2015

Par Audrey ROMANET
Née le 26 avril 1986

**LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET SA SANTÉ :
UN PARCOURS DE SOIN APPROPRIÉ ?**

Étude qualitative auprès de 16 médecins généralistes des Alpes-Maritimes

Président du jury :

Monsieur le Professeur Jean-Baptiste SAUTRON

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Jean-Gabriel FUZIBET

Monsieur le Professeur Philippe ROBERT

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Gilles GARDON

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er septembre 2014** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annelyse
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel	M. INGLESAKIS Jean-André
M. BLAIVE Bruno	M. LALANNE Claude-Michel
M. BOQUET Patrice	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BOURGEON André	M. LAZDUNSKI Michel
M. BOUTTÉ Patrick	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LE BAS Pierre
Mme BUSSIERE Françoise	M. LE FICHOUX Yves
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LOUBIERE Robert
M. CHATEL Marcel	M. MARIANI Roger
M. COUSSEMENT Alain	M. MASSEYEFF René
M. DAR COURT Guy	M. MATTEI Mathieu
M. DELLAMONICA Pierre	M. MOUIEL Jean
M. DELMONT Jean	Mme MYQUEL Martine
M. DEMARD François	M. OLLIER Amédée
M. DOLISI Claude	M. ORTONNE Jean-Paul
M. FRANCO Alain	M. SCHNEIDER Maurice
M. FREYCHET Pierre	M. SERRES Jean-Jacques
M. GÉRARD Jean-Pierre	M. TOUBOL Jacques
M. GILLET Jean-Yves	M. TRAN Dinh Khiem
M. GRELLIER Patrick	M. ZIEGLER Gérard
M. HARTER Michel	

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
 M. BASTERIS Bernard
 Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
 Mme DONZEAU Michèle
 M. EMILIOZZI Roméo
 M. FRANKEN Philippe
 M. GASTAUD Marcel
 M. GIRARD-PIPAU Fernand
 M. GIUDICELLI Jean
 M. MAGNÉ Jacques
 Mme MEMRAN Nadine
 M. MENGUAL Raymond
 M. POIRÉE Jean-Claude
 Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
Mme	LEBRETON Élisabeth	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	M.ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	VAN OBBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)

M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)

M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	SAUTRON Jean-Baptiste	Médecine Générale
----	-----------------------	-------------------

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mlle	LANDRAUD Luce	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale
M.	PRENTKI Marc	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CHATTI Kaouthar	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	DARMON David	Médecine Générale
Ml.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Baptiste Sautron,
Vous me faites l'honneur de présider ce jury, je vous en remercie.
Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Jean-Gabriel Fuzibet,
Je tiens à vous remercier d'avoir accepté de faire partie de ce jury.
Veuillez accepter ma gratitude sincère.

A Monsieur le Professeur Philippe Robert,
Vous avez accepté d'être membre de ce jury.
Soyez assuré de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Gilles Gardon,
Je vous remercie de m'avoir fait partager votre intérêt pour ce thème, et de m'avoir guidée dans la réalisation de ce travail.
Je vous exprime ma profonde reconnaissance.

Aux médecins ayant participé à l'étude,
Merci de votre disponibilité et de votre enthousiasme.

A ma famille,

A Solo, merci pour ce bonheur partagé depuis ces années, à la maison ou aux quatre coins du monde. Tiako ianao.

Merci d'avoir rendu ce travail possible, par ton aide, tes conseils et ton soutien.

A Alain, mon papa, mon modèle, merci pour tout ton amour, tu m'a permis d'en arriver là.

A Michèle, ma maman, ma confidente, ma conseillère, merci pour ton amour et pour avoir grandement participé à l'aboutissement de ce travail.

A Jean-Luc, mon beau-papa, qui partage notre vie, merci.

A Maxime, mon frère, je suis fière de toi.

Une pensée pour Lucie et votre petite princesse à venir.

A Karine, ma tante, toujours disponible et à l'écoute.

Merci pour ton aide précieuse aux retranscriptions d'entretiens et corrections d'orthographe.

A ma famille, mes grands-parents, mes oncles et tantes, mes cousins et cousines, éloignés par la distance, mais très proches dans mon cœur.

A ma belle-famille, merci de m'avoir ouvert les bras, en métropole, à la Réunion et à Madagascar.

A mes amis,

A mes amies de toujours :

Virginie, on se retrouve en Inde dans ton nouveau chez-toi.

Marie, tu m'as tenu la main aux résultats de P1, je serai bientôt à tes côtés quand tu diras « oui » !

Syndie, nos années de folie et notre coloc sont loin, mais notre amitié est toujours là.

Pauline, mon amie depuis la maternelle et maintenant maman et femme active, bravo !

A Guillaume, migrant auvergnat, nous avons partagé les mêmes embarcations, toujours avec humour ;))

A Elodie, une très Belle rencontre : litchee, gaspacho et combawa, une recette qui marche !

A Marine, Flo, Gaëlle, Alex, Camille, Jo, notre famille niçoise.

Merci d'être toujours là.

A Camille, d'abord co-internes, on partage maintenant notre amour pour la danse et plus encore.

A Elo, ma première co-interne, confidente et conseillère personnalisée.

Merci les filles pour votre amitié.

A mes colocataires niçoises, Coco, Emilie et Claire, de bons souvenirs.

A mes anciens co-internes des Sources, Saint-Roch, Cannes, Rhumato et Vallauris, de très belles rencontres.

A ma super chef, Sylvie Hang, qui m'a accompagnée pendant mes premiers pas d'interne. Merci pour ton enseignement et ta sympathie.

A mes danseuses préférées, le groupe ALISS (vous me manquez !), et celles qui dansent avec moi au fil des semaines.

A l'équipe de SOS Cannes, un plaisir d'être à vos côtés.

« La médecine est une maladie qui frappe
tous les médecins, de manière inégale.
[...] Qu'on le veuille ou non,
on est toujours médecin.
Mais on n'est pas tenu de le faire
payer aux autres, et on n'est pas,
non plus, obligé d'en crever »

Martin Winckler, *La maladie de Sachs*

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	14
INTRODUCTION	16
I. Pratique de la médecine générale libérale.....	17
A. La démographie médicale	17
B. Les conditions d'exercice	18
II. Santé des médecins généralistes libéraux.....	21
A. État de santé des médecins	21
B. Des patients pas comme les autres.....	22
C. Les freins à une bonne prise en charge	23
D. L'épuisement professionnel.....	24
III. Démarches d'aides aux professionnels de santé.....	27
MATERIELS ET METHODE	29
Type d'étude.....	29
Critères d'inclusion et de non-inclusion.....	29
Elaboration d'un guide d'entretien.....	29
Recrutement et recueil de données	30
Analyse des données	31
RESULTATS	32
I. Participation des médecins	32
II. Caractéristiques démographiques.....	33
A. Population étudiée.....	33
B. Santé des participants.....	33
III. Analyse descriptive des données	35
A. Les représentations du « médecin malade »	35

B. Etat de santé des médecins interrogés.....	37
C. Dépistages et prévention.....	48
D. L'autoprescription.....	53
E. Les difficultés psychologiques.....	57
F. Exercice au quotidien.....	66
G. Projet d'amélioration.....	76
H. Motifs de participation.....	85
DISCUSSION.....	88
I. Limites et points forts de l'étude.....	88
A. Choix du type d'étude.....	88
B. Le guide d'entretien.....	88
C. Le recrutement.....	88
D. Réalisation des entretiens.....	89
E. Retranscription et analyse.....	90
II. Discussion des résultats.....	91
A. Analyse de l'échantillon.....	91
B. L'image du médecin.....	91
C. Surcharge de travail.....	92
D. La pathologie du médecin.....	95
E. Dépistages et prévention.....	97
F. L'épuisement.....	98
G. Quels projets pour une prise en charge globale ?.....	100
III. Démarches pour améliorer la santé des médecins.....	102
A. Au Québec.....	102
B. En Europe.....	103
C. En France.....	104

CONCLUSION 109

BIBLIOGRAPHIE : 111

ANNEXES 116

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AAPML : Association d'Aide aux Professionnels de santé et Médecins Libéraux
AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien
ALD : Affection de longue durée
APSS : Association pour la Promotion des Soins aux Soignants
ARS : Agence Régionale de Santé
ASIA : Anévrisme du septum inter-auriculaire
ATCD : Antécédents
AVC : Accident vasculaire cérébral
BMA : British Medical Association
CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France
CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CHU : Centre Hospitalo-Universitaire
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
EAPH : European Association for Physician Health
EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPP : Évaluation des Pratiques Professionnelles
FMC : Formation Médicale Continue
FOP : Foramen ovale perméable
HDL : High density lipoprotein
HCV : Hepatite C virus
IPP : Inhibiteur de la Pompe à Protons
IRM : Imagerie par résonance magnétique
LDL : Low density lipoprotein
MACSF : Mutuelle d'Assurance du Corps de Santé Français
MBI : Maslach Burnout Inventory
MG : Médecin Généraliste
MHI : Mental Health Inventory-5
MOTS : Médecins Organisation Travail Santé
MT : Médecin Traitant
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ORS : Observatoire Régional de Santé

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

PAIMM : Programa d'Atencio Integral al Metge Malalt

PAMQ : Programme d'Aide aux Médecins du Québec

PSA : Prostate specific antigen

RAM : Régime d'Assurance Maladie

RSI : Régime Social des Indépendants

RGO : Reflux gastro-oesophagien

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

URSSAF : Unions de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

La médecine générale libérale est en perpétuel changement. Les modifications de la démographie médicale et les lois de Santé Publique et d'Assurance Maladie ont des répercussions directes sur la pratique des médecins. On assiste à des contraintes croissantes sur le plan administratif et organisation du cabinet. La relation médecin-patient a également évolué avec des patients plus actifs dans les décisions médicales, des exigences grandissantes, et une multiplication des plaintes et procédures judiciaires.

Face à ces contraintes, les médecins généralistes libéraux déclarent tout de même être satisfaits de pratiquer leur profession, qu'ils exercent par passion.

Qu'en est-il de leur santé ? Si les médecins libéraux se disent être en bonne santé, beaucoup souffrent de pathologies chroniques et de difficultés psychologiques. La prise en charge de leur propre santé est souvent mise au second plan, derrière leur emploi du temps et la charge de travail importante.

Dans certaines régions, des mesures sont créées pour assurer la prévention, la prise en charge ou l'écoute des médecins libéraux. Il n'existe aucune structure de ce type dans les Alpes-Maritimes.

L'objectif de notre étude est de connaître le sentiment des médecins généralistes libéraux sur la prise en charge de leur santé et leurs besoins pour l'améliorer.

I. PRATIQUE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE LIBÉRALE

A. LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

D'après l'atlas de la démographie médicale du Conseil National de l'Ordre des médecins, 86 450 médecins généralistes étaient inscrits en activité régulière en France métropolitaine début 2015, âgés en moyenne de 52 ans (1). Entre 2007 et 2014, on a vu diminuer de 6,6 % le nombre de médecins généralistes en activité. En 2014, la proportion de médecins généralistes de 60 ans et plus était de 25,8 %, et celle des moins de 40 ans de 13,8 %. La profession se féminise puisqu'en 2013 les femmes représentaient 58 % des nouvelles inscriptions, deux sur trois envisageant de travailler à temps plein, contre 83 % pour les hommes. L'âge moyen de la retraite en 2013 était de 65 ans, après 35,7 ans d'exercice. En région PACA, la densité de médecins est une des plus fortes de France (157,4/100 000 habitants en PACA contre 134,5/100 000 en densité moyenne régionale) (2).

Un dispositif d'observation des pratiques et des conditions d'exercice des médecins généralistes libéraux a été mis en place en 2007 dans cinq régions françaises (PACA, Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne et Pays de la Loire) (3).

La première vague d'enquête du panel, réalisée en 2007, évaluait l'exercice de la médecine générale libérale. Près de la moitié des médecins exerçait en zone urbaine en Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne et Pays de la Loire, un sur cinq en zone périurbaine et un tiers en zone rurale. En région PACA, 82 % des médecins exerçaient en zone urbaine, reflet de la répartition de la population sur le territoire. Un médecin sur deux exerçait en cabinet de groupe, mode d'activité plus fréquent chez les moins de 45 ans, souvent par volonté d'économie. Environ un tiers des

médecins du panel avait une activité en dehors du cabinet médical, à l'hôpital ou en institution pour personnes âgées. 12 à 19 % pratiquaient un mode d'exercice particulier : homéopathie, mésothérapie, acupuncture, ostéopathie (4).

La diminution du nombre de médecins généralistes, le vieillissement de la population médicale ainsi que la féminisation de la profession sont des facteurs qui modifient les conditions d'exercice.

B. LES CONDITIONS D'EXERCICE

Modes d'exercice

D'après Schweyer, avant 1940, les médecins généralistes exerçaient leur activité essentiellement seuls, avec une grande autonomie, choisissant leur lieu d'activité, leurs horaires et leur rémunération (5).

Manzano déclarait dans son rapport en 2013, que l'exercice libéral était valorisé par le dynamisme qu'il dégage, l'efficacité, la reconnaissance du travail et l'indépendance dans l'activité. Il existerait pourtant une différence avec la réalité du travail : difficulté du choix du lieu et du mode d'exercice, contraintes d'organisation du travail pour allier cadence des consultations et gestion du temps face aux demandes et besoins croissants des patients (6).

Les médecins du panel de 2007 déclaraient travailler en moyenne 55,7 heures par semaine en PACA, durée plus importante chez les hommes. La durée de travail était réduite de 2 à 4 heures lorsque le médecin exerçait en groupe. Un médecin sur deux souhaitait réduire sa durée de travail, proportion moins importante chez les femmes dont le temps de travail semblait déjà plus proche du temps désiré. 75,8 %

des médecins du panel se déclaraient satisfaits de leur activité professionnelle, les médecins les plus âgés étant les plus motivés par l'exercice médical libéral (4).

La relation médecin-patient

La relation médecin-patient a également évolué au cours des dernières années, pouvant devenir anxiogène. Devant le vieillissement de la population, on assiste à une chronicisation des pathologies. Mieux informé par les professionnels de santé, mais également par les médias et outils technologiques, le patient est au cœur de la décision médicale. Souhaitant bénéficier des meilleurs outils de diagnostics et thérapeutiques, il existe fréquemment une pression de sa part. Face aux nouveaux droits des malades, les médecins redoutent de plus en plus la multiplication des procès en responsabilité médicale (7) (8).

Les contraintes

Face aux impératifs économiques du système de santé, les médecins se sont souvent opposés aux réformes permettant la régulation des dépenses de Santé, ne souhaitant pas que leur exercice soit encadré par l'Etat (8).

Selon Paraponaris en 2007, 86,6 % des médecins généralistes déclaraient avoir vu s'accroître leur charge administrative depuis l'instauration du dispositif « médecin traitant » en 2004. La loi Hôpital, santé, patients, territoire de 2009 a rendu obligatoire la formation médicale continue (FMC), et l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) (3). Les médecins libéraux ont également été contraints d'informatiser leur cabinet et de télétransmettre les feuilles de soins (8).

Ces contraintes ainsi que les répercussions du travail dans la vie privée provoquent une pression au quotidien d'après Manzano. Les médecins déclarent que le travail administratif envahit les consultations et allonge la durée de travail. De plus, le risque d'erreur entraîne un sentiment d'angoisse, d'insatisfaction et de frustration devant une nécessité de rapidité mais aussi de qualité du travail (6).

Sur les dix dernières années, une accélération du mouvement de cessations d'activité est observée. Les causes en dehors de la retraite sont fréquemment des événements personnels ou familiaux dont les problèmes de santé, un désenchantement vis-à-vis du métier libéral, un sentiment de décalage entre le statut libéral et les approches gestionnaires et comptables des politiques de santé (6).

La médecine générale en activité libérale devient donc une pratique pouvant s'avérer difficile avec une charge de travail importante, des obligations et des objectifs à tenir, et des exigences grandissantes des consommateurs. Face à cela, le médecin doit assurer l'exercice d'une médecine de qualité. Les contraintes croissantes peuvent se répercuter sur la vie personnelle, mais aussi sur la propre santé du médecin.

II. SANTÉ DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX

« Trop de médecins négligent leur santé » d'après une enquête réalisée par le CDOM et l'URML en Haute-Normandie en 2008 (9).

A. ÉTAT DE SANTÉ DES MÉDECINS

La quatrième vague d'enquête du panel de 1 900 médecins généralistes exerçant dans les cinq régions françaises sus citées, réalisée en 2008, portait sur leur propre santé physique et psychique. En région PACA, cette enquête concernait 568 médecins généralistes de ville, dont les trois quarts étaient des hommes. 79 % se déclaraient en bonne ou très bonne santé, 4 % jugeaient leur état de santé plutôt mauvais (10). Concernant leur parcours de soin, les trois quarts des médecins généralistes déclaraient avoir retourné le formulaire « médecin traitant » à leur caisse d'assurance maladie. 62 % se désignaient comme propre médecin traitant, et 13 % désignaient un confrère. Il semblait que le fait de désigner un confrère soit associé au fait de disposer de plus de temps (exercice en groupe ou périodes de congés plus importante) (11).

Un tiers des médecins généralistes libéraux de la région PACA déclarait souffrir d'une pathologie chronique, la fréquence augmentant avec l'âge, comme dans les autres régions (10). Dans son rapport annuel de 2014, la CARMF publiait les chiffres des affections indemnisées les plus fréquentes chez les médecins : 32 % pour des affections cancéreuses, 20 % psychiatriques, 9 % rhumatismales et 9 % cardiovasculaires (12).

A propos des dépistages, les trois quarts des femmes médecins de la région PACA déclaraient avoir réalisé une mammographie au cours des deux dernières

années, contre un taux de 40 % dans la population générale de la même région. 66 % déclaraient avoir réalisé un frottis de dépistage au cours des trois dernières années. 35 % des médecins généralistes de PACA déclaraient avoir réalisé une recherche de sang occulte dans les selles pour le dépistage du cancer colorectal à partir de 50 ans.

Concernant les facteurs de risque cardiovasculaire des médecins généralistes de la région PACA, 30 % étaient en surpoids et 4 % souffraient d'obésité, ce qui est bien inférieur à la population générale (62 % en surpoids). 18 % des hommes et 15 % des femmes se déclaraient fumeurs. 31 % des hommes et 10 % des femmes déclaraient une consommation d'alcool à risque chronique ou ponctuelle, évaluée par le test Audit-C (10).

B. DES PATIENTS PAS COMME LES AUTRES

Leriche écrivait en 2008 que le médecin est « un patient impossible pour lui-même ». Par la surcharge de travail, le manque de temps libre ou d'objectivité, le médecin peut être négligent sur sa propre santé. Le problème préoccupant est celui de l'automédication et l'autoprescription, souvent utiles pour des affections bénignes. Il n'en est pas de même pour des affections graves. La prise en charge d'un confrère reste pour un praticien extrêmement difficile et demande une grande vigilance. Par contre, en matière de prévention, le médecin se comporte de façon identique à la population générale (13).

Brunie évaluait, dans une étude qualitative en 2013, la perception des médecins sur leur prise en charge par rapport à celle de leurs patients. Ils se représentaient comme des patients plus difficiles, leurs conditions d'exercice étant

souvent considérées comme un frein à leur bonne prise en charge. Ils avaient des difficultés à accepter le statut de malade (14).

Galam décrivait le déni face aux symptômes avec un retard de prise en charge, précédant souvent une consultation spécialisée, ainsi que le sentiment de honte devant les confrères. Les avantages décrits par les médecins étaient la facilité d'accès aux spécialistes, de compréhension de la maladie et des traitements, et l'autonomie grâce à l'autoprescription. A l'inverse, le manque d'objectivité et l'anxiété liée aux connaissances médicales étaient considérés comme l'inconvénient d'être soignant (15).

C. LES FREINS À UNE BONNE PRISE EN CHARGE

D'après Manzano, l'exercice libéral renforcerait la valorisation du silence autour de sa santé puisque un médecin malade apparaît comme une « anomalie ». Les médecins révèlent des difficultés pour obtenir une prise en charge satisfaisante de leur santé. Il n'existe aucun système de surveillance et suivi de la santé au travail pour les médecins. Dans le système libéral, l'arrêt de travail pénalise fortement ces professionnels (6).

En 2008, Portalier décrivait un besoin de préserver l'image de médecin dynamique, déclarant des difficultés à s'arrêter de travailler à cause d'une culpabilité vis-à-vis des patients et associés, un sentiment d'inutilité et des conséquences économiques (16).

Selon Chapusot en 2012, les freins à la désignation d'un confrère sont, pour les médecins, la volonté de ne pas déranger, la peur d'être jugés sur leurs compétences médicales, la crainte d'un défaut de confidentialité et un manque de confiance au

système de santé. Mais la désignation d'un médecin traitant aurait peu d'influence sur l'attitude des médecins généralistes vis-à-vis de la prise en charge de leur santé (17).

Le déni de la fatigue et les freins à la demande d'aide peuvent conduire à un sentiment d'isolement, d'où découlent des difficultés psychologiques, souvent peu reconnues par les médecins libéraux.

D. L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

Le syndrome d'épuisement professionnel (burn out) est décrit depuis les années soixante-dix comme une forme particulière de réaction au stress chronique dans le cadre des professions d'aide. Il comprend trois dimensions : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la diminution de l'accomplissement personnel, mesurés par l'échelle Maslach Burn-out Inventory (MBI).

Concernant la santé psychique, les médecins souffrent plus fréquemment de pathologies liées au stress, d'anxiété et de dépression. 13 % des médecins généralistes de ville de PACA déclaraient, en 2008, un état de mal être ou détresse psychologique, évalué selon l'échelle Mental Health Inventory-5 (MHI-5). L'épuisement émotionnel était favorisé par une durée hebdomadaire de travail importante, une charge mentale de travail élevée, la perception d'un stress lors de la prise en charge d'un patient en fin de vie, la confrontation aux attentes irréalistes des patients, les difficultés pour concilier vie professionnelle et personnelle et le sentiment de voir ses compétences et connaissances mises en cause par les patients. 5 % des médecins généralistes de PACA avaient eu des idées suicidaires dans l'année, 1 % déclarait avoir fait des projets de suicide au cours de leur vie.

20 % avaient consommé des psychotropes au cours des 12 derniers mois, 5 % des antidépresseurs et 4 % des anxiolytiques et/ou hypnotiques au moins une fois par semaine (10). 92 % des médecins ayant utilisés des anxiolytiques et/ou hypnotiques dans l'année déclaraient l'auto prescription, et 56 % concernant les antidépresseurs (11). Dans une étude de 2003, le taux de décès par suicide chez les médecins français était de 14 %, contre 5,6 % dans la population générale (18). Il semblerait que les idées et projets de suicide soient plus fréquents chez les médecins exerçant seuls (19).

Lors d'une enquête réalisée pour un travail de thèse en 2014 auprès de 121 médecins généralistes corses, 40 % d'entre eux déclaraient souffrir de détresse psychologique (20). Une autre enquête portant sur l'épuisement professionnel en région PACA a été réalisée en 2007 sur 511 médecins généralistes de ville. Elle montrait que 23 % des médecins avaient un score d'épuisement émotionnel élevé (21).

Galam, médecin généraliste et coordonnateur de l'Association d'Aide aux Professionnels de santé et Médecins Libéraux (AAPML), écrivait en 2007 que « reconnaître et accepter de travailler le fait que nous puissions nous aussi être porteurs des affections que nous soignons est un quasi-tabou ». Il décrivait le syndrome d'épuisement professionnel, étudié seulement depuis 2001 chez les médecins libéraux, comme une pathologie de la relation. En effet, devant une charge de travail croissante, les médecins sont confrontés à la frustration, au découragement, avec pourtant la volonté de soutenir l'image idéale du médecin (22).

Un nombre croissant d'études s'intéresse au syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins généralistes, qui pourrait être en voie de

reconnaissance en tant que maladie professionnelle. Le burn out est vu par les médecins comme lié à l'intensité de l'activité et le manque de ressources individuelles pour y faire face (6).

Cathébras a étudié, en 2003, l'épuisement professionnel des médecins généralistes de la Loire. Il retrouvait que le burn out, facteur d'instabilité professionnelle et d'absentéisme, modifiait les prises de décision concernant les patients. Il était associé à des comportements à risque notamment la consommation excessive d'alcool et de psychotropes, ainsi qu'à une insatisfaction au travail pouvant entraîner un désir de reconversion professionnelle. La dimension d'épuisement émotionnel était plus fréquente chez les femmes chez qui on retrouvait une difficulté matérielle et affective à concilier vie professionnelle et familiale. L'âge ne semblait pas modifier le risque de burn out, et le fait d'exercer en groupe ne semblait pas l'en protéger. Les causes retrouvées dans cette étude étaient organisationnelles (charge de travail, poids de l'administration, conflits avec organismes sociaux) et relationnelles (demandes excessives des patients et familles) (23).

Le « médecin malade » est donc souvent un sujet délicat, le médecin voulant assurer son image face aux patients et confrères. Pour sa propre santé, le médecin libéral peut manquer d'objectivité, surtout lorsqu'il s'agit de difficultés psychologiques. Depuis plusieurs années, des actions sont menées pour améliorer la prise en charge de la santé des médecins libéraux.

III. DÉMARCHES D'AIDES AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Selon Galam, la France est, à ce jour, considérablement en retard pour le traitement des pathologies psychologiques et psychiatriques des médecins libéraux, par l'absence de dispositif concret d'accompagnement et de soutien des médecins en difficulté.

En 2008 lors d'un travail de thèse en région Rhône-Alpes, Portalier conseillait d'éviter d'assumer seul la responsabilité de son propre diagnostic et traitement, d'avoir un médecin généraliste de référence pour pouvoir parler de stress, dépression, alcool ou autre addiction et automédication, et de consulter un confrère en respectant le parcours de soin et de façon programmée (16).

Dans son travail de thèse sur l'expérimentation d'une médecine préventive pour les médecins, Kuntz relevait en 2011 qu'il n'existe aucune réglementation prévue pour le suivi médical des travailleurs libéraux, à l'exception de ceux exposés aux rayonnements ionisants (24). 80 % des médecins interrogés sur leur état de santé en Haute-Normandie en 2008 étaient favorables à la mise en place de ce service de médecine préventive, avec pour objectifs une surveillance de la santé, un dispositif d'écoute, et la prévention des risques professionnels (9).

Les Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins de Seine-Maritime et de l'Eure avaient donc étudié la faisabilité d'un tel projet, par une enquête qualitative, dont les entretiens ont été réalisés par des psychologues. Un des objectifs était de repérer les contraintes qui pèsent sur le travail des médecins généralistes exerçant en libéral et d'évaluer les ressources et stratégies mobilisées pour s'en dégager ou

s'en prémunir. Une forte demande d'aide et d'écoute ressortait de cette enquête, témoignant d'une prise de conscience des praticiens de la difficulté à prendre en charge leur propre santé. L'URML de Haute-Normandie, le service de Médecine du Travail et le Département d'Epidémiologie et de Santé Publique du CHU de Rouen avaient donc créé ce projet de service de médecine préventive, indépendant de toute organisation et dédié spécifiquement à la santé des médecins libéraux, en s'orientant sur la surveillance de la santé, le soutien psychologique et la prévention des risques. Les craintes des médecins par rapport à ce projet étaient les contraintes administratives, les coûts supplémentaires, le refus de se faire examiner par un médecin du travail et la peur de la sélection des médecins aptes (6).

Concernant le département des Alpes-Maritimes, il n'existe aucune structure ou service dédié à la santé des médecins libéraux, que ce soit pour une médecine préventive ou curative. Les études réalisées en région PACA sur la santé des médecins généraliste ont permis de recueillir des informations sur leur état de santé selon un mode déclaratif, par enquêtes quantitatives.

L'objectif de notre étude est de recueillir, par une enquête qualitative, le sentiment des médecins généralistes libéraux des Alpes-Maritimes sur leur santé et la façon dont ils se prennent en charge, et de répondre à la question suivante : l'analyse du ressenti des médecins généralistes libéraux des Alpes-Maritimes sur leur parcours de soin peut-elle faire émerger le besoin de créer une structure spécifiquement dédiée à leur santé ?

MATERIELS ET METHODE

TYPE D'ÉTUDE

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative.

La recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs et difficiles à mesurer. Cette méthode permet de recueillir des données verbales, d'explorer les émotions et les sentiments des sujets. Elle est adaptée à la recherche en médecine générale pour contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement des individus.

Pour notre étude, nous avons réalisé des entretiens individuels, semi-dirigés, afin de recueillir le sentiment et l'expérience des médecins concernant la prise en charge de leur santé.

CRITÈRES D'INCLUSION ET DE NON-INCLUSION

Les médecins interrogés devaient être des médecins généralistes exerçant en cabinet libéral, installés et en activité dans les Alpes-Maritimes.

Les médecins ayant cessé leur activité, les médecins non installés et les médecins remplaçants n'étaient pas inclus dans l'étude.

ELABORATION D'UN GUIDE D'ENTRETIEN

Un guide d'entretien a été élaboré pour servir de trame aux entretiens (voir ANNEXE 1, page 116).

L'utilisation d'un guide d'entretien permet de définir le déroulement de chaque entretien tout en restant souple dans la chronologie des différentes questions.

Ce guide a été validé par le Docteur Pia Touboul, médecin au sein du Département de Santé Publique du CHU de Nice, puis modifié et testé avec un médecin généraliste non inclus dans l'étude. Une modification a été réalisée suite au premier entretien inclus dans l'étude.

Un court questionnaire quantitatif a été établi pour recueillir les données démographiques des médecins.

RECRUTEMENT ET RECUEIL DE DONNÉES

Dans une enquête qualitative, la représentativité de la population générale n'est pas recherchée lors de la constitution de l'échantillon. Le but est d'obtenir une diversification des données et des points de vue en sélectionnant des participants aux caractéristiques variées.

Les médecins ont été contactés par téléphone. Ils ont d'abord été recrutés au hasard, puis par la méthode dite « boule de neige » où le médecin interrogé donnait les coordonnées de ses confrères susceptibles d'être intéressés par notre étude.

L'objet et la méthode de l'étude ont été expliqués clairement par téléphone, en assurant que l'anonymat serait respecté lors de l'enregistrement et la retranscription des entretiens.

Seul un médecin était connu de l'interrogateur. Pour les médecins volontaires, un rendez-vous a été décidé pour réaliser l'entretien semi-dirigé. Les entretiens se

sont déroulés de décembre 2014 à mars 2015. Les médecins ont été inclus dans l'étude jusqu'à obtenir une saturation théorique des données.

Ils ont été enregistrés, avec leur accord, par un enregistreur numérique PHILIPS, en respectant l'anonymat.

ANALYSE DES DONNÉES

Les enregistrements des entretiens ont été retranscrits mot pour mot sous forme de verbatim avec le logiciel MICROSOFT WORD, en respectant les expressions des médecins. La ponctuation a été choisie pour conserver autant que possible le sens du discours, et la gestuelle ou les expressions physiques ont été notifiées entre parenthèses. Chaque entretien a été nommé par une lettre, l'ordre alphabétique correspondant à l'ordre dans lequel les entretiens ont été réalisés.

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel N'VIVO 10, en respectant l'anonymat des médecins interrogés.

RESULTATS

I. PARTICIPATION DES MÉDECINS

18 médecins généralistes libéraux installés en cabinet dans les Alpes-Maritimes ont été contactés par téléphone, d'abord au hasard, puis par la méthode dite « boule de neige ». Deux n'ont pas souhaité participer à l'étude par manque de temps pour l'un et le manque d'intérêt pour l'étude pour le second. 16 médecins ont donc été retenus pour participer à l'étude.

Les 16 entretiens se sont déroulés entre décembre 2014 et mars 2015, au cabinet du médecin interrogé, sauf un qui s'est déroulé dans un restaurant, à la demande du praticien. Avant le début de chaque entretien, un accord verbal a été obtenu pour l'enregistrement audio de la conversation.

Seul un médecin, parmi ceux contactés, était connu de l'interrogateur. L'un des médecins a souhaité que le tutoiement soit employé pendant l'entretien.

Après 15 entretiens, nous avons obtenu une saturation théorique des données. Un 16^e entretien a été effectué pour confirmer cette saturation.

La durée moyenne des entretiens était de 22 minutes (de 9,39 à 55,47 minutes).

II. CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES

A. POPULATION ÉTUDIÉE

(Voir le tableau des données démographiques en ANNEXE 2, page 118)

Lors de notre étude, les médecins étaient âgés en moyenne de 54 ans (de 36 à 66 ans). 7 femmes et 9 hommes ont participé aux entretiens. 10 médecins exerçaient en zone urbaine, 4 en zone semi-urbaine et 2 en zone rurale. Les médecins étaient installés en cabinet depuis 39 ans pour la plus ancienne et 7 ans pour la plus récente installation (date d'installation de 1976 à 2008). 9 exerçaient seuls et 7 en cabinet de groupe, dont un médecin en groupe pluridisciplinaire, associé à un orthophoniste. 7 médecins étaient maîtres de stage et accueillaient des internes en médecine générale au cabinet. La moyenne d'actes quotidiens était de 20 (de 13 à 30 consultations par jour). 8 médecins avaient une activité particulière en plus de la médecine générale : par exemple mésothérapie pour 3 des médecins, nutrition pour 2 médecins, ostéopathie ou hypnose pour d'autres.

B. SANTÉ DES PARTICIPANTS

(Voir le tableau des caractéristiques médicales en ANNEXE 3, page 119)

Les 16 médecins ayant participé à l'étude avaient un médecin traitant déclaré, 14 étaient eux-mêmes leur médecin traitant, et 2 avaient déclaré un confrère généraliste. Aucun n'avait déclaré de confrère spécialiste.

Un seul médecin avait déclaré une consommation active de tabac évaluée à 20 paquets-années. 5 médecins déclaraient un tabagisme sevré et 10 déclaraient n'avoir jamais fumé.

3 médecins ont déclaré ne pas consommer d'alcool. 2 médecins disaient en consommer occasionnellement, moins d'une fois par semaine. 10 médecins consommaient 1 à 14 verres hebdomadaires. Et un médecin a déclaré une consommation d'alcool à risque, c'est à dire supérieure à 21 verres par semaine. La consommation d'alcool déclarée a été évaluée selon les recommandations de l'OMS. La consommation d'alcool à risque est définie au-delà de 14 verres par semaine chez la femme et 21 chez l'homme (25).

A propos de la consommation de médicaments, 7 médecins avaient un traitement chronique (antalgiques, traitements à visée cardiovasculaire, à visée prostatique, inhibiteur de la pompe à protons). A la question sur la consommation de psychotropes, 3 médecins déclaraient consommer occasionnellement des hypnotiques, 1 médecin consommait un anxiolytique et 2 médecins en avaient consommé mais n'en prenaient plus.

Concernant l'état de santé déclaré par les médecins interrogés, 8 souffraient ou avaient souffert d'une pathologie chronique (cancer, cardiovasculaire, rhumatismale, digestive).

Parmi les 16 médecins, un seul avait touché des indemnités journalières de la CARMF, soit après 90 jours de maladie.

Les pathologies aiguës déclarées par les médecins étaient le plus souvent des évènements ostéoarticulaires (fractures, entorses), vasculaires (thrombose veineuse profonde), ou urologiques (prostatite, cystite).

Enfin, 3 médecins ont déclaré avoir souffert de burn out, et seulement 6 ont déclaré ne pas se sentir concernés par les difficultés psychologiques.

III. ANALYSE DESCRIPTIVE DES DONNÉES

A. LES REPRÉSENTATIONS DU « MÉDECIN MALADE »

La première question de chaque entretien était « Quand je vous dis « médecin malade », quelles sont vos représentations ? » Dans la majorité des cas, les médecins ont ri ou souri avant de répondre. Les premiers mots ont été « *difficile* » pour le médecin A, « *triste* » pour le médecin E, alors que le médecin H disait « *c'est pas du tout ce qu'il faut* ».

Alors que le médecin D s'interrogeait : « *ça existe un médecin malade ? [...] On n'est pas malade non* », ou celui de l'entretien M : « *il y en a pas beaucoup, ils font que bosser* », le médecin B déclarait « *c'est toujours très difficile à vivre, on n'aime pas être malade, nous médecins, et on n'aime pas avoir besoin des autres* ». D'après le médecin F, « *un médecin ne doit pas être malade. [...] C'est très très particulier la maladie du médecin [...] c'est très très mal perçu* ».

D'autres médecins avaient des idées plus précises sur cette question. Par exemple le médecin L pensait immédiatement à « *maladie cardiovasculaire, cancer* », ou celui de l'entretien J disait « *on est tous des êtres humains donc on peut tous avoir des problèmes de santé* ».

Pour le médecin G, c'était surtout les difficultés psychologiques qui représentaient le « médecin malade » : « *on pense tout de suite au burn out, [...] surmenage, stress, voilà. La difficulté même à se prendre en charge, à se traiter, négligence du traitement* ». Le médecin I avait les mêmes représentations : « *un médecin malade, c'est le médecin essentiellement qui n'en peut plus parce qu'il en*

fait trop, [...] c'est celui qui, un peu à son tort, en fait tellement qu'il ne s'en sort plus ». Et pour le médecin O, le médecin malade, c'est celui « *qui n'a plus de jus, [...] même de plaisir dans son métier, qui n'a plus de plaisir dans sa vie personnelle également puisqu'il y a une répercussion automatiquement* ».

Cette représentation particulière du « médecin malade » est justifiée par différents points selon les médecins.

D'abord vis-à-vis des patients, le médecin B racontait « *on se sent un peu diminué. [...] « Ah mais qu'est-ce que vous avez docteur ? », tout contents que vous aussi vous soyez malade [...] c'est un peu désagréable* ». Pour le médecin F parlant des patients, « *il y a toujours une note de reproche. [...] Il faut pas montrer qu'on n'est pas bien. [...] Il faut, quand on est médecin, montrer une bonne image* ». Le médecin E déclarait « *si on est déjà parasité par sa propre santé, on ne peut pas être bien pour soigner les autres* ».

Pour d'autres médecins c'est le travail qui rend la situation difficile : « *on peut pas être malade [...] Par rapport au cabinet, au fonctionnement, aux patients, au rythme, aux charges, à l'argent* » rapportait le médecin D. Pour le médecin E, « *on a besoin d'être vraiment au top quoi [...] C'est un métier qui exige beaucoup* » et pour celui de l'entretien I : « *moi malade, c'est un peu l'anxiété de comment je vais me débrouiller au cabinet* ».

Le médecin H soulignait le fait que « *on peut faire toute sa carrière sans voir un médecin. Ça ne gêne personne* ». Et celui de l'entretien M parlait de négligence : « *on ne prend le temps de rien, [...] on croit tout savoir, [...] les dépistages, on a tous la trouille, [...] on fait tout au dernier moment* ».

Il existe un point positif de la maladie, pour le médecin E : « *comme ça on comprend un peu mieux nos patients* ».

B. ÉTAT DE SANTÉ DES MÉDECINS INTERROGÉS

1. La pathologie aiguë

Comme dans la population générale, les médecins sont amenés à souffrir de pathologies aiguës. Les plus fréquemment rencontrées lors de notre étude ont été les accidents ostéoarticulaires (pour 5 médecins): « *fracture de l'astragale, [...] pendant 15 jours j'ai marché avec une canne* » pour le médecin A, « *j'ai une fracture de l'omoplate depuis un mois et demi* » pour le médecin C, « *je me suis cassé la clavicule* » disait le médecin B, « *fracture de la malléole* » pour celui de l'entretien G, « *accident de scooter avec une hernie discale qui a été opérée* » pour le médecin J.

Les autres pathologies aiguës déclarées ont été :

- vasculaires (2 médecins) : « *j'ai fait une phlébite il y a pas longtemps* » disait le médecin C, « *je me suis fait opérer des varices* » pour le médecin D.

- gastro-intestinales (2 médecins): « *personnellement c'est l'estomac qui prend tout* » déclarait le médecin M.

- urologiques (2 médecins): « *j'ai des cystites à répétition, dont une très, très violente il y a deux mois qui m'a obligée à quitter le cabinet* » pour le médecin D, « *j'ai eu une prostatite, [...] inconvénient lié à mon âge et à mon sexe* » pour celui de l'entretien I.

- pneumologiques (1 médecin): « *j'avais une dilatation de bronches localisée donc j'ai été opéré pour ça* » révélait le médecin K.

- autre : « *dans l'année je dois me taper, aller... trois gastroentérites et puis deux bronchites quoi, gentiment distribuées par mes propres patients* » déclarait le médecin M.

Pour les médecins, la pathologie aiguë ne les empêche pas de travailler : « *on ne s'arrête pas. La preuve, j'ai la grippe, on fait avec* » pour le médecin K, « *la semaine dernière j'ai eu la fameuse grippe, j'ai peut-être jamais autant travaillé* » pour celui de l'entretien G. Le médecin E déclarait « *je tombe malade le week-end ou le soir* ».

2. La pathologie chronique

Parmi les médecins interrogés, 8 déclaraient souffrir d'une ou plusieurs pathologies chroniques. On retrouve les pathologies suivantes :

- rhumatologiques (4 médecins): comme pour le médecin B : « *j'ai des rhumatismes, [...] mais il n'y a que l'ostéopathe qui m'a bien soulagée* ».

- cardiovasculaires (2 médecins) : « *j'ai eu un accident vasculaire cérébral, [...] en fait j'avais un FOP et un ASIA* » déclarait le médecin B, ou encore « *j'ai un traitement pour un angor spastique* » pour le médecin F.

- gastro-intestinales (3 médecins) : comme le médecin B : « *j'ai aussi des polypes au niveau de l'intestin* », ou le médecin M : « *j'ai un RGO, [...] j'ai pas avalé le tube, mais bon, j'ai tous les signes quoi.* »

- cancers (2 médecins) : « *on m'a enlevé un mélanome, [...] j'ai vu une tache noire là où y en avait pas avant, [...] 15 jours plus tard, [...] elle me dit « ben j'ai le résultat c'est un mélanome » » se rappelait le médecin A. Pour celui de l'entretien F : « *j'ai eu un cancer du sein, [...] c'était un cancer in situ ».**

- autres : par exemple, pour le médecin F : « *j'ai la maladie périodique, c'est une maladie très particulière »*, ou pour celui de l'entretien E : « *j'ai un psoriasis, mais que du cuir chevelu et très limité, alors maintenant j'ai peur que ça touche les ongles ».*

3. Les prescriptions

Les médecins généralistes libéraux sont donc confrontés, comme leurs patients, à tous types de pathologies. Ce qui les différencie, c'est la prise en charge et le parcours de soin.

En effet, la prise en charge diagnostique, thérapeutique et le suivi sont souvent assurés par le médecin lui-même. Le médecin A, ayant déclaré son associée comme médecin traitant, racontait sa fracture de l'astragale : « *je lui ai demandé son avis mais j'ai fait les ordonnances moi pour ne pas l'enquiquiner »*. De même pour le médecin C : « *j'ai eu besoin d'une intervention gynéco, [...] je me fais le diagnostic, j'arrive avec mes... c'est à dire, je me fais les examens, les écho etc., les prises de sang »*. Suite à son cancer du sein, le médecin F déclarait : « *je me fais tous les ans mon bilan post cancer. [...] Pour le sein, personne ne me suit. Mais je sais ce qu'il faut faire, donc je le fais »*. Le médecin I parlait de sa prostatite aiguë : « *je suis allé voir mon copain urologue pour une écho pour qu'il me confirme tout cela mais je m'étais soigné moi »*. Pour le médecin M et la prise en charge de son reflux gastro-

œsophagien : « *je me soigne un peu, je dirais comme un « salopard », c'est à dire que j'en ai dans la voiture, j'en ai un peu partout* ». Enfin le médecin L ironisait en répondant à la question « comment se passe votre prise en charge » par « *je vais voir le Docteur X (lui-même), et il s'occupe de moi* ».

Mais il arrive quand même que les médecins demandent l'avis de leurs confrères pour leur propre prise en charge. Le médecin C déclarait « *je me soigne, je me fais mes examens, mais quand je peux pas ben je vais voir un confrère* », ou encore par rapport à sa fracture récente : « *j'ai pris pour mon épaule au début des anti-inflammatoires, et... prescrits par le, l'orthopédiste* ». Par rapport aux prescriptions par les confrères, le médecin B rapportait : « *en principe, j'essaye de bien les observer, surtout quand ce n'est pas moi qui prescris* », de même que le médecin F : « *je la suis et puis après j'analyse* ».

4. La relation avec le confrère

Lors de leur prise en charge pour des pathologies aiguës ou chroniques, les médecins ont une relation particulière avec leurs confrères. Certains, comme le médecin B, trouvent la relation « *très sympa, je ne suis pas exigeante* », « *il y a une confraternité quand même, [...] il y a des médecins qui mettent en confiance* » pour le médecin O. A l'inverse, pour d'autres, la relation paraît plus compliquée : « *il faut s'en remettre à quelqu'un et donc c'est pas simple de se confier à l'autre, [...] il y a nos connaissances qui interfèrent* » disait le médecin A.

Souvent, ce sont les correspondants habituels auxquels les médecins font appel : « *j'utilise le réseau que j'utilise pour mes patients, [...] je vois des gens avec qui j'ai l'habitude de travailler* » racontait le médecin C, ou encore pour le médecin I :

« ça se passe bien, je les connais, c'est des gens avec qui je corresponds », et pour le médecin K : « j'ai des correspondants, quand j'ai un problème je les appelle ». Il arrive aussi que le confrère soit un ami, comme pour le médecin B : « j'avais une amie qui était psychiatre, je lui ai demandé un rendez-vous, [...] j'ai appelé une amie gastro-entérologue, [...] donc elle m'a fait la première colo ». Pour le médecin I : « mon copain cardiologue, on parle, et il me fait mon électro, [...] cela se passe normalement quoi. Il me traite comme un autre patient, à part qu'il ne me fait pas payer ». Le médecin G déclarait que « la prise en charge c'est peut-être là le point positif parce qu'on a toujours des confrères, des amis médecins ».

Les points positifs sont en général nombreux pour les médecins pris en charge par leurs confrères. Pour le médecin D, « on a vraiment confiance, mon associé c'est mon médecin traitant, j'ai pleinement confiance », ou encore pour le médecin E : « j'y connais rien en mammo et c'est vrai qu'il faut être en lâcher prise et faire confiance à la personne qui fait l'examen ». Le médecin C évoquait les avantages à être médecin lors de sa fracture : « la secrétaire me fait passer vraiment à la radio tout de suite. J'ai vu l'orthopédiste entre deux ». Le médecin J ne ressentait pas de différence de prise en charge par rapport à ses patients, mais « les passe-droits liés à la profession font qu'on a l'IRM plus rapidement, on a tout plus vite, mais c'est tout. On reste un patient comme un autre ». Pour le médecin N, il existe un avantage pour les confrères à recevoir un médecin en consultation : « ils ont, je pense, moins d'explications à donner, ou en tout cas ils le pensent. Donc après c'est à nous peut-être de poser un peu plus de questions ».

La discussion entre confrères semble importante pour faciliter la prise en charge. Le médecin L, lui, aime « voir un médecin avec qui on peut discuter ». Pour

son suivi cardiologique par exemple : « *elle voudrait que j'y aille tous les ans pour faire une épreuve d'effort, [...] je lui ai dit « tous les deux ans », donc on a négocié* ». Quant au médecin P, pour sa santé et celle de ses enfants, il a « *recours aux associés pour se conforter, [...] sans aller jusqu'à une consultation officielle* ». Pour le médecin D qui consulte son associé en cas de besoin, la discussion est importante : « *je lui dis ce que je pense prendre et il me dit « c'est bon, vas-y », ou « non ne fais pas ça » et je l'écoute* ». Le médecin F se laisse volontiers guider pour sa prise en charge : « *je leur dis toujours « il faut m'oublier, il faut oublier que je suis médecin et les choses que l'on doit faire, on les fait* » ». Enfin, pour le médecin C lors d'une consultation chez le gastroentérologue : « *c'était sympa de faire ce rôle inverse et de nous rappeler que, des fois, peut-être qu'on passe à côté de certaines choses pour soi-même, tout bêtement* ».

Le fait d'être « médecin-patient » peut tout de même avoir des inconvénients, comme pour le médecin A qui a appris son diagnostic de mélanome au téléphone : « *j'aurais peut-être préféré qu'elle me le dise pas au milieu de ma consultation un lundi, [...] de savoir que je suis professionnel de la santé etc., je pense que ça a quand même influé sa décision de ne pas me convoquer à son cabinet, [...] ça m'a permis d'agir dès qu'elle l'a eu* ». Le médecin D a également vécu une expérience négative lors de sa chirurgie des varices : « *une anesthésie locale qui ne marchait pas, [...] on m'avait laissée mes sous-vêtements, je suis sortie avec du sang partout. [...] Quand c'est un confrère ou quoi, on est un peu gêné, mais je pense que les gens s'en foutent* ». Le médecin F décrivait sa relation avec les soignants lors de son cancer du sein : « *ce que je reproche peut-être, c'est... il faut être franco, et je pense qu'ils sont pas à l'aise. [...] Il ne faudrait pas qu'ils nous connaissent* ».

5. Devenir patient

De nombreux médecins de l'étude ont vécu le fait de devenir « patient ». Les expériences sont différentes selon les médecins et les situations. Pour le médecin B, « *c'est un peu difficile à vivre, [...] on a du mal à se mettre à la place du patient* », ou pour le médecin C : « *on a un œil très acéré je trouve, sur les relations avec nos confrères* ». Le médecin K déclarait : « *j'ai remarqué qu'on se laisse porter, [...] on prend plus trop de décision* », et pour le médecin N : « *c'est pas facile d'être de l'autre côté de la barrière, [...] enfin c'est pas une barrière mais c'est quand même ressenti un peu comme ça* ». Par contre pour le médecin J, il n'existait pas de différence de prise en charge par rapport à un autre patient : « *il m'est arrivé d'être patient avant d'être médecin donc, je sais ce que c'est* ».

Le médecin E révélait ses exigences pour la prise en charge de sa santé : « *il me faut des compétences techniques, mais il faut que j'ai un bon relationnel avec lui, [...] que je me sente à l'aise* ». Pour le médecin N, il est important de ne pas mettre en avant sa profession : « *je dis rien en général, j'aborde pas... voilà, je suis pas arrivée à l'hôpital en disant « je viens accoucher, je suis médecin », [...] j'ai l'impression que ça peut mettre un peu la pression* ». Le médecin G déclarait : « *je suis un très mauvais malade. La semaine dernière j'ai dû prendre des antibiotiques, je me suis aperçu que j'avais vraiment pas fait ce que je pensais faire au début parce que j'oublie* ».

Le médecin A a vécu de façon négative le fait de devenir patient : « *c'était un coup sur la tête, [...] pour un médecin, ça fait... mélanome ça fait peur, [...] c'est*

comme si j'avais regardé comme un patient sur internet ». De même pour le médecin H : « c'était la sensation d'être dépassée, [...] je me demandais ce qu'il m'arrivait ».

Pour les autres médecins, le fait de devenir patient est vécu assez positivement. Les médecins B et F se décrivaient « *docile* », le médecin L « *gentil, j'écoute ce qu'on me dit* », et le médecin I « *motivé, [...] avant ma coloscopie je dois faire mon bilan cardiaque et ça m'intéresse mon bilan cardiaque* ». Le médecin D disait : « *je me mets vraiment dans la peau d'une patiente, j'essaie de ne pas juger ce qu'on me dit et de faire ce qu'on me dit. Je le vis bien. Ça fait du bien de s'occuper de soi-même* ». Pour le médecin I, se faire prendre en charge, « *c'est reposant, [...] quand vous passez bientôt 39 ans à prendre en charge les gens, à la limite, si on me prend en charge moi, c'est repos hein, relax* ». De même pour le médecin K : « *je me suis laissé porter* », ou le médecin N : « *je suis vraiment très humble, [...] je reste entre guillemets à ma place de patient* ».

Certains rapportent leur expérience à celle de leurs patients, comme pour le médecin O : « *je trouve ça important, parce qu'il faut qu'on se mette à la place des patients* », ou pour le médecin G : « *je fais le même parcours, pas le parcours du combattant mais, le même parcours que j'impose parfois à mes patients* ». Le médecin N disait se mettre également à la place des patients : « *je peux être gênée par certaines situations, par le fait de me déshabiller complètement, [...] j'ai les mêmes blocages, [...] les mêmes réticences que monsieur et madame tout-le-monde* ».

6. Les assurances

Dans notre étude, lorsque les médecins parlaient de leurs problèmes de santé et leur prise en charge, ils abordaient souvent les problèmes financiers, notamment la prise en charge par les assurances. Parmi les médecins interrogés, seul le médecin F a touché des indemnités journalières de la CARMF suite à son cancer du sein : *« j'ai quand même fait des problèmes de santé, mais je me suis arrêtée juste vraiment les sept mois »*. Comme le relevait le médecin G : *« je sais pas s'il y a d'autres professions où en cas de maladie on est pris en charge à partir du 90^{ème} jour, [...] on n'en parle pas assez, et même les assurances complémentaires, j'en ai une, elles réduisent le délai mais voilà »*. Il prenait l'exemple de sa cure d'hernie inguinale : *« le confrère chirurgien me disait « ben si tu veux on te garde une troisième nuit uniquement pour faire marcher l'assurance », vous voyez où nous en sommes »*.

Le médecin F avait la même vision : *« on est obligé de prendre des assurances privées, donc c'est quand même inadmissible, on n'est couvert qu'à partir du 91^{ème} jour, une somme modique quand on voit la quantité des prélèvements »*. Le médecin B, lors de son hospitalisation pour la prise en charge de son AVC, avait demandé à *« rester une demi-journée de plus à l'hôpital pour avoir droit à l'assurance (rires) parce que les assurances ne prenaient qu'à partir de quatre jours »*. Enfin le médecin F concluait *« honnêtement, c'est marche ou crève »*.

7. Les peurs et les craintes

Enfin, par rapport à la maladie du médecin, certains ont fait part de leurs peurs. Pour le médecin E : *« je sais pas pourquoi, j'ai toujours eu peur du cancer du sein,*

[...]j'ai pas peur de mourir, j'ai peur d'être malade, d'avoir ces soins qui sont lourds, qui mettent en fait la vie, [...] entre parenthèse ».

Le médecin P décrivait sa peur d'avoir un jour une maladie chronique : « *Parce que pour entendre les angoisses, les plaintes, les problèmes des gens et que l'écoute soit bienveillante, [...] encore faut-il être soi-même disposé à le faire et en forme. [...] Si j'étais moi-même atteint d'une pathologie, ou l'un de mes enfants, [...] est-ce que l'écoute bienveillante et le soin aux autres seraient faisables dans de bonnes conditions ?* »

8. Sentiment sur la prise en charge

Globalement, les médecins de l'étude sont satisfaits de la prise en charge de leur santé. Pour le médecin A concernant sa prise en charge : « *je la trouve bonne, je me trouve bon médecin pour moi-même et puis X bonne médecin pour moi aussi, et les spécialistes auxquels j'ai fait appel, bons médecins aussi* » et pour le médecin D qui a également un confrère pour médecin traitant : « *j'ai pas la sensation d'être mal soignée. [...] Je pense qu'elle est plutôt bonne* ». Pour le médecin C : « *je pense qu'elle est adaptée à mon âge. Je pense qu'elle est correcte* ». Le médecin F était aussi satisfaite : « *je ne me néglige pas* », de même que le médecin J : « *je me sens plutôt en forme, donc je pense qu'elle ne doit pas être si mauvaise que ça* ». Enfin le médecin N se disait « *relativement tranquille par rapport à la santé, plutôt détendue* ».

A l'inverse, 2 des médecins interrogés étaient moins enthousiastes. Le médecin L déclarait : « *ma prise en charge, non elle est nulle, elle est à titre individuel, chacun fait ce qu'il veut, [...] si vous n'avez pas envie de vous soigner, on en a rien à foutre.*

Si vous n'avez pas envie d'être assuré, personne ne va vérifier ». Le médecin P avait également un sentiment partagé sur la prise en charge de sa santé : *« ça pourrait être mieux. On remet quand même volontiers à plus tard, [...] parce qu'on est un peu débordé, [...] manque de temps pour soi ».*

Enfin, le médecin E concluait sur sa santé : *« c'est comme si je savais que j'avais du temps devant moi. Je suis pas inquiète en fait, [...] j'espère être en meilleure santé possible jusqu'à la fin de mon exercice ».* Et le médecin F : *« je suis très confiante en la médecine, [...] je ne suis pas négligente, parce que le capital santé c'est fondamental, c'est ce qui vous donne la force de tout faire ».*

9. La relation du médecin malade avec ses patients

Pour les médecins ayant déclaré des problèmes de santé, il semble que la relation avec leurs propres patients soit particulière et évolue.

Le médecin E racontait, suite à la prise en charge de sa gonarthrose : *« c'est grâce à ça que j'ai pris la décision de faire des infiltrations à mes patients, parce qu'il y a des gens âgés à X et pour ne pas les obliger à aller à Nice ».*

Pour le médecin E qui avait souffert d'épuisement professionnel, elle qualifiait ses patients de *« gens gentils. Ils ont tous compris à l'époque, ils m'aidaient. [...] Je le vois bien dans mes patients, quand ils sont en limite, pour eux-mêmes, je ne leur parle pas de mon expérience, [...] mais je leur montre que je mets bien le doigt dessous quoi ».*

Pour le médecin F, suite à son cancer du sein : *« j'ai eu pendant sept mois une remplaçante, et ça s'est super bien passé, j'ai retrouvé disons une patientèle toute*

nouvelle parce que beaucoup de gens sont partis. Ils avaient dit que j'étais morte et que j'allais plus revenir du tout, [...] ce qui m'a fait changer ma manière de travailler, j'ai changé avec pas mal de gens ». Puis elle ajoutait : « il y en a, ils sont adorables, c'est vraiment des amours, moi je peux dire que j'ai reçu pendant mon absence des lettres, quand je suis revenue c'était un jardin dans ma salle d'attente. [...] Il y en a qui zappent, le médecin ça ne représente rien, et puis il y en a d'autres, vraiment, vous êtes important, ils vous restent fidèle quoi qu'il arrive ». Enfin, elle conseillait : « le travail c'est une chose et l'intimité il ne faut pas la dévoiler, [...] je pense qu'il faut être secret ».

C. DÉPISTAGES ET PRÉVENTION

Les médecins de notre étude se sentaient concernés par les actions de prévention et de dépistage pour leur propre santé.

Le médecin B racontait : « *je suis très prévention, je l'ai toujours été* », de même que le médecin C : « *moi je suis très dépistage, [...] je le fais à mes patients, je vois pas pourquoi je me le ferais pas à moi-même* », ou le médecin F : « *ma prévention... je ne pense pas que je sois un médecin qui me néglige* ».

Si pour le médecin I la motivation est un facteur important : « *si vous êtes motivé, vous vous rangez, vous faites comme les autres patients* », pour le médecin A c'est la responsabilité : « *je pense qu'on est quand même responsable de notre santé et donc si on n'a pas envie de s'attaquer au problème de la prostate, on assume les conséquences, c'est notre choix, on a quand même notre libre arbitre* ». Le médecin M avouait la peur des médecins : « *je sais que pour les cancers et tout ça, les dépistages, tous on a la trouille* », et pour le médecin G : « *c'est la fameuse*

négligence, [...] c'est vrai que parfois on se dit « on a le temps, on va le faire » et puis bon... »

1. Les dépistages

Au niveau gynécologique, les recommandations semblent être bien suivies : « *je suis allée voir le gynéco, j'ai été sage ces temps-ci* » disait le médecin B, « *je fais ça régulièrement bien sûr, oui. En fait mon généraliste c'est ma gynéco quasiment* » pour le médecin H. Parmi les 7 femmes médecins interrogées lors de notre étude, 5 avaient plus de 50 ans et réalisaient régulièrement leur mammographie, dont une ne faisant plus partie du dépistage organisé puisqu'elle assurait le suivi de son cancer du sein. Le médecin N, ayant moins de 50 ans, avait également déjà réalisé une mammographie « *juste pour le contrôle d'un problème de phlébite superficielle du sein* ».

Toutes les femmes faisaient réaliser leurs frottis cervico-vaginaux, hormis le médecin C qui avait subi une hystérectomie : « *celui qui me faisait les frottis, [...] on a décidé ensemble d'une intervention* ». Le médecin D déclarait : « *je fais ça régulièrement, comme les recommandations. Tous les deux, plutôt trois ans* ».

Parmi les médecins de plus de 50 ans, la majorité déclarait réaliser un dépistage régulier du cancer colorectal. Le médecin E participait au dépistage organisé par le test Hémocult : « *j'ai un peu de retard mais je le fais* » et le médecin L y avait participé « *mais comme actuellement il est en standby puisqu'il y a les nouveaux qui vont arriver* ». Les autres médecins bénéficiaient de la coloscopie : « *tous les 5 ans, en particulier pour la colo puisque je suis d'une famille à risque* » pour le médecin I, « *j'ai fait une coloscopie au départ parce que j'avais des*

antécédents familiaux, [...] ça fait 7 ou 8 ans, bon je suis un peu en retard » pour le médecin G, et pour le médecin B : *« j'ai aussi des polypes au niveau de l'intestin, donc j'ai fait une coloscopie cet été »*.

Seul les médecins K et M, ayant plus de 50 ans, ne participaient pas au dépistage organisé du cancer colorectal. Le médecin K, âgé de 64 ans, déclarait : *« dépistages organisés, je les fais régulièrement pour mes patients et pour moi je n'en ai fait aucun »*. Il le justifiait par *« la négligence »* mais aussi *« il me semble ne rien avoir reçu, les patients reçoivent des papiers, moi je pense ne rien avoir reçu »*. Le médecin M, 61 ans, qui souffre de reflux gastro-oesophagien racontait : *« alors l'Hémoccult, c'est un mélange de négligence et d'oubli, [...] quand j'ai vraiment des périodes de brûlures, les selles sont un petit peu noires, donc je pense que ça a un rapport direct quand même »*.

Les médecins de moins de 50 ans n'avaient pas été amenés à réaliser de coloscopie ni de recherche de sang occulte dans les selles.

Parmi les hommes interrogés, 3 médecins ont déclaré réaliser un dépistage de pathologie prostatique, par toucher rectal ou dosage du PSA.

Le médecin A faisait assurer sa surveillance dermatologique suite à son mélanome : *« elle me passe en revue une fois par an des pieds à la tête »*. Les autres médecins n'ont pas abordé spontanément le dépistage du mélanome. Après interrogation, le médecin C a déclaré : *« j'ai une copine dermato, donc. Elle me regarde »*, et le médecin B : *« j'ai une copine qui est dermato avec qui je travaille, [...] il faut que je me décide »*. Les autres médecins ne réalisaient pas de dépistage dermatologique.

Au niveau biologique, certains médecins réalisaient régulièrement un bilan de dépistage : « *je fais une prise de sang tous les ans, tous les ans et demi* » déclarait le médecin L, « *je me fais une prise de sang assez régulièrement, [...] pas tous les jours, mais une fois par an* » pour le médecin O. D'autres étaient moins réguliers dans la réalisation des bilans biologiques : « *la dernière prise de sang, elle doit dater de... aller 25 ans* » disait le médecin M, ou pour le médecin E : « *et le dernier bilan... ça remonte déjà à cinq ans ? Ben oui (rires), ça passe vite* ».

Certains médecins déclaraient réaliser un dépistage des maladies infectieuses : « *je le demande à chaque fois* » pour le médecin G, « *c'est toujours bon d'avoir un test qui n'est pas trop vieux et en VIH et en HCV* » d'après le médecin A, et pour le médecin B : « *je le fais de temps en temps, mais pas chaque année* ».

2. La prévention

Les mesures de prévention paraissent également importantes pour la plupart des médecins.

Le médecin A déclarait « *je suis vacciné et à jour* », « *je me vaccine, je fais mes vaccins* » concernant le médecin F, ou encore pour le médecin G : « *je fais quand même le vaccin antigrippe tous les ans, ça je le fais, [...] le vaccin contre l'hépatite ça je l'ai fait aussi* ».

Concernant les facteurs de risque cardiovasculaire, les médecins abordaient spontanément le tabac. Le médecin D racontait : « *après avoir beaucoup, beaucoup fumé. Je ne fume quasiment plus* », et pour le médecin I qui pratique la marche en montagne : « *là où on va, on ne voit jamais de gros, jamais. Voilà. Et puis ça m'a permis d'arrêter le tabac. J'ai arrêté le tabac, il y a bientôt deux ans* ». Le médecin A

disait « *je ne pense pas être beaucoup à risque même si j'ai eu beaucoup de tabagisme passif* ». Enfin le médecin B s'interrogeait : « *il paraît que le cancer du poumon, ils arrivent à le dépister, [...] c'est plutôt chez les gros fumeurs donc ce n'est pas trop mon cas* ».

Pour les autres facteurs de risque cardiovasculaire, la plupart des médecins déclaraient être très préventifs. Par exemple, le médecin A racontait « *je fais attention à ce que je mange, je fais du sport, j'ai un cholestérol à 1,98 grammes* », « *je me suis inscrite dans une salle de sport depuis deux ans. Et j'ai 0,90 de glycémie, et le cholestérol, mon HDL est à 0,66 et mon LDL à 1,30* » disait le médecin E, ou encore pour le médecin O : « *je fais de la nutrition donc j'essaie d'appliquer ce que je prescris (rires) et puis qu'est-ce que je fais comme... l'activité physique* ». Le médecin F avouait : « *je ne fume pas, je ne bois pas, [...] mais par contre, c'est vrai que je suis une petite gourmande* ». Pour le médecin B, il s'agissait d'une prévention secondaire : « *mon cardiologue est comme moi très préventif (rires), déjà comme j'ai eu un accident vasculaire cérébral, je prends KARDEGIC® enfin maintenant ASPIRINE PROTECT®, cela s'appelle, et puis je prenais du TAHOR® 20* ». Le médecin C était également traitée : « *j'ai du cholestérol donc je me traite, [...] mon régime, je le fais, [...] je me fais un électro régulièrement* ».

Le médecin E soulignait « *c'est vrai que j'ai pas fait d'examen cardio par contre. C'est vrai que 55 ans, peut-être, je me suis remise au sport en faisant moi-même le certificat* ».

Et enfin, le médecin P concluait : « *l'hygiène de vie que je fais est correcte* ».

D. L'AUTOPRESCRIPTION

Tous les médecins ayant participé à l'étude avaient déclaré un médecin traitant. « *La plupart, on est nous-mêmes notre médecin traitant* » disait le médecin B. Et elle ajoutait : « *je n'ai pas de médecin généraliste parce que je n'ai pas de problème que je ne sache résoudre moi-même* ». Pour le médecin J, « *rien que sur le plan administratif, être son propre médecin traitant c'est la facilité* ».

1. L'autoprescription en général

Lors des entretiens, nous avons abordé le thème de l'autoprescription. Si pour le médecin D, c'est à la fois « *pratique* » et « *dangereux* », ou « *un peu « casse gueule* » » pour le médecin A, pour le médecin P : « *il est difficile de faire autrement que de s'automédiquer pour de la pathologie banale, épidémique, infectieuse* ».

La plupart des médecins sont d'accord pour le côté pratique de l'autoprescription lors de pathologies banales. Le médecin A disait : « *pour tout ce qui est courant, si je peux prescrire aux autres, je peux me le prescrire à moi* », tout comme le médecin F : « *on maîtrise la chose, ça va beaucoup plus vite quand même. Il y a un côté pratique* ». Le médecin H pensait la même chose : « *quand le problème est simple, je pense qu'on peut arriver à assumer, [...] ça va très bien pour des pathologies simples et qui rentrent dans l'ordre* », de même que le médecin L : « *tant que c'est de la bobologie, ça ne pose pas de problème* ». Le médecin I affirmait : « *on peut se soigner soi-même, [...] c'est bien confortable (rires). Parce qu'on n'a pas toujours le temps d'aller voir un copain. [...] Je crois que l'autoprescription, quand elle dépanne, pourquoi pas ?* » Pour le médecin M, « *pour la plupart des trucs, quand même, on est capable de se le faire, parce qu'on a*

l'anamnèse, on a la clinique, on a le ressenti ». Mais pour le médecin O, « *l'autoprescription, cela doit rester un dépannage de certains médicaments de la vie courante* ».

Le médecin B déclarait : « *quand je me prescris un médicament pour moi, je suis beaucoup moins observante que si c'est quelqu'un qui me l'a prescrit, [...] je ne suis pas persuadée que c'est bien de le prendre quoi* ». Le médecin C conseillait d'être « *vigilant. Parce qu'on a tendance à... effectivement on a tout sous la main* ».

Tous les médecins s'accordaient à dire qu'il faut « *savoir se limiter* », comme le disait le médecin I. Le médecin A trouvait « *qu'il y a des limites, donc je sais quand je dois m'arrêter et passer la main, [...] parce que justement je ne suis plus lucide sur moi* », comme le médecin H : « *dès que ça fait intervenir, ou quelque chose de grave, ou on a l'impression de ne pas arriver à être aussi efficace avec soi-même que pour ces patients, il faut passer la main* ». Le médecin F racontait : « *je joue pas à Tarzan, si je ne sais pas, je passe la main* ». Le médecin O avait les mêmes sentiments : « *tout ce qui est suivi de pathologie chronique ou même suivi d'un problème qui prend un certain temps, il vaut mieux voir un confrère* ».

2. Les inconvénients de l'auto prise en charge

Sur le fait de se prendre en charge seul, j'ai demandé aux médecins de l'étude s'il existait des risques ou des inconvénients.

Le médecin A répondait : « *c'est pas toujours très simple* », « *tant qu'on se sent de le faire, on peut le faire* » pensait le médecin B. Pour le médecin C, « *il faut être vigilant, [...] on peut sous estimer ou surestimer ses pathologies. [...] Dans tout ce qui est angoisse, problèmes psychologiques, heu, peut être que les médecins ont*

tendance à trop se... à se sur traiter peut-être, [...] il faut faire attention ». Le médecin D avait les mêmes représentations : « *on n'a pas le recul nécessaire pour arriver à avoir une vision... le mot ne me vient pas... objective de son état de santé et de ce qu'il faut faire* ». De même pour le médecin O : « *on passe à côté de... t'es pas objectif. Comme je le pense, même au niveau personnel, familial* ».

Pour le médecin H, « *les dangers ? De se tromper de diagnostic, peut-être de ne pas traiter à temps* ». Le médecin I s'interrogeait : « *est-ce qu'on ne dénie pas un peu ses propres symptômes, parce qu'on n'a pas envie de consulter, [...] est-ce qu'on est toujours capable de bien se traiter ?* »

Pour le médecin J, la prise en charge « *c'est tellement personnel. Il y a des personnes qui vont banaliser les symptômes et donc se retrouver avec des pathologies beaucoup plus graves et d'autres, comme moi qui, me semble-t-il, essaient d'être objectifs, de ne pas minimiser ni d'augmenter la gravité de certains symptômes* ». Il ajoutait : « *c'est pas dangereux quand c'est pour des pathologies bénignes, ça peut l'être plus pour des troubles psychiatriques, psychologiques, ou même somatiques graves. Donc d'avoir un regard extérieur, c'est pas plus mal* ».

Le médecin M ironisait sur l'auto prise en charge : « *pour la plupart des trucs, effectivement on arrive... par contre j'arrive pas encore à me regarder les tympans* ».

Le médecin O ajoutait : « *on n'est pas tout seul... il faut demander, que ce soit un conseil ou même une consultation* ».

3. L'isolement

Les médecins de l'étude ne paraissent pas se sentir isolés concernant leur santé.

Le médecin A déclarait : « *quand j'étais isolé, c'est que j'ai voulu l'être, parce qu'il y a des choses qu'on ne peut réparer que soi-même* ». Le médecin H s'est senti isolée « *à cette période là. Oui* », lors de son épisode de burn out.

Le médecin F soulignait le fait « *qu'on devrait être aidé de temps en temps* ».

Pour le médecin I, « *je me sentais peut-être un peu isolé quand j'étais tout jeune médecin, mes premières années d'installation* ».

Le médecin M, exerçant en zone semi-rurale, racontait « *l'isolement psychique à mon avis, c'est la pire des choses, même pour se soigner. [...] il y a de ça 15 ans, on était des loups solitaires ici, [...] on était isolés de la tête aux pieds, [...] et on est devenus super copains* ».

Pour les autres médecins, il n'existe pas de sentiment d'isolement pour prendre en charge leur santé. « *En tant que généraliste, il y a tous les spécialistes avec lesquels on travaille, [...] la seule chose c'est qu'il faut faire la démarche* » déclarait le médecin I. Le médecin E disait « *je touche du bois. Non je ne me sens pas isolée* », « *non parce que l'on a toujours quelqu'un à qui s'adresser* » pour le médecin B.

E. LES DIFFICULTÉS PSYCHOLOGIQUES

Lors des entretiens, nous avons abordé les difficultés psychologiques rencontrées par les médecins libéraux. Certains médecins avaient d'ailleurs abordé spontanément le sujet. Les premières réflexions des médecins à ce sujet étaient « *je trouve ça logique* » pour le médecin A, « *je pense que c'est réel* » pour le médecin C, « *c'est une réalité* » pour le médecin P. Le médecin A déclarait « *on est devenu l'une des deux premières professions qui se suicident* », « *une profession qui, je pense, est à risque de burn out, de surmenage, de stress, d'anxiété, voire de la déprime* » pour le médecin P, et « *il y a un énorme problème derrière, dont tout le monde pâtit je pense, patients, médecins eux-mêmes, familles des médecins* » pour le médecin H.

Selon les médecins ayant participé à l'étude, les causes des difficultés psychologiques sont nombreuses : « *c'est obligatoire de toutes les façons, vu les conditions de travail qu'on a. [...] Par rapport au burn out, je pense que quand on est femme, mère de famille, et médecin généraliste installé, [...] et j'imagine chef de famille, quand on doit assumer une famille financièrement, [...] c'est obligatoire* ». Le médecin A pensait que « *le métier est difficile, il a beaucoup changé sur tous les plans avec des difficultés à suivre et des difficultés à assumer, des responsabilités plus grandes pour des revenus qui ne suivent pas donc des insatisfactions, [...] je pense que les médecins doivent des fois se sentir seuls et donc il y a une réelle souffrance psychologique* ». Pour le médecin E, « *on a un métier quand même qui peut être très stressant, parce qu'il y a les exigences des patients qui deviennent des fois difficiles, il y a les exigences de la Sécu, les exigences de résultats* ». Pour le médecin L, les causes de la fréquence du burn out étaient « *l'impossibilité de*

satisfaire toutes les demandes, toute la détresse, toute la souffrance, et le relatif mépris de la médecine générale ».

Le médecin H, qui déclarait avoir souffert de burn out, racontait l'expérience de sa psychiatre : *« il y avait même des psychiatres qui s'étaient suicidés autour d'elle et en fait, on commençait à en parler quoi. Donc en 2000, [...] cette notion de surmenage, on ne l'évoquait pas encore pour des professions comme les nôtres ».*

1. Le syndrome d'épuisement professionnel

Le syndrome d'épuisement professionnel (ou burn out) n'a pas été mesuré par une échelle auprès des médecins lors de l'étude. Mais spontanément, plusieurs médecins ont déclaré avoir souffert de burn out : *« j'ai eu une mini burn out, mais il y a plusieurs années, [...] c'était simplement une surcharge de travail en fait »* disait le médecin J, 46 ans.

Le médecin M, 61 ans, racontait son vécu : *« les histoires de burn out. C'est les médecins qui bossent tout seuls, [...] j'en avais commencé un il y a une dizaine d'année, [...] c'était un déséquilibre entre le stress, la fatigue, je sais pas, le boulot, qui terminait comme un entonnoir et puis voilà, j'étais au fond de l'entonnoir moi ».*

Le médecin H se rappelait également : *« en 2000, j'ai fait un burn out, [...] les gardes de nuit, [...] deux filles adolescentes, [...] les insomnies, je voulais rien prendre, j'étais plus forte que tout, [...] en revanche l'épuisement il était bien là quoi. [...] C'est sournois en fait, c'est extrêmement sournois, [...] on ne voit pas le... les alertes ».*

Le médecin D, 46 ans, quant à elle, parlait avec émotion : « *j'ai eu une épisode de burn out. Un bon burn out. [...] On se sent pas fier de soi hein. On n'a pas envie d'aller parler de ça, on a l'impression qu'il y a personne qui peut nous aider. [...] On a un boulot qui marche bien, on a des patients, on a les enfants qui vont bien, pourquoi on ne va pas bien quoi ? [...] C'était un événement marquant de ma vie professionnelle, [...] je sens que ça aurait peut-être tendance, de temps en temps à revenir* ».

Quant au médecin O, 37 ans : « *peut-être pas le burn out, mais j'ai été confronté personnellement à un épuisement, [...] j'étais épuisé, pas dépressif, on va dire déprimé... euh... parce que, un peu de surmenage, [...] même chez moi, j'étais un peu tendu* ».

2. Les autres difficultés psychologiques

Sans se considérer en état de burn out, d'autres médecins de l'étude ont révélé avoir souffert de difficultés personnelles : « *dépression non, anxiété non, burn out non, parce que c'est une pré-dépression, mais un peu le ras-le-bol oui bien sûr* » disait le médecin L.

Le médecin A racontait : « *j'ai eu un gros pépin, j'ai vraiment sombré mais en même temps ça ne s'est pas trop vu, [...] je savais que ça passerait, et qu'il fallait que j'encaisse le choc* ». De même pour le médecin B : « *j'ai eu cette période effectivement, je ne dis pas dépressive, mais difficile* » ou pour le médecin E : « *c'était des difficultés personnelles, où je me trouvais un peu dans l'impasse, [...] mais ça concernait pas du tout mon travail, ça concernait ma vie personnelle* ».

3. L'absence de difficulté

Les difficultés psychologiques ne semblent heureusement pas toucher tous les médecins de l'étude. En effet pour le médecin B : « *dans ma vie professionnelle, tout va bien, [...] dans ma vie perso aussi d'ailleurs* », ou pour le médecin F : « *je ne suis pas un médecin en burn out, du tout, je sais bien me préserver* », ou encore pour le médecin K : « *de ce côté là j'ai pas de souci non. Je vois plutôt la vie en rose qu'en gris* ».

4. Prise en charge des difficultés

Pour chacun des médecins ayant souffert de difficultés psychologiques, la prise en charge s'est effectuée différemment.

En effet, le médecin D, ayant déclaré avoir souffert de burn out, a raconté sa prise en charge : « *je me suis débrouillée un petit peu avec mon associé, [...] en essayant de travailler un peu moins, ça passe. [...] J'ai pas pris d'antidépresseur, je voulais pas prendre tout ça. [...] Il y a un numéro qu'on peut appeler, qu'on avait reçu du Conseil de l'Ordre, je l'ai jamais fait parce que j'ai pas osé. [...] C'est compliqué pour moi de vous dire tout ça. [...] Ce qui m'a beaucoup aidée, c'est que j'ai monté un groupe de pairs, [...] le fait de pouvoir de temps en temps lâcher la pression* ».

Le médecin H a fait appel à un spécialiste pour la prise en charge de son burn out : « *j'ai commencé à prendre, un petit peu de somnifères, [...] j'ai fait l'erreur aussi par téléphone de demander à un psychiatre [...] qui m'a dit « bah prends... » (je ne sais plus quel antidépresseur). Donc ça a été une catastrophe. [...] Après j'ai vu une*

psychiatre dans les règles de l'art, que je ne connaissais pas. [...] Elle m'a confirmé le diagnostic, elle m'a dit « mais il n'y a pas de dépression dessous, mais vous êtes épuisée, il faut prendre des décisions ». Donc j'ai pris des décisions, d'abord j'ai moins travaillé, [...] j'ai arrêté les gardes. En plus je n'ai plus travaillé le mercredi, sans culpabilité aucune. [...] J'ai peut-être pris un petit antidépresseur quand même, peut-être pendant six mois avec donc la psychiatre que j'ai vue régulièrement. [...] Le sport m'a aidé beaucoup à l'époque, [...] j'ai fait ce travail de réassurance comme ça ».

Pour le médecin J, le burn out « ne justifiait pas, ni d'un traitement, ni d'une prise en charge particulière. Enfin, une petite aide psychologique pendant quelques séances, [...] peut-être aussi d'arriver à relativiser, d'avoir une famille stable, d'avoir des activités extra professionnelles ».

Quant au médecin M, lorsqu'il a pris conscience de son état de burn out : « j'ai recommencé à sortir avec des laboratoires à l'époque, donc à rediscuter avec d'autres médecins et puis à refaire le cercle d'amis à l'extérieur du privé, [...] puis bon j'ai recommencé les footings à fond, et tout est rentré dans l'ordre ». Il a déclaré ne pas avoir pris de traitement lors de cette prise en charge, mais « peut-être un peu de whisky mais bon, voilà ».

Et pour le médecin O, « la prise en charge, ben c'était de prendre l'agenda et de poser des vacances, [...] le travail c'est bien mais il faut un équilibre ».

Pour les médecins n'ayant pas déclaré souffrir de burn out mais ayant tout de même ressenti des difficultés psychologiques, les prises en charge différaient également.

Certains médecins avaient consulté, comme le médecin A : « *je suis allé voir un psy, [...] ça m'a vraiment fait du bien et ça m'a beaucoup appris sur moi-même* », ou pour le médecin E : « *j'ai fait une psychothérapie type analytique, [...] c'est quelque chose que j'ai eu du mal à prendre comme décision* ».

Suite à son cancer, le médecin F avouait : « *ce cancer du sein a été utile parce qu'il m'a permis de... j'ai fait de mon métier un sacerdoce et à un moment je mettais beaucoup de passion dans tout ce que je faisais, et je pense que ça a été un mal pour un bien parce que ça m'a permis de revoir un peu ma manière de travailler, [...] j'ai appris à dire non, [...] j'ai profité pour faire une analyse pendant 4 à 5 ans, qui m'a rendu de grands services. [...] Ce cancer était le bienvenu parce qu'il fallait que je décélère* ».

Le médecin B racontait « *j'ai eu cette période effectivement, je ne dis pas dépressive, mais difficile et (rires)... assez curieusement, c'était mes patients mes psychothérapeutes* ».

5. Les facteurs protecteurs des difficultés psychologiques

Chaque médecin interrogé déclarait qu'il existe des façons de se protéger des difficultés.

Le caractère et la personnalité semblent être des facteurs importants. Pour le médecin A, il s'agit « *d'être bien entouré et d'avoir un caractère qui n'est pas propice à sombrer* », ou pour le médecin C d'être « *raisonnable, [...] on est aussi des êtres humains, [...] savoir dire non à un patient, ça s'apprend, [...] on n'est pas non plus des machines* ». Le médecin F disait : « *il faut accepter les étapes de la vie mais il*

faut savoir se ménager. Je crois qu'il faut beaucoup, beaucoup se préserver et il ne faut pas faire l'autruche, [...] mettre un peu de détachement » ou encore « *dans notre métier, [...] il faut être le plus discret possible sur ce qu'on a, d'une façon générale, il ne faut pas se dévoiler »*.

Pour une majorité des médecins, les groupes de pairs sont également un facteur important, comme le disait le médecin P : « *les échanges de pratiques, [...] ça c'est important, rendez-vous mensuel avec les pairs »*. « *A chaque fois qu'il y a des difficultés, on les exprime, [...] on a un peu les mêmes tous, on s'épaule, [...] ça régule beaucoup de choses »*, racontait le médecin E, de même que le médecin F : « *je suis avec un groupe de médecins, et cela nous fait du bien, parce qu'on se retrouve, [...] cela nous sort de l'isolement, [...] c'est cela qu'il faut avoir, une espèce de dynamique »*. Le médecin I avait les mêmes représentations : « *cela fait plus de 20 ans qu'on fait des réunions à peu près une fois par semaine, [...] on discute de nos problèmes entre nous, [...] on parle de sa santé, on n'ignore pas grand chose de la santé des uns des autres »*.

Ensuite, l'hygiène de vie paraît protéger ou résoudre des difficultés. Le médecin L disait « *faire du sport, de ne pas faire que ça quoi. Pas faire que de la médecine. [...] Essayer de se donner des créneaux où on fait autre chose, puis la famille »*, de même que le médecin P : « *surtout le sport, [...] aussi bien les échanges de pairs que le sport, c'est deux choses différentes mais c'est quelque chose qu'on fait vraiment pour soi »*. Pour le médecin I, « *il faut avoir une bonne hygiène de vie, quoi. Je crois qu'un médecin, il se doit de rester mince et de faire du sport, ne serait-ce que pour être en forme là-dedans (montrant la tête), pour être en forme là (montrant*

le corps), *pour les prendre en charge* (montrant la chaise des patients). *Je crois que c'est une histoire de prévention* ».

Pour le médecin O, c'est la diversité de l'activité qui prime : « *je ne fais pas que médecine générale mais je pense que c'est extrêmement important, cela fait partie du bien-être. Mon orientation explique aussi pourquoi je fais nutrition, autre que médecine générale. Pour moi, c'est aussi une manière, intellectuellement de m'épanouir* ».

Le médecin B soulignait le fait d'accueillir des étudiants : « *j'aime bien mon métier, j'ai des internes, je trouve ça très valorisant pour eux et pour moi. Pour les patients, c'est pas mal aussi* ».

Pour d'autres médecins, l'organisation de l'activité médicale permet de se protéger ou d'améliorer des difficultés psychologiques. Le médecin N racontait : « *j'essaie de respecter des horaires qui puissent être en accord aussi avec ma vie personnelle, [...] savoir où est la limite de l'excès de travail et « je vais rentrer fatiguée, épuisée et je vais même pas pouvoir m'occuper de mes enfants* » et de, on va dire, de la normalité, ou en tout cas de la chose acceptable. [...] Sur le plan psychologique par rapport à mon travail, je pense que j'ai trouvé un relatif bon équilibre ».

Le médecin C parlait du médecin épuisé : « *il aura peut-être la difficulté de ralentir son activité pour dire « maintenant stop, [...] je prends huit jours de vacances, je fais le point avec moi-même* ». [...] *Moi je leur dis à mes patients, je leur dis quand je pars en vacances « j'en ai besoin et pour mieux vous soigner, il faut que je me repose* » ». De même pour le médecin F : « *il m'est arrivé de partir en*

vacances, de sortir de l'avion et de venir travailler comme une brute. Donc cela, jamais plus, jamais plus ».

Le médecin I conseillait : *« quand on voit qu'on a trop de travail, on se débrouille pour revenir à un niveau qui soit compatible avec le fait qu'on est décontracté, qu'on ne va pas emmerder sa famille et puis ses patients aussi. [...] Il faut se dire « bon les sous c'est une chose, mais là, je suis en train de déconner, il faut que je réduise », et je prends sur rendez-vous, je sais pas, peut-être pas toute la journée, [...] cela oblige à avoir beaucoup de coups de téléphone, cela vous fait perdre des patients, mais vous gagnez en qualité ».* Et il concluait : *« on peut très bien faire notre boulot sans se tuer quoi ».*

Lorsqu'il existe de réelles difficultés psychologiques, le médecin C conseillait : *« il faut savoir aussi passer la main, [...] je pense qu'il y a une espèce de pudeur à aller consulter. Mais moi je dis « vous êtes pas obligés d'aller consulter votre correspondant » ».* Le médecin F pensait la même chose : *« il ne faut pas avoir honte d'aller voir quelqu'un, [...] je trouve que c'est bien, si chacun a sa solidité, pourquoi pas, de faire un travail sur soi. [...] Le groupe de paroles entre nous peut être une thérapie ».*

Et enfin, le médecin D concluait sur les facteurs protecteurs ou d'amélioration des difficultés psychologiques : *« les confrères, les amis, la formation, se faire aider avec quelqu'un, un psychologue, un psychiatre, faire une psychothérapie pour arriver à... voilà, et lever le pied ».*

Les pathologies et les prises en charge sont donc différentes selon les médecins. Nous pouvons tout de même noter que, quel que soit son état de santé, le

parcours de soin du médecin n'est pas le même que celui de tout patient. Quels sont les facteurs à l'origine de cette différence ? Pour beaucoup, les conditions de travail sont une des raisons qui font que le médecin ne prend pas le temps de s'occuper de sa santé.

F. EXERCICE AU QUOTIDIEN

Lors de chaque entretien, le médecin a évoqué les difficultés liées aux conditions de travail, en terme de contraintes de temps mais également de charge administrative.

1. Les contraintes liées à l'activité

Si le médecin K disait au cours de l'entretien : « *dans la région c'est vrai, il ne manque pas de médecins, je crois que les médecins qui ont une surcharge de travail, c'est parce qu'ils le veulent bien* », il reconnaissait ensuite qu'il y a « *de plus en plus de travail, de plus en plus de contraintes, paperasse et tout ça* ».

Pour le médecin A, « *le métier est difficile, il a beaucoup changé, [...] il y a moins de médecins, [...] on nous demande de plus en plus de choses* », et pour le médecin E, « *c'est déjà un métier qui m'oblige beaucoup... on doit être à la fois bien sur le plan compétences et en plus bien aussi au niveau... voilà* ».

Le médecin F racontait son expérience : « *je fais partie de ces médecins qui sont des bourreaux du boulot, je pense que ça fait presque 39 ans que je suis installée. Les urgences je les faisais, sortir la nuit je le faisais, je n'arrêtais pas. [...] Même avec des migraines j'ai travaillé, [...] je sais pas ce que c'est les congés maternité* ». Par rapport à son angor spastique : « *il m'est arrivé de faire des*

coronarographies, de faire ça le jour même et le lendemain de reprendre. [...] C'est un engrenage, et ce n'est pas la peur de perdre un patient, non ce n'est pas ça, parce qu'on est payé à l'acte, c'est comme ça, on pense qu'on est des messies, [...] c'est aliénant, parce que, même à un moment, ce genre de travail n'est pas gratifiant. Alors vous n'attendez pas à ce qu'on vous dise merci, mais il y a un moment où vous ne faites plus de médecine ». Et elle ajoutait : « c'est un métier qui peut être très stressant. Si on ne prend pas de recul, si on se fait piéger... de toute façon, après, nous avons la patientèle qu'on mérite ».

Le médecin G parlait de son prédécesseur au cabinet : *« j'avais l'impression que son souci à lui c'était simplement de soigner les gens, c'est tout bête, [...] maintenant il y a des journées où il y a tellement de choses annexes. [...] Des faits administratifs qui parasitent l'activité médicale proprement dite. [...] Quand vous pensez qu'il y a 30 ans quand je me suis installé, pour mettre quelqu'un dans ce qu'on appelle maintenant l'ALD, le fameux 100%, c'était sur une ordonnance, [...] à l'époque il y avait beaucoup moins de tracasseries disons administratives ».* Puis par rapport à sa santé, il ajoutait : *« là où on arrête les gens de travailler pendant 4 à 6 semaines, moi je me suis fracturé la malléole un dimanche au ski, et puis le mardi j'étais ici. [...] Là aussi je crois que j'ai dû m'arrêter le temps de faire les examens mais j'ai pas fermé le cabinet ».*

Le médecin H racontait l'époque où elle faisait des gardes de nuit : *« je rentrais, je ne me rendormais pas. Puis je rattaquais le lundi, voilà. Aucune récupération, c'était dangereux pour mes patients, pour moi, enfin c'était n'importe quoi. [...] Je n'ai plus travaillé le mercredi, sans culpabilité aucune. Parce que ça aussi, ça peut*

s'installer, de dire que vous donnez moins à votre travail, vous donnez moins à vos patients ». Puis elle rajoutait : « vous avez plein de médecins qui vivent des vies infernales. [...] C'est un exercice solitaire, médecine générale, beaucoup, on n'est pas comme à l'hôpital. Enfin moi quelques fois je rêverais d'avoir une secrétaire, des infirmières, enfin... »

Le médecin I avait changé sa manière de travailler suite à son épisode de burn out : *« je suis passé sur rendez-vous et en secteur 2, j'en ai perdu, ça par contre, je l'ai vu, 30%, mais bon, la tranquillité, à mon avis, ça n'a pas de prix ». Puis suite à un coup de téléphone reçu d'un patient : « j'aurai pu lui dire de venir ce soir à 6 heures, je n'ai pas envie. C'est vendredi, je suis fatigué, je vais avoir 64 ans en fin d'année, j'ai pas envie de me fatiguer ».*

Le médecin N évoquait également les contraintes liées au cabinet : *« on est deux associés, à deux, c'est pas facile d'avoir une secrétaire forcément. Après il y a tout l'aspect comptabilité, tout l'aspect administratif qui, c'est vrai, est assez pesant ». Elle ajoutait également : « la charge émotionnelle du travail, ben c'est sûr qu'en médecine générale on est confronté, [...] assez souvent, à beaucoup de charges de la part des patients, beaucoup de vécus douloureux, que ce soit physique ou moral, donc c'est sûr qu'il faut qu'on arrive à se construire autour de ça ».*

Quant au médecin L, il avait des propos assez vigoureux sur les contraintes liées à son exercice : *« le médecin de famille, c'est le pivot du système de soin », en fait on fait tout le sale boulot, tout ce qui n'est pas très valorisant, c'est à dire on fait les papiers, on fait le bon de taxi, on fait la demande de 100%, c'est normal, c'est*

le médecin généraliste, c'est le larbin du coin. [...] Toute cette charge administrative c'est... moi ça me gonfle. Honnêtement je suis pas fait pour ça, ça m'énerve et ça se rajoute et tout ça c'est 23 euros, [...] ça fait qu'on devient un petit peu agressif quand les gens demandent des papiers, alors que quand c'est de la médecine, c'est normal, ça ne me gêne pas ». Il ajoutait : « je pense qu'il y a plus de suicide chez les médecins, mais personne n'en parle, [...] c'est tout à fait normal que le médecin il bosse, qu'il aille dans les campagnes où il n'y a plus personne. [...] On est aussi dans la société, la société évolue mais on n'accepte pas, on a encore une vision très 19^e siècle du médecin ». Et parlant des « déserts médicaux » : « pourquoi il n'y a pas de médecin ? Mais il n'y a pas d'épicier, pas de boulanger, pas d'école, pas de mairie, et pourquoi il y aurait un médecin ? [...] Le médecin il a le droit aussi d'avoir une famille, d'avoir des soucis, des angoisses, des stress et que de temps en temps il n'est pas de bonne humeur, voilà ».

2. Les visites à domicile

Pour certains médecins interrogés, les visites à domicile sont devenues une contrainte dans leur activité.

En effet, le médecin F racontait suite à un coup de téléphone d'un patient demandant une visite : « 66 ans, je fais encore les visites. Et franchement les gens ne se rendent pas compte, la qualité et les services qu'on leur donne ».

Le médecin I racontait sa période d'épuisement professionnel : « vers 28 ou 30 ans, [...] j'ai commencé à avoir trop de boulot. Je m'en rappelle, je revenais des domiciles à 9 heures du soir, il fallait que j'y reparte des fois. Le jour de Noël, je

partais en cachette de chez moi et on me chopait dans le couloir pour des domiciles ».

Le médecin G, lors de sa fracture de cheville : *« je me souviens même aller faire une visite, [...] de nuit avec les béquilles, le plâtre et tout ce que vous voulez, où la famille, le père du bébé était venu me chercher à mon domicile pour m'amener en pleine nuit ».* Il déclarait avoir dû changer sa manière de travailler : *« avant les gens qui m'appelaient savaient que j'allais passer dans la journée, maintenant j'essaie d'étaler parce que je sais que sinon je vais peut-être pas pouvoir arriver à tout faire. [...] J'arrivais devant chez le patient et je me garais devant. Maintenant c'est impossible, donc c'est des visites que je refuse et même au sein du quartier il y a le problème du stationnement qui devient crucial, ça aussi c'est un problème, ça n'a l'air de rien mais ça peut stresser ».*

Enfin, le médecin H parlait de ses gardes de nuit : *« autant au départ c'était justifié, et là vers les années 2000, c'était à 2 heures du matin « j'ai 38,2° ».* Enfin, *on tombait dans un... [...] c'était pas des vraies urgences quoi ».*

3. Les contraintes financières

Pour d'autres médecins, ce sont les contraintes financières qui peuvent poser problème, notamment lors de problèmes de santé.

Pour le médecin D qui a présenté un épisode de burn out, la solution était de *« lever le pied, ce qui n'est pas toujours possible financièrement ».*

Le médecin G parlait de la difficulté des médecins libéraux à stopper leur activité lors d'un problème de santé : *« c'est la prise en charge, on peut toujours*

s'arrêter, on ferme le cabinet mais pendant ce temps là y a aucune indemnité journalière alors qu'on paie pas mal de charges sociales. Notre maladie n'est pas prise en charge. Et avant c'était même plus loin, parce que pour les femmes qui accouchaient, il n'y avait aucune prise en charge d'arrêt ».

4. Les exigences des patients

Lors de l'étude, plusieurs médecins ont souligné les exigences grandissantes des patients, comme le médecin J : *« avec des demandes incessantes des patients, qui ne comprennent pas que l'on ne puisse pas tout faire immédiatement ».*

Pour le médecin E parlant de la pathologie des médecins : *« pas avoir de voix, par exemple, c'est pas très grave, d'avoir une laryngite, les patients ne supportent pas du tout. Et de toute façon ils veulent qu'on soit toujours très performant ».* De même pour le médecin F : *« si vous dites « j'ai de la fièvre, j'arrête ma consultation », et ben on ne vous croit pas, on vous dit... les gens ironisent »,* ou encore *« il y a des moments même avec des patients où vous donnez un état d'âme ou un petit accident qui vous arrive au niveau de vos proches, si vous l'oubliez, ils ne l'oublient pas, ils vous le répètent ».* Et elle ajoutait : *« ils ramènent à eux. Moi j'ai vu des confrères décéder, et « mais comment je vais faire ? » Voilà, il y a quand même un égocentrisme ».*

Le médecin E abordait aussi le problème relationnel avec les familles de patients : *« hier, j'ai dû hospitaliser un patient âgé. J'ai eu son fils au téléphone, qui a commencé à me parler de manière agressive, [...] il était vraiment odieux, [...] c'est vrai que je me suis un peu emportée en lui disant que s'il voulait une autre attitude, il n'avait qu'à demander à un autre médecin de venir ».*

Pour le médecin N, « *le problème c'est que c'est pas forcément facile de dire « non » en médecine générale, [...] il faut réussir à y arriver parce qu'on n'est pas non plus superman ou superwoman, [...] si on veut faire un travail de qualité, on peut pas avoir une patientèle de 5000 personnes, c'est pas possible* ».

Puis, le médecin L parlait des tâches administratives du médecin généraliste : « *quand les gens viennent vous harceler « ah vous m'avez pas fait le papier, ah il faut me faire la demande de 100%, le spécialiste il a dit que c'était à vous de la faire* ». [...] *Et les gens ne comprennent pas ça. On leur dit, mais le spécialiste leur a dit, donc le spécialiste il a raison et ça c'est à vous de la faire. Et si vous dites... « Ah il est antipathique ce médecin* ». *C'est tout* ».

Enfin, le médecin B abordait les problèmes de juridiction avec certains patients : « *je me souviens d'une fille qui s'était installée à X, qui s'est suicidée parce qu'elle avait eu un problème de plainte ou une connerie comme cela* ». Puis elle prenait l'exemple de ses patients : « *je reçois une lettre recommandée d'un patient qui ne me menaçait pas mais presque, en me disant qu'il avait divorcé et que j'avais fait une ordonnance de LEXOMIL® alors que je ne l'avais pas vu. [...] Elle l'a utilisé pour le divorce. [...] C'est désagréable. Mais bon, cela nous arrive de faire des conneries. Je veux dire, on est tous pareils. [...] Je comprends que quelqu'un qui se retrouve en justice pour un problème de responsabilité, ce doit être dur à vivre* ».

5. Les mauvaises relations entre professionnels de santé

Certains médecins ont évoqué les problèmes relationnels qu'ils peuvent rencontrer lors de leur activité.

Le médecin E racontait un conflit avec une infirmière libérale à propos de la prise en charge d'une de ses patientes : *« je lui ai dit que c'était pas normal de travailler comme ça. Donc ça m'a énervé. Parce qu'en plus c'est pas les infirmières habituelles, avec lesquelles je travaille. Alors peut être qu'elles se vengent, j'en sais rien, mais c'est très désagréable de s'emporter, [...] c'est difficile pour moi, [...] d'avoir des conflits ».*

Le médecin F avait accompagné son confrère médecin, qui présentait une douleur thoracique, à la clinique : *« ils m'ont dit à X « on ne peut pas le prendre », je leur ai dit « quoi vous ne pouvez pas le prendre ! », alors là j'ai poussé un cri. [...] Quand au niveau confraternel, ils ne sont pas très sympas, je suis obligée de lever le ton. [...] Je suis médecin et ils prennent cela comme une atteinte ».*

Pour le médecin L : *« j'ai une vision très négative. Alors je sais pas dans les autres régions, mais c'est vrai que le rapport médecine de ville/hôpital, c'est pfff. [...] C'est pas normal, quand vous êtes médecin généraliste, d'essayer d'avoir des nouvelles d'un patient, qu'il faut passer trois plombes, qu'on ne vous rappelle jamais, « ah je suis désolé il est en consultation », « ben oui il est en consultation et moi je m'amuse ? » [...] Mais ça se fait au détriment du patient. Alors on vous parle toujours « il faut travailler en réseau », mais attendez, ça fait 30 ans qu'on entend parler de réseau mais il n'y a rien du tout ».*

6. Les lois santé

Quelques médecins ont abordé également les différentes réformes des lois de santé.

Le médecin G expliquait : « *là par exemple j'étais en retard parce que je me suis occupé au sein de la copropriété, il faut mettre les cabinets avec les fameuses normes d'accessibilité, alors j'étais avec le président de la copropriété, bon alors c'est vrai que ce matin en partant ben j'avais ça en tête, plus que des visites que je dois faire* ».

L'entretien F s'est déroulé pendant les périodes de grève des médecins durant l'hiver 2014/2015. Le médecin F déclarait : « *je pense que quand même, on est vraiment, je pense, des gens admirables, parce que descendre dans la rue ça ne sert à rien* ».

Enfin, le médecin N donnait son avis sur le projet de loi en cours : « *avec le tiers payant généralisé, on craint encore plus ça, parce qu'il faut surveiller des relevés de comptes qui vont faire 15 pages alors qu'ils en faisaient déjà 5, [...] avec toutes les mutuelles qu'il y a. Enfin on est vraiment dans la crainte d'avoir un travail administratif amplifié. Et puis certains retours d'argent qui ne se feront pas, des erreurs qu'il faudra régérer en renvoyant des papiers. Donc ça c'est une crainte* ».

7. La jeune génération

Différents médecins ont parlé de la génération de jeunes médecins et de l'évolution du métier.

Par rapport aux contraintes de travail, et surtout de la charge administrative, le médecin L déclarait : « *il faudrait que ça change, donc c'est à votre génération de faire changer les choses, [...] et de dire « ben non, on n'a plus envie de travailler comme ça, il faut arrêter de nous considérer comme des prestataires de service »* ».

Le médecin K parlait de sa difficulté à faire face aux obligations informatiques :
« je dis toujours l'ordinateur, nous on n'est pas trop adapté, bon peut-être que la nouvelle génération elle se débrouille mieux que nous ».

Et le médecin F, 66 ans, en cours de recherche d'un médecin repreneur de son cabinet : *« la génération des jeunes médecins, ils sont bien. Je les trouve bien, [...] ils sont bien formés, moi j'ai rien à dire, mais je pense qu'ils donnent priorité aussi à leur propre vie, ils mettent en avant leur vie ».*

8. Les points positifs du métier

Malgré toutes ces contraintes et difficultés au travail énoncées par les médecins, il existe tout de même des points positifs à exercer le métier de médecin généraliste.

« La médecine générale c'est quand même... enfin moi ça me passionne », déclarait le médecin F. Elle ajoutait *« c'est une passion, moi mon métier. D'ailleurs je dis toujours « dommage que je n'aie pas 10 ans de moins », pas pour avoir 10 ans de moins, mais pour continuer mon métier. [...] Je me recycle tout le temps, ce qu'il y a d'agréable dans ce métier c'est qu'on est des éternels étudiants ».*

Pour le médecin E : *« ce métier est un métier où je me sens bien ».* *« Il y a quand même des choses agréables »* disait le médecin G.

Le médecin H évoquait son exercice en cabinet de groupe : *« c'est un peu un mariage hein. Là ça fait, elle 25 ans, moi 20 ans, et en fait on se voit vite, on voit si notre façon de parler, notre façon d'échanger, on sent quand il y a des passages de moins bien ».* Et à propos de leur exercice en zone semi-rurale : *« on a quand même*

un confort, même de clientèle, qui est quand même exceptionnel. [...] On a la chance d'avoir des infirmières et des infirmiers très bien. Ça c'est important aussi ».

Le médecin K était également satisfait de son lieu d'exercice en zone rurale :
« je suis dans des conditions très favorables ici. Je suis un peu comme dans un petit village, moi je ne vais jamais en ville, je reste toujours sur ma colline, [...] j'ai pas de contrainte de, comment dire, de circulation, je fais aussi vite les visites que les consultations [...] Il y a une pharmacie, il y a des kinés, des infirmières, on s'entend, donc des conditions idéales, [...] puis la population qui habite ici, il y a pas de problème non plus ».

G. PROJET D'AMÉLIORATION

La dernière partie des entretiens était consacrée aux propositions que les médecins pouvaient exprimer pour améliorer la prise en charge de leur santé.

1. Les propositions spontanées

A ce sujet, de nombreux médecins ont proposé spontanément des idées pouvant permettre d'améliorer la santé des médecins généralistes.

Pour certains, les idées n'étaient pas très précises, comme pour le médecin M :
« en fait on n'a pas de problème de prise en charge sur le fond », ou pour le médecin E : *« j'ai toujours trouvé qu'il y avait deux sortes de médecins. Les médecins qui ne veulent pas du tout entendre parler de... et alors ceux qui sont hypochondriaques ».*
 Pour le médecin B : *« des solutions... ah ça, ce n'est pas évident, parce que c'est très personne-dépendant ».*

Le médecin C avait plutôt des conseils à donner : « *bien s'écouter, ça c'est sûr. Je pense qu'il ne faut pas minimiser les signes qu'on a, [...] il faut aller au delà. Il faut faire comme si, vraiment, on était le patient qu'on avait en face de nous. [...] Bon instituer un service obligatoire chez les médecins, c'est un peu... Tant qu'on est en activité... [...] Je pense qu'à la retraite, on peut peut-être passer la main. On est moins au courant après* ».

Le médecin D proposait une aide à l'activité : « *je pense qu'il faudrait que l'on soit correctement payé, qu'on ait des secrétaires pour pouvoir nous décharger de tout le package paperasse qu'on a, voilà. Je pense qu'effectivement, travailler dans de meilleures conditions, pouvoir consulter tranquillement sans être dérangé toutes les deux minutes par le téléphone. [...] Travailler oui, beaucoup oui, mais tranquillement. [...] Je pense que la solution elle passe par là et on n'est jamais tranquille* ».

Deux médecins parlaient de l'importance des campagnes d'information sur la santé et la prévention, notamment sur le burn out. Le médecin A suggérait : « *ce que l'Ordre pourrait faire, c'est une information de temps en temps dans le bulletin par exemple, pour que les médecins, hommes et femmes, pensent à faire leurs examens de prévention* ». Pour le médecin I, « *c'est un peu individuel ça. Alors déjà, d'avoir fait toutes ces campagnes partout dans la presse où on parle du burn out des médecins, d'avoir mis des numéros spéciaux en place, c'est une bonne chose. [...] C'est important de bien faire comprendre au monde médical et que, quand on commence vraiment à pédaler, il faut faire quelque chose. [...] Cette histoire de faire beaucoup de publicité pour ce truc, c'est un bon truc ça* ».

Le médecin F évoquait les groupes de paroles pour pallier à la solitude : « ce serait bien s'il y avait des groupes de paroles, [...] le groupe de paroles entre nous peut être une thérapie, [...] quand vous êtes surmené, je vous assure, quand vous êtes englouti par les papiers. [...] Même si vous faites un cabinet de groupe, il faut un groupe de paroles ». De même pour le médecin D : « des groupes de paroles, des choses comme ça, ça pourrait être pas mal ».

Trois médecins proposaient l'instauration d'un bilan périodique de dépistage et prévention. Pour le médecin H, « on commence à se rendre compte qu'on n'est pas des surhommes ou des sur femmes et que... Ben, de toute façon, je pense qu'il va falloir instaurer un suivi, ça c'est certain. Mais un vrai suivi, [...] quelques tests ou au moins un entretien par an, quand même. Et puis après, si le médecin ne saisit pas la chance d'être aidé, c'est dur mais enfin ». Le médecin I s'interrogeait : « est-ce qu'il faut nous obliger tous les 5 ans à faire une visite de prévention comme ils reçoivent ceux qui sont au RSI ? ». De même pour le médecin N : « j'ai vu que récemment RAM RSI, la caisse des indépendants, avait mis en place une démarche, [...] est-ce que ça pourrait être fait effectivement pour les médecins ? Pourquoi pas ? A ce moment là ce serait peut-être, je sais pas, par l'intermédiaire de la caisse de retraite. [...] Mais je sais pas si ça aurait beaucoup d'impact en fait ».

Le médecin L proposait la création de structure par la Sécurité Sociale : « chacun fait ce qu'il veut, mais parce qu'il n'y a rien d'organisé, parce qu'il n'y a pas une structure, c'est vrai qu'il y aurait un truc au niveau de la Sécu avec une prise en charge, comme on nous fait tout un pataquès sur SOPHIA pour les diabétiques, très

bien. [...] Et ils feraient un truc, on appellerait ça SOPHIA et ce serait réservé aux médecins, oui ».

Enfin, sur les 16 médecins interrogés, 6 médecins ont proposé la création d'une médecine du travail pour les médecins libéraux. Comme le soulignait le médecin O, « *je n'ai jamais consulté un médecin du travail pour mon installation, on n'a aucun suivi* ».

La solution pour le médecin A, c'est « *la médecine du travail pour commencer, [...] une affiliation à l'accident du travail* ». En lui demandant comment ceci pourrait être organisé, il répondait : « *je pense qu'à part l'obligation, je ne vois pas très bien comment ça pourrait marcher* ».

De même pour le médecin G : « *tout le monde a une médecine du travail, nous on n'en a pas. Alors ça serait peut-être fastidieux, est-ce qu'on a besoin d'aller...? Mais ça serait bien de pouvoir faire un bilan peut-être de santé, tous les 5 ans, ou à partir d'un certain âge tous les 5 ans, tous les 10 ans avant. [...] Sans que ce soit vraiment obligatoire, que ce soit peut-être quelque chose qu'on les incite fortement à faire* ».

Le médecin J avait les mêmes sentiments : « *il y a des professions libérales qui ont un système avec des médecins du travail. Je pense que c'est quelque chose qu'il est possible d'envisager pour les médecins aussi. [...] J'irais pas de moi-même voir un médecin du travail, [...] mais s'il y en avait une, oui* ».

Le médecin P était également d'accord : « *soit on s'auto soigne, soit on va consulter des praticiens qu'on connaît personnellement, [...] une médecine du*

travail, par exemple, un accueil neutre, [...] une situation vraiment de relation avec un praticien neutre ».

Enfin, à la question « quelles sont les solutions à proposer pour améliorer la santé des médecins libéraux », la réponse du médecin L était : « *on enlève le terme libéral, et on devient fonctionnaire et on a la médecine du travail et ils s'occupent de nous. [...] Non, il n'y a pas de solution tant qu'on est dans un système où on est considéré comme des libéraux, où on ne l'est pas ».*

2. La structure ou consultation dédiée au médecin

Suite à ces propositions pour l'amélioration de la santé, les médecins ont été informés de l'existence de structures ou de projets mis en place dans certaines régions, dédiés à la santé des médecins libéraux. Qu'en pensent-ils ?

Le médecin A a d'abord été conquis par cette idée : « *je pense que ce serait très bien, notamment je pense que pour le burn out... [...] Le problème qui va se poser dans ce domaine là c'est l'anonymat. [...] Ça peut être une bonne formule. [...] S'il y avait une formation pour y participer, je serais même prêt à donner de mon temps pour ça oui ».* Puis, plus tard dans la discussion, il a revu sa position : « *quand on prend un département par exemple comme les Alpes-Maritimes, [...] déplacer un médecin pour venir sur une structure qui serait sur Nice, [...] sans le côté obligatoire, je pense que ça peut être compliqué. [...] Un truc que pour les médecins... (Soupirs) [...] ils ne viendront pas, enfin moi j'irai pas. [...] ça demande un gros engagement volontaire, qui du coup intéressera les médecins qui le font déjà de par eux-mêmes sans ça, [...] qui ne touchera pas les autres, qui trouveront ça trop difficile, compliqué, « je n'ai pas les coordonnées, j'ai pas le numéro, j'ai attendu au*

téléphone et j'ai raccroché, puis je vais me retrouver avec d'autres médecins qui vont savoir que je suis là ». Il proposait donc ensuite : « le burn out, on n'est plus tout à fait en état de raisonner, [...] savoir si c'est pas à l'Ordre de mettre une cellule, au moins d'accueil téléphonique, [...] parce qu'il faut inverser cette tendance ».

Deux autres médecins étaient également contre un projet de consultation spécifique aux médecins. Pour le médecin C : *« je vois pas pourquoi ils auraient un traitement de faveur, [...] c'est un être humain comme n'importe quel patient, [...] il se fait son traitement de faveur déjà, on est souvent pris plus vite, [...] on ne va pas non plus nous mettre une maison adaptée ».* Le médecin E était aussi de cet avis : *« franchement on est des malades comme les autres. Donc je vois pas trop bien pourquoi. [...] Parce qu'il y en a qui sont gênés d'aller voir un confrère. Non moi ça ne me gêne pas ».*

Les 13 autres médecins interrogés étaient, quant à eux, favorables, à l'idée d'avoir une consultation qui leur serait dédiée. Ils ont fait part de leurs idées concernant les critères, les enjeux et le financement d'un tel projet.

Pour le médecin L, *« ce serait une bonne idée, ça permettrait justement à des médecins qui se sentent isolés, qui osent pas en parler, qui trouveraient ça ridicule de dire qu'ils ont des problèmes et qui continuent jusqu'à la dépression et des fois le passage à l'acte, bien sûr ».*

Le médecin B s'imaginait : *« venir comme vous, vous venez, voir un peu s'il n'y a pas de problème et essayer de faire lever les pièges, quoi, pour justement essayer de rendre les gens plus à l'aise et les désangoisser, [...] parce que demander aux médecins d'aller se déplacer, [...] moi je me déplacerais, [...] que ce soit accessible,*

que ce soit à la portée du médecin. C'est sûr qu'on ne va pas annuler tous ses rendez-vous pour aller à une visite médicale de prévention ».

Pour le médecin D, par rapport aux difficultés psychologiques : *« je pense que ce serait une bonne chose. Moi s'il y en avait eu une, je pense que j'y serais allée »,* et la consultation serait organisée *« par des psychiatres parce que je pense que c'est de la psychiatrie, [...] ou par des médecins généralistes formés un petit peu à ça ».*

Le médecin H avait les mêmes idées : *« oui bien sûr, j'aimerais bien oui, au plus vite ! [...] Un endroit où on puisse aller si on a un doute sur son... ou peut-être simplement évacuer, pouvoir parler, etc. Peut-être oui, des psychologues, un lieu d'écoute, un lieu de consultation aussi pour faire un peu le point et peut-être inciter à... si par exemple il y a des problèmes d'alcoolisme. [...] Qui pourrait prendre en charge, peut-être le Conseil Général ? [...] La Sécu... bon. Le conseil de l'Ordre, sur qui il peut se reposer, je ne sais pas ».*

Le médecin I, plutôt que de créer une « structure » dédiée aux médecins, proposait *« quand on va s'inscrire à l'Ordre ou voilà, qu'on nous dise, voilà, il y a une consultation pour les médecins qui est organisée, je ne sais pas, tous les jeudis, [...] on sait que là, on peut aller voir un psy. [...] Vu tout ce qu'on cotise, on cotiserait pour ça aussi ».*

Pour le médecin O, l'organisation d'un tel projet relèverait de *« l'Assurance Maladie. Enfin par les ARS, [...] que ce soit en partenariat avec les libéraux, évidemment. [...] Après, ils peuvent très bien déléguer à des entreprises privées, [...] ils nous surveillent pour les prescriptions, et bien ils pourraient nous aider à surveiller notre santé ».*

Enfin, pour le médecin P, « *une consultation de... à vocation pour le personnel de santé, peut-être qu'on y aurait recours plus facilement, [...] on se poserait moins la question de savoir qui on va voir, [...] avec une sensibilisation particulière sur les thématiques liées aux professions de santé. [...] Au conseil de l'Ordre, avec une permanence, des médecins volontaires. [...] Si tel jour je sais que c'est le dermato qui est là, j'ai envie de me, voilà, d'être vu par un dermato, [...] j'ai pas à me poser la question. [...] Faire la démarche d'aller voir un psy, un collègue, euh peut-être que si c'est une consultation dédiée, [...] on y aurait plus facilement recours, [...] on risquerait pas de se retrouver en salle d'attente avec des patients* ».

3. La consultation obligatoire

Pour les médecins qui n'avaient pas abordé spontanément l'idée d'une médecine du travail, j'ai proposé l'idée de la création d'une consultation obligatoire, de type médecine du travail, pour améliorer la santé des médecins libéraux. Les réponses ont été beaucoup plus mitigées sur ce thème.

6 médecins étaient totalement contre l'idée d'une consultation de médecine du travail. Le médecin C justifiait : « *je ne vois pas l'utilité, [...] le médecin, il est médecin à la base quoi, donc quand il est en activité, [...] on fait ça toute la journée. Peut-être le psy. Peut-être le psy si besoin* ».

Pour le médecin D, « *ça dépend du médecin du travail (rires). S'il est sensible à ça, s'il a le temps d'écouter. Une consultation par an ? Est-ce qu'il pourrait dépister ces prémices d'un burn out ? [...] Pas forcément* ».

Pour le médecin F, la réponse était claire : « *de vous à moi, la médecine du travail pour les médecins, si c'est pour payer encore une consultation, non, franchement non* ».

Pour le médecin M : « *je pense qu'actuellement la médecine du travail est quand même pas toujours très bien faite* ».

Pour le médecin P, c'est le caractère « obligatoire » qui serait un frein : « *je pense qu'obligatoire non, ce serait mal, très mal vécu* ». De même pour le médecin I : « *Obligatoire non. Ça marchera pas* ».

Les 10 autres médecins de l'étude étaient, quant à eux, plutôt favorables à cette idée. Le médecin O déclarait : « *une médecine du travail, indispensable. Une médecine du travail ou un système avec un médecin qui nous convoque tous les, je ne sais pas, deux, trois ans, qui nous fasse un système de prévention. [...] On devrait avoir des consultations à l'installation, au bout de cinq ans, ou à 40 ans, à 50 ans, je ne sais pas, mais ce serait indispensable* ».

Le médecin E verrait une consultation « *peut-être pour checker justement des médecins qui n'ont pas du tout de... qui ne s'astreignent pas du tout aux bilans. Parce que c'est qu'on en voit des médecins à 60 ans avec des triples pontages, des trucs. C'est vrai que s'ils étaient un peu dépistés avant, pourquoi pas ?* »

Le médecin H verrait une médecine du travail « *bien faite, oui. [...] Tout dépend du médecin, s'il a envie de faire son job ou pas quoi* ». Pour le médecin N, « *l'idée éventuellement d'avoir une visite annuelle ou tous les deux ans quoi, histoire de faire le point. « Est-ce qu'on a fait un bilan sanguin ? Est-ce qu'on est à jour des*

dépistages ? » Mais ne serait-ce que « poids, taille, facteurs de risque cardiovasculaire ». C'est sûr qu'on n'est certainement pas assez distant ».

Le médecin L se questionnait : « le problème c'est « qui l'organiserait, qui payerait ? » Ce serait nous bien sûr. Ce ne serait pas l'Etat puisque c'est pas leur problème ».

Le médecin A rajoutait : « rendre une médecine du travail obligatoire quoi, en imposant, pour exercer, de prouver que l'on a donné tous les 2 ou 3 ans, ou 5 ans, j'en sais rien, un passage chez le médecin du travail, [...] pour vérifier ses vaccins, pour à 50 ans vérifier que la prostate a été vérifiée, que les facteurs de risque sont contrôlés. [...] Je ne pense pas que ça relève de l'Ordre, [...] on est à La Médicale de France ou à la MACSF, pourquoi pas leur demander, ou la CPAM qui assure l'assurance de base. [...] Il y aura peut-être un quart ou un tiers qui ira, 50% mais bon c'est déjà ça. [...] Une convocation à un bilan de santé par la Sécu qu'on envoie une fois tous les ans jusqu'à ce qu'il soit fait, je pense que si c'est facile d'accès oui ».

H. MOTIFS DE PARTICIPATION

La dernière question posée à chaque médecin lors de l'entretien était le motif de participation à l'étude.

Quelques médecins ont évoqué l'intérêt du thème comme motivation pour participer à l'entretien. Le médecin A disait : « je me suis posé des questions, [...] sur la santé des médecins, sur le burn out et sur le fait que ce serait bien si on s'y

penchait. [...] C'est un sujet intéressant où il y aura des choses un peu vastes et des points de vue très différents ».

Le médecin D révélait : *« j'avais envie de parler du burn out. [...] Je pense que c'est une réalité, et si ça peut nous aider, tous les médecins, parce que je pense qu'on est tous dans le même cas ».*

De même pour le médecin O : *« j'ai été confronté personnellement à un épuisement. [...] C'est un sujet qui m'intéresse ».*

Pour le médecin N, *« c'est une question intéressante, ça nous concerne nous-mêmes, pour une fois c'est pas nos patients. Voilà, c'est le « médecin-patient » qu'on prend en considération, donc non, j'ai trouvé le thème sympathique à aborder, où on pouvait effectivement avoir des choses à dire ».*

Une majorité de médecins a choisi de participer à l'étude par désir d'aide à la formation.

Pour le médecin J, *« pourquoi j'ai choisi de participer ? Parce que vous m'avez contacté et que, par principe, je ne suis pas contre le fait de répondre à des questions comme ça, pour aider les jeunes médecins à rentrer dans la vie active ».*

Le médecin B expliquait : *« je suis maître de stage et puis je dis qu'ils ont besoin d'avoir suffisamment pour faire leur thèse », « ça fait partie de nos missions, de transmettre, d'aider par tous les moyens »* pour le médecin H.

Le médecin F avouait : *« c'est grâce à ça que j'ai trouvé l'année dernière mon remplaçant, [...] mais aussi pour rendre service, [...] pour aider les jeunes ».*

Le médecin G a répondu à l'étude « *parce que j'ai deux fils qui ont fait médecine, je le faisais déjà, j'ai reçu déjà d'autres confrères, [...] c'est toujours agréable* ».

Pour le médecin L : « *vous faites un truc qui vous intéresse, c'est bien qu'il y ait des médecins qui répondent. Ça prend un petit peu de temps. [...] Non mais c'est bien qu'on soit gentils avec la nouvelle génération, c'est vous qui allez nous soigner* ».

Enfin, les médecins ayant été recrutés par la méthode dite « boule de neige », j'ai contacté certains médecins de la part d'un de leur confrère. Quelques médecins ont donc avoué que la méthode de recrutement avait motivé leur participation.

Le médecin E a déclaré avoir participé « *pour faire plaisir à une de mes futures consoeurs, et voilà. Puis vous avez dit aussi le mot magique, vous avez parlé de X qui est mon meilleur ami* ». De même pour le médecin F : « *d'abord X, je l'aime beaucoup, c'est une amie, [...] c'est une carte de visite* », ou pour le médecin I : « *vous êtes allée voir une de mes copines qui m'a dit qu'il fallait vous aider* ».

Enfin, le médecin C a participé « *parce que tu me l'as demandé. [...] Je me suis pas posé de questions. Tu m'as remplacée, c'était sympa, il n'y avait pas de raison que je te refuse* ».

DISCUSSION

I. LIMITES ET POINTS FORTS DE L'ÉTUDE

A. CHOIX DU TYPE D'ÉTUDE

La santé des médecins est un thème étudié de plus en plus fréquemment en France, en région PACA et dans les Alpes-Maritimes, mais souvent sous forme de questionnaires quantitatifs. Nous avons donc choisi de réaliser une étude qualitative, permettant d'aller directement au contact des médecins pour recueillir leur expérience et leur sentiment concernant la prise en charge de leur santé.

B. LE GUIDE D'ENTRETIEN

Le guide d'entretien a été élaboré à partir des données connues sur la santé des médecins généralistes. Nous connaissions, par exemple, la prévalence des pathologies chroniques chez les médecins. Dans notre étude, nous cherchions à connaître la manière dont ils se prennent en charge, leurs sentiments sur leur santé et leurs attitudes face à la maladie.

C. LE RECRUTEMENT

Les premiers médecins contactés ont été choisis au hasard, sauf un qui était connu de l'interrogateur. Seul 2 médecins ont refusé de participer à l'étude, témoignant de l'intérêt des médecins pour le sujet. La suite du recrutement par la méthode dite « boule de neige », consistant à appeler un médecin de la part d'un confrère, a pu influencer la décision de participation à l'étude. En effet, certains ont déclaré ne pas être intéressés par l'étude mais y ont tout de même participé.

Toutefois, nous avons été peu interrompus et aucun médecin n'a écourté l'entretien. On peut penser que l'implication est plus importante lors d'un entretien face à face que par un questionnaire rédigé.

Les médecins ont été recrutés uniquement dans le département des Alpes-Maritimes, pour des raisons de faisabilité des entretiens. Ce département a une offre de soin importante. L'accès aux examens complémentaires et aux confrères spécialistes peut donc être facilité dans les Alpes-Maritimes. Les résultats auraient pu être différents si nous avions étendu l'étude à la région PACA dans son intégralité ou aux régions voisines.

D. RÉALISATION DES ENTRETIENS

Notre intention était de rester le plus neutre possible lors des entretiens, en posant surtout des questions ouvertes et en essayant de ne pas influencer les réponses. Mais les expressions non verbales et les interactions avec les médecins ont pu orienter la discussion, entraînant un biais d'intervention.

En général, les médecins ont eu peu de réticences à discuter de leur état de santé. Un seul n'a pas souhaité aborder ses problèmes de santé en début d'entretien, puis s'est confié au fur et à mesure de la conversation. L'enregistrement audio par dictaphone n'a pas semblé poser de problème, sauf pour un médecin qui a souhaité discuter du système de santé français une fois l'enregistrement terminé.

Mais, le face-à-face a également pu induire une certaine pudeur et une limite à se confier, notamment concernant les difficultés psychologiques. De plus, les données de santé sur les conduites addictives (consommation d'alcool, de tabac ou

de psychotropes) ont été obtenues sur un mode déclaratif, ce qui peut constituer un biais.

E. RETRANSCRIPTION ET ANALYSE

La retranscription des résultats a été effectuée mot pour mot, la ponctuation respectant le sens des phrases et les intonations. Les soupirs, les rires et autres réactions ont été notifiés entre parenthèses pour donner tout son sens au texte.

Lors d'une enquête qualitative, l'analyse des données doit être reproductible quelle que soit la personne qui la fait. J'ai donc ensuite réalisé l'analyse descriptive en essayant de respecter la neutralité et l'objectivité face aux entretiens retranscrits. Cependant, un biais d'interprétation ne peut être écarté.

II. DISCUSSION DES RÉSULTATS

A. ANALYSE DE L'ÉCHANTILLON

Lors d'une étude qualitative, la représentativité de l'échantillon n'est pas recherchée, le but étant d'obtenir une population aussi variée que possible. Notre échantillon a été constitué de manière à respecter cette diversité. En effet, le nombre d'hommes et de femmes était équilibré, d'âges variés, de 36 à 66 ans. Tous les lieux d'exercice (urbain, semi-rural et rural) étaient représentés, ainsi que le mode d'exercice (seul ou en groupe) et le fait d'être ou non maître de stage.

La différence avec les études déjà réalisées sur ce thème concerne la déclaration d'un médecin traitant. Si dans les études seulement 75% des médecins ont fait cette déclaration, dans notre étude, 100% des médecins disent avoir un médecin traitant déclaré.

B. L'IMAGE DU MÉDECIN

Il ressort de notre enquête cette idée classique : le médecin « *n'a pas le droit d'être malade* ». En tant que soignant, il doit garder l'image du modèle de santé face aux patients et aux confrères, l'incitant à « *ne pas se dévoiler* ».

Cette vision particulière qu'a le médecin vis-à-vis de sa santé semble liée d'une part à son exercice professionnel. En effet, le médecin ne peut pas tomber malade s'il veut pouvoir garder son rythme de travail, son revenu et assurer les besoins de sa famille. L'esprit d'entreprise lié à l'activité libérale fait qu'il doit rester actif et dynamique. L'arrêt de travail est difficile voire impossible pour certains médecins devant les lourdes charges financières prélevées et le peu

d'indemnités perçues par les assurances. En effet, un seul médecin avait déjà touché les indemnités journalières de la CARMF à partir de son 91^e jour de maladie, démontrant le peu d'aide financière perçue par notre profession. Le médecin B avait même dû demander une nuit d'hospitalisation de plus « *pour avoir droit à l'assurance* ».

D'autre part, les connaissances médicales font que les médecins ont une vision négative de leur santé et de la maladie : « *on a tous la trouille* », « *c'est pas facile d'être de l'autre côté de la barrière* ». Ils ont une certaine pudeur à consulter un confrère, par peur de jugement, de honte ou par fierté de se prendre en charge seul : « *on n'aime pas avoir besoin des autres* ».

Cet « idéal » du médecin peut être problématique pour la prise en charge de leur santé en général, que ce soit pour la pathologie aiguë ou chronique, mais aussi pour la prévention et les dépistages. Il semble que, pour les médecins interrogés, la difficulté de prise en charge soit due principalement au manque de temps.

C. SURCHARGE DE TRAVAIL

« *De plus en plus de travail, de plus en plus de contraintes* », c'est la pensée de la plupart des médecins. Que le médecin travaille seul ou en groupe, avec ou sans secrétariat, la charge de travail, et surtout la charge administrative, semble peser sur l'activité quotidienne. D'après la littérature, les médecins généralistes libéraux souhaiteraient travailler moins, en terme d'heures hebdomadaires, mais disent paradoxalement être satisfaits lorsque le nombre d'actes quotidiens est élevé.

Les contraintes énoncées par les médecins sont variées et liées :

- à l'activité en elle-même : « *C'est un exercice solitaire, médecine générale* »,
- à l'organisation du cabinet : « *c'est pas facile d'avoir une secrétaire* »,
- à la patientèle : « *avec des demandes incessantes des patients, qui ne comprennent pas que l'on ne puisse pas tout faire immédiatement* »,
- aux difficultés relationnelles : « *le rapport médecine de ville/hôpital, c'est pfff* »,
- aux difficultés économiques : « *lever le pied, ce qui n'est pas toujours possible financièrement* ».

Face à ces contraintes, les médecins veulent garder leur image de professionnels dynamiques, à l'écoute, efficaces, ce qui ne semble pas toujours possible. « *Le médecin il a le droit aussi d'avoir une famille, d'avoir des soucis, des angoisses, des stress* ».

Malgré l'activité libérale, une partie de l'organisation de leur travail semble être imposée et difficilement modulable. Si le mode d'activité et le lieu sont encore des choix libres, choisir un mode de secrétariat, réorganiser les locaux pour les mettre aux normes ou pour leur permettre d'accueillir un associé est très compliqué. Les charges administratives de plus en plus importantes rajoutent un poids dans l'activité des médecins. Pour certains, les rythmes de travail assez soutenus sont justifiés par une volonté d'être disponible pour leur patientèle : « *c'est pas forcément facile de dire « non » en médecine générale* ».

L'activité idéale serait de pouvoir combiner un nombre d'heures hebdomadaires travaillées, propre à chaque médecin, ainsi qu'une qualité de travail satisfaisante.

Comme le disait le médecin L : « *toute cette charge administrative c'est... moi ça me gonfle, [...] quand c'est de la médecine, c'est normal, ça ne me gêne pas* ». Le médecin I semblait avoir trouvé le bon équilibre : « *je suis passé sur rendez-vous et en secteur 2, j'en ai perdu, ça par contre, je l'ai vu, 30%, mais bon, la tranquillité, à mon avis, ça n'a pas de prix* ».

Par contre, pour le médecin F, l'intensité et la surcharge de travail, « *ce n'est pas la peur de perdre un patient, non ce n'est pas ça, parce qu'on est payé à l'acte, c'est comme ça, on pense qu'on est des messies* ». En effet, l'image du « *médecin de famille* » disponible pour ces patients, présent au cabinet à toute heure, assurant les visites à domicile, justifiées ou non, joignable par téléphone facilement, reste très présente dans l'esprit de certains médecins, mais également dans la population générale. Le médecin L disait : « *on est aussi dans la société, la société évolue mais on n'accepte pas, on a encore une vision très 19^e siècle du médecin* ». Devant une diminution du nombre de médecins généralistes, une féminisation de la profession, une volonté d'avoir une bonne qualité de vie en alliant vie professionnelle et vie personnelle, peut-on soutenir cette image de « *médecin de famille* » ?

Le médecin O disait « *le travail c'est bien mais il faut un équilibre* ». Et le médecin N : « *j'essaie de respecter des horaires qui puissent être en accord aussi avec ma vie personnelle* ».

Si pour ces médecins, la charge de travail semble être maîtrisée en donnant du temps à la vie personnelle, peuvent-ils dégager du temps pour s'occuper de leur santé ? Cette phrase du médecin F m'a interpellée : « *Ce cancer était le bienvenu parce qu'il fallait que je décélère* ». Elle illustre l'importance de s'accorder du temps pour sa santé et de sortir de ce rythme soutenu de travail.

D. LA PATHOLOGIE DU MEDECIN

Comme dans la population générale et dans les enquêtes portant sur la santé des médecins, les médecins généralistes des Alpes-Maritimes interrogés sont porteurs de pathologies chroniques (cancers, pathologies cardiovasculaires, rhumatismales). S'ils semblent satisfaits de leur prise en charge, il est important de souligner plusieurs points.

Parmi les médecins ayant déclaré une pathologie chronique, plusieurs n'ont jamais confirmé leur diagnostic ni pris l'avis d'un confrère spécialiste. C'est le cas par exemple pour des pathologies rhumatismales : « *je me fais mes radios, je me fais mon diagnostic, et je me fais ma prévention* » pour le médecin C, ou « *le dos aussi, ça je bricole tout seul parce que je fais de l'ostéopathie* » pour le médecin M, ou encore « *j'ai pas avalé le tube mais bon, j'ai tous les signes* » pour son reflux gastrique. C'est le cas aussi pour le médecin F qui, suite à son cancer du sein, déclarait : « *je me fais tous les ans mon bilan post cancer, [...] personne ne me suit* ».

J'ai trouvé ces déclarations marquantes par le fait que les médecins, souffrant de pathologies chroniques, parfois graves, assurent seuls le diagnostic, les prescriptions, la réévaluation et le suivi de leur pathologie.

Certes, l'élaboration d'un diagnostic médical est faisable par tout médecin généraliste, mais est-on capable d'être objectif et de prendre le recul nécessaire lorsqu'il s'agit de ses propres symptômes, surtout pour une pathologie durable dans le temps ? Je pense qu'il existe un risque d'occulter certains symptômes ou de se traiter par habitude sans réévaluer le traitement au long cours.

Le médecin F disait avoir été suivie pour son cancer puis assurer maintenant seule sa surveillance. Après quelle durée peut-on stopper le suivi médical assuré par le spécialiste et peut-on assurer soi-même son suivi pour une pathologie telle que les cancers, avec l'angoisse et le stress qui doivent perdurer ?

Pourtant, lorsqu'on aborde l'autoprescription avec les médecins, la plupart parlent du manque d'objectivité et des risques. Ils s'accordent à dire que « *l'autoprescription, quand elle dépanne, pourquoi pas ?* », « *cela doit rester un dépannage de certains médicaments de la vie courante* », « *parce qu'on a tendance à... effectivement on a tout sous la main* ». Pour eux, les risques d'erreur diagnostique et de dénier certains symptômes doivent limiter l'autoprescription. Pourtant, les 7 médecins ayant un traitement chronique utilisent l'autoprescription, de même pour ceux consommant ou ayant consommé des anxiolytiques et hypnotiques.

Quelle est la limite entre la pathologie jugée bénigne et celle qui requiert un avis extérieur ?

Le médecin B pensait : « *je n'ai pas de médecin généraliste parce que je n'ai pas de problème que je ne sache résoudre moi-même* ».

Dans certains pays, l'autoprescription est interdite et les médecins ne peuvent se déclarer eux-mêmes leur médecin traitant. Doit-on penser à une telle mesure en France pour limiter les risques liés à l'auto prise en charge ?

La prise en charge globale de la santé d'un patient est assurée par tout médecin généraliste, que ce soit pour la pathologie, mais aussi pour les dépistages et la prévention. Lorsque le médecin est son propre patient, est-ce que la prise en charge globale est assurée ?

E. DÉPISTAGES ET PRÉVENTION

Pour leurs propres dépistages, les médecins déclarent appliquer les recommandations concernant les cancers du sein et du col utérin. Le dépistage du cancer colorectal est également assuré pour 80 % des plus de 50 ans, ce qui est nettement supérieur aux données de la littérature (35 %). Les deux médecins n'ayant jamais réalisé ce dépistage parlent de « *négligence* » et « *d'oubli* ».

Mais majoritairement, dépister sa propre santé ne semble pas un problème pour les médecins généralistes des Alpes-Maritimes.

Par contre, dans cette région à risque, seul le médecin A ayant souffert d'un mélanome considérait l'examen dermatologique comme un dépistage nécessaire.

Les médecins interrogés ont déclaré prévenir leurs facteurs de risque cardiovasculaire. Un seul se déclarait fumeur actif, un autre déclarait une consommation d'alcool à risque, consommation peut-être sous-estimée par le biais lié au déclaratif. Les dyslipidémies étaient traitées soit par médicament, soit par régime alimentaire. Pour la plupart des médecins, la prévention se résumait à « *je fais attention à ce que je mange, je fais du sport, j'ai un cholestérol à 1,98 grammes* ». Le médecin C disait « *j'ai du cholestérol donc je me traite, [...] mon régime, je le fais, [...] je me fais un électro régulièrement* ».

Là encore les examens et la prévention sont assurés par le médecin lui-même. Qu'en est-il de leur examen clinique régulier ? Je n'ai pas abordé ce point lors des entretiens. Mais comme le soulignait le médecin J, « *il est difficile d'ausculter ses propres poumons* ». La réflexion du médecin E, 55 ans, était « *j'ai pas fait d'examen cardio, [...] je me suis remise au sport en faisant moi-même le certificat* ». Elle n'a

pas jugé utile d'être examinée avant de réaliser son certificat médical malgré un risque potentiel. Quelle est la pertinence d'un certificat réalisé par le médecin pour lui-même ?

F. L'ÉPUISEMENT

Nous avons été étonnés de rencontrer des médecins racontant les difficultés psychologiques dont ils ont souffert, ne pensant pas qu'ils en parleraient librement. Dès le premier entretien, le médecin A s'est confié sur son épisode dépressif, et lors du 4^e entretien, le médecin D a souhaité parler presque exclusivement de son burn out. J'ai d'ailleurs trouvé compliqué de mener l'entretien D car le médecin interrogée était très touchée de raconter son expérience : « *C'est compliqué pour moi de vous dire tout ça* ». Mais ce travail m'a permis d'être plus à l'aise pour les entretiens suivants, sachant mieux appréhender le discours et relancer la discussion pour l'enrichir.

Parmi les 16 entretiens, seulement 6 médecins ont déclaré ne pas être concernés par des difficultés psychologiques. Pour les autres, il s'agissait de syndromes dépressifs, de surmenage, ou de burn out clairement déclarés. Aucune échelle de mesure d'épuisement professionnel n'a été proposée aux médecins puisqu'il ne s'agissait pas là de réaliser un diagnostic, mais de recueillir leur vécu. Ceux ayant présenté un épisode d'épuisement étaient dans 75 % des cas âgés de 55 ans ou moins. On peut penser que les médecins les plus âgés se protègent mieux des difficultés, ou qu'il existe une fragilité de la génération plus jeune.

En analysant le discours des médecins, on peut souligner que, lors d'un syndrome d'épuisement professionnel ou de surmenage, le médecin a tendance à se

replier sur lui-même, à s'isoler et à retarder la prise en charge en niant les symptômes. Le médecin D disait : « *On a un boulot qui marche bien, on a des patients, on a les enfants qui vont bien, pourquoi on ne va pas bien quoi ?* » Le médecin H s'est d'abord automédiquée : « *J'ai commencé à prendre, un petit peu de somnifères* ».

Il existe donc une difficulté à reconnaître les symptômes de l'épuisement et à les accepter, puis une seconde difficulté qui est d'agir pour prendre en charge cet épisode. « *Il y a un numéro qu'on peut appeler, qu'on avait reçu du Conseil de l'Ordre, je l'ai jamais fait parce que j'ai pas osé. [...] On se sent pas fier de soi hein. On n'a pas envie d'aller parler de ça, on a l'impression qu'il y a personne qui peut nous aider* » racontait le médecin D. Certains ont fait assurer leur prise en charge par un confrère psychiatre ou à l'aide une psychothérapie, avec ou sans traitement antidépresseur. Pour d'autre, la solution passait par la prise de repos et de distance par rapport au travail. Un médecin a confié avoir pris « *peut-être un peu de whisky mais bon* ». Je n'ai pas approfondi cet argument, mais il est vrai que des consommations à risque d'alcool ou de tabac, voire de psychotropes, ont pu être associées à ces épisodes d'épuisement.

Face à ces expériences, les médecins conseillaient d'être « *raisonnable* », de « *passer la main* », de « *se ménager* », d'échanger avec les pairs, d'avoir une bonne hygiène de vie, de diversifier son activité, de transmettre son savoir aux étudiants. Mais organiser son activité semble être le point le plus important, « *savoir où est la limite de l'excès de travail* », « *lever le pied* ». Le médecin I concluait : « *on peut très bien faire notre boulot sans se tuer quoi* ».

Face à tous ces problèmes, la majorité des médecins regrette le manque de démarche de la part des autorités pour prévenir le burn out.

G. QUELS PROJETS POUR UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE ?

De nombreuses idées ont émergé, lors de notre enquête, concernant l'amélioration de la santé des médecins.

Six médecins ont proposé, spontanément, la création d'une médecine du travail pour les médecins libéraux, et 4 autres médecins y étaient favorables après suggestion de cette idée. « *On devrait avoir des consultations à l'installation, au bout de cinq ans, ou à 40 ans, à 50 ans* ». Le côté obligatoire paraît, pour certains, être un frein : « *obligatoire non, ce serait mal, très mal vécu* ». Mais pour d'autres, seul l'obligation permettrait une réelle adhésion des médecins. Les missions d'un tel système seraient la prévention, les dépistages, l'orientation en cas de pathologie, et également la recherche et la prévention des signes d'épuisement. L'organisation devrait être assurée, selon les médecins, par la CPAM ou les assurances privées. « *Je ne pense pas que ça relève de l'Ordre* » disait le médecin A.

A l'évocation des structures existant dans d'autres régions, dédiées à la santé des médecins libéraux, 13 médecins ont été séduits par cette idée. L'un d'eux avait évoqué spontanément l'idée d'une structure créée par la Sécurité Sociale : « *il y aurait un truc au niveau de la Sécu avec une prise en charge, [...] ce serait réservé aux médecins, oui* ». « *Un endroit où on puisse aller si on a un doute sur son... ou peut-être simplement évacuer, pouvoir parler* » suggérait le médecin H. La vocation d'une telle structure ou consultation pourrait être également la prévention et les dépistages, ainsi que la prise en charge de pathologie. Mais le versant

psychologique attire surtout les médecins : « *Faire la démarche d'aller voir un psy, [...] une consultation dédiée, [...] on y aurait plus facilement recours* ». La gestion des consultations pourrait être assurée par « *des psychiatres* », « *des psychologues* », « *ou par des médecins généralistes formés* ». Selon les médecins, l'organisation relèverait du Conseil général, de la Sécurité Sociale et de l'ARS ou de l'Ordre des médecins. Le médecin I soulignait : « *Vu tout ce qu'on cotise, on cotiserait pour ça aussi* ». Et le médecin O rajoutait : « *ils nous surveillent pour les prescriptions, et bien ils pourraient nous aider à surveiller notre santé* ».

Les idées proposées pour améliorer la santé des médecins libéraux sont donc nombreuses. Il existe une réelle demande de leur part pour de tels projets. Qu'en est-il des systèmes existants au niveau régional, national et international ?

III. DÉMARCHES POUR AMÉLIORER LA SANTÉ DES MÉDECINS

Il existe, dans le monde, différents systèmes proposés aux médecins libéraux afin de les aider dans leur pratique et/ou pour la prise en charge de leur santé.

A. AU QUÉBEC

Le Programme d'Aide aux Médecins du Québec (PAMQ) existe depuis 1990. Il s'agit d'un organisme à but non lucratif et autonome, financé par cotisations, offrant une aide professionnelle aux médecins souffrant de toxicomanie, de dépendance à l'alcool ou de pathologies psychiatriques. La prise en charge se fait par entretien téléphonique suivi d'une rencontre avec un médecin si besoin. Le but est de permettre une réinsertion sociale et professionnelle assistée, et suivre périodiquement chaque médecin jusqu'à rétablissement (26).

Pour accompagner les médecins libéraux dans leur pratique, un programme de suivi administratif des médecins a été mis en place en 1999 par le Collège des médecins du Québec. Il permet d'assurer le suivi des médecins ayant des problèmes de santé physique ou mentale susceptibles de compromettre l'exercice de la médecine. Il s'agit d'une surveillance accrue de l'aptitude à exercer (13).

B. EN EUROPE

L'association EAPH (European Association for Physicians Health) a été créée en 2009. Elle organise des congrès annuels pour la promotion de la santé des médecins. L'objectif est de partager les recherches et activités autour de la santé du médecin, encourager le développement de service de santé et en faciliter l'accès. Son rôle est uniquement informatif (27).

En Angleterre

En 1995, la British Medical Association (BMA) publiait des directives sur les responsabilités morales des médecins : il n'est pas recommandé que les médecins assument la responsabilité du diagnostic et la gestion de leurs problèmes de santé ou ceux de leur famille ; tous les médecins devraient être inscrits chez un médecin généraliste n'ayant pas de lien de parenté et n'étant pas un associé ; les références pour les conseils spécialisés devraient dépendre de leur médecin généraliste ; il n'est pas recommandé de s'auto-prescrire des médicaments ; le médecin devient patient lorsqu'il reçoit des soins. Une étude réalisée en 1999 en Angleterre montrait que peu de médecins suivaient ces recommandations du fait de l'existence d'une barrière à consulter le médecin généraliste référant, notamment pour parler de problèmes psychologiques ou d'addiction (28).

En Espagne

Le Programme d'Aide Intégrale pour le Médecin Malade (PAIMM) a été créé en 1998 à Barcelone par l'Ordre des Médecins de Barcelone, le Département de Santé et Sécurité Sociale et le Service Catalan de Santé. Sa création a été justifiée par le fait que, d'après les études espagnoles, les médecins ont une chance sur dix de

subir, pendant leur vie professionnelle, un épisode lié à une maladie psychique et/ou à des conduites de dépendance, pouvant nuire à leur exercice professionnel avec erreurs et négligences. Le programme dispose de services d'hospitalisation, d'hôpital de jour et de traitement ambulatoire, spécialisés et confidentiels, spécifiques pour les professionnels de la médecine. La localisation du centre n'est communiquée aux patients qu'au moment d'initier le traitement et leur identification se fait sous un faux nom. La philosophie repose sur le Code de Déontologie Catalan : article 101 « le médecin conscient d'être malade, de pouvoir transmettre une maladie et qui constate des difficultés pour exercer de façon pleinement efficace sa profession, doit consulter un ou plusieurs collègues pour qu'ils apprécient sa capacité professionnelle et suivent les indications données » et article 102 « le médecin informé de l'état de santé précaire d'un confrère, doit lui recommander (avec discrétion) de consulter. Ce médecin a également le devoir de communiquer cette information à l'Ordre des Médecins. La sécurité des patients doit toujours être la priorité ». Jusqu'en 2012, 1903 médecins malades avaient été traités pour des troubles de l'adaptation, abus d'alcool ou d'autres substances (29).

C. EN FRANCE

1. Les associations

L'association AAPML est une cellule d'écoute dédiée aux médecins libéraux, créée en 2004 en Ile-de-France puis en 2007 en région PACA, en collaboration avec le Groupe Mutualité Pasteur, l'ARS et l'URPS (30). La réception des appels est assurée par des psychologues cliniciens spécialisés dans la prévention, la prise en charge et la gestion des troubles psychologiques liés au travail. Le numéro de

téléphone dédié est gratuit, fonctionnant 24h/24, et les appels sont anonymes. En 2012, il y avait en moyenne onze appels par mois (31).

En Midi-Pyrénées, l'Association Médecins Organisation Travail Santé (MOTS), financée par des dons, propose aux médecins en situation de burn out de leur apporter des solutions dans l'organisation de leur travail, la prévention et la gestion de leur santé, par un accueil téléphonique personnalisé et confidentiel (32). Elle peut organiser des auto-questionnaires, des visites du cabinet et des entretiens.

L'association pour la Promotion des Soins aux Soignants (APSS), financée par la CARMF et le Conseil National de l'Ordre des Médecins, a pour objectif la prévention de pathologies psychiques et addictives des médecins. Il s'agit de contacts téléphoniques (33).

2. Le bilan de santé

L'Assurance Maladie propose un examen périodique de santé, tous les cinq ans, à tous ses assurés sociaux du régime général, totalement pris en charge. Il est destiné en priorité aux personnes éloignées du système de santé qui ne bénéficie pas d'un suivi médical régulier ni de dispositif d'offre de prévention organisée (34). Mais, lors d'une enquête dans le Languedoc-Roussillon en 2012, les médecins jugeaient inutile de leur proposer un service de médecine préventive calqué sur ce système et déclaraient qu'ils n'y adhèreraient pas (35).

3. La structure spécifique

Fin 2009, après une enquête préalable évaluant les besoins des médecins pour leur santé, a été créée l'association IMHOTEP en Haute-Normandie, premier service

de médecine préventive en France destiné aux médecins libéraux. Elle a été subventionnée par l'ARS puis à l'aide de l'Ordre des médecins et des URPS, nécessitant une adhésion annuelle de 66 euros (36). Les actions étaient l'évaluation des facteurs de risques personnels et professionnels, les dépistages et la surveillance périodique de la santé, l'aide à l'orientation diagnostique et thérapeutique sans prescription directe et l'aide psychologique, en toute confidentialité, sans jugement sur l'aptitude à l'exercice professionnel. Les volontaires recevaient un questionnaire de quinze pages à renvoyer avant la consultation. Celle-ci, anonyme, durait entre une et deux heures, effectuée par un médecin du travail, recevant dans les locaux de services de santé au travail. Des examens de dépistage étaient réalisés (électrocardiogramme, bilan sanguin, explorations fonctionnelles respiratoires, tests de vision et audition). Des examens complémentaires ou consultation spécialisée étaient proposés chez des confrères participant au réseau. Pour les médecins rencontrant des difficultés psychologiques, ils étaient adressés à l'AAPML (24). Sur les 80 % de médecins favorables à la création de cette structure lors de l'enquête préliminaire, seuls 20 % y avaient adhéré en 2012, la majorité pour un simple bilan de santé, ou d'autres pour la prise en charge d'un épuisement professionnel, des troubles musculo-squelettiques ou pour une aide au maintien dans l'exercice (37). D'après le Dr Kuntz, à l'initiative de cette structure, l'activité d'IMHOTEP a été suspendue pour des raisons financières et un manque de personnel. Une étude est en cours pour repenser la structure et faciliter son activité (voir ANNEXE 4, page 120).

De nombreuses autres études montrent l'intérêt des médecins pour la création de projets similaires. Verjus retrouvait que 68,9 % des médecins interrogés en

Savoie et Isère souhaitaient la création d'une structure de soins pour leur propre santé, respectant confidentialité et neutralité. Les caractéristiques souhaitées étaient à la fois une prise en charge psychologique et psychiatrique que somatique, avec possibilité de prescription et de suivi, sans détermination de l'aptitude à exercer (38). De même, dans le Maine et Loire en 2012, Gombert retrouvait que 74 % des médecins interrogés étaient favorables à un projet similaire mais seulement 61 % pensaient y adhérer, par peur d'une éventuelle perte financière en cas d'arrêt maladie et un non-respect du secret médical. Ils proposaient également que cette structure puisse accueillir toutes les professions médicales, libérales et salariées, généralistes et spécialistes (39).

En 2014, un projet a été mené dans le Vaucluse pour la création d'une médecine préventive pour les médecins libéraux. Il s'agit d'une démarche volontariste. La récente ouverture du dispositif, en février 2015, ne permet pas encore de connaître le nombre de consultations ni les motifs. Les médecins de la région d'Avignon ont été informés de son existence par le CDOM mais aussi à l'occasion des FMC. La consultation a lieu dans les locaux du Centre d'examen de la Sécurité sociale, assurée par un médecin du centre sensibilisé aux problèmes de burn out et d'addiction, respectant la confidentialité totale et absolue. Un bilan sanguin standard est réalisé avant la consultation, suivi d'un examen clinique et d'un entretien sur l'hygiène de vie et l'état psychologique. Léopold déclare devant cette action « nous-mêmes sommes nous peut-être dans le déni de nos propres difficultés, [...] jouons le jeu de la prévention. Pour une fois au moins déléguons la surveillance de notre santé à un confrère » (40).

De nombreuses actions émergent donc depuis quelques années dans plusieurs départements français. Elles sont la plupart du temps à l'initiative de médecins membres des Conseils de l'Ordre, de la caisse d'assurance maladie, ou des services de médecine du travail. Bien que la volonté d'indépendance de toute organisation soit souhaitée lors des études préliminaires, il semble que le financement par simples cotisations des adhérents soit insuffisant pour permettre le bon fonctionnement de telles structures.

S'agissant de notre étude, les médecins généralistes des Alpes-Maritimes sont demandeurs d'un système qui permettrait d'améliorer la prise en charge de leur santé. Une des propositions qui ressort après l'analyse des entretiens serait de créer des consultations dédiées aux médecins libéraux, à type de vacations, réalisées par des médecins psychiatres, des psychologues, ou même par des médecins généralistes ou spécialistes formés à la prise en charge des professionnels de santé et au syndrome d'épuisement professionnel. Une telle action pourrait permettre d'assurer la prévention, les dépistages, l'aide au diagnostic des pathologies, mais surtout la prévention, le dépistage et la prise en charge du burn out. Les médecins interrogés proposaient un financement par l'ARS, le Conseil général ou par les cotisations déjà prélevées par l'URSSAF. Un médecin était même volontaire pour être formé à prendre en charge des confrères. Plusieurs médecins pensaient que cette consultation pourrait avoir lieu dans les locaux du Conseil départemental de l'Ordre des médecins.

Un tel projet demande une réflexion approfondie et pourrait faire l'objet d'une prochaine étude pour connaître les modalités de sa concrétisation.

CONCLUSION

Le but de notre étude était de recueillir l'expérience et le sentiment des médecins généralistes libéraux des Alpes-Maritimes sur la prise en charge de leur santé et leur parcours de soin. L'objectif secondaire était de rechercher si la création d'une consultation spécifiquement dédiée aux médecins répondrait à leurs besoins pour améliorer leur prise en charge globale.

Ce travail nous a permis d'analyser les particularités du parcours de soins des médecins généralistes. Les médecins interrogés se sentent concernés par leur propre santé. Même si la majorité juge satisfaisante la prise en charge de leur santé, ils reconnaissent la difficulté pour un médecin d'être malade, à cause de leur activité professionnelle, mais également par peur de la maladie, négligence et déni des symptômes. Consulter un confrère ne paraît pas poser de problème pour des événements aigus ou graves, mais pour des pathologies chroniques ou des difficultés psychologiques, les médecins déclarent le plus souvent agir seuls. L'autoprescription est utilisée par tous les médecins, même s'ils considèrent ce privilège dangereux et risqué. Les syndromes d'épuisement professionnel sont fréquents, diagnostiqués et pris en charge souvent de façon retardée, par peur de se confier et de consulter. La prévention et les dépistages ne semblent pas être un problème pour les médecins, mais là encore ils agissent seuls.

Les propositions des médecins pour la création d'une médecine du travail sont riches et variées. L'obligation paraît nécessaire pour assurer une bonne adhésion. De tels projets n'ont pas encore été menés en France, les médecins redoutant un manque de confidentialité et une détermination de l'aptitude à exercer.

Comme dans d'autres études, les médecins généralistes interrogés dans les Alpes-Maritimes sont demandeurs d'une consultation qui leur serait dédiée, avec une mission de prévention, dépistage, et prise en charge de pathologies somatiques et psychiques. De tels projets étant menés dans plusieurs régions françaises, il serait intéressant de compléter notre travail par des études sur la faisabilité et les modalités d'un tel projet dans les Alpes-Maritimes.

Comprendre les attitudes des médecins généralistes face à leur santé est donc essentiel pour déterminer leurs besoins, et envisager le développement de mesures adaptées, dédiées à cette population particulière.

BIBLIOGRAPHIE :

1. LE BRETON-LEROUVILLOIS G. *Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2015*. Conseil National de l'Ordre des médecins, 2015.
2. LE BRETON-LEROUVILLOIS G. *Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2014*. Conseil National de l'Ordre des médecins, 2014.
3. PARAPONARIS A, VENTELOU B, VERGER P, DESPRÈS P, AUBRY C, COLIN C, et al. La médecine générale vue par les médecins généralistes libéraux. *Revue Française des Affaires Sociales*, 2011/2, n° 2-3, p. 29–47.
4. AULAGNIER M, OBADIA Y, PARAPONARIS A, SALIBA SERRE B, VENTELOU B, VERGER P. L'exercice de la médecine générale libérale. Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. *Études et résultats*, DREES, 2007, n° 610.
5. SCHWEYER F. Histoire et démographie médicales. *Adsp*. 2000, n°32, p. 16-19.
6. MANZANO M, LHUILIER D. *Processus de construction du rapport des médecins généralistes libéraux à leur propre santé : retour sur une recherche-action menée en Haute-Normandie* [En ligne]. 2013, Disponible sur : http://sante-indep.sciencesconf.org/conference/sante-indep/program/Manzano_Lhuillier_processus_de_cosntruction_sept_2013.pdf
7. ERRIEAU G. Exercice et organisation de la médecine libérale. *Adsp*. 2000, n°32, p. 42-43.
8. KELLER B. Médecins libéraux : ces craintes qui alimentent le malaise. *Adsp*. 2000, n°32, p. 56-57.
9. Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Seine-Maritime. *Enquête sur la santé des médecins libéraux de Haute-Normandie* [En ligne]. 2008, Disponible

sur : <http://www.cdom76.com/doc/enquete.pdf>

10. MONDET B, VERGER P. *La santé des médecins généralistes de ville en région PACA - 5e vague d'enquête du Panel de médecins généralistes dans 5 régions* [En ligne]. 2012, Disponible sur : <http://www.urps-ml-paca.org/wp/wp-content/uploads/2012/10/SanteMedecins.pdf>

11. BOURNOT M-C, GOUPIL M-C, LECLÈRE B, TALLEC A, TUFFREAU F, HÉRAULT T. *Vie professionnelle, vécu du travail et état de santé des médecins généralistes des Pays de Loire* [En ligne]. Rapport détaillé de l'ORS et de l'URML des Pays de la Loire, 2010. Disponible sur : http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/documents/ORS/ORS_pdf/panelIMG/2010panel1_V4_rapport.pdf

12. CARMF. *La CARMF en 2014*. Rapport d'activité, 2014.

13. LERICHE B, BIENCOURT M, BOUET P, CARTON M, CRESSARD P, FAROUDJA J-M, et al. *Le médecin malade* [En ligne]. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins, 2008, Disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/lemedecinmalade.pdf>

14. BRUNIE B. *Le médecin-patient et sa santé : quelles différences perçoit-il entre sa prise en charge et celle de ses patients ? Enquête qualitative auprès de médecins généralistes d'Indre-et-Loire*. Th : Med : Tours; 2013.

15. GALAM E. Soigner les médecins malades. Première partie : un patient (pas tout à fait) comme les autres. *Médecine*. 2013, p. 420-423.

16. PORTALIER GAY D. *Les médecins : des patients comme les autres ? Ou attitude et vécu des médecins devenus eux-mêmes patients. Etude qualitative auprès de 15 médecins généralistes en Rhône-Alpes*. Th : Med : Lyon; 2008.

17. CHAPUSOT-FILIPOZZI J. *Attitude du médecin généraliste vis-à-vis de la prise en charge de sa santé : étude qualitative auprès de 15 médecins généralistes lorrains*. Th : Med : Nancy; 2012.

18. LÉOPOLD Y. *Les chiffres du suicide chez les médecins*. Rapport au Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2003.
19. DESPRÈS P, GRIMBERT I, LEMERY B, BONNET C, AUBRY C, COLIN C, et al. Santé physique et psychique des médecins généralistes. *Études et résultats*, DREES, 2010, n°731.
20. ALATA S. *Etat de santé des médecins généralistes en Corse : Etude descriptive à partir d'un panel de 121 médecins généralistes*. Th : Med : Nice; 2014.
21. DUSMESNIL H, SALIBA SERRE B, RÉGI J-C, LEOPOLD Y, VERGER P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. *Santé Publique*, 2009/4 Vol. 21, p. 355–364.
22. GALAM É. Burn out des médecins libéraux. 1^{re} partie : une pathologie de la relation d'aide. *Médecine*, 2007, p. 419-421.
23. CATHÉBRAS P, BEGON A, LAPORTE S, BOIS C, TRUCHOT D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. *La Presse Médicale*, 2004, vol. 33, n°22, p. 1569–1574.
24. KUNTZ A. *La santé des médecins libéraux en Haute-Normandie : analyse des besoins et mise en place de l'expérimentation d'un service de médecine préventive*. Th : Med : Rouen; 2011.
25. Société Française d'Alcoologie. *Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement*. 2015.
26. Programme d'Aide aux Médecins Québécois [En ligne]. Disponible sur : <http://www.pamq.org>
27. Europaen association for physicians health [En ligne]. Disponible sur : <http://www.eaph.eu>
28. FORSYTHE M, CALNAN M, WALL B. Doctors as patients: postal survey examining consultants and general practitioners adherence to guidelines. *BMJ*, 1999, Vol. 319, p. 605-608.

29. PADRO SELMA J. *El Programa d'Atencion Integral al Medico Enfermo y el control del ejercicio profesional* [En ligne]. 2013, Disponible sur : <http://www.fgalatea.org/pdf/paimm.pdf>
30. Association d'Aide aux Professionnels de santé et Médecins Libéraux [En ligne]. Disponible sur : <http://aapml.fr>
31. GALAM E, MOURIES R, FUMEY A. *Ecouter les médecins en souffrance grâce à une plate forme téléphonique : bilan 2012 de l'AAPML*. Rapport d'activité de l'AAPML, 2012.
32. Médecins Organisation Travail Santé [En ligne]. Disponible sur : <http://www.association-mots.org>
33. Association pour la Promotion des Soins aux Soignants [En ligne]. Disponible sur : <http://apss-sante.fr>
34. Assurance Maladie. *L'examen périodique de santé* [En ligne]. Disponible sur : http://www.ameli.fr/assures/prevention-sante/l-examen-periodique-de-sante_isere.php
35. GRAU COPPIETERS F. *Etude de faisabilité d'un service de médecine préventive pour les médecins généralistes du Languedoc-Roussillon*. Th : Med : Montpellier, 2012.
36. IMHOTEP [En ligne]. Disponible sur : <http://imhotepn.blogspot.fr>
37. KUNTZ A. *Bilan d'activité d'IMHOTEP Haute-Normandie : 23/02/2011-18/04/2012*. Rapport d'activité IMHOTEP Haute-Normandie, 2013.
38. VERJUS A-L. *Médecins libéraux des Savoie et Isère : étude épidémiologique des besoins d'un système de soins dédié à leur propre santé*. Th : Med : Grenoble; 2012.
39. GOMBERT A. *Les attentes des médecins généralistes concernant leur prise en charge médicale sont-elles en adéquation avec les interventions proposées? Etude quantitative par questionnaire sur un échantillon de 100 médecins généralistes du Maine-et-Loire*. Th : Med : Angers; 2012.

40. LEOPOLD Y. L'expérimentation de médecine préventive pour les médecins libéraux du Vaucluse. *Le Journal des Médecins Libéraux PACA*, 2014, n°47, p. 28.

ANNEXES

ANNEXE 1

Guide d'entretien semi-dirigé

I. Présentation de l'étude

Actuellement jeune médecin généraliste remplaçante, je réalise une étude sur la santé et le parcours de soin des médecins généralistes libéraux.

Ce travail est réalisé dans le cadre de ma thèse pour l'obtention du diplôme d'Etat de Docteur en médecine, dirigée au sein du département de Médecine Générale de l'Université de Nice par le Dr Gardon.

Je cherche à connaître le mode de prise en charge des médecins généralistes concernant leur propre santé.

Je vous remercie de participer à cette étude et de m'accorder un entretien anonyme, qui sera enregistré par dictaphone après votre accord.

II. Données générales

Age :

Sexe :

Date d'installation :

Lieu d'exercice : urbain semi-rural rural

Mode d'exercice : seul en groupe

Activité particulière (salarié, autre activité que médecine générale) :

Maître de stage : oui non

Nombre moyen d'actes par jour :

Médecin traitant déclaré : non oui (vous-même, autre généraliste, spécialiste)

Consommation de tabac : non oui (sevré actif, en Paquet/Année :)

Consommation d'alcool (nombre de verre par sem) :

Consommation de psychotropes : non oui (classe thérapeutique :)

Maladie chronique : non oui (préciser :)

Maladie aiguë entraînant arrêt maladie : non oui (préciser :)

Titulaire d'indemnités journalières par la CARMF : oui non

III. État de santé et parcours de soin

A. Pathologies aiguës et chroniques

Quand on vous parle de médecin malade, quelles sont vos représentations ?
Lors d'une pathologie aiguë qui vous a marquée, comment s'est passée votre prise en charge en pratique ?

Avez-vous déjà souffert ou souffrez-vous d'une pathologie chronique ?

Quels médicaments prenez-vous actuellement ? *Qui les prescrit ?*

B. Dépistage et prévention

Quelles sont vos expériences personnelles des dépistages organisés ? (**Pour les plus de 50 ans**)

Quelles sont vos expériences personnelles des dépistages individuels (frottis cervicovaginal, prostate, mélanome...) ?

Quelle prévention concernant vos facteurs de risque cardiovasculaire, s'ils existent, avez-vous mis en place ?

C. Difficultés psychologiques

De nombreux médecins libéraux souffrent de difficultés psychologiques (stress, anxiété, épuisement professionnel, dépression). Qu'en pensez-vous ?

IV. Structure et consultation spécifique

Que pensez-vous de la prise en charge globale de votre santé ?

Auriez-vous des solutions à proposer pour améliorer la prise en charge de la santé des médecins généralistes ?

Que pensez-vous de la création d'une structure ou d'une consultation dédiée à la santé des médecins en région PACA ?

Que pensez-vous d'une consultation annuelle obligatoire pour les médecins libéraux, de type médecine du travail ?

V. Conclusion

Pouvez-vous me dire pourquoi vous avez choisi de participer à cet entretien ?
Avez-vous des remarques à ajouter ?

Je vous remercie pour votre participation et pour le temps que vous m'avez accordé.
Je vous transmettrai le résultat de mon travail si vous le désirez.

ANNEXE 2 : Caractéristiques démographiques

Entretien	Age	Sexe	Installation	Lieu d'exercice	Mode d'exercice	Maître de stage	Nb d'actes/j	Activité particulière	Durée entretien
A	55	M	1991	Urbain	Groupe	Oui	20	Médecine du sport ; coordinateur foyer adultes handicapés	35,18
B	61	F	1978	Urbain	Groupe	Oui	20	Permis de conduire ; crèche	34,47
C	64	F	1986	Urbain	Seul	Oui	30	0	22,26
D	46	F	2000	Urbain	Groupe	Oui	20	0	14,35
E	55	F	1987	Semi-rural	Groupe	Non	20	Gynécologie, Thérapie cognitive, hypnose, nutrition	24,16
F	66	F	1976	Urbain	Seul	Non	20	Mésothérapie, gérontologie	55,47
G	62	M	1981	Urbain	Seul	Non	20	0	22,33
H	55	F	1994	Semi-rural	Groupe	Non	15	0	23,16
I	63	M	1976	Urbain	Seul	Non	13	0	22,32
J	46	M	2000	Urbain	Seul	Non	25	Coordinateur EHPAD, mésothérapeute	9,39
K	64	M	1979	Rural	Seul	Non	17	0	17,34
L	57	M	1985	Urbain	Seul	Oui	30	0	25,29
M	61	M	1984	Semi-rural	Seul	Non	25	Ostéopathie	16,45
N	36	F	2001	Urbain	Groupe	Oui	20	Visites Institut médico-éducatif	18,56
O	37	M	2008	Semi-rural	Seul	Non	15	Nutrition, Mésothérapie, Esthétique	10,17
P	40	M	2005	Rural	Groupe	Oui	17	0	13,53

ANNEXE 3 : Caractéristiques médicales

Entretien	MT déclaré	Tabac	Alcool (verre/sem)	Psychotropes	Ttt	Maladie Chronique	Maladie aiguë	Difficultés psycho	IJ CARMF
A	Confrère MG	non	5	Hypnotique occasionnel	Anti Histaminique	Mélanome	Fracture astragale	Oui	Non
B	Propre MT	sevré	2	Anxiolytique	Aspirine, Hypolipémiant, antiarthrosique	Polypes coliques, rhumatisme, AVC	Fracture clavicule	Oui	Non
C	Propre MT	non	2	non	Antiarthrosique, antalgiques, AINS, hypolipémiant	Arthrose	Fracture scapula, Phlébite profonde	Non	Non
D	Confrère MG	20 PA	3	non	0	0	Burn out, cystites, varices	Oui	Non
E	Propre MT	non	3	Hypnotique occasionnel	Antiarthrosique, antalgique	Gonarthrose, Psoriasis, Migraine	0	Oui	Non
F	Propre MT	non	0	non	Colchicine, IPP, Bbloquant, Icalcique, Anti-agrégant	Cancer sein, maladie périodique, angor spastique, RGO	0	Oui	Oui
G	Propre MT	non	2	non	0	0	Fracture cheville, ligament genou, hernie inguinale	Non	Non
H	Propre MT	non	0	ATCD anxiolytiques+ antidépresseur	0	0	Burn out	Oui	Non
I	Propre MT	sevré	4	ATCD anxiolytiques+ antidépresseur	Alpha-bloquant	Hypertrophie Prostate	Prostatite	Oui	Non
J	Propre MT	sevré	14	non	0	0	Hernie discale traumatique, burnout	Oui	Non
K	Propre MT	non	7	non	0	0	Dilatation des bronches, hernie inguinale, occlusion	Non	Non
L	Propre MT	non	0	non	0	Allergies	0	Non	Non
M	Propre MT	sevré	>21	non	IPP	RGO, rachialgies	0	Oui	Non
N	Propre MT	non	<1	non	0	0	Phlébite superficielle	Non	Non
O	Propre MT	non	8	non	0	0	Chirurgie	Oui	Non
P	Propre MT	sevré	<1	Hypnotique occasionnel	0	0	0	Non	Non

ANNEXE 4 : Échanges avec IMHOTEP

Le 10 mars 2015 14:14,

Audrey Romanet <[REDACTED]> a écrit :

Madame, Monsieur,

Je suis jeune médecin généraliste remplaçante à Nice.

Je réalise actuellement mon travail de thèse sur la santé des médecins généralistes libéraux des Alpes-Maritimes et leur prise en charge. Je recueille l'expérience des médecins généralistes par entretiens en face à face.

Comme lors de l'enquête réalisée en 2008 en Haute-Normandie, il ressort de mon travail une demande d'aide et d'écoute des médecins généralistes.

J'aimerais obtenir des informations sur votre structure. A qui s'adresse-t-elle ? Quels sont vos derniers chiffres, si vous les connaissez, en terme de nombres de consultations et les motifs ?

Je vous remercie de votre réponse et de toute l'aide que vous pourrez m'apporter pour mon travail.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes sincères salutations.

Audrey Romanet, DES 3 de médecine générale à la faculté de Nice.

De: Médecin Imhotep <[REDACTED]>

Objet: Rép : Demande de renseignements IMHOTEP

Date: 15 mars 2015 08:45:12 UTC+1

À: Audrey Romanet <[REDACTED]>

Bonjour,

L'initiative a été stoppée avec ma nomination au poste d'AHU fin 2011.

Il y avait des raisons financières (l'ARS n'a pas renouvelé sa contribution) & nous n'avions pas de candidat à ma succession.

Elle est en cours de redémarrage sous une autre forme (réseau de MG sensibilisés et formés à la prise en charge de confrères).

Nous élaborons actuellement des modules de sensibilisation / formation.

Nous espérons reprendre un jour la forme initiale de prévention primaire (santé publique et santé travail), tout en orientant en cas de pathologie somatique ou psychique.

Nous avons contractualisé avec l'AAPML pour les prises en charge en aigu de burnout.

Je te mets en partage un dossier Google Drive sur l'association et ses résultats.

Ma thèse retrace l'enquête, la genèse, un 1er bilan.

Il y a un second bilan (document juillet 2013).

Restant à ta disposition.

Bon courage,

Dr Antoine KUNTZ

Secrétaire

IMHOTEP Haute-Normandie

URPS - Ile Lacroix - 20 rue Stendhal 76000 Rouen

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

RÉSUMÉ

Les modifications de la démographie médicale et les contraintes imposées aux médecins généralistes ont un impact direct sur leurs conditions d'exercice, entraînant une surcharge de travail. Les répercussions sur leur santé et leurs attitudes face à la maladie en font des patients particuliers.

Le but de notre travail était de recueillir l'expérience des médecins généralistes concernant la prise en charge de leur propre santé, afin de déterminer leurs besoins et d'envisager la création de consultations dédiées qui répondrait à leurs attentes.

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés, à partir d'un guide, jusqu'à saturation des données. 16 médecins généralistes libéraux des Alpes-Maritimes ont participé à l'étude, entre décembre 2014 et mars 2015. Les entretiens ont été retranscrits puis traités par analyse thématique.

Pour les praticiens interrogés, il paraissait peu concevable d'être malade devant la charge de travail et les contraintes liées à la profession. Pourtant, la majorité a souffert de pathologies, aiguës ou chroniques, prises en charge conjointement avec leurs confrères, malgré la difficulté pour eux de revêtir le rôle de patient. La plupart des médecins étaient leur propre médecin traitant et avaient recours à l'autoprescription, conscients toutefois des risques de ne pas être objectifs. Globalement satisfaits de la prise en charge de leur santé, les médecins relevaient cependant le manque de mesures pour les aider, notamment lors de difficultés psychologiques. En effet, l'épuisement professionnel était souvent dénié et pris en charge avec retard. Ils envisageaient la création d'une médecine du travail et étaient favorables à une consultation de prévention, de dépistage et de suivi qui leur serait dédiée.

Cette analyse du parcours de soin des médecins généralistes et de leurs difficultés fait émerger un souhait de développement de consultation adaptée, dédiée à cette population particulière.

Mots-clés: étude qualitative, médecin généraliste, parcours de soin, épuisement professionnel, conditions de travail, consultation dédiée.