



HAL
open science

Auto-suivi des médecins généralistes : ressenti et propositions d'amélioration : étude qualitative auprès de médecins généralistes haut-normands

Laura Félix-Vecchio

► To cite this version:

Laura Félix-Vecchio. Auto-suivi des médecins généralistes : ressenti et propositions d'amélioration : étude qualitative auprès de médecins généralistes haut-normands. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01760334

HAL Id: dumas-01760334

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01760334>

Submitted on 25 Jun 2018

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.

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'état

Par

Laura FÉLIX-VECCHIO

Née le 15 Janvier 1988 aux Lilas (93)
Présentée et soutenue publiquement le 8 Février 2018

**AUTO-SUIVI DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES :
RESSENTI ET PROPOSITIONS
D'AMÉLIORATION**

**ÉTUDE QUALITATIVE AUPRÈS DE MÉDECINS
GÉNÉRALISTES HAUT-NORMANDS**

Président du jury:

Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL

Directrice de thèse:

Madame le Docteur Laure LEFEBVRE

Membres du jury:

Madame le Professeur Élisabeth MAUVIARD

Madame le Docteur Marianne LAINÉ

"

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018
U.F.R. DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MÉDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE (<i>détachement</i>)	HCN	Médecine interne (gériatrie) – Détachement
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW (<i>surnombre</i>)	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire

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

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

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie

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

PROFESSEURS AGRÉGÉS OU CERTIFIÉS

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

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

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

MAITRES DE CONFÉRENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique

Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIÉS

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

PROFESSEUR CERTIFIÉ

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ATTACHÉS TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Anne-Sophie CHAMPY	Pharmacognosie
M. Jonathan HEDOUIN	Chimie Organique
Mme Barbara LAMY-PELLETER	Pharmacie Galénique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

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

III – MÉDECINE GÉNÉRALE

PROFESSEUR

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

MAITRE DE CONFÉRENCE

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

PROFESSEURS ASSOCIÉS A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFÉRENCES ASSOCIÉ A MI-TEMPS – MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Marianne **LAINÉ** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

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

MAITRES DE CONFÉRENCES

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

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ – Saint Julien Rouen

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

REMERCIEMENTS:

À Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et je vous en remercie.
Je vous remercie également de l'intérêt que vous portez à la formation des internes de médecine générale et à chacun d'entre nous.
Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À Madame le Professeur Élisabeth MAUVIARD,

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de mon jury et de me faire l'honneur de juger ma thèse.
Veuillez recevoir mes remerciements les plus sincères.

À Madame le Docteur Marianne LAINÉ,

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de mon jury et de me faire l'honneur de juger ma thèse.
Veuillez recevoir mes remerciements les plus sincères.

À Madame le Docteur Laure LEFEBVRE,

Merci Laure d'avoir accepté si gentiment et si facilement d'être ma directrice de thèse. J'ai senti juste après que je réussirai enfin à réaliser ma thèse !
Merci pour tes encouragements, ta disponibilité et ton aide tout au long de cette étude.
Merci de m'avoir tant appris lors de mon stage et de porter autant d'intérêt à tes internes et à tes patients. Sois assurée de ma reconnaissance et de mon affection.

À tous les médecins qui ont accepté de participer à cette étude.
Sans vous, rien n'aurait été possible. Merci pour votre participation et l'intérêt que vous avez porté à mon travail; merci aussi à toutes vos secrétaires.
Merci à tous, j'espère que ce travail vous aura fait réfléchir et peut-être vous fera modifier vos pratiques.

Aux Docteurs Jeanne-Claire YRLES et Karine SIMON,
Avec Laure, vous faites un trio de choc ! J'ai eu cette chance d'obtenir ce stage dans vos cabinets médicaux. Merci pour ce stage fantastique. Vos pratiques différentes se complètent et j'espère m'être inspirée de chacune de vous pour devenir un meilleur médecin. Merci aussi de m'avoir appris que l'on peut être une super maman tout en étant un bon médecin, vous en êtes toutes les trois la preuve...
Merci Karine pour toutes ces thèses que tu m'as prêtées et tes nombreux conseils.
Merci infiniment Jeanne-Claire pour ton investissement, tu as été une super modératrice. PS : on t'entend manger des chips sur l'enregistrement !

Merci aussi aux médecins qui me font l'honneur d'être leur remplaçante. J'apprends différentes approches et différents modes d'exercice. Je m'en inspire pour mon activité future.

À mes parents,
Vous m'avez toujours soutenue dans mes études et dans ma vie. J'admire votre courage, votre force et votre persévérance. Merci d'être des parents si extraordinaires, vous m'avez aidée à devenir ce que je suis aujourd'hui. Je ne vous le dis pas souvent, je vous aime...
Merci Papa d'être toujours prêt à déboucher une bonne bouteille et à m'inviter à manger le midi quand je ne travaille pas.
Merci Maman pour ta lecture si attentive, l'intérêt que tu as porté à mon travail et toutes tes corrections.

À Coline, ma petite soeur chérie,
Merci pour tous ces moments passés à rigoler, à critiquer et à commérer. Tu me fais tellement rire et tu es toujours là quand j'en ai besoin. Merci pour tes conseils et tes essais d'impression avec la « thèse de poche ». J'ai beaucoup de chance d'avoir une soeur si fantastique, je t'aime.
À Pierre, merci de si bien prendre soin de ma soeur, allez mets tes gants et chausse tes skis !!!

À Pipet, mon grand père adoré,
Il reste toujours un petit peu de toi même si tu n'es plus là. Je suis certaine que tu aurais été très fier de moi, et que tu aurais été très heureux d'être avec nous aujourd'hui. Merci de nous avoir tant aimées. Ta vision de la vie et ton optimisme restent gravés pour toujours dans nos coeurs. Je t'aime. J'espère que tu es content, j'ai essayé de mettre des accents sur toutes les majuscules. Par contre, désolée mais 113 pages ce n'est pas divisible par 3...

À Marie-Mad, ma chère marraine,
Merci pour ton extrême gentillesse et tes multiples accueils plus ou moins improvisés à Montrouge. Ta bonne humeur permanente et ton fameux jus d'orange matinal sont toujours un réconfort. Ton talent pour les fautes d'orthographe et les tirets a été une bénédiction pour moi.

À ma Mathoche,
Mon amie depuis si longtemps, on aura décidément tout fait presque en même temps. Merci d'être toujours là pour me soutenir, rigoler et entretenir les radiopotins! J'ai tellement de souvenirs avec toi à la gym, à l'île de Ré et d'autres à venir. Tu es plus qu'une amie. Ne pars pas trop loin, Le Havre c'est la distance maximale autorisée !

À mes pharmaciennes adorées : Camille, Marine et Reb,
Merci pour votre soutien, votre amitié sans faille et tous ces bons moments à rigoler.

À la secte,
Merci pour toutes nos soirées et ces week-end passés ensemble. Vous êtes toujours présents dans les bons et les mauvais moments. Au fait, c'est quand le prochain « longe côte » ?

À Marie-Sophie et Baya, mes Céline et Claire,
Merci pour votre aide et votre gentillesse toutes ces années. J'espère vous voir un peu plus souvent maintenant.
Merci à Charlène et à Coralie, pour m'avoir aidée sur la technique si obscure de la méthode qualitative.

À mes co-internes et mes chefs; pour avoir fait en sorte que chaque stage soit mémorable, en particulier la « gynéco team d'Évreux» , vous me manquez...

À mes beaux parents : Lucie et Didier; merci pour votre accueil et vos encouragements. Merci Lucie pour tes corrections. Ça y est Didier, c'est fini, tu ne pourras plus me demander quand on se voit : « alors ta thèse ? ». Maintenant tu vas pouvoir me demander « alors ton installation ? ».

À Amandine, Brice, Maël et Loïc. Merci pour votre gentillesse.

À mes amours,
Merci Raphaël de me rendre la vie si belle et si facile. Merci pour ton aide et ton soutien permanent pour ma thèse et dans la vie de tous les jours. Merci infiniment de ton dévouement pour la mise en page. Promis, maintenant je vais essayer de moins râler et de faire plus les courses !

Élisabeth, ma petite princesse patate, tu remplis nos vies de tant d'amour et de bonheur. Je me rends compte que tu grandis déjà trop vite.
Je vous aime tellement

SERMENT D'HIPPOCRATE :

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

TABLE DES MATIÈRES:

CITATIONS :	20
ABRÉVIATIONS :	21
INTRODUCTION :	22
Question de recherche:	24
MATÉRIEL ET MÉTHODE :	25
1) Objectif de l'étude et question de recherche :	25
2) Type d'étude :	25
3) Types d'entretiens :	26
4) Médecins interrogés :	27
5) Réalisation d'un guide d'entretien :	28
6) Réalisation des entretiens :	28
7) Recueil et analyse des données :	29
RÉSULTATS :	31
1) Caractéristiques des entretiens :	31
2) Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon :	31
3) Résultats de l'analyse :	34
I) SATISFACTION ACTUELLE DU SUIVI PHYSIQUE :	34
A) Le suivi médical de « base » et la « bobologie » :	34
B) La prévention et les facteurs de risque cardio vasculaire :	35
C) Suivi si besoin :	37
D) Compétences médicales pour s'auto-médiquer :	38
E) Reconnaître les signes d'alarme et évaluer la gravité :	39
F) Bonne santé actuelle :	40
II) SENTIMENT DE PUISSANCE :	41
A) Super héros, jamais malade :	41
B) Dénier et peur de la maladie :	41
C) Liberté , JE décide :	43
D) Manque de confiance en autrui :	44
III) STATUT PARTICULIER DU MÉDECIN :	45

A) Peur de déranger ou de surcharger un collègue :-----	45
B) Le désir d'être soigné comme un « patient lambda » :-----	45
C) Dire ou taire son statut de médecin : -----	47
D) La peur du jugement de l'autre : -----	48
E) Biais dans la relation entre confrères : -----	49
IV) L'ABSENCE DE DISPONIBILITÉ : -----	51
A) Peu de temps pour soi-même : -----	51
B) Un métier libéral : -----	51
C) L'importance de notre travail dans la vie : -----	52
V) UNE INSATISFACTION DES STRUCTURES OU DES MÉDECINS ACTUELS :-----	52
A) Pas envie d'un médecin traitant, ni d'un médecin du travail :-----	52
B) Structures actuelles peu connues ou non satisfaisantes :-----	54
C) La difficulté à se dévoiler :-----	56
D) Le manque d'anonymat :-----	57
VI) VIEILLES HABITUDES DES MÉDECINS :-----	58
A) Absence de prise de conscience sur sa santé : -----	58
B) Mauvais ressenti du médecin :-----	60
C) Rester son propre médecin traitant dans la vie quotidienne :-----	62
D) Solution de facilité : -----	62
E) Banaliser sa propre santé :-----	63
VII) ÉVOLUTION ACTUELLE DES MÉDECINS : -----	64
A) Cabinet de groupe : -----	64
B) Les groupes de pairs et Balint : -----	65
C) Formation médicale :-----	66
D) Changement des mentalités pour les générations futures... -----	66
VIII) PROPOSTIONS D'AMÉLIORATION :-----	67
A) Aide psychologique :-----	67
B) Auto-questionnaire envoyé aux médecins :-----	69
C) Structure pluri-professionnelle:-----	70
D) Système obligatoire ou incitatif ?-----	71
E) Invention ou adaptation d'une structure ou d'un médecin idyllique ... -----	73
DISCUSSION : -----	75
I) Discussion de la méthode :-----	75

A) Les forces de l'étude :	75
B) Les limites et biais de l'étude :	76
II) Rappel des principaux résultats :	77
III) Discussion des résultats :	78
A) Les avantages et points forts de l'auto-suivi :	79
1) Capacités concernant la prévention primaire :	79
2) Capacités à gérer certaines affections physiques :	80
3) Capacités à prendre conscience de la gravité :	81
4) La grossesse des femmes médecins généralistes :	82
B) Les points faibles et limites de l'auto-suivi :	83
1) Manque de prise en charge psychologique :	83
2) Manque de prise en charge régulière approfondie :	84
3) Tendance à sous estimer ou banaliser :	84
4) Freins à la consultation d'un confrère :	85
C) Comparaison avec les données de la littérature :	86
D) Pistes d'amélioration du suivi :	89
1) Projets ayant déjà été concrétisés :	90
2) Structures et mesures existantes :	90
3) Projets :	92
E) SYNTHÈSE :	94
F) PISTES DE RECHERCHE :	95
CONCLUSION :	97
ANNEXE 1 : RECRUTEMENT DES PERSONNES:	98
ANNEXE 2 : QUESTIONS ET RELANCE.	99
ANNEXE 3 : REMERCIEMENTS ET PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE LORS DES FOCUS GROUP.	100
ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE QUANTITATIF DES PARTICIPANTS POUR DÉFINIR L'ÉCHANTILLON.	101
ANNEXE 5 : STRUCTURES DÉJÀ EXISTANTES EN FRANCE.	102
ANNEXE 6 : DEMANDES DE PRISE EN CHARGE DE LA PART DES MÉDECINS RECENSÉS PAR L'ASSOCIATION M.O.T.S.	103
ANNEXE 7 : PRÉSENCE DE L'ASSOCIATION M.O.T.S. EN FRANCE.	104
ANNEXE 8 : L' « EVIDENCE-BASED MEDICINE » (EBM).	105

ANNEXE 9 : APPROCHE CENTRÉE PATIENT ; MARGUERITE DES COMPÉTENCES.	106
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :	107
RÉSUMÉ :	113

CITATIONS :

« *Médecin, guéris toi toi-même* »
(extrait biblique , Luc 4:23)

« *“Un médecin n'est pas un bon médecin s'il n'a été lui-même malade.”*
(Proverbe arabe)

« *Il vaut mieux tomber dans les mains d'un médecin heureux que d'un médecin savant.* »
(Bonaventure Des Périers, Nouvelles récréations et Joyeux devis)

“Il n'y a pas pire malade qu'un médecin !”
(Alice Parizeau)

“Il n'est pas bon, pour un médecin, d'admettre qu'il ne se sent pas bien.”
(Herbert George Wells)

“Il n'y a rien de plus ridicule qu'un médecin qui ne meurt pas de vieillesse.”
(Voltaire)

ABRÉVIATIONS :

BG : Bois Guillaume

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CNG : Centre National de Gestion

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

ECG : Électrocardiogramme

FMC : Formation Médicale Continue

IMC : Indice de Masse Corporelle

INR : International Normalized Ratio

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

InVS : Institut national de Veille Sanitaire

LDL : Low Density Lipoprotein (Lipoprotéine de basse densité)

MSU : Maître de Stage Universitaire

ORL : Oto-Rhino-Laryngologiste

PSA : Prostate Specific Antigen (Antigène Prostatique Spécifique)

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

TDR : Test de Diagnostic Rapide

TR : Toucher Rectal

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION :

Dans l'imaginaire collectif, un médecin ne peut pas être malade. Il doit être toujours disponible pour ses patients et ne peut donc pas s'arrêter de travailler.

“Il n'y a rien de plus ridicule qu'un médecin qui ne meurt pas de vieillesse.” (Voltaire)

Je me suis demandé lors de mes études : comment fait-on pour se soigner lorsque l'on devient médecin ? Peut-on se soigner tout seul correctement?

Lors de mon internat, un médecin généraliste m'a avoué ne pas avoir pris sa tension depuis plus de 10 ans ; j'ai alors commencé à réfléchir à ce sujet et lorsque je lui ai parlé de mon idée de thèse, il a pris sa tension et s'est prescrit un examen sanguin peu de temps après.

Il faut parfois peu de choses pour modifier notre suivi. Peut-être qu'en parler et essayer de comprendre leur mode de fonctionnement poussera d'autres médecins à améliorer leur santé.

Actuellement, la santé des médecins est un sujet auquel beaucoup de monde semble s'intéresser ; cette thématique est relayée par tous les types de médias.

De nombreux articles de presse déplorent la mauvaise santé des médecins et en particulier celle des médecins généralistes. Cela devient même un enjeu de santé publique avec la désertification médicale.

Les médias et certaines revues médicales incitent les médecins à avoir un suivi médical par un tiers, « Le généraliste, revue n°2797 » [21].

Les anesthésistes ont lancé la campagne « Dis Doc, T'as ton Doc? » qui revendique aussi l'intérêt du choix d'un médecin référent pour chaque médecin [31].

L'Ordre des médecins a lancé une enquête auprès des médecins concernant leur santé. 73% des médecins répondants n'ont pas de médecin référent autre que eux-mêmes [67]

La précédente Ministre de la santé, Marisol Touraine, avait annoncé que les médecins généralistes devaient déclarer un médecin traitant autre qu'eux-même et voulait interdire l'auto prescription [64]. Cela a suscité une nette opposition de ces médecins, et cette proposition a été abandonnée.

Le film « Médecin de campagne » parle également de la grande difficulté des médecins généralistes à se soigner et à concilier leur travail et leur santé.

Pourtant, en terme de **prévention primaire**, les médecins généralistes ont un suivi médical qui est bien meilleur que celui observé par la population générale. Si on les compare avec une catégorie socio professionnelle équivalente, les cadres supérieurs, leur prévention est également de meilleure qualité.

En effet, selon une étude de la littérature « la santé des médecins généralistes libéraux français de 2003 à 2013 » [13], les médecins se déclarent à jour de leurs vaccins à 80-90% pour le DTP, 80% pour la grippe et 80 à 85% pour l'hépatite B. Pour la population générale de plus de 16 ans ces chiffres sont de 29%, 62% et 36% pour respectivement la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite et moins de 40% pour l'hépatite B (données de 2012 de l'InVS) [18].

Concernant les dépistages, ils déclarent être 30% à réaliser l'Hémocult mais entre 80 et 85% des femmes médecins sont à jour de leur frottis et 90% de leur mammographie [13].

Ils sont moins exposés à l'obésité que la population générale ou même que les cadres supérieurs, et consomment moins de tabac [13].

Ces chiffres concernant la prévention semblent presque parfaits, alors pourquoi ce sentiment de mal se prendre en charge ?

Le ressenti des médecins en terme de suivi est très altéré ; ils sont peu à estimer avoir une meilleure santé et hygiène de vie que leurs patients.

La **santé psychique** semble elle, beaucoup moins satisfaisante chez les médecins libéraux. En effet, ils consomment plus de produits psychotropes et semblent de plus en plus menacés par le burn out qui peut s'installer insidieusement.

Les médecins font partie des professions les plus exposées aux problèmes d'ordre psychologique ; la proportion de burn out est en croissance constante et le pourcentage de décès par suicide est le plus élevé parmi les différentes professions en France. Selon l'observatoire national du suicide, ils se suicideraient même 3 fois plus que la population générale [19].

Chez les médecins percevant des indemnités pour invalidité définitive, 43,05% d'entre eux perçoivent cette indemnité pour des affections psychiatriques selon les données de la CARMF 2016 [1].

Dans la population générale, les affections psychiatriques représentent 28,1% des causes d'invalidité, selon le CNAMTS en 2006 [63].

Il semble y avoir un réel décalage entre la santé physique et la santé psychique chez les médecins. Cela peut en partie expliquer ce mauvais ressenti global de leur santé.

En effet, selon la **définition de l'OMS, la santé se définit comme un état de bien-être complet, comprenant l'état physique, mental, social, environnemental.**

Peu d'articles cherchent à comprendre quelles sont leurs réelles difficultés et comment les aider.

Il est probable que le regard et la pratique des médecins est en train de changer puisqu'**ils sont maintenant 74% à avoir déclaré un médecin traitant à la sécurité sociale [24]. Les plus jeunes professionnels réfléchissent dès leurs études à leur mode d'installation et à l'aménagement de leur temps de travail [29].**

Question de recherche:

Il y a donc à la fois une augmentation croissante de la publication sur la « mauvaise santé des médecins » et à la fois peu de réelles propositions concrètes de la part des autorités. Quelques organisations se mettent en place dans certaines régions comme des structures ou numéros d'urgence pour proposer des solutions aux médecins en détresse [annexe 5].

Il y a en parallèle de ces propositions une certaine réticence de la part des médecins à avoir un suivi médical obligatoire malgré une inquiétude croissante de la part de ces mêmes médecins et des autorités.

Pourquoi les quelques structures mises en place pour proposer un suivi aux médecins n'ont-elles pas un franc succès ?

Pourquoi montrer tant de méfiance ?

L'objectif de ma thèse est donc de comprendre **pourquoi les médecins généralistes continuent-ils majoritairement à se soigner eux-mêmes ?**

- Identifier les points forts et faibles de ce suivi actuel pour essayer d'améliorer notre mode de fonctionnement plutôt que de nous faire culpabiliser quant à notre « mauvaise prise en charge ».

- Analyser si les soignants semblent plutôt satisfaits de cet auto-suivi avec cette relative liberté et/ou s'ils aimeraient avoir une structure dédiée et s'ils iraient réellement s'y faire soigner.

L'objectif secondaire est aussi d'espérer proposer des solutions à ces soignants parfois en difficulté. Ce deuxième objectif s'est créé naturellement lors de l'élaboration de la thèse et des propositions ont souvent été suggérées par les médecins avant même que la question ne leur soit posée de manière explicite.

MATÉRIEL ET MÉTHODE :

L'étude que nous avons réalisée correspond à une méthode qualitative, elle a été menée à l'aide d'entretiens de groupe (focus group discussing) et d'entretiens semi structurés.

Les données ont été recueillies auprès de 18 médecins généralistes hauts-normands volontaires pour y participer. Les entretiens ont été réalisés de mai 2017 à septembre 2017 en Haute-Normandie.

1) Objectif de l'étude et question de recherche :

OBJECTIF :

En France, depuis 2004, les médecins ont, comme les autres patients, l'obligation de désigner un médecin traitant s'ils veulent être remboursés de leurs soins. Néanmoins, ils conservent la liberté de ne pas en déclarer ou de s'auto-déclarer et de réaliser leur propre suivi médical.

Cette liberté génère beaucoup d'interrogations et d'inquiétudes concernant la santé des médecins généralistes, notamment aux autorités [64]. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) incite les médecins à déclarer un médecin traitant qui soit un tiers et à limiter l'auto-prescription [35]. Le CNOM réfléchit également au remboursement accordé aux médecins qui se consultent et se prescrivent eux-mêmes des soins médicaux [59, 65].

L'objectif principal était donc de connaître les raisons qui motivent les médecins généralistes à continuer de se soigner eux-mêmes ; si cela est un réel choix de leur part et s'ils en sont satisfaits.

Les autres objectifs étaient les suivants:

- Cibler les points faibles éventuels de cet auto-suivi
- Analyser le ressenti des médecins concernant leur santé
- Proposer des solutions alternatives aux médecins en difficulté
- Proposer par la suite une aide, notamment psychologique, via des associations comme par exemple M.O.T.S. [44]

QUESTION DE THÈSE :

Nous voulions donc répondre à la question suivante :

Pour quelles raisons les médecins généralistes continuent-ils majoritairement à se soigner eux-mêmes ?

2) Type d'étude :

Pour mener cette étude, la méthode **qualitative** a été utilisée ; la méthode quantitative n'était pas appropriée et réductrice pour exprimer le ressenti et les sentiments des médecins généralistes sur leur propre santé.

La méthode qualitative permet de cerner des phénomènes, de détecter des besoins pour améliorer un fonctionnement. Cela permet d'analyser une opinion, un comportement, une pratique et c'est ce que notre étude voulait démontrer. Ce type d'étude aide à **comprendre** le point de vue de l'utilisateur, à se familiariser avec son environnement, ses pratiques et ses éventuels besoins en parlant de facteurs subjectifs non quantifiables. Ici le principal critère était le **ressenti** du médecin généraliste concernant le suivi de sa propre santé.

Ce paramètre, le ressenti des médecins, n'est pas quantifiable. Il n'y a donc aucune représentativité statistique mais une grande **variété** et une imprévisibilité des réponses. Cette étude peut par la suite permettre de réaliser une thèse quantitative à partir des éléments de réponses obtenus.

Les questions ne sont donc pas fermées, de type « comment » ou « pourquoi » et peuvent même être adaptées au fur et à mesure des entretiens. La méthode est donc **inductive** et non déductive.

3) Types d'entretiens :

Deux types d'entretiens ont été réalisés avec des médecins généralistes de Haute Normandie, parmi les entretiens les plus courants : l'entretien individuel semi dirigé et le focus group discussing.

Les autres modes de recueil de données sont les entretiens individuels ouverts et directifs. Ils semblaient moins judicieux.

- L'entretien ouvert permet une totale liberté d'expression mais peut entraîner beaucoup de hors-sujet car les questions posées sont totalement ouvertes.
- L'entretien directif impose d'avoir des hypothèses déjà pré-établies, n'autorise pas une expression libre des personnes interrogées et certaines hypothèses auraient pu ne pas être émises.

L'entretien semi dirigé et le focus group ont donc été choisis pour leur pertinence dans cette étude.

* Focus group discussing :

Les groupes de discussion ont pour but de faire **interagir** les personnes entre elles et de créer une dynamique de groupe permettant de récolter des avis divergents. De plus, les groupes de discussion peuvent amener à un débat et à obtenir rapidement une large variété d'informations via un enrichissement mutuel des réponses.

La plus grande difficulté est de réunir à un même moment et au même endroit des médecins généralistes. Le groupe est idéalement constitué de 5 à 9 personnes pour créer un débat mais avec la possibilité que chacun puisse parler. Les questions, pré-établies, étaient posées par un « **modérateur** » qui animait le groupe. Il permettait à chacun de s'exprimer et avait également pour rôle de relancer et re-centrer le débat si besoin. Le choix du modérateur est une des clés de la réussite d'un focus group et peut potentiellement être un biais majeur. Le guide d'entretien doit être bien préparé pour permettre une certaine flexibilité.

*** Entretien semi dirigé :**

Un entretien individuel permet d'obtenir des réponses un peu différentes. Le fait d'avoir une seule personne interrogée permet d'aller beaucoup plus en profondeur, en particulier grâce à un temps de parole plus long accordé à l'interviewé. Le cadre plus **intime** permet à certains de s'exprimer plus librement sans avoir le sentiment d'être jugé par plusieurs autres personnes. Des insights plus complets et novateurs peuvent donc être collectés.

Le biais de l'intervieweur est généralement moins important dans les entrevues car il suit une structure déterminée à l'avance dans le guide d'entretien mais le médecin interrogé peut ressentir les impressions de l'intervieweur, en particulier s'il n'est pas entraîné.

La logistique liée aux entretiens est plus facile pour rencontrer les personnes interrogées.

4) Médecins interrogés :

Le choix des médecins n'a pas été fait de manière aléatoire mais nous avons essayé d'avoir un **échantillonnage raisonné**. Ainsi, sans être probabiliste car non tiré au sort, cet échantillon prenait en compte les facteurs descriptifs, pour être le plus représentatif possible de la population des médecins généralistes.

*** Le recrutement :**

Le recrutement des personnes s'est fait par mail principalement mais aussi par contact direct ou par téléphone via des réseaux de connaissance. Mes maîtres de stages m'ont aidée à recruter des médecins généralistes de l'Eure et de la Seine-Maritime potentiellement intéressés par ce sujet.

L'intérêt de les contacter directement était d'obtenir un échantillon varié au niveau de l'âge, du sexe, du mode d'exercice et de la participation ou non à des groupes de pair et d'activité à l'université. Ainsi l'échantillon essayait de représenter au mieux la population cible.

La plupart des médecins ont reçu un mail de ma part expliquant le sujet de mon étude et son objectif ainsi que le déroulement de l'entretien [annexe 1].

*** Les critères d'inclusion et d'exclusion :**

Il suffisait d'être un médecin généraliste haut-normand installé ou remplaçant, d'avoir le temps pour être interrogé et d'accepter que les données soient enregistrées par un système audio pour être retranscrites.

Il n'y avait pas de critères d'exclusion.

*** Le nombre de médecins nécessaires :**

Le nombre de personnes n'avait pas été fixé à l'avance. Ce nombre théorique a été obtenu lorsque nous sommes parvenus à saturation des données.

Nous avons réalisé encore deux entretiens semi dirigés après saturation pour être certain de ne pas manquer de nouvelles informations.

5) Réalisation d'un guide d'entretien :

Il a été réalisé avant de commencer les focus group et les entretiens semi dirigés. Les différentes questions ont été élaborées selon nos hypothèses et les données de la littérature.

Il a été soumis à ma directrice de thèse et à la modératrice qui animait les focus group avant la réalisation des entretiens.

Les questions ouvertes avaient pour but de créer un débat entre les différents intervenants. Des questions de relance étaient prévues avant le début des entretiens au cas où la dynamique de groupe ne s'instaurait pas rapidement.

Le guide d'entretien se découpe en différentes parties:

- Caractéristiques de l'échantillon des médecins : questions fermées rapides, recueillies sur papier, remplies individuellement par les médecins eux-mêmes avant ou après les entretiens [annexe 4] .

- Présentation de l'étude dans le contexte actuel ; avec explications sur la méthode qualitative, le déroulement des entretiens et assurance de l'anonymat et de la confidentialité des données recueillies [annexe 3] .

- Questionnaire, avec questions de relance si nécessaire [annexe 2] .

- Remerciements oraux après chaque entretien ou focus group et proposition d'avoir les résultats obtenus suite à l'étude.

6) Réalisation des entretiens :

* Lieu et date :

- **Les Focus group** : Le lieu devait être neutre, avec la capacité physique d'accueillir une dizaine de personnes, accessible à tous et au calme pour obtenir un enregistrement de bonne qualité. Plusieurs dates étaient proposées afin d'avoir un maximum de participants, parfois avec l'aide du logiciel doodle ®. La durée n'était pas fixée à l'avance mais estimée entre une et deux heures. Je devais être neutre lors de ces entretiens de groupe.

L'une de mes maîtres de stage a accepté de prendre la place de modératrice pour animer les différents groupes. Son rôle était de poser les questions pré-établies, relancer la discussion si besoin et inciter toutes les personnes à parler sans émettre son avis pour ne pas influencer les personnes interrogées. Elle ne donnait pas d'opinion mais pouvait faire préciser une réponse si cela manquait de clarté.

Le premier focus group a eu lieu à l'hôpital de Louviers le 29 mai 2017 avec 6 médecins généralistes interviewés.

Le deuxième focus group a été organisé dans un cabinet de médecine générale le 23 juin 2017 avec 6 médecins généralistes interviewés.

- **Les entretiens semi dirigés** : Ils se sont tous déroulés aux différents cabinets médicaux des médecins interrogés. Ils ont été réalisés du 30 août au 26 septembre 2017.

La grille d'entretien était identique à celle des focus group. Elle était standardisée, des relances pré-établies ont parfois été utilisées lorsqu'un silence s'installait ou si des précisions semblaient nécessaires. Les différentes opinions étaient respectées sans couper la parole et en gardant un faciès le plus neutre possible pour éviter d'influencer l'interviewé.

*** Matériel utilisé :**

Après avoir obtenu l'accord des différents médecins, les focus group et les entretiens semi dirigés ont été enregistrés en intégralité avec l'application Dictaphone d'un téléphone portable. L'enregistrement s'arrêtait lorsque plus aucune personne n'avait de réponses à apporter ou à préciser. Des notes ont été prises au fur et à mesure des entretiens sur les données non verbales (faciès, hochement de tête, sourires...) pour aider lors de la re-transcription écrite.

7) Recueil et analyse des données :

La méthode « analyse de contenu » a été choisie avec une approche d'analyse thématique descriptive, ouverte, inductive. Cette méthode semblait la plus riche, la plus fiable et la plus objective.

- Phase de préparation :

Les enregistrements audio ont tout d'abord été écoutés plusieurs fois (via le logiciel iTunes ®) sans les re-transcrire, cela correspond à « la lecture flottante » où quelques idées phares peuvent déjà être repérées.

Les données ont ensuite été re-transcrites au fur et à mesure, sur le logiciel Pages ®, les jours suivant les entretiens. Les données ont été écrites dans leur intégralité « mot pour mot » en incluant les données non verbales, relevées lors des entretiens (hésitation, dit avec conviction, pauses, rires, approbation générale etc...) et notées en italique et entre parenthèses. Le français parlé a été conservé sans re-formuler les phrases.

De rares données ont été masquées comme les noms propres des médecins cités par les personnes interrogées. La première lettre du médecin a été conservée, ceci ne gênant pas la compréhension et assurant l'anonymat.

Un numéro unique a été attribué à chaque participant selon leur ordre de parole de manière chronologique. Ce numéro permet de rendre les données anonymes, lors de la retranscription. Ce texte global forme le corpus.

- Phase de codage :

Le corpus a ensuite été découpé en mots-clés, idées ou thèmes pour obtenir des verbatim (fragment du texte). Ils ont été surlignés, isolés et sortis de leur

contexte; ils forment l'unité d'analyse. Ces unités correspondent à des codes, ils permettent d'élaborer une grille thématique.

- Phase de catégorisation :

Les données ont été catégorisées puis classifiées en thème et sous thème dans des tableaux via le logiciel Numbers ® en utilisant un « code book » ; l'étape de la codification.

Ma Directrice de thèse a effectué en parallèle une codification manuelle puis a relu nos deux codifications pour les comparer. Elle a constaté que nos deux façons de codifier étaient similaires. Cela permet de minimiser au maximum la subjectivité des données.

Les intitulés pour chaque notion doivent être explicites pour ne pas laisser de place à la sur-interprétation.

Cette étape était purement inductive, les codes ont été créés lors de l'analyse des données. Ces codes ont permis de dégager les thèmes principaux puis d'établir un plan.

RÉSULTATS :

Les résultats sont obtenus par l'analyse qualitative des données, cette analyse transversale de tous les focus group et des entretiens semi dirigés a permis d'identifier six grands thèmes et des sous thèmes.

Les médecins ont aussi proposé des pistes qui pourraient les aider et améliorer leur prise en charge. Ces propositions ont été regroupées dans deux grands thèmes.

- SATISFACTION ACTUELLE DU SUIVI PHYSIQUE
- SENTIMENT DE PUISSANCE
- STATUT PARTICULIER DU MÉDECIN
- ABSENCE DE DISPONIBILITÉ
- UNE INSATISFACTION DES STRUCTURES OU MÉDECINS EN PLACE
- VIEILLES HABITUDES DES MÉDECINS
- ÉVOLUTION ACTUELLE
- PROPOSITIONS D'AMÉLIORATION

1) Caractéristiques des entretiens :

Au total, **18 médecins** ont été interrogés sur une période de 5 mois (de mai 2017 à septembre 2017). Les 12 premiers médecins ont été interrogés dans le cadre de deux focus group de 6 médecins chacun et les 6 autres lors d'entretiens individuels. Les données de tous ces médecins ont été retranscrites et rendues anonymes.

Pour chaque médecin, la lettre « M » puis un numéro (M1 , M2 etc) a été attribué selon leur ordre de parole lors des focus group puis des entretiens semi dirigés. Il n'y a pas eu de distinction de lettre entre les données provenant des focus group et des entretiens individuels.

Tous les médecins interrogés ont accepté d'être enregistrés et que leurs données soient retranscrites à condition que cela soit rendu anonyme.

La saturation des données a été obtenue lors du quatrième entretien semi dirigé, soit le seizième médecin au total. Deux entretiens semi dirigés supplémentaires ont été réalisés ensuite pour être certain de la saturation.

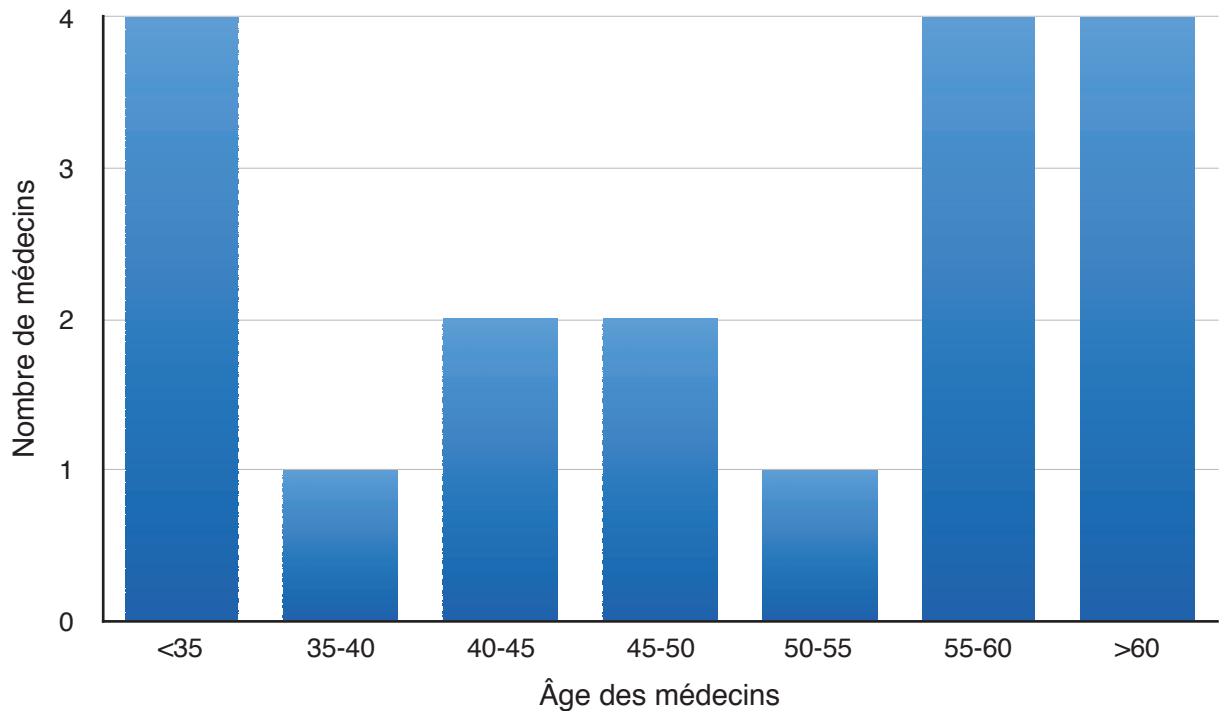
La durée moyenne des entretiens individuels était de 14 minutes et 32 secondes. Le temps moyen de parole par médecin lors des focus group était de 10 minutes et 20 secondes.

2) Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon :

Toutes les tranches d'âges ont été représentées.

L'âge moyen était de **49 ans** donc parfaitement cohérent avec l'âge moyen des médecins hauts normands qui est de 51ans selon les données de 2013 [33].

■ Pyramide des âges des médecins interrogés



La **parité** a été parfaitement respectée, 9 hommes et 9 femmes soit 50% de femmes et d'hommes ; ce qui est raisonnable par rapport à la population médicale. Les chiffres réels sont de 41% de femmes pour 59% d'hommes en Haute Normandie [33].

Tous étaient **informatisés** et avaient un **secrétariat**. Un seul médecin n'exerçait pas en cabinet de groupe.

Parmi les médecins, 8 étaient maîtres de stage universitaire à la faculté de médecine de Rouen ce qui est une surreprésentation de la réalité à l'échelle régionale.

Seuls 4 médecins exerçaient en zone rurale. Ce critère a été attribué pour tout médecin exerçant dans une commune de moins de 2000 habitants. Le terme semi-rural a été utilisé pour les milieux à la limite du rural et de l'urbain en nombre d'habitants et de localisation géographique par rapport à une grande ville.

Tous avaient déclaré un médecin traitant à la sécurité sociale, la stricte moitié s'était auto-déclarée. Les 9 autres médecins avaient déclaré un médecin traitant différent à la sécurité sociale.

Parmi ceux qui avaient déclaré un médecin traitant autre qu'eux-même, certains n'allaient en fait que rarement le consulter ou cette déclaration concernait leur conjoint.

Au total, aucun médecin n'avait eu recours à ce médecin tiers une fois ou plus sur l'année passée.

Le tableau ci-dessous reprend les caractéristiques des médecins interviewés.

Numéro médecin	âge	sexe	informatisé secrétariat	lieu d'exercice	MSU	déclaration d'un médecin traitant	mode d'exercice
M1	62	homme	oui	semi rural	non	auto-déclaration	groupe
M2	60	homme	oui	semi rural	non	auto-déclaration	groupe
M3	41	femme	oui	semi rural	oui	déclaration tiers	groupe
M4	49	femme	oui	semi rural	oui	déclaration tiers	groupe
M5	29	femme	oui	semi rural	non	déclaration tiers	groupe
M6	36	femme	oui	rural	non	déclaration tiers	groupe
M7	66	homme	oui	rural	oui	auto-déclaration	groupe
M8	31	femme	oui	urbain	non	déclaration tiers	groupe
M9	31	femme	oui	urbain	non	déclaration tiers	groupe
M10	53	homme	oui	semi rural	oui	auto-déclaration	groupe
M11	58	homme	oui	rural	oui	auto-déclaration	groupe
M12	59	homme	oui	urbain	oui	declearation tiers	groupe
M13	32	femme	oui	semi rural	non	declearation tiers	groupe
M14	56	homme	oui	urbain	oui	auto-déclaration	groupe
M15	60	femme	oui	semi rural	oui	auto-déclaration	groupe
M16	61	homme	oui	semi rural	non	auto-déclaration	groupe
M17	44	femme	oui	semi rural	non	déclaration tiers	groupe
M18	48	homme	oui	rural	non	auto-déclaration	seul

3) Résultats de l'analyse :

I) SATISFACTION ACTUELLE DU SUIVI PHYSIQUE :

La plupart des médecins semblaient plutôt satisfaits de leur suivi médical. Pour certains, le suivi était exclusivement réalisé par leurs soins, d'autres déléguaient en partie ou lorsqu'ils avaient une inquiétude. La satisfaction concernait principalement la prévention primaire et les situations jugées banales avec une auto-évaluation possible.

A) Le suivi médical de « base » et la « bobologie » :

Plusieurs médecins ont évoqué leur **auto-suivi médical** avec une certaine **sérénité** et une relative **satisfaction**.

M7 « Moi j'ai le sentiment de me soigner correctement. »

M15 « Je crois que je suis objective pour moi même. »

M1 « Si j'ai d'autres signes d'alerte j'irai voir d'autres spécialistes mais je ne vois pas ce que je pourrais faire de plus en ayant un médecin traitant autre que moi. »

Certains préféraient **confier leur santé à d'autres professionnels** et semblaient ravis et **confiants** de cette prise en charge.

M4 « Sinon je vois un psychiatre, je vois un psychologue, je vois un dermato. Je ne vois plus de gynéco parce que c'est mon médecin traitant qui le fait. C'est tout ce qui me vient pour l'instant. »

M5 « Du coup j'ai été la voir elle, du coup j'ai l'impression d'avoir été bien suivie parce qu'elle m'a pris ma tension, elle m'a examinée, on a re-fait un frottis. Elle m'a suivie tout au long de ma grossesse . »

D'autres, qui se prennent en charge seuls, semblaient à la fois être satisfaits mais avec quand même un **doute** ou une arrière pensée sur **ce qu'ils pourraient peut-être louper** en étant leur propre médecin.

M14 « Euh, je me sens capable d'assurer un rôle de médecin généraliste de base mais ...voilà je me dis que peut-être je pourrais passer à côté d'un diagnostic parce qu'on ne peut pas avoir une vision sur sa propre santé complètement à juste distance, voilà obligatoirement. Donc de ce point de vue, ce n'est pas l'idéal. »

M15 « Oui oui j'ai été satisfaite de ma propre prise en charge mais c'est juste que ça se termine pas très très bien parce que j'ai été opérée et derrière y a un petit cancer. »

Certains semblaient même déjà avoir le sentiment que le suivi était un peu **limite** mais sans vouloir y accorder trop d'importance.

M12 « Mon médecin traitant c'est ma compagne et réciproquement. Est-ce que j'ai l'impression d'être bien soigné? Physiquement, oui. Euh... Psychologiquement, je pense que ça peut poser problème de temps en temps pour me faire remarquer que peut-être je tire un peu trop loin, trop sur la ficelle, que je fatigue. Voilà. »

M18 « Je la gère assez mal, tant que ça va je... ça va. »

Certains médecins ont néanmoins été beaucoup plus **pessimistes** concernant leur santé et paraissaient **moins certains** de leur propre suivi.

M11 « *Je fais... je suis mon médecin traitant, je pense que je me soigne très mal. Je fais juste mes vaccins, une biologie de temps en temps. (...) je sais pas où j'en suis dans mes vaccins, je crois que je me suis vacciné il y a moins de 20 ans donc a priori c'est bon. J'ai eu plusieurs vaccins dans ma vie quand même.* »

La **bobologie** est un terme fréquemment employé par les médecins et a une connotation plutôt péjorative. Le dictionnaire Larousse [46] la définit comme « un ensemble de maux bénins qui occasionnent des interventions ou des consultations médicales souvent abusives, aux urgences, notamment ».

Concernant ce que les médecins appellent la « bobologie » et les petits incidents de la vie courante, la majorité se rejoignaient pour dire qu'ils se soignaient eux-mêmes et exprimaient un **sentiment positif**. Cela concernait en grande majorité les viroses.

M13 « *Après en gros pour les choses un peu simples du quotidien je vais faire moi-même et je commence à faire pareil pour les enfants. (...) Par contre, pour les choses du quotidien, les infections hivernales virales ou choses comme ça je vais avoir tendance à me soigner moi même.* »

M2 « *À part des petits rhumes où automatiquement je m'auto-médique.* »

M4 « *Quand j'ai des rhino je vais consulter personne.* »

M18 « *Je gère quand j'ai une angine, je gère des trucs et une fois tous les 3 ans je fais une prise de sang.* »

B) La prévention et les facteurs de risque cardio vasculaire :

Globalement la **prévention**, comme nous l'avions constaté de manière quantitative dans les études statistiques, **ne semble pas mettre les médecins en difficulté**. La majorité disait **respecter les recommandations nationales**.

M9 « *Sinon oui au niveau prévention je suis réglo là dessus, je fais régulièrement prise de sang, les frottis tout ça.* »

M14 « *Bon je dirai que pour le moment j'ai la chance de pas avoir de souci de santé très important et donc je m'applique quand même les règles sur la prévention primaire mais c'est mon avis sur moi-même ce qui est évidemment sujet à caution.* »

M16 « *Bah, je fais une prise de sang par an, je fais les Hémoccult, et puis si j'ai un petit problème je m'auto-médicame.* »

En ce qui concerne le **dépistage de masse des cancers**, cela semblait relativement simple puisque c'est quelque chose de binaire, avec très **peu de place à la subjectivité** et donc peut-être plus facile à gérer seul.

M6 « *Effectivement le suivi gynéco, les PSA et tout ou le dépistage du cancer colo rectal tu peux le faire toi-même.* »

M1 « *Les dépistages colo rectaux je les ai fait et même des coloscopies.* »

M16 « *Bah, je fais une prise de sang par an, je fais les Hémoccult, (...).* »

M3 « Je vais le voir une fois tous les 3 ans. En gros, pour faire le dépistage de frottis en fait c'est à peu près ça. Parce que ça, on ne peut vraiment pas le faire tout seul (...). »

La **couverture vaccinale** avait l'air de tenir à coeur aux médecins interrogés et de la même façon, était gérée de manière objective et plutôt de manière rigoureuse.

M7 « Les vaccinations sont à jour, je fais des contrôles réguliers sur les prises de sang, sur les examens standards qu'on doit faire à partir de 50 ans. »

Mêmes ceux qui émettaient des doutes étaient **finalement bien à jour**.

M11 « Je sais pas où j'en suis dans mes vaccins, je crois que je me suis vacciné il y a moins de 20 ans donc a priori c'est bon. J'ai eu plusieurs vaccins dans ma vie quand même. »

Le sujet des **facteurs de risque cardio vasculaire** était plus partagé mais la plupart tenaient à s'appliquer à eux-mêmes les conseils qu'ils donnaient à leurs patients. Concernant la prévention primaire ils semblaient plutôt satisfaits.

M3 « Complètement aussi. Ça fait partie oui des choses, enfin oui bien sûr que je pose la question du tabac de l'alcool, de ce que je mets dans mon assiette, de où est-ce que je vais acheter mes aliments etc. Oui bien sûr, c'est une réflexion globale sur ma santé mais cette réflexion-là on en parle tous les jours tout le temps donc, ouais bien sûr. Pour moi c'est évident, ça fait partie du bien être et de la bonne santé. »

M5 « Je pense que même si j'étais pas médecin je ferais attention à ça, je pense que c'est hyper important, euh à ce qu'on mange. Et je pense qu'on ne peut pas faire de la bonne prévention et donner des conseils aux patients si on les applique pas nous mêmes au final. »

M6 « Oui je suis d'accord aussi, je fais attention à ce que je mange, à ce que je bois et ce que je bois pas, ce que je fume et ce que je fume pas etc... C'est vrai qu'après il y a une contrainte. »

Pour l'un d'eux, la prévention avait été un peu **négligée** à un moment de sa vie où la surcharge de travail semblait avoir été plus importante que la prévention.

M2 « Enfin là ça va un peu mieux maintenant parce que j'ai ralenti. Mais à une période je mangeais pas le midi puis le soir je mangeais n'importe quoi parce que j'avais faim. »

Pour ceux qui étaient concernés par la **prévention secondaire**, il semblait y avoir un bon **suivi** avec des consultations régulières organisées chez le cardiologue.

M16 « Tout le reste tu fais tout seul. Qu'est ce que j'ai fait d'autre quand même, non non les dernières années j'avais fait une épreuve d'effort quand même; je fais pas mal de sport et vu que je fumais avant, j'ai fait une épreuve d'effort, c'est tout. »

M18 « Si, je vais voir le cardiologue, j'essaye tous les 3 ans et puis c'est à peu près tout, je fais un bilan sanguin tous les 3 ans. Et sinon ma foi, je tire sur la corde tant que ça va. Comme beaucoup je pense. »

Au total, on conclut à une bonne prévention, hormis peut-être pour certains, la question de l'**activité physique régulière...**

M5 « Bon après au niveau de l'activité physique je suis pas au top mais ... (rires) ça va revenir ! Mais la cigarette c'est bon ! »

M6 « C'est clair que l'activité physique, on leur dit de faire, maintenant encore plus, 3 à 5 fois par semaine euh.. on fait pas ça hein ! Mais je suis pas fière, je suis pas fière . Voilà je sais que je fais pas ce qu'il faut. »

C) Suivi si besoin :

Les personnes interrogées admettaient se sentir parfois **au bout de leurs compétences** concernant leur santé. Ils jugeaient utile de demander l'avis de leurs confrères dans certaines situations.

Cela pouvait s'appliquer pour un **suivi au long cours par un spécialiste** ou un autre professionnel qui semblait approprié.

M1 « Pour d'autres soucis de santé, j'ai un spécialiste pour la cardiologie. »

M13 « Mon suivi ORL, je délègue : mon médecin traitant reçoit les courriers, je suis ce qu'on me dit. »

Lorsque les médecins interrogés avaient une **inquiétude** concernant leur santé mais aussi **par souci d'objectivité**, ils avaient recours à un confrère généraliste ou spécialiste, plus « **au coup par coup** ».

M3 « Après, ça m'est déjà arrivé d'avoir une névralgie cervico-brachiale, clairement j'étais allé la voir à ce moment-là parce que j'avais envie que quelqu'un d'autre m'examine j'avais envie que quelqu'un d'autre prenne en charge ma santé. »

M5 « Du coup j'avais été voir un orthopédiste aussi pour mon genou, mais c'est vrai que sinon c'est les seules choses récentes qui m'ont fait aller consulter quelqu'un d'autre que moi. »

M16 « Alors ici, comme on est trois c'est arrivé, je sais pas... on a mal à l'oreille d'un seul coup 'tiens tu peux jeter un coup d'oeil sur mon tympan' et puis c'est tout. Donc un suivi par d'autres confrère mais au coup par coup. »

Pour certains, le recours à un tiers était forcément un **médecin spécialiste** puisqu'ils considèrent qu'étant eux-mêmes généralistes ils ont déjà fait par eux-mêmes la **première étape** du médecin traitant.

M7 « Si on a besoin d'appeler quelqu'un d'autre pour s'occuper éventuellement de nous-mêmes comme on s'occuperait des gens qu'on a en face de nous, c'est plutôt des spécialistes à qui on fait appel. Donc je pense que ça peut aussi nous conditionner à appeler des spécialistes directement en ce qui nous concerne nous, si on ressent une maladie particulière. »

M14 « Voilà maintenant je dirai que dès que j'ai un problème un peu qui sort du tout venant, en dehors des petites maladies infectieuses aiguës, je vais avoir accès assez facilement à l'avis d'un spécialiste. »

M16 « C'est marrant parce que ça dévalorise la médecine générale parce que je vais directement chez le spécialiste mais considérant que je peux analyser les signes, je préfère aller directement voir un spécialiste pour ça. Je considérais que j'ai fait la première phase. »

M1 « Je pense que quand il y a des signes d'alerte je vais voir des spécialistes dont il y a besoin. »

Certains n'hésitaient pas à aller consulter un **médecin généraliste** et donc à se comporter comme un « **patient normal** » dès qu'ils avaient une interrogation ou un souci de santé.

M17 « Je donne le bébé à mon médecin traitant ; qui a accepté le contrat en main. Je lui ai dit : 'Je préfère ne pas prendre de décision médicale pour moi-même, peut-être parce que j'ai peut-être eu un souci et voilà'. »

M2 « Je pense que je demanderai à un confrère pas forcément un spécialiste, un confrère du cabinet de m'examiner et me prescrire ce qu'il faut. »

Les réticences à se faire soigner au long cours par un confrère semblaient disparaître pour **le suivi de grossesse des femmes médecins**. Toutes trouvaient logique d'avoir un **suivi « normal »** lors de cette occasion particulière. Il ne semblait y avoir aucune gêne à aller consulter un soignant quel qu'il soit.

M5 « J'avais envie que ce soit une femme médecin généraliste qui suive ma grossesse. »

M8 « Et pendant ma grossesse, j'ai eu cette chance que mon médecin traitant me dise bien, 'tu n'es plus médecin, tu es enceinte comme toutes les autres femmes enceintes' »

M13 « Je vais voir mon médecin traitant ou gynéco ou la sage femme pour la grossesse, voilà. »

D) Compétences médicales pour s'auto-médiquer :

Le recours à **l'auto-prescription et l'auto-médication** semblait plutôt répandu, en particulier pour des pathologies aiguës et leur semblant bénignes. Ils paraissaient se sentir capables de gérer ces situations spécifiques.

M3 « Mais il y a quand même des petites choses, j'ai eu une plaque d'eczéma l'autre jour, c'est le genre de choses que je vais traiter donc oui je vais m'auto-médiquer c'est évident. »

M9 « Oui moi aussi je me soigne toute seule quand j'ai des symptômes, c'est jamais (...) c'est des pathologies aiguës. »

M15 « Oh ça oui, je traite je ferais comme pour un patient, si j'avais une grosse angine avec de la fièvre je ferais un TDR ou si j'avais ... »

Même si la prise en charge était initialement auto gérée, certains précisaient quand même la **facilité à passer la main** s'ils jugeaient que la situation leur échappait.

M13 « Donc en fait c'est plus ; j'ai un début de sciatique je vais traiter toute seule mais si ça n'évolue pas comme il faut je passe la main, très facilement et je le fais pour des épisodes qu'il y a pu avoir. »

M8 « *Après si j'en avais, je ne sais pas ! Je commencerai à me traiter toute seule avant de demander un avis. »*

M11 « *J'ai jamais eu de gros pépins de santé en dehors d'une sigmoïdite diverticulaire que j'ai diagnostiquée moi-même. J'ai quand même été voir un copain gastro pour me faire une coloscopie. »*

La liberté de l'auto-prescription pouvait poser problème lorsque cela touchait à des **problèmes d'ordre psychologique**. La plupart semblait parfaitement lucide sur ce sujet et s'interdisait de se prescrire des médicaments en lien avec leur état de santé psychique.

M13 « *Et puis le suivi côté psychologique objectif, chose comme ça, pour le suivi psychologique je pense que c'est indispensable de déléguer et pas ... Ça j'ai jamais fait de me prescrire un truc moi même pour ça. »*

M15 « *Mais au niveau psychologique je pense qu'il faut un intervenant extérieur, on peut pas s'en sortir facilement tout seul, moi je trouve. »*

Certains médecins interrogés ont eu l'occasion de se prendre en charge pour des pathologies ayant un **caractère moins banal**. Ils ont expliqué avoir identifié les symptômes, posé le diagnostic et réalisé les premiers examens complémentaires. Ils semblaient même avoir été particulièrement **pertinents et rapides**.

M15 « *Et puis finalement le nodule est un peu sorti par devant, parce qu'il était derrière et c'est là que je l'ai senti. Et je me suis fait une écho de la thyroïde. (...) Non, il n'y a pas eu de perte de chance, le diagnostic n'aurait pas été fait plus tôt parce que là il fait deux millimètres. »*

M1 « *Non, je pense que je n'ai pas perdu de temps je pense que j'ai attendu trois semaines, un mois mais un autre médecin aurait peut-être fait la même chose en fait. Je n'avais pas de signe aigu, je sentais qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas. Je me suis dit il faut que je voie quelqu'un. Donc le temps de faire le bilan sanguin, d'aller voir quelqu'un. Je n'avais rien trouvé sur le bilan sanguin donc j'ai été voir un cardiologue. »*

E) Reconnaître les signes d'alarme et évaluer la gravité :

Dans l'ensemble, les médecins estimaient **pouvoir évaluer pour eux-mêmes** des signes d'alerte. Ils se sentaient capables de déceler chez eux un symptôme qui imposait un examen ou une consultation urgente.

M2 « *Je suppose que si j'avais une douleur thoracique ou une toux qui se prolonge avec perte d'appétit etc je n'essaierais pas de me soigner tout seul. Je pense que je demanderai à un confrère. »*

M16 « *Mais maintenant si je me retrouvais avec du sang dans les selles, j'irais faire une colo c'est évident hein quand même. »*

M18 « *Si, si je suis vraiment gêné pour quelque chose j'irai voir un confrère mais bon pour l'instant ça n'est pas arrivé. »*

D'autres avaient déjà consulté pour des symptômes qu'ils estimaient potentiellement graves et avaient donc consulté un confrère pour avoir un **avis extérieur** et évaluer la situation.

M6 « C'était l'hiver je me traînais avec une toux qui ne m'aurait pas inquiétée sauf que en même temps j'ai eu un patient qui a fait une tuberculose. Donc je suis allée le voir parce que ça serait bien qu'on fasse un truc plus sérieux que moi même. »

M4 « Je suis allée la voir il y a deux ans peut-être. J'avais des adénopathies et je sais plus... bilan de poly adénopathies donc là ça devient plus de la médecine interne donc c'était bien tombé. »

Certains médecins avaient, hélas déjà été confrontés à des pathologies plus ou moins aiguës ayant un caractère de **gravité** et pouvaient témoigner de leurs **expériences respectives**. Ils semblaient avoir réagi rapidement et de manière adéquate.

M1 « J'ai eu un problème cardiologique et j'ai bien senti qu'il y avait quelque chose qui n'allait plus. Je n'avais pas de douleur thoracique mais j'ai bien senti qu'il y avait quelque chose qui n'allait plus. J'ai été voir un spécialiste du coeur (...).

M13 « Une fois j'ai eu mal au ventre machin, j'ai fini par aller consulter aux urgences, demander un avis, ou des choses quand je vois que ça sort de l'ordinaire. »

M15 « Et puis là j'ai eu un problème de santé alors c'est un peu différent parce que j'ai vraiment un problème de santé donc j'avais fini par prendre avis. En fait, j'étais essoufflée, enfin très essoufflée, je suis très sportive et j'étais essoufflée tout d'un coup, anormalement par rapport à mes capacités que je ressentais. »

F) Bonne santé actuelle :

L'estimation de leur propre état de santé semblait varier selon les médecins interrogés.

Le sentiment était souvent très bon chez les médecins interrogés avec une **santé ressentie de manière très positive**, et l'impression de ne jamais avoir été confronté à la maladie.

M6 « Après je n'ai pas trop de problèmes de santé donc effectivement je ne me suis pas trop posé la question. »

M3 « J'ai jamais été malade suffisamment pour expérimenter ça donc ça je peux pas dire vraiment, c'est le sentiment que j'ai mais je ne peux pas le confirmer parce que je ne l'ai pas expérimenté. »

M8 « Moi, j'ai pas de problèmes particuliers parce que je touche du bois, je pense être en bonne santé et donc tant que je n'ai pas de symptômes je ne vois pas l'intérêt de consulter. »

M14 « Bon je dirais que pour le moment j'ai la chance de pas avoir de souci de santé très important et donc je m'applique quand même les règles sur la prévention primaire mais c'est mon avis sur moi-même ce qui est évidemment sujet à caution. »

M17 « En règle générale, je me sens en bonne santé. »

On constate à quel point ce sentiment de bonne santé est **subjectif** ; certains médecins se disant **en bonne santé** avaient révélé des **pathologies** peu banales voire graves précédemment.

D'autres étaient plus **pessimistes** et moins affirmatifs sur leur ressenti, sans avoir forcément de pathologie particulière, ils ne s'estimaient pas en bonne santé.

M11 « J'ai l'impression de ne pas me soigner du tout, j'ai l'impression d'être en bonne santé, de faire un peu n'importe quoi avec ma santé. »

Comme cela avait été observé dans les études, le **ressenti** de leur état de santé qui est **en partie subjectif** ne semblait pas très bon en comparaison d'un état de santé au niveau physique meilleur que celui de la population générale. En effet, la santé psychique semblait poser un réel problème.

M12 « Est-ce que j'ai l'impression d'être bien soigné ? Physiquement oui, euh... psychologiquement je pense que ça peut poser problème de temps en temps pour me faire remarquer que peut-être je tire un peu trop loin, trop sur la ficelle, que je fatigue voilà. »

M7 « Physiquement je me sens assez consciencieux mais psychologiquement y a des moments, si je pouvais parler à quelqu'un ce serait bien. »

M17 « On avait eu un questionnaire sur le burn out pour une thèse et je l'avais rempli et ça m'a fait réfléchir ... c'était pas si positif et ça peut être utile, ça permet de prendre de la distance, de se dire bah là ça va pas, de faire le point. »

II) SENTIMENT DE PUISSANCE :

A) Super héros, jamais malade :

Certaines personnes interrogées exprimaient cette sensation d'être médecin et d'avoir le **rôle exclusif de soignant** mais pas de soigné. Ils semblaient ne pas pouvoir être malades, comme si le statut de médecin les protégeait de toute pathologie.

M14 « Donc voilà c'est tout un savoir-faire et puis on n'est sûrement pas facile à soigner parce que on croit tout savoir, parce que habituellement c'est nous qui sommes derrière l'écran. »

M15 « Mais j'ai jamais rien alors difficile à dire... »

M2 « Je pense qu'on a toujours tendance à sous-estimer l'importance, à se cacher derrière le fait qu'on est médecin et que ce n'est rien. »

D'autres exprimaient vraiment la **puissance surréaliste** qu'ils ressentaient concernant leur santé.

M12 « Oui, je pense que j'ai un sentiment de toute puissance par rapport à ma santé et tout du moins physiquement. »

B) Déni et peur de la maladie :

Les avis sur ce thème étaient très variables, autant selon les médecins que selon l'état de santé physique ou mental mais **aucun ne paraissait insensible à ce sujet.**

Certains pensaient avoir une tendance à **sous-estimer leurs symptômes** et donc prenaient le risque de **laisser traîner**.

M17 « Non, je ne pense pas, je minimiserai beaucoup les choses, et du coup, ... on serait dans une autre société ou on aurait une crise sanitaire, je serai capable mais finalement je pense qu'on fait pas bien. »

M2 « On a tendance à sous-estimer la chose et tendance à laisser traîner, ça c'est le risque. »

M5 « Je pense pas, je pense plutôt que c'est un peu comme tout à l'heure, quand on a tendance à laisser traîner. »

Cette peur de la maladie pouvait potentiellement entraîner un **retard au diagnostic** pour certains par **crainte du diagnostic**.

M2 « Si on a un petit quelque chose qui commence à s'installer, un petit... un essoufflement, une toux, un petit amaigrissement, une fatigue, on ne va pas forcément penser à la maladie, on va plutôt penser que c'est le surmenage, le manque de sommeil etc avec un... peut-être un retard au diagnostic. »

M15 « Par exemple, c'est ce que je disais pour l'IRM, j'ai tellement peur qu'on me trouve quelque chose qui fasse dire qu'il faut pas que je travaille que je le fais pas. Mais ça c'est une espèce d'inquiétude donc c'est peut-être ça la limite, peut-être qu'il y a des choses qu'on va pas voir parce qu'on veut pas voir pour continuer à travailler. »

La plupart ne se sentait **pas objectif**, et avait peur de **dramatiser ou de minimiser** selon les cas de figure.

M17 « Très mauvais l'auto-suivi parce qu'on n'est pas objectif. On traîne ou on fait trop vite et on est anxieux. »

M8 « Je suis complètement effectivement, d'accord sur le côté soit on minimise soit on dramatise. Et en général dans un sens ou dans l'autre à chaque fois, on se plante. Sur le côté soit on minimise et il aurait pas fallu soit on dramatise et il aurait pas fallu ! Je pense effectivement qu'on ne peut pas être objectif. »

M11 « Je crois que ce qu'on a dit depuis le début, c'est qu'on ne peut pas être objectif avec notre santé, ça je crois qu'on est tous d'accord là-dessus. »

Le manque d'objectivité était expliqué par les médecins par la difficulté à faire la part des choses, dès que **l'affect** entrait en compte dans la prise en charge ; cela pouvait même concerner certains patients.

M7 « C'est très très difficile d'être objectif déjà avec les malades quand on n'a aucun affect alors avec soi-même je crois que ça va devenir très compliqué. »

M18 « Le fait de pas être objectif pour soi, soit certaines personnes qui ont une tendance un peu hypochondriaques, vont dire 'ah ça y est il m'arrive quelque chose' c'est comme quand on voit un patient qui a des poux, on se gratte les cheveux pendant trois heures ! C'est pareil, il y a certaines personnes quand elles voient une personne malade elles se disent tiens ça peut m'arriver. Certains médecins vont avoir l'impression d'avoir plein de maladies et d'autres médecins vont réagir différemment c'est rien c'est rien jusqu'à ce qu'il y ait un gros problème. »

Quelques médecins ont décrit avoir **réellement négligé leur santé** avec des **conséquences** qui auraient pu être sévères.

M10 « J'ai fait une pneumopathie sévère il y a quatre ans, euh j'ai négligé, j'aurais pu finir en réa donc je crois pas forcément être le plus pertinent. »

M7 « Et je trouvais tout à fait naturel de faire mes vingt visites par jour sans moufter et c'est quand je ne voyais plus la route que je me suis dit ça ne va plus. »

L'histoire de l'un d'eux a été **relatée** par ses confrères, il a pris conscience de ses symptômes mais est malheureusement **décédé**.

M11 « On a perdu un copain (Note: un confrère généraliste), il y a une dizaine d'années qui a eu une douleur thoracique importante la nuit, 'oh bah je vais aller aux urgences' il a pris sa voiture et il est mort devant Charles-Nicolle dans sa voiture. »

Au contraire, certains devenaient **paranoïaques**, et imaginaient rapidement des pathologies lourdes dès qu'un symptôme se manifestait.

M6 « Je commençais à psychoter mais du coup je n'ai pas été voir ni moi-même pour avoir un regard extérieur ni le médecin que je vais voir pour mon suivi gynéco donc c'était mon collègue parce que c'était plus facile. »

M1 « Je pense qu'on voit assez de pathologies lourdes dans les années qui passent et on sait qu'il y a des fois où il faut faire attention. »

M3 « Tout de suite j'ai pas pensé à toxo ou à un virus ou une connerie, tout de suite j'ai pensé à Hodgkin j'ai pensé à plein plein de choses... »

Certains estimaient quand même avoir assez de recul et se sentaient **objectifs** avec leur santé.

M4 « Moi pendant les études j'ai eu un Hodgkin, j'ai eu un cancer du colon, voilà et plus j'avance dans le temps .. Non j'ai pas peur de la maladie. Non j'ai pas peur et je suis pas dans le déni. »

M15 « Je crois que je suis objective pour moi-même. »

C) Liberté , JE décide :

L'ensemble des médecins tient à garder cette part de **liberté et d'autonomie**. Que ce soit de manière ponctuelle pour certains ou systématiquement pour d'autres, ils veulent garder ce **privilège d'auto-prescripteur**.

Il y a cette liberté depuis toujours de pouvoir **gérer sa santé seul et de se prescrire tout** sans avoir besoin d'aller voir aucun confrère.

M3 « Moi ça me perturbait cette histoire là, qu'on m'oblige à... moi ça m'aurait pas gênée moi parce que j'ai choisi quelqu'un d'autre à la limite mais après tout je comprends que ça puisse être un choix personnel et je sais pas ; ça me gênait qu'on oblige. »

M7 « Médecin traitant obligatoire ça ne va pas être possible, on peut pas nous imposer ça ; je pense que ça ne marchera pas. Médecin traitant très disponible à l'écoute, ça ce serait bien. »

La plupart ne sont pas contre le fait d'aller consulter un confrère ou spécialiste ou autre mais **en aucun cas de manière obligatoire**.

M17 « Ça serait bien, ça laisse la liberté et au moins on se dit 'ah là j'exagère', ma mammo ou mon colon, par auto-questionnaire régulièrement. »

M12 « Et je vais pêcher cette demande là, à droite à gauche en fonction de mes envies et de là ou je veux bien en lâcher un petit peu. »

Certains médecins veulent **garder ce pouvoir de décision** sur leur santé, de **décider** si ils veulent soigner ce symptôme ou pas, réaliser des examens complémentaires ou pas...

M8 « Je suis médecin généraliste pour ce dépistage là, mais pour ce symptôme il ne me semble pas inquiétant, en tout cas, je n'ai pas envie qu'il le soit (...). »

M11 « S'il y a un TR, on n'ira pas. (rires) »

M16 « Je fais une prise de sang par an mais je prends pas, tiens exemple typique c'est vrai que je me prends mal en charge, j'ai du cholestérol, j'ai pas loin de 2 grammes de LDL donc bah je prends pas de traitement. Ça me fait suer j'en prends pas. »

D) Manque de confiance en autrui :

La difficulté à faire confiance à un confrère n'était pas partagée par tous, mais certains évoquaient ce sentiment.

Certains ont du mal à faire confiance à un autre médecin généraliste ou spécialiste. Ils pensent avoir **plus confiance en eux-mêmes**. Il ressortait que la décision finale concernant leur santé leur appartenait.

M12 « Et ça on a du mal à lâcher et à donner confiance à quelqu'un d'autre qu'à nous-même bien souvent. »

M16 « Médecin généraliste référent ça sert à rien, moi je me vois pas aller en consultation. Si c'est ce que je ferai à la retraite, certainement, parce que t'es vite largué en médecine si tu suis pas les événements, et donc après il faut faire confiance à quelqu'un. »

M7 « Donc je considère que je n'ai pas trop de problème de prise en charge médicale et je n'ai pas délégué ma confiance à d'autres médecins pour l'instant. »

Ce sujet a été pour beaucoup d'autres ressenti de manière opposée et exprimaient au contraire leur **facilité à accorder la confiance** à un confrère.

M13 « J'ai tendance à faire confiance très facilement à un confrère. »

M12 « On se pose beaucoup la question 'est-ce qu'un médecin généraliste je lui ferais confiance, ou un médecin urgentiste, c'est pas mon problème.' »

M17 « Si on a un médecin traitant, on est comme tous les autres patients et on n'a pas besoin d'autre chose et après il peut orienter vers un psy ou cardio etc. On s'engage quand même dans une relation de confiance. »

Certains pouvaient faire confiance à des confrères mais ce n'était pas quelque chose d'acquis, la **confiance devait s'installer progressivement**.

M17 « Donc j'ai trouvé quelqu'un en qui j'avais assez confiance aussi pour pouvoir déposer tout ça. C'est un médecin que je connaissais, que j'apprécie beaucoup, qui a une pratique que j'apprécie beaucoup, et en qui j'ai confiance.

Mais pas quelqu'un que je connais intimement, pas avec qui je mangerais au resto ! Il y a de la distance et de la confiance. »

M4 « On re-parlait tout à l'heure de dire notre métier, moi je ne le dis pas systématiquement. Ça me permet de voir à qui j'ai affaire, la confiance euh de voir s'il pose la question ou pas (...). Je suis assez dans l'observation et peut-être dans le jugement. Quand j'ai fait examiner mes enfants ou pour moi-même, selon ce qu'il va me dire, je vais aller voir quelqu'un d'autre, c'est pas la peine. »

III) STATUT PARTICULIER DU MÉDECIN :

A) Peur de déranger ou de surcharger un collègue :

Peu de médecins ont finalement mis en avant ce phénomène de ne pas consulter par **crainte de déranger**. Sachant que leurs confrères sont, comme eux, déjà débordés, certains ne voulaient pas leur rajouter de travail.

M3 « Je ne vais aller déranger le médecin pour ça, je sais exactement ce que c'est. »

M8 « Je pense que ça c'est important, en tout cas pour moi, d'avoir ce regard, un patient lambda et pas un confrère pour éviter justement, le côté est-ce que je vais le déranger, est-ce qu'il va me juger. »

Un médecin allait même plus loin et **pensait embêter ses confrères** au point de préférer garder pour lui ses problèmes, parfois lourds à gérer.

M7 « Et donc je ne me sens pas du tout dans le désir de lui casser les pieds avec mes problèmes psy (...) mais ceci dit c'est le blocage de l'idée qu'on va raser le camarade qui va nous écouter. Donc ça, ça m'arrête. (...). Et je me dis je ne vais pas infliger ça à un médecin. »

Cette peur de surcharger l'autre était **paradoxe** car **tous ceux ayant soigné des confrères étaient à l'inverse plutôt fiers** qu'un médecin vienne les consulter, eux. Cela pouvait même les faire réfléchir sur leurs modes de fonctionnement.

M11 « Au contraire, je suis même honoré que ce type-là me fait confiance. Je devrais l'appliquer à moi-même. »

M7 « Quel honneur d'avoir pris en charge un enfant de pédiatre, bravo ! »

Un médecin semblait avoir déjà eu cette prise de conscience et essayait de mettre en pratique cette problématique de médecin-patient.

M17 « Je me suis posé la question un jour, si ce que toi tu penses est important dans ton travail, c'est à dire que les gens arrivent avec leurs soucis, les déposent et on les gère, si tu y crois alors pour toi c'est pareil, voilà. Donc j'y crois encore voilà. »

B) Le désir d'être soigné comme un « patient lambda » :

Plusieurs médecins ont évoqué ce besoin crucial de **se détacher totalement du rôle de soignant**. Certains voulaient être considérés comme des

patients à part entière et ne plus prendre part aux décisions médicales les concernant.

M8 « Mais qu'il me prenne comme une patiente lambda et pas comme un confrère, je pense que ça c'est important, en tout cas pour moi, d'avoir ce regard, un patient lambda et pas un confrère pour éviter justement, le côté est-ce que je vais le déranger, est-ce qu'il va me juger, je suis passé à côté de ça mais je suis médecin. »

M17 « S'il m'arrive quelque chose d'important, qu'il y ait quelqu'un sur qui on peut se poser, ne pas avoir de décision à prendre, ou pour se laisser guider, je pense que c'est important. Quelqu'un qui prenne soin de nous. »

Pour d'autres, ce besoin d'être pris comme un patient ordinaire leur semblait nécessaire pour être **bien soigné**, même s'ils connaissaient leur interlocuteur.

M16 « Qu'est ce que j'ai eu d'autre ? Si, par exemple, parce que j'ai des problèmes urinaires aussi, problèmes prostatiques débutants, 61 ans c'est normal ! Si si je suis allé voir un urologue à Mathilde et il m'a pris en charge normalement comme un patient alors que je le connais bien parce que c'est mon correspondant et là ça a été fait très sérieusement. Y avait pas de problème, mais c'est tout. Je dévie. »

M18 « J'appelle une personne que je connais mais je vais prendre un rendez-vous, je fais tout normal. Mais c'est à peu près tout, pour le reste... »

Des médecins ont même **mis fin à un suivi par un confrère parce qu'ils étaient considérés trop comme soignants et pas assez comme soignés.**

M14 « J'avais choisi un médecin traitant qui est un médecin traitant de proximité et ça me convenait pas parce que j'avais pas le sentiment d'être pris en charge comme un patient lambda justement. »

M16 « Je suis allée voir un rhumato mais aller voir un rhumato quand tu le connais ou que tu le connais pas... Bah t'es médecin, tu sais bien que c'est pas méchant, il n'y a pas grand chose. Y a pas, y a pas une écoute, pas vraiment une bonne écoute, j'ai malheureusement été un peu confronté à ça. Et bon c'est tout, je peux pas dire grand chose d'autre, de plus. »

Pour d'autres, être soigné comme un patient lambda était plus simplement une question de **respect des autres patients et il semblait évident de ne pas être prioritaire.**

M1 « Quand je disais ça tout à l'heure, c'était surtout pour qu'on soit dans l'ordre des choses. C'était pour ne pas précipiter, je pense aux urgences parce qu'on fait souvent la queue aux urgences c'était pour ne pas que le médecin se sente pressé et vienne nous voir d'abord et avant les autres et qu'il y ait une erreur de jugement à ce moment là. »

M13 « Moi j'ai pas tendance à mettre en avant mon 'je suis médecin' pour toutes les pathologies que j'ai eues, au contraire. Je préfère qu'on me considère comme n'importe qui, comme lors de mon accouchement ou de mon opération du genou. Je suis comme toutes les femmes qui viennent d'accoucher avec une chute d'hormones... (rires) »

Quelques médecins **prenant en charge leurs pairs avaient adopté ce comportement** de patient presque normal pour améliorer la relation entre confrères.

M3 « *Je peux te répondre parce que je suis des médecins et des professions de santé et en fait dans ce cadre là, j'ouvre tous mes neurones et j'essaye d'être le plus systématique possible (...). Après j'ai envie de dire, sauf quand je suis très fatiguée, j'essaye de le faire avec les autres patients aussi. Donc en fait je le fais de la même manière.* »

M11 « *Et au début c'est un peu déroutant, on se dit comment (...) j'ai pris le pli de le traiter comme un patient lambda ; de lui expliquer les choses comme j'explique à madame tout le monde. Et depuis, ça se passe beaucoup mieux et je n'ai pas du tout l'impression qu'il m'embête.* »

Se posait également la question des **honoraires** pour certains, qui tenaient à régler comme les autres patients pour ne pas biaiser la consultation.

M4 « *De même, je tiens à régler mes confrères, je prends des rendez-vous et je paye. Même si au niveau déontologique voilà.. c'est important.* »

M1 « *Et pareil, je règle les médecins parce que j'aime bien que ce soit clair et net pour la consultation.* »

Plusieurs souhaitaient **se décharger de la charge mentale accumulée** dans leur travail et donc ne pas en cumuler davantage concernant leur propre santé. Le fait de déléguer sa confiance à un autre médecin permettait donc de ne pas se préoccuper de ce sujet là.

M13 « *Quelqu'un qui pense à faire à ce qu'il y a besoin de faire pour nous, voilà. Qui prend en charge, qui a la charge mentale qui va avec, c'est pas tant de rédiger l'ordonnance. Ça c'est un côté pratique de le faire nous-mêmes. Mais par contre on n'a pas quelqu'un qui réfléchit pour nous en dehors d'un contexte de stress ou de douleurs ou de machin et on n'a pas quelqu'un qui nous prend en charge quand on fait ça.* »

M17 « *S'il m'arrive quelque chose d'important, qu'il y ait quelqu'un sur qui on peut se poser, ne pas avoir de décision à prendre, ou pour se laisser guider, je pense que c'est important. Quelqu'un qui prenne soin de nous.* »

C) Dire ou taire son statut de médecin :

Le statut de médecin semblait plutôt leur porter préjudice lorsqu'ils se retrouvaient dans la position de patient. Cela pouvait leur apporter quelques inconvénients mais rarement des avantages. Cela a entraîné un clivage des opinions chez les médecins interrogés.

Certains hésitaient même à **cacher leur statut de médecin** aux autres professionnels en consultation.

M5 « *C'est toujours un peu gênant de dire qu'on est médecin.* »

M4 « *Je suis assez dans l'observation et peut-être dans le jugement. Quand j'ai fait examiner mes enfants ou pour moi-même, selon ce qu'il va me dire, je vais aller voir quelqu'un d'autre, c'est pas la peine.* »

M8 « Il faudrait vraiment que j'aie un regard neutre, limite arriver dans la consultation sans dire que je suis médecin pour ouvrir un peu. »

D'autres préféreraient jouer « franc jeu » et **annoncer d'emblée leur statut**.

M3 « Alors cette question de dire ou de ne pas dire qu'on est médecin. Je pense que vis à vis d'un médecin c'est plus facile quand même pour lui qu'il le sache. Parce qu'il ne va pas forcément nous expliquer la même chose de la même manière. Et à la limite, enfin.. je pense il est obligé de me parler, je pense, avec un certain niveau de connaissance, enfin voilà, de toutes façons il va forcément se poser des questions. »

M2 « Personnellement, si je devais voir un confrère je pense que je lui dirais tout de suite que je suis médecin parce que j'aime que les choses soient claires, qu'on appelle un chat un chat. La terminologie médicale est quand même très précise, qu'on ne tourne pas autour du pot. Il y a quand même des choses de la sémantique bien classifiées. Donc à mon avis ça fera plutôt gagner du temps. »

Mais pour beaucoup, ils avaient **déjà eu une expérience négative** après avoir révélé leur statut de médecin et n'avaient pas eu une prise en charge adéquate.

M3 « Moi j'ai eu le problème (...) c'était avec des sages-femmes, à chaque fois j'arrive, tu sais pas si tu es en travail ou pas, et on me répond : bah vous le savez bien, vous êtes médecin. Bah non ! J'ai mal, je sais pas ! Et j'ai trouvé ça franchement déplacé de leur part. Ça aurait été une, je me serai dit bon c'est juste une. Alors effectivement à un moment donné, je me suis dit je me cache je ne le dis plus. »

M16 « Je suis allée voir un rhumato. Mais aller voir un rhumato quand tu le connais ou que tu le connais pas... Bah t'es médecin, tu sais bien que c'est pas méchant, il n'y a pas grand chose. »

D) La peur du jugement de l'autre :

Cette thématique était assez mise en avant par la majorité et concernait de la même façon les plus jeunes et les plus expérimentés.

Pour quelques médecins cette sensation de jugement paraissait pesante au point de **préférer ne pas aller consulter** et ne pas s'exprimer sur ses **soucis**.

M8 « Ce sentiment de pouvoir être potentiellement jugé et de ne pas avoir envie de parler de ses problèmes psychologiques, pour le coup en lien avec le travail bien sûr. »

L'un d'eux imaginait même des situations de **maltraitance** possible où il serait encore plus difficile de se confier à un confrère.

M12 « À qui je vais en parler? En groupe de pairs, je suis pas certain, en tête à tête avec mon médecin traitant, ma compagne je ne suis pas certain. C'est une interrogation que l'on a, il y a probablement aussi des médecins, qui subissent les violences de leur conjoint, est-ce qu'ils vont aller en parler autour d'eux à leurs camarades ? »

La position de soignant-soigné semblait parfois difficile car l'interlocuteur était un médecin généraliste comme eux, et la **similitude** de leur métier pouvait amener à des **comparaisons gênantes**.

M7 « *Oui mais ce serait un médecin, comme moi.* »

M16 « *T'as pas le même œil que si tu vas voir quelqu'un, en plus après il faut s'adresser à un médecin... Euh si on allait voir en tant que médecin un médecin généraliste, faut s'adresser à un médecin généraliste qui est capable de faire la coupure entre le fait que la personne en face de lui soit médecin, ça c'est pas toujours facile.* »

M8 « *J'ai eu cette chance que mon médecin traitant me dise bien, 'tu n'es plus médecin, tu es enceinte comme toutes les autres femmes enceintes' et c'est vrai que c'est agréable de pouvoir se dire, voilà je reviens toujours sur le côté jugement, mais moi c'est vraiment quelque chose qui m'importe. De pas sembler idiot, d'avoir oublié, on sait très bien le dire à une patiente mais on sait pas se le dire et se convaincre alors que la question, le lendemain, la patiente va nous la demander et on va répondre alors que nous on n'aurait pas osé demander.* »

De manière réciproque, soigner un confrère semblait pour certains amener une certaine **pression et une interdiction à la moindre erreur**.

M9 « *Je m'autorise moins le droit à l'erreur même si ce n'est pas une erreur fatale bien sûr, je m'autorise moins que si c'est quelqu'un qui me connaît pas et que je peux réussir à rattraper derrière, à revoir, à réévaluer et je me sens plus mal à l'aise effectivement à soigner un confrère quand je le sais à la limite que quand je le savais pas.* »

M6 « *Mais en même temps, est-ce que quand tu reçois un médecin qui vient te voir en te disant : 'je sens que je vais pas bien, j'ai un problème je pense cardiaque ou respiratoire ou machin et je consulte' ; est-ce que toi quand tu le reçois, tu te dis pas : attends, là je pense vraiment à un truc grave parce que là s'il vient c'est que ce n'est pas une rhino. Dans ce sens là aussi, tu biases.* »

Cette pression peut être particulièrement **handicapante pour le suivi des médecins généralistes**, puisque l'une des personnes interrogées a reconnu, avoir déjà refusé de suivre certains autres médecins.

M14 « *Moi j'ai été sollicité par beaucoup de mes confrères, enfin j'exagère, par certains de mes confrères, que je connaissais très bien, qui étaient des amis, etc pour les soigner et j'ai décliné. Alors que voilà, j'ai beaucoup de sympathie mais je ne me sentais pas suffisamment neutre par rapport à eux pour prendre en charge leur santé.* »

E) Biais dans la relation entre confrères :

La plupart des médecins ont évoqué dans leurs expériences ou leur imagination ce que le statut de médecin peut amener comme biais dans la relation avec un autre professionnel de santé.

Le biais leur semblait quand même **moins important lorsque le médecin leur était inconnu**.

M1 « *Et je n'ai pas été voir un ami mais quelqu'un qui ne me connaissait pas.* »

M14 « La difficulté c'est qu'on veut un suivi par un médecin généraliste et vu la proximité ; la relation ne peut pas être saine pour le suivi d'un confrère. »

M17 « Ce qui n'est pas facile c'est de trouver un médecin qui soit assez éloigné parce qu'il était inenvisageable que ce soient mes collègues par exemple. Parce que si j'avais besoin d'un arrêt de travail par exemple, eux-mêmes peuvent se projeter en disant 'oh ça va compliquer ma vie etc' et quand même quelqu'un qui sache aussi que je suis médecin parce que sinon c'est compliqué aussi de (...) »

Se posait la question de la relation entre patient-médecin et de leur médecin traitant **lorsqu'ils sont très proches**. Les médecins confrontés à cette situation évoquaient la difficulté à ne pas **fausser la consultation**.

M12 « Bien sûr, mon médecin traitant m'en parle mais étant donné notre relation et notre proximité, voilà ça rentre dans une affaire de couple, et plus dans une relation médecin-malade. »

M14 « Les avantages c'est le côté professionnel et à la juste distance, donc dans l'idéal peut-être un médecin que je ne connais pas personnellement pour avoir une prise en charge optimale des soins. »

M17 « Je pense que dans le même cabinet, ou si c'est une connaissance, là ça suffit pas, c'est compliqué d'exprimer avec ses collègues des choses, parce qu'on se fait confiance parce qu'il y a des choses qu'on n'a pas envie de dire, si on a des difficultés temporaires sur l'attitude d'un collègue c'est compliqué on peut pas l'exprimer. »

Certains ont soulevé également la difficulté encore plus grande que les patients lambda à **parler de certains sujets à un confrère**, notamment la problématique **psychologique et addictive**.

M12 « À qui vais-je parler de mes addictions ? À l'ensemble de la collectivité, des confrères qui sont autour de moi ? Si c'est le tabac ça va encore m'aller si c'est l'alcool ça risque d'être plus compliqué et si c'est autre chose, le jeu, le sexe, la drogue. »

M10 « Pour les addictions, je suis... Je comprends ce que tu veux dire mais je crois qu'un patient a les mêmes difficultés à parler des addictions à un médecin et qu'il y a aussi la problématique addictive. »

Les médecins paraissent **avoir tous le même ressenti vis à vis de leurs situations relationnelles** et cela semblait les **rassurer** de voir que **tous étaient dans la même situation**.

M7 « Moi j'ai besoin de parler de mes difficultés avec des confrères qui sont en général bienveillants et contents de l'entendre parce qu'ils vivent la même chose que moi. »

M6 « Mais, enfin je sais pas, je me suis dit c'est parce que je suis jeune, ou pas beaucoup d'expérience mais en fait j'ai l'impression que ça reste ça la difficulté du médecin généraliste. C'est pas tant de faire le diagnostic c'est pas tant de... Enfin pour la majorité des cas c'est pas tant un problème médical c'est un problème relationnel et d'impact que ça a sur soi, cette relation assez particulière du médecin patient. »

M2 « Ce fait de confronter nos expériences vis à vis, enfin les relations vis à vis de nos patients, peut reconforter dans la mesure où on s'aperçoit très vite que les confrères rencontrent les mêmes soucis, difficultés, que nous. »

IV) L'ABSENCE DE DISPONIBILITÉ :

A) Peu de temps pour soi-même :

Ce sujet a été beaucoup relaté par les médecins interrogés mais ne semblait pas au premier plan.

Certains évoquaient tout de même la **difficulté à se dégager du temps** pour leur propre santé.

M4 « J'ai un médecin traitant, je devrais aller la voir plus souvent mais c'est vrai que c'est plutôt la gestion du temps et l'organisation qui fait que. »

M7 « Mais courant tout le temps, toute la journée, ça va être difficile. »

M14 « L'inconvénient c'est avant tout le côté plus compliqué dans le sens que faut organiser les consultations, faut prendre du temps, faut éventuellement parcourir des kilomètres. Tout ceci demande une organisation, du temps. »

Pour certains, le fait de ne pas toujours consulter était le rapport entre le **temps perdu et le peu de bénéfices apportés** à aller voir un confrère.

M15 « Si je suis capable de gérer les autres, pourquoi je serais pas capable de me gérer ? Non mais si j'ai quand même pris l'avis d'un cardiologue et d'un pneumologue mais bon bah c'est tellement plus pratique de se soigner soi-même que... on n'a pas tant ça de temps donc.(...) Comme inconvénient, c'est le temps, comme avantage, effectivement peut-être c'est d'avoir un petit cocooning, quelqu'un à qui raconter ses malheurs mais voilà. Mais j'en ressens pas vraiment le besoin. »

M18 « C'est souvent le temps, je n'ai pas vraiment le temps, et les rares moments de libre si tout va bien je n'ai pas envie d'aller voir un confrère si tout va bien. »

M13 « Bah ça pour le côté objectif pour le suivi et y a le côté pratique, (rires) ça peut prendre du temps d'aller consulter. »

D'autres mettaient aussi en avant la **difficulté à obtenir des rendez-vous** chez les médecins généralistes ou spécialistes et à les concilier avec leur propre emploi du temps.

M2 « Mais si j'ai besoin ou si j'ai un signe d'alerte quelconque, pulmonaire ou cardiaque ou autre j'hésiterai pas à faire appel à un spécialiste si ce n'est pas trop loin dans le temps parce qu'actuellement c'est plutôt le problème. »

M4 « Je prends le temps mais c'est vrai que vu les délais de rendez-vous je devrai peut-être y aller, c'est l'organisation pour moi qui est plus un frein à la visite que de demander aux autres de s'occuper de moi. »

B) Un métier libéral :

Un médecin mettait en avant leur **situation libérale comme un obstacle supplémentaire** à la consultation. Le fait de ne pas travailler entraîne une absence de rentrée d'argent et pouvait être **culpabilisant** par rapport à la patientèle s'il n'y a pas de médecin remplaçant.

M8 « Si on n'y va pas, on n'a pas cette rentrée d'argent et ça se surajoute un petit peu et qu'il n'y a personne à notre place et qu'on n'a pas le choix. »

M18 « J'ai été malade en décembre, j'ai dû être arrêté deux semaines, à la fin du mois j'étais à moins 2000. On n'a pas de sécurité comme les salariés. Je crois que c'est 90 jours de carence donc on peut pas s'arrêter... »

Cela pouvait même empêcher des **arrêts de travail** qui semblaient nécessaires.

M8 « Je pense qu'on est aussi biaisé par notre côté libéral, tout comme nos patients qui sont dans le libéral et qui ont une grippe : 40°, courbaturé, cassé. On va arrêter le salarié dans sa boîte 3-4 jours et lui 'bah non docteur faut que j'y aille, j'ai pas le choix'. Je pense qu'on est aussi biaisé non pas que parce qu'on est médecin mais aussi par ce côté libéral. »

C) L'importance de notre travail dans la vie :

Quelques médecins ont mis l'accent sur la **priorité de leur travail de médecin** et la place que cela prenait dans leur vie quotidienne.

M1 « Peut-être je sais pas mais pour moi le boulot c'était vachement important, je pensais qu'à ça je me levais le matin, je vivais que pour le travail mais euh... il faut peut-être prendre du temps pour manger en fait. »

M15 « Par exemple, c'est ce que je disais pour l'IRM, j'ai tellement peur qu'on me trouve quelque chose qui fasse dire qu'il faut pas que je travaille que je le fais pas. Mais ça c'est une espèce d'inquiétude donc c'est peut-être ça la limite, peut-être qu'il y a des choses qu'on va pas voir parce qu'on veut pas voir pour continuer à travailler. »

Pour un médecin, cette **priorité du travail** par rapport à sa santé aurait pu lui porter préjudice à un moment de sa carrière.

M7 « J'ai une anecdote personnelle, il y a une quinzaine d'années de ça, je me faisais des piqûres de Rocéphine pour pouvoir continuer à faire mes visites et à un moment je ne voyais plus clair, je ne pouvais plus conduire, je me suis dit, là il faut que je fasse quelque chose. »

V) UNE INSATISFACTION DES STRUCTURES OU DES MÉDECINS ACTUELS :

A) Pas envie d'un médecin traitant, ni d'un médecin du travail :

Pour certains, la **médecine du travail**, telle qu'elle est perçue actuellement, ne leur apporterait rien de plus. Cela ne semblait pas satisfaisant pour beaucoup car **cela manquerait** notamment d'une approche **psychologique**.

M3 « Est-ce que le fait d'avoir une médecine du travail obligatoire pour nous réglerait le problème du burn out ? Est-ce que finalement on va en parler à un médecin qu'on connaît ni d'Eve ni d'Adam et qu'on n'a pas choisi ? Je m'interroge sur cette option là. »

M5 « Mais est ce que tu as l'impression que les médecins du travail ont vraiment une prévention sur le côté psychologique ? Ils font des radio de thorax à tout le monde et puis ils dirigent vers un autre médecin. »

Pour d'autres la **médecine du travail n'était pas du tout adaptée** à notre profession de manière générale. Ce type de médecine ne serait pas adapté selon eux, en tout cas telle qu'elle est conçue actuellement pour les **salariés**.

M11 « Si on oblige les médecins à aller voir un médecin du travail comme on oblige les salariés à aller voir un médecin du travail, je suis pas sûre que ce soit très efficace. J'ai deux secrétaires qui vont voir des médecins du travail, trois minutes tous les deux ans, une tension et une bandelette urinaire, 'tout va bien, oui, au revoir madame'. Je suis pas sûre que ce soit... »

M3 « Et moi franchement, j'ai l'impression que vous l'idéalisez un petit peu cette médecine du travail. Moi quand je vois ce qu'il se passe, et que je vois les médecins du travail qui sont littéralement débordés et qui font ce qu'ils peuvent. J'ai du mal à imaginer, mais je suis peut-être très pessimiste, mais en même temps je regarde ce qu'il se passe. J'ai du mal à imaginer un médecin du travail pour les médecins qui soit au top, qui va tout regarder et dans tous les plans, etc etc... »

Certains semblaient même **pessimistes** quant à l'organisation de la médecine du travail et ses objectifs. Ces derniers **ne correspondent pas aux besoins des médecins** et devraient être revus.

M12 « Par contre on a besoin d'inventer quelque chose qui n'est pas de la médecine du travail, parce que nous prendre notre tension ça ce n'est pas vraiment faire de la médecine du travail, c'est ce qui se fait souvent mais c'est de l'obligation. »

M16 « Je crois pas, non, que ça aurait un intérêt. Ni une structure pluri-professionnelle, ni médecin du travail, franchement non. Moi je trouve que ça n'a pas tellement d'intérêt. »

Certains médecins **défendaient leur profession et l'estime qu'ils avaient pour la médecine générale**. Ils estimaient qu'un **médecin généraliste** était le professionnel le plus **adéquat pour suivre un autre médecin généraliste**.

M11 « Ça peut très bien être tenu par des médecins généralistes ; il peut faire l'ECG, ça peut être des généralistes. »

M15 « Je trouve que la médecine générale c'est vraiment quelque chose de chouette donc soit si j'ai pas envie que ce soit moi, j'irai voir un autre médecin généraliste mais pas dans une structure. Faut défendre la médecine générale ! »

M17 « Donc j'ai trouvé quelqu'un en qui j'avais assez confiance aussi pour pouvoir déposer tout ça. C'est un médecin que je connaissais, que j'apprécie beaucoup, qui a une pratique que j'apprécie beaucoup, et en qui j'ai confiance. Mais pas quelqu'un que je connais intimement, pas avec qui je mangerais au resto! Il y a de la distance et de la confiance. »

D'autres mettaient un point d'honneur à ce que ce **médecin soit différent** d'eux-mêmes pour que cela ne les bloque pas dans leur prise en charge. Ce sentiment était évoqué par la plupart des personnes interrogées.

M4 « Je suis allée voir une généraliste, très sympa mais voilà, qui ne m'apportait rien de plus que je savais sur moi et l'apport des consultations de la psychologue donc au bout d'un certain temps j'ai quand même pris rendez-vous avec un médecin psychiatre que je vois régulièrement. »

M12 « C'est plutôt d'être pris en charge par quelque chose d'un peu différent de ce que je vois d'habitude parce que ça, ça va me bloquer, ça va me coincer. »

M10 « Je serais ravi de voir quelqu'un qui me connaît pas, qui soit pas forcément dans le monde de la médecine générale. »

Certains imaginaient une sorte de **médecin, peut-être généraliste mais qui soit adapté** à leur statut particulier et à leurs connaissances.

M7 « C'est vrai que dans ce cas là, ce n'est peut-être pas le médecin traitant qu'il faut aller voir c'est peut-être un autre. »

M8 « Mais à chaque fois, j'ai l'impression que l'on demande quelqu'un de plus compétent que nous. Pour nous prendre en charge NOUS. Un 15 bis adapté, un centre avec que des spécialistes mais formés aussi, le côté médecin généraliste pour nous. »

Quelques médecins expliquaient **ne pas voir l'intérêt d'un médecin généraliste ou spécialiste référent pour eux.**

M16 « Mais si j'avais un médecin traitant généraliste référent franchement je crois que ça servirait à rien. Non je crois que ça servirait à rien, j'irais pas. »

M11 « Et je ne pense pas qu'il y avait besoin d'un médecin référent pour lui dire ça. Au contraire, même ce serait peut-être réducteur, on a besoin d'en parler avec plusieurs membres de la profession. »

M1 « Si j'ai d'autres signes d'alerte, j'irai voir d'autres spécialistes mais je ne vois pas ce que je pourrais faire de plus en ayant un médecin traitant autre que moi. »

B) Structures actuelles peu connues ou non satisfaisantes :

Une structure, Imhotep [57], a été mise en place il y a 7 ans, à Rouen, spécialement pour les médecins qui pouvaient se trouver en difficulté. Elle a été créée suite à un recueil des besoins des médecins de la région. Elle n'a pourtant pas été beaucoup utilisée par ces professionnels et n'est actuellement plus en fonctionnement. Les médecins interrogés ont donné différents points de vue sur cette structure.

Un seul médecin a fait la démarche d'y aller et en est ressorti ravi.

M4 « Moi j'étais allée à Imhotep et j'avais été super satisfaite de la prise en charge, examen complet, l'interrogatoire aussi, enfin j'avais trouvé. Imhotep c'était à BG, Dr K. médecin du travail, j'avais vu l'adresse dans les bulletins du conseil de l'Ordre, c'était la médecine du travail que pour les médecins dans le service de médecine du travail. La consultation était très longue, des interrogatoires de dépistage sur l'alcool, sur tout, les toxiques, l'addiction. J'avais trouvé ça très intéressant. »

Les autres médecins étaient plus **critiques par rapport à cette structure** et n'étaient pas allés consulter car ils ne pensaient pas y trouver un intérêt

personnel. Certains estimaient que ça se rapprochait trop d'une structure de **médecine du travail**.

M14 « Ce qui était proposé avec Imhotep c'était bien autre chose, on était presque dans le cadre de médecine du travail, c'est pas tout à fait une médecine générale. Et je pense que ça n'intéressait pas les médecins, et c'est vrai aussi des difficultés psychologiques à y aller. Ou des médecins qui avaient zappé consciemment d'y aller. »

M10 « Parce que peut-être aujourd'hui cette structure ne nous convient pas. On aspire peut-être à autre chose et je pense, j'ai le sentiment qu'on est demandeur et que aujourd'hui ce qu'on nous offre ne nous satisfait pas. »

M3 « Imhotep c'était le cas parce qu'il y avait très très peu de gens. Mais le jour où tous les médecins avaient dû y aller euh... ça aurait vite réglé le problème. On aurait passé une consultation d'un quart d'heure et pouf pouf. Il aurait eu des objectifs à atteindre et voilà, il faut que les médecins ils aient ça et ils aient ça et puis le reste bah ... »

Quelques médecins, pourtant installés dans la région depuis plusieurs années, n'avaient **pas eu du tout connaissance de cette structure**.

M2 « J'en ai jamais entendu parler. »

M18 « J'ai jamais entendu parler de cette structure imo... ? »

D'autres en avaient **vaguement entendu parler** mais ne se souvenaient ni du fonctionnement ni du nom et ne s'y étaient pas rendus.

M13 « Non, je ne connais pas de structure, Imhotep juste de nom mais après comment ça fonctionne tout ça... et ça fonctionne toujours ? »

M11 « Ça a déjà existé ça, il y a une dizaine d'années. Il y a eu des structures de proposées pour les médecins. Je ne sais pas ce que ça a donné. Je crois qu'il n'y a pas grand monde qui y est allé. »

Concernant les structures de manière générale, les avis étaient complètement **divergents** sur leur intérêt.

Certains **rejetaient totalement l'idée d'une structure** et n'y voyaient **aucun bénéfice**.

M16 « Moi je crois pas du tout en une structure. C'est une bêtise de dire je vais aller dans une structure pluri-disciplinaire où on va faire tous les examens, on va faire un check up, j'y crois pas. Ça n'apporte rien. »

M15 « Oh non les structures ça me dit vraiment rien. Éventuellement c'est d'aller voir un autre médecin mais aller dans une structure, non, je vois pas... »

M8 « Même si la structure existe est-ce que j'irais consulter c'est pas sûr. »

D'autres au contraire, **espéraient que des structures (plutôt de type pluri-professionnel) se créent** et pensaient y trouver un intérêt.

M12 « Il y avait une notion de consultation pluri-disciplinaire, ça m'inciterait plus facilement à y aller. Alors c'est pas une pluri-disciplinarité au niveau d'organe mais avec des pluri-professionnels avec une prise en charge avec une infirmière, aussi formée qu'eux. »

M14 « Enfin moi j'aimerais bien une prise en charge plutôt pluri-pro. Pourquoi pas une équipe avec un médecin, un infirmier, et éventuellement un psychologue aussi. »

Pour d'autres l'intérêt d'une structure avec **d'autres professionnels** incluait surtout l'intervention d'un **psychologue** et donc l'intérêt d'une prise en charge la plus globale possible.

M7 « *Je pense qu'il faudrait une structure de médecins et de psychologues peut-être. Mais développer ça j'en sais rien, il faut des financements, et c'est dans le cadre de profession libérale je pense et ça ne peut pas être autrement.* »

M10 « *C'est pour cela que l'on a plutôt utilisé le mot structure qu'un professionnel, parce que je pense que ce serait bien d'avoir une prise en charge plus globale : de voir un psychologue, d'une infirmière. Je pense que ce serait même plus facile pour nous de parler peut-être.* »

C) La difficulté à se dévoiler :

Le fait de se confier et parler de ses préoccupations notamment d'ordre psychologique a été évoqué à plusieurs reprises par les médecins.

Quelques médecins souhaitaient **simplement parler**, peu importe leur interlocuteur, et pensaient pouvoir le faire plutôt facilement.

M10 « *Et je suis très demandeur d'un service extérieur qui puisse avoir un regard objectif sur moi. Ça serait bien.* »

M1 « *Oui ça c'est une limite ou peut-être pas une limite mais une charge importante que je peux pas... à qui on peut pas, personne à qui en parler (...). Ce sera à un moment donné qu'on aura besoin donc ce serait de savoir qu'il y a une personne disponible ou deux personnes disponibles à un moment où on veut.* »

Certains avaient déjà trouvé leur interlocuteur pour se décharger de leurs problèmes personnels ou en rapport avec le travail.

M4 « *D'avoir trouvé quelqu'un de dispo pour moi, et qui s'est occupé de moi et bien occupé de moi.* »

Un autre médecin semblait penser que le fait de **ne pas avoir de médecin traitant** était une difficulté supplémentaire pour trouver quelqu'un à l'écoute et pour réussir à parler.

M11 « *Ce que je veux dire par là, c'est que le fait d'avoir un médecin traitant et que le médecin traitant soit un peu à l'écoute et ouvre des portes c'est plus facile de s'engouffrer dedans.* »

Pour certains, il était impératif de **choisir librement son interlocuteur**.

M1 « *J'imagine que tu vas pas raconter tes soucis à n'importe qui d'abord. Donc si c'est quelqu'un qu'on t'oblige d'aller voir, je pense pas que tu vas forcément te sentir à l'aise avec cette personne là et puis faut que ce soit au moment où on a besoin donc on n'a peut-être pas besoin tous les ans.* »

M3 « *Est-ce que finalement on va en parler à un médecin qu'on connaît ni d'Ève ni d'Adam et qu'on n'a pas choisi ?* »

Se confier à quelqu'un de neutre et qui ne faisait pas partie de leurs proches semblait indispensable pour la plupart. Idéalement il faudrait même que ce soit quelqu'un d'inconnu.

M10 « *Je serais ravi de voir quelqu'un qui me connaît pas, qui soit pas forcément dans le monde de la médecine générale. Parce que j'aurais peut-être cette retenue pour dire, 'je suis fatiguée je finis tard, j'ai eu quatre réunions dans la semaine, j'en ai parfois marre, j'ai envie de les tuer, de les étrangler ! Non c'est pas vrai, ou peut-être la semaine dernière ! J'aurais pas ce jugement de valeur, ça me permettrait peut-être de dire des choses, et de bénéficier d'une visite.* »

M7 « *Enfinement ce que j'entends autour de moi, j'ai l'impression qu'on est tous demandeurs d'un médecin anonyme à l'écoute de nos soucis de médecins et de malades éventuellement.* »

M14 « *Les avantages c'est le côté professionnel et à la juste distance, donc dans l'idéal peut-être un médecin que je ne connais pas personnellement pour avoir une prise en charge optimale des soins.* »

M3 « *Et je n'ai pas été voir un ami mais quelqu'un qui ne me connaissait pas.* »

D'autres sujets pouvaient également être difficiles à aborder pour quelques médecins dans leur cadre habituel.

M10 « *Je crois que je me libérerai et tout ou non une partie de mes retenues, mes interdits, mes dénis, je pourrais arriver à les briser je pense plus facilement.* »

M12 « *À qui vais-je parler de mes addictions ? À l'ensemble de la collectivité, des confrères qui sont autour de moi ? Si c'est le tabac ça va encore m'aller, si c'est l'alcool ça risque d'être plus compliqué et si c'est autre chose, le jeu, le sexe, la drogue. Il y a probablement aussi des médecins, qui subissent les violences de leur conjoint, est ce qu'ils vont aller en parler autour d'eux à leurs camarades ?* »

D) Le manque d'anonymat :

Cette problématique de l'anonymat a été mentionnée plusieurs fois. Certains médecins aimeraient avoir en face d'eux quelqu'un **d'anonyme**.

M7 « *Je suis assez d'accord avec ça, je pense qu'un médecin anonyme qui pourrait nous écouter dans une structure comme ça, ce serait quand même une bénédiction pour nous.* »

M9 « *Faudrait que ce soit quelqu'un de totalement inconnu, pas quelqu'un de proche.* »

Pour la plupart, parler à un interlocuteur **anonyme** était indispensable pour évoquer ses problèmes d'ordre **psychologique**.

M8 « *Après c'est clair que pour moi si j'avais le besoin, que j'arrivais en limite burn out, etc et que j'avais un besoin de parler il faudrait que ce soit quelqu'un que je ne connaisse absolument pas, qui soit complètement objectif, ou le plus possible.* »

M7 « *Enfinement ce que j'entends autour de moi, j'ai l'impression qu'on est tous demandeurs d'un médecin anonyme à l'écoute de nos soucis de médecins et de malades éventuellement.* »

Mais pour d'autres, l'**anonymat n'était pas toujours indispensable**, ils avaient réussi à se confier à quelqu'un qui ne leur était pas totalement inconnu.

M16 « *Moi je sais que ça m'avait fait beaucoup de bien, j'étais allé voir le Dr X., je le connais un peu, j'avais dû faire 4-5 séances, mais j'avais eu une période très difficile. Avec la surcharge de travail, et puis à un moment tu craques quoi, je travaillais encore plus que maintenant ! (rires) »*

M17 « *C'est plutôt que je crois à ce qu'on fait, il y a toute une part relationnelle, d'écoute, et déposer ses soucis , quelqu'un avec qui on peut discuter, est-ce que ça c'est inquiétant ou pas. Je me sentirai très seul, parce que j'aurai personne avec qui en discuter, peut-être qu'un couple de médecin c'est plus facile. »*

VI) VIEILLES HABITUDES DES MÉDECINS :

A) Absence de prise de conscience sur sa santé :

Certains médecins ont mentionné qu'ils n'avaient **pas la possibilité de se reposer**. Il était **difficile** de faire ne serait-ce qu'une **pause lorsqu'ils avaient des difficultés d'ordre psychologique** en lien ou non avec le travail.

M12 « *Mon médecin traitant c'est ma compagne et réciproquement. Est-ce que j'ai l'impression d'être bien soigné ? Physiquement oui, euh..psychologiquement je pense que ça peut poser problème de temps en temps pour me faire remarquer que peut-être je tire un peu trop loin, trop sur la ficelle, que je fatigue voilà. »*

M4 « *Bah moi quand je vois que c'est de plus en plus difficile de prendre en charge les patients, bah je ne me sens pas... Si je me mets à paniquer, à penser que je vais tous les tuer, que je suis plus compétente. Ça peut m'arriver, souvent c'est quand je suis fatiguée, régulièrement. Enfin pas tout le temps mais de façon cyclique ça a pu m'arriver. Ça m'arrive moins mais là je me dis qu'il faut que je fasse attention à moi. Mais c'est clairement les patients. »*

Le stress et la charge mentale emmagasinés lors du travail avaient pour beaucoup des **répercussions sur leur vie privée**.

M5 « *Mais je pense que c'est quand même lourd au final d'enchaîner tous les patients, on n'en voit pas forcément tous le même nombre, mais de les enchaîner, les enchaîner jour après jour. C'est lourd au final. Il y a des jours où on va bien et des jours où on va moins bien et quand ça fait le dixième qui dit : ahhh ça va pas bien du tout.. ah là, j'ai déposé ma dose d'empathie pour la journée ! J'en n'ai plus, je suis désolée ! T'as une cystite? Non? Bon bah je suis désolée. »*

M7 « *Je suis tout à fait d'accord avec ça, il y a un stress énorme dans ce métier, et plus on est impliqué dans ce métier, plus on est stressé. Le moindre petit anicroche, c'est cuit, on mord pas. Enfin je ne sais pas si vous ça vous le fait, mais moi ça me le fait tout le temps. Le moindre truc qui va pas, et donc ça a une répercussion sur la vie quotidienne sur le sommeil. Bien que je sois quelqu'un d'assez cool mais je ne supporte pas les difficultés que rencontrent mes malades et je m'incrimine immédiatement. Aurais-je fait les choses correctement ou pas ? »*

La difficulté principale du burn out était que les médecins ou autres professionnels de santé **risquaient de ne pas l'identifier comme tel**.

M12 « Tout à l'heure tu disais, si j'identifiais un burn out, j'irais voir un confrère qui sera à distance. Le gros problème c'est : est-on en capacité d'identifier nos propres problèmes ou nos propres scotomes ? C'est ce qu'on n'identifie pas qui est problématique. On n'identifie pas le trop de travail, le nombre d'heures que l'on fait, trois réunions par semaine etc. »

M14 « J'espère que mon entourage ou moi-même, j'aurai conscience que y a un moment donné où c'est... faut plus faire comme ça, plus se soigner soi-même et que voilà si j'ai un problème psychologique ou psychiatrique, évidemment que on ne peut pas faire l'économie d'un suivi par un confrère. »

Quelques médecins témoignaient même avoir **déjà fait un burn out**. Ils avaient eu la chance d'avoir **identifié leurs symptômes à temps** pour y remédier.

M4 « Moi je crois que j'ai clairement fait un burn out et j'avais une situation conjugale difficile et j'ai la même année eu une intervention chirurgicale oncologique et après une opération et un arrêt de travail de trois mois pour cure de hernie discale quelques mois après. »

M16 « Moi au départ, quand j'ai craqué un peu, au début je me disais bon ça va aller je vais m'en sortir, et plus avec l'appui de ma femme et les collègues aussi, 'faut que tu fasses quelque chose, t'es pas bien' et puis ça s'est passé. C'est plus l'entourage qui m'a fait pencher sur le fait qu'il fallait que je fasse quelque chose. Sans collègues, il y aurait eu ma femme qui aurait poussé. »

Parfois l'**absence de prise de conscience** sur leur santé concernait des **troubles physiques** qu'ils ne voulaient pas voir.

Certains semblaient en avoir conscience mais ne **prenaient pas au sérieux** leurs prises de risques.

M12 « Un peu comme Mx, ça peut mettre un certain temps, voilà. En plus je crois que je peux avoir aussi à l'intérieur de mon travail, des prises de risque autres que psychologiques qui peuvent dans ma pratique courante me mettre en danger. Par exemple, l'utilisation de mes outils de travail, la façon dont je me protège par rapport à mes patients. Là je n'ai aucune prévention. Je n'ai que la mienne, celle que je peux éventuellement conseiller à mes patients mais voilà. Je me pique sur une aiguille je ne vais pas forcément faire une sérologie ; d'ailleurs je n'en ai pas forcément parlé à mon médecin traitant. Des choses comme ça, qui font que... (rires) »

M15 « Par exemple, les trous de mémoire si c'était un patient qui venait me voir, je pense que je lui dirais de faire une IRM mais en tant que médecin je me dis ça sert à quoi de faire une IRM ? Je vais attendre dans trois ans que je serai à la retraite. »

Un médecin a pris **conscience** de son état de santé **une fois hospitalisé**.

M7 « J'ai une anecdote personnelle, il y a une quinzaine années de ça, je me faisais des piqûres de Rocéphine pour pouvoir continuer à faire mes visites et à un moment je ne voyais plus clair, je ne pouvais plus conduire, je me suis dit, là il faut que je fasse quelque chose. J'ai appelé Monsieur C. qui m'a dit ce serait

peut-être sage de venir à l'hôpital où j'y ai passé trois semaines. Ce qui fait que, c'est la vérité, on a un espèce de filtre, on ne se rend pas compte des choses mais objectivement je ne me rendais pas compte de la situation. Et je trouvais tout à fait naturel de faire mes vingt visites par jour sans moufter et c'est quand je ne voyais plus la route que je me suis dit ça ne va plus. »

B) Mauvais ressenti du médecin :

Quelques médecins avaient la sensation d'avoir un **statut à part** ; ils pensaient même être **exclus du système et en étaient navrés**.

M4 « Moi non, enfin, les professionnels voient des médecins du travail, pourquoi pas nous ? Alors qu'on a la responsabilité de patients, si on n'est pas bien psychiquement, on pourrait... Pourquoi on pourrait pas être délégués pour nos patients. Je pense qu'on leur doit ça aussi d'être ... »

M6 « C'est validé pour toute la population de travailleurs, pourquoi le médecin ça serait différent ? »

Ils exprimaient aussi leur **déception** de ne pas recevoir des propositions ou visites de prévention systématiques comme certains salariés.

M13 « Il n'y a pas de médecins qui reçoivent ces trucs là alors que pourquoi pas ? Ça paraît important pour tout le reste de la population de faire un bilan de prévention et pas pour nous ? »

Les médecins semblaient avoir une mauvaise estime d'eux-mêmes et de leur auto-suivi médical. Certains regrettaient de ne pas être des patients-modèles et **critiquaient leur moindre faux pas**.

M15 « Je sais pas si elle est différente ou si en tant que patiente je suis différente de quelqu'un d'autre. C'est à dire que je pense que je fais moins bien que ce que je demande à mes patients, je fais moins de prises de sang, moins souvent, voilà. Je pense que je suis plus exigeante, je demande plus aux patients que ce que je fais moi même ou je fais traîner un peu les choses. »

M16 « Oui ça c'est sûr, l'exemple des hernies, c'est des hernies qui me font un peu mal quand même, qui me gênent. Attends j'ai un patient comme ça je lui dis faut vous faire opérer, faut pas rester avec ça, un de ces jours, ça va, y va y avoir un étranglement ça va faire mal. Ça je le fais pas, quoi d'autre... oui à part cette exemple là... »

Certains avaient également une **très mauvaise estime de leur propre suivi médical** mais décrivaient dans le même temps une prise en charge plutôt correcte, par exemple au niveau de la couverture vaccinale.

M10 « Je fais... Je suis mon médecin traitant, je pense que je me soigne très mal. Je fais juste mes vaccins, une biologie de temps en temps. »

M11 « Je sais pas où j'en suis dans mes vaccins, je crois que je me suis vacciné il y a moins de 20 ans donc a priori c'est bon. J'ai eu plusieurs vaccins dans ma vie quand même. »

M14 « Oui je m'applique à moi-même ce que je préconise à mes patients mais peut-être justement avec des scotomes. »

Parfois c'était les patients eux-mêmes qui les mettaient en défaut pensant qu'un **médecin ne peut et ne doit pas être malade.**

M5 « *C'est vrai. Moi ça les faisait beaucoup rire quand j'avais mon plâtre. Bah oui, je suis désolée, moi aussi j'ai des os qui se cassent comme les vôtres ! Je... voilà.* »

M2 « *C'est vrai qu'il faut toujours faire bonne figure d'un patient à l'autre même si on a soi-même des soucis personnels ou si le patient d'avant nous a gonflé, énervé ! Il faut continuer avec le sourire et c'est vrai que c'est pas évident. On peut le faire à certains moments, et à certains moments on peut pas le faire.* »

Certains médecins trouvaient qu'aller consulter pour eux-mêmes serait **judicieux** et ne gênait personne **mais ne le faisaient pas pour autant.**

M6 « *D'ailleurs moi je pense que ce ne serait pas choquant, les patients ça arrive qu'ils disent : 'mais docteur comment vous vous soignez quand vous êtes malades ? Vous avez la crève, bah il faut aller voir le docteur ! Vous êtes jamais malades vous attrapez jamais la gastro ?'* »

M11 « *Au contraire, je suis même honoré que ce type là me fait confiance. Je devrais l'appliquer à moi-même.* »

Pour d'autres ce mauvais ressenti tenait aussi au fait **de ne pas avoir quelqu'un pour les rassurer et qui s'occupe de tout.**

M13 « *Même si la prise en charge est finalement de qualité équivalente à la fin en terme de prescription ou de résultats ou d'efficacité mais on n'a pas quelqu'un qui nous prend en charge.* »

M15 « *Alors après, c'est sûr qu'on est comme tout un chacun, c'est à dire que nous souvent on relance les gens quand ils viennent 'est-ce que vous avez fait votre prise de sang ?' Là c'est vrai qu'il n'y a personne qui nous relance donc on se laisse peut-être un peu plus aller mais apparemment non, puisque en majorité on fait mieux.* »

M18 « *Et le fait de pas avoir quelqu'un derrière nous. Moi je dois faire ma prise de sang, la dernière était bonne hein, mais je l'ai toujours pas faite et pourtant il y a les infirmières à côté.* »

Il y avait souvent un ressenti différent concernant leur propre santé et celle des patients, cela semblait toujours plus difficile pour eux. Puis au cours des réflexions, quelques-uns semblaient prendre conscience que **leurs propres difficultés étaient finalement peut-être les mêmes que celles de leurs patients.**

M10 « *Pour les addictions, je suis... Je comprends ce que tu veux dire mais je crois qu'un patient a les mêmes difficultés à parler des addictions à un médecin et qu'il y a aussi la problématique addictive.* »

M15 « *Mais peut-être que quand on est patient on fait pareil, il y a des patients qui doivent faire des choses et...* »

M9 « *Mais finalement c'est ce que beaucoup de patients nous disent, c'est qu'ils n'ont pas envie de nous embêter avec leurs problèmes. Même si on n'a pas du tout la même profession qu'eux.* »

C) Rester son propre médecin traitant dans la vie quotidienne :

Qu'ils soient leur propre médecin auprès de la sécurité sociale ou qu'ils en aient déclaré un autre, ils reconnaissaient avoir globalement recours à leur propre diagnostic.

Et quasiment tous, même en allant voir un confrère, restaient leur propre médecin traitant en **organisant et décidant ce qu'ils déléguaient ou pas.**

M3 « *Donc effectivement je vais gérer mes dépistages etc, j'y vais je vais la voir pour lui demander un avis très technique : réaliser un frottis, je ne lui demande pas son avis si je dois le réaliser ou pas, j'y vais en disant ça y est c'est l'heure il faut le faire. Donc je reste un peu médecin quand même. »*

M11 « *C'est vrai qu'il n'y avait pas un suivi régulier, bon ils avaient pas de traitement au long cours non plus. Celui auquel je pense, il est venu me voir pour un problème de pyélonéphrite et pour des problèmes aigus comme ça. C'est vrai que c'était peut-être pas un suivi très approfondi comme on peut avoir avec certains patients. »*

Quelques médecins allaient consulter des confrères mais **reprenaient le contrôle de leur suivi de santé** à un moment donné, que ce soit volontaire ou non.

M13 « *Une fois j'ai eu mal au ventre machin, j'ai fini par aller consulter aux urgences, demander un avis, ou des choses quand je vois que ça sort de l'ordinaire. Après ce qui est pas simple des fois, c'est de pas prendre le temps de prendre quelqu'un qui centralise tout et de pas avoir de retour derrière. Après j'ai géré la suite toute seule quoi. »*

M14 « *Et donc du coup, j'avais désigné ce médecin généraliste comme médecin traitant et puis comme ça me convenait pas je suis re-devenu mon propre médecin traitant. Même si j'ai bien conscience que ce n'est pas une situation idéale. »*

Certains avaient déclaré un **médecin traitant officiel mais n'allaient jamais le voir en pratique.**

M5 « *Après c'est vrai que mon médecin traitant est à Vernon et c'est à une demi-heure d'ici donc je ne vais pas forcément le voir, même jamais. Je vais le remplacer en fait !* »

M8 « *Je rebondis sur ce que vous dites et au final ce que je me rends compte c'est qu'on est malgré tout notre propre médecin traitant malgré tout puisque on va plus facilement s'orienter vers un spécialiste que vers un confrère médecin généraliste. Enfin ceux qui ont été confrontés à la situation. Et au final même si sur le papier, on n'est pas déclaré médecin traitant, on va plus directement, on a fait les premiers diagnostics, on a tiré les premiers tiroirs et après on va plus voir des spécialistes. »*

D) Solution de facilité :

Pour plusieurs médecins, la tentation de **faire soi-même** était grande et tellement **pratique.**

M13 « Bah ça pour le côté objectif pour le suivi et y a le côté pratique, (rires) ça peut prendre du temps d'aller consulter (...). Bah parce que je pense qu'il y a le côté prescription pure des ordonnances, des machins, donc bah ça c'est pratique de faire nous-mêmes et machin. »

M14 « Et c'est parfois la solution de facilité que de dire je vais me faire une prescription. »

M15 « Si je suis capable de gérer les autres, pourquoi je serais pas capable de me gérer ? Non mais si, j'ai quand même pris l'avis d'un cardiologue et d'un pneumologue mais non bah c'est tellement plus pratique de se soigner soi-même que.. on n'a pas tant ça de temps donc ... »

Cette solution de facilité pouvait également s'appliquer au **suivi de sa propre famille**.

M3 « Je crois que c'est plus facile encore pour moi en tout cas, d'aller prendre un rendez-vous pour moi, mais pour les gamins ... »

M13 « Après en gros pour les choses un peu simples du quotidien je vais faire moi-même et je commence à faire pareil pour les enfants. »

Parfois, prendre un avis extérieur consistait à **demander rapidement l'avis à un confrère** pour se conforter dans son hypothèse. De ce fait, il n'y avait pas une consultation dédiée avec **son médecin référent** ou une prise de rendez-vous avec un professionnel adéquat.

M6 « Je commençais à psychoter mais du coup je n'ai pas été voir ni moi-même pour avoir un regard extérieur ni le médecin que je vais voir pour mon suivi gynéco donc c'était mon collègue parce que c'était plus facile. »

M5 « Donc on fait un peu ce qu'on n'aime pas trop qu'on nous fasse j'ai l'impression. C'est à dire de prendre entre deux portes ; je tousse tu veux pas regarder et quand même continuer à banaliser les choses mais tout en allant voir quelqu'un pour se rassurer, pour se dire que ça va bien quand même. »

E) Banaliser sa propre santé :

La plupart des médecins avaient quand même en arrière pensée l'impression de **banaliser ou de négliger leur santé** de manière générale.

M5 « Parce qu'effectivement, sinon c'est vrai qu'on a peut-être tendance à banaliser un petit peu. »

M2 « On a tendance à sous estimer la chose et tendance à laisser traîner, ça c'est le risque. »

M16 « Moi au départ, quand j'ai craqué un peu, au début je me disais bon ça va aller je vais m'en sortir, et plus avec l'appui de ma femme et les collègues aussi, 'faut que tu fasses quelque chose, t'es pas bien' et puis ça s'est passé. »

Ce sentiment semblait **renforcé par le fait de gérer soi-même sa santé** pour les événements aigus.

M2 « Tout en sachant que pour les petites maladies de la vie courante où on s'auto-médique je pense qu'on a toujours tendance à sous estimer l'importance, à se cacher derrière le fait qu'on est médecin et que ce n'est rien. »

M16 « On se dit bah ouais en fait c'est vrai qu'on se prend pas en charge en fait, tu te prends pas en charge, tu fais au coup par coup. Tu tousses tu te dis bon je

vais attendre je vais voir ; j'ai de la fièvre, bah ouais tu te fais pas examiner, y a pas quelqu'un qui va écouter tes poumons. »

M13 « J'aurais plutôt tendance à négliger quand c'est pour moi. À me prendre en charge plutôt par défaut que par excès. »

Pour quelques uns, **ils avaient effectivement prêté peu d'attention à leur santé par le passé** et ne s'étaient pas attardés sur leurs symptômes physiques.

M10 « J'ai fait une pneumopathie sévère il y a 4 ans, euh j'ai négligé, j'aurais pu finir en réa donc je crois pas forcément être le plus pertinent. »

M7 « Et je trouvais tout à fait naturel de faire mes vingt visites par jour sans moufter et c'est quand je ne voyais plus la route que je me suis dit ça ne va plus. »

VII) ÉVOLUTION ACTUELLE DES MÉDECINS :

La plupart des médecins déjà installés ont l'air de changer leurs habitudes de travail. Ils se regroupent dans un même cabinet pour se protéger des risques professionnels et en particulier du burn out, ce que font les jeunes médecins spontanément.

A) Cabinet de groupe :

Ils ont tous rapporté que le fait de s'installer à plusieurs était un choix de leur part et que c'était primordial pour avoir quelqu'un à qui se confier, avec qui se comparer et savoir qu'il y a quelqu'un de disponible au cas où.

M3 « Euh... pour revenir sur le sujet je pense qu'on a toutes les raisons de ne pas rester seuls dans notre pratique. Je pense que c'est quelque chose de douloureux globalement. Et à un moment ou à un autre, ça va devenir douloureux. Le fait de travailler en groupe, le fait de pouvoir communiquer dans des groupes qualité, dans des groupes Balint. Euh même le fait de pouvoir parler autour de la table en groupe ce soir, ça permet de décharger un certain nombre de choses. »

M10 « Je trouve que le travail, en groupe, en cabinet avec des confrères aide beaucoup aussi à gérer les situations de stress, les attitudes, les postures, ce qu'on n'a pas fait ou ce qu'on devrait faire. C'est vraiment très plaisant, il y a vraiment un regard bienveillant et une écoute, une aide et un professionnel de santé. »

M11 « Moi j'ai besoin de parler de mes difficultés avec des confrères qui sont en général bienveillants, et content de l'entendre parce qu'ils vivent la même chose que moi. »

Pour le seul médecin **travaillant seul, ce n'était pas son choix de ne pas être en cabinet de groupe**. Il déplorait même de ne pas trouver de médecin avec qui s'associer. Le médecin initialement avec lui était décédé plusieurs années auparavant.

M18 « Bah déjà pour le burn out, j'ai eu deux médecins qui sont décédés, je suis tout seul pour 4000 personnes. J'ai été malade en décembre, j'ai dû être arrêté deux semaines, à la fin du mois j'étais à moins 2000... On n'a pas de sécurité comme les salariés. »

B) Les groupes de pairs et Balint :

Tous les médecins ou presque participaient à **des groupes de pairs, groupes qualité ou leur équivalent**. Cela avait toujours un effet bénéfique pour eux, car c'était le moment le plus approprié pour **raconter leurs soucis au travail**.

M11 « Moi je rejoins un peu, pour répondre, en fait, au niveau psychologique, pour arriver à se décharger de notre difficulté au travail, c'est les relations avec les autres confrères, que ce soit en groupe de pairs, au cabinet avec ses associés, ou éventuellement de façon informelle à droite ou à gauche. »

M4 « Et c'était salvateur pour moi ; des groupes de pairs, d'échanger avec des maîtres de stage, les rencontres qu'on peut faire, d'échanger dans des groupes de FMC quand on se retrouve en petit groupe. »

D'autres suggéraient même de nouveaux types de regroupement de médecins comme des groupes de parole dédiés aux difficultés très spécifiques des médecins.

M6 « Au niveau mental, il faut trouver un groupe avec qui partager ses difficultés de ce métier qui est quand même très spécifique. »

M7 « C'est pour ça que je pense que des groupes de parole de médecins généralistes, ça peut être très profitable dans ces situations où on peut exprimer la souffrance au travail. »

Ces groupes de médecins **permettaient peut-être même de repérer un médecin en difficulté**. Le but était de **s'entraider** et de soutenir l'un des leurs lorsqu'il traversait une **période difficile**.

M12 « Le groupe peut effectivement identifier des scotomes individuels quand on fait des groupes de pairs, quand on fait des réunions pour voilà. Sauf que tout ça, c'est pas des scotomes personnels, s'identifier son propre problème c'est déjà qu'on l'a résolu donc ça devient déjà moins un problème. »

M4 « Pas que du médical pur, mais de ce qu'on vit, et on échange beaucoup, sans forcément s'épandre. Mais on fait attention les uns aux autres dans notre groupe de FMC »

Il y avait également des **groupes Balint [30]**. Ce sont des groupes de parole de médecins ou autres professionnels de santé animés par un **psychanalyste**. Ils permettaient d'aller plus en profondeur sur l'aspect psychologique.

M3 « Moi j'ai intégré il n'y a pas longtemps un groupe Balint [30] et c'est vrai que ça m'a permis, alors pas uniquement dans la relation médecin-patient mais déjà on peut décharger tout ça, de tous ces patients qui peuvent nous poser problème pour diverses raisons ou dont on n'arrive pas à ... Soit ils nous saoulent, soit on

est en colère, soit on est triste. Enfin bref, quand on est envahi par des émotions et que l'on n'arrive plus à être objectif c'est un truc qui m'a apporté. »

Certains n'avaient **pas intégré de groupe de pairs** (ou équivalent) et se rendaient compte que cela pourrait leur être **profitable**.

M1 « Moi mes limites, moi ce serait peut-être, effectivement pouvoir avoir un groupe où je puisse exprimer tous les tracas que j'ai... parce qu'on ne peut pas les faire partager à nos conjointes ou conjoints respectifs tous les soirs parce qu'ils en auraient vite ras le bol et ils ne sont pas là pour ça. Les enfants et petits enfants non plus, et c'est vrai qu'on manque peut-être de ça. »

C) Formation médicale :

Le but premier de la **formation médicale continue** est bien évidemment de se mettre à jour des nouvelles recommandations et d'**améliorer la qualité des soins**. Mais un intérêt secondaire était également de se **rapprocher de ses collègues et de s'épauler**.

M6 « Je suis d'accord. Ce que t'évoquais, clairement, moi j'ai intégré un groupe qualité d'abord pour me former et apporter tout ce qu'on peut avec un groupe qualité mais aussi pour échanger. »

M4 « La vie est devenue beaucoup plus facile même dans ma pratique je crois que je suis devenue un meilleur médecin généraliste après tous ces échanges, pas que au niveau professionnel, qui sont indispensables. »

Certains médecins proposaient même **d'intégrer dans la formation médicale initiale** ou plus tard, des cours dédiés sur les **risques professionnels des médecins**. Cette information pourrait les sensibiliser sur leur santé.

M14 « On n'est pas formé et informé sur la pathologie professionnelle médicale, on n'est pas alerté sur tout ça, c'est très tabou. On peut attraper une gale ou autre ou être en burn out. On devrait nous dire qu'on fait un métier qui est à risque médicalement, ça pourrait changer le regard des médecins sur leur santé. Ça bouge mais... Dans la formation, les signes du burn out, la surveillance des risques professionnels comme les pompiers ou les aides-soignantes ou autre. Ça permettrait de dédramatiser les choses. De sensibiliser lors de la formation, comment se prémunir, etc »

M3 « On l'a pas forcément appris dans nos études, on commence à en parler mais c'est peut-être un axe qui devrait être fait en plus dans nos études, parce qu'on le ferait, ce serait naturel après. Alors que là on a finalement été éduqué et élevé dans ces études médicales à être toujours meilleur, toujours plus fort etc et donc tout seul quoi, en fait. »

D) Changement des mentalités pour les générations futures...

Quelques médecins ont évoqué la **difficulté à changer** leur mode de fonctionnement actuel car c'était **ancré dans leurs mentalités** depuis trop longtemps.

M14 « On est tellement pris, notre métier, on exerce à longueur de jours, de semaines, de mois depuis des années que c'est très difficile de changer notre positionnement. »

M12 « Plus de se trouver une nécessité, il y a aussi les vieux médecins qui sont bien campés dans leurs attitudes et qui ont beaucoup plus de mal à bouger que quelqu'un qui est beaucoup plus jeune et qui va prendre le pli, après tout, de le faire, d'avoir ce suivi régulièrement même avant votre âge. »

Ils laissaient penser que ce serait **peut-être plus facile de former les plus jeunes** médecins à une nouvelle façon de prendre en charge leur santé. Le but était d'acquérir de nouveaux automatismes pour mieux se soigner et prendre soin de soi.

M3 « Autant je crois en l'apprentissage des jeunes médecins et même des moins jeunes médecins (parce qu'on est en apprentissage tout au long de notre vie) de rentrer cette notion de, que seul c'est difficile et que c'est pas comme ça qu'on va y arriver, ou c'est pas le meilleur moyen d'y arriver. »

M9 « C'est pas ancré dans notre attitude et dans notre mode de fonctionnement. Si ça se crée dès le plus jeune âge, dès nos études, à avoir recours à un autre médecin, à aller voir la médecine du travail, à aller voir des confrères. »

M14 « Je pense que cela peut être plus facile pour les générations futures qui ne se connaissent pas ou moins, en dehors de leur cadre professionnel. »

Quelle que soit la façon d'y parvenir, ce changement des pratiques des médecins se ferait probablement de manière **progressive**.

M8 « C'est ce que j'allais dire, au final, je pense qu'en fait c'est pas quelque chose... De toutes façons, si ça se met en place, qui dans notre attitude se mettra en place rapidement. Je pense que c'est comme les antibiotiques, c'est pas automatique, va falloir que ça rentre dans la tête et qu'on y aille ; et que petit à petit, on puisse se livrer réellement sans barrière. »

M18 « Ça avait l'air pas mal mais c'est à Rouen ; mais entre l'idée de se dire c'est pas mal et vraiment y aller... Y a parfois un fossé. Faut aussi que les mentalités changent et le temps que ça rentre dans les esprits, à mon avis quand une structure comme ça est faite les deux-trois premières années ils vont voir personne. »

VIII) PROPOSTIONS D'AMÉLIORATION :

A) Aide psychologique :

Ce sujet a été particulièrement intéressant car **tous les médecins sans exception ont parlé de ce sujet sans qu'il soit évoqué dans les questions.**

Tous, qu'ils soient en souffrance ou non, sont unanimes sur cette thématique. Quelques médecins ont vécu des souffrances par le passé, d'autres peut-être à l'heure actuelle mais tous semblaient conscients qu'ils étaient exposés davantage à cause de leur profession.

Tous évoquaient plutôt facilement la **nécessité de proposer un suivi psychologique.**

Pour certains, ce suivi pourrait même se faire de manière **vivement recommandée voir obligatoire**.

M4 « *Moi je pense qu'une supervision régulière avec un psychologue, je pense que ça serait bien, plus adapté, surtout le versant psychologique. C'est essentiel.* »

M3 « *Là je rejoins complètement Mx, là je serais beaucoup plus favorable à une supervision par un psychologue obligatoire machin, plutôt qu'une médecine du travail.* »

M6 « *Effectivement, j'étais plutôt sur ce terrain, t'as raison, plutôt une supervision psy obligatoire ou vivement conseillée recommandée et pas sur un truc médical.* »

Pour d'autres ce **suivi psychologique** était également le bienvenu mais plutôt de manière **libre**.

M5 « *Mais oui effectivement, peut-être une prise en charge un peu plus psychologique.* »

M12 « *Et d'avoir un psychologue, un infirmier et éventuellement une consultation devant plusieurs personnes, pourquoi pas. Enfin ça me paraîtrait d'être quelque chose, à adapter à notre personnalité.* »

M13 « *Je sais pas si ça peut être abordé au cours de la consultation proposée justement ou si il faut favoriser les échanges comme ça ou est-ce qu'il faut inciter à au moins une consultation de psychologue de manière régulière je sais pas.* »

Sans aller jusqu'au burn out, plusieurs médecins estimaient que **la rencontre avec un psychologue leur serait bénéfique**.

M7 « *Mais s'il y avait une petite cellule psychologique de temps en temps pour donner un petit coup de main aux médecins qui sont, pas dans le stress ni dans le burn out, mais dans les interrogations ou les souffrances morales parce qu'ils ont des difficultés à gérer tous les problèmes qu'on rencontre, ce serait pas mal.* »

M10 « *Ce serait pas forcément, c'est peut-être pas nécessaire de passer par un médecin pour évoquer nos souffrances au travail mais ça peut être une psychologue ou une oreille.* »

Ils évoquaient la **différence entre le suivi physique et psychologique** et la plus grande difficulté du suivi psychologique car **l'objectivité semblait encore plus compliquée**.

M7 « *Dans toute la prise en charge globale du métier : physiquement je me sens assez consciencieux mais psychologiquement y a des moments, si je pouvais parler à quelqu'un ce serait bien.* »

M3 « *Et puis le suivi côté psychologique objectif chose comme ça... Pour le suivi psychologique je pense que c'est indispensable de déléguer et pas ...* »

Quelques médecins avaient malheureusement **déjà vécu des situations de burn out ou équivalent et relaient leurs expériences**.

M4 « *Et ça m'a permis de me poser, de voir des psychologues, de réfléchir à ma pratique, mon organisation de travail, prendre un secrétariat, prendre plus de temps pour moi, commencer la maîtrise de stage, d'échanger avec des confrères et tout est devenu, voilà !* »

M16 « Je pense que tous ces gens qui se suicident comme dans plein d'autres professions, il devrait y avoir quelqu'un qui puisse les aider psychologiquement. Moi je sais que ça m'avait fait beaucoup de bien, j'étais allé voir X, je le connais un peu, j'avais dû faire 4-5 séances, mais j'avais eu une période très difficile. Avec la surcharge de travail, et puis à un moment tu craques quoi, je travaillais encore plus que maintenant ! (rires) »

Dans un futur plus ou moins proche, plusieurs médecins ressentent la **possibilité de traverser des périodes plus difficiles et ne savent pas comment ils pourraient les gérer.**

M5 « Moi je suis en début de carrière alors j'ai plein d'empathie mais je pense que effectivement ça peut-être difficile, psychologiquement en tout cas »

M13 « Et pour les risques psychologiques c'est indispensable, c'est infaisable tout seul je pense, et c'est quand même notre risque professionnel numéro 1 paraît-il ! Ça, je pense que c'est important, nécessaire, je vois pas comment on peut faire ... »

M17 « On a besoin de repères, de cadres et de gens à qui on dépose nos trucs. On n'est pas à l'abri de moralement de pas tenir le choc, on porte beaucoup de choses, on a besoin aussi, nous, de poser des choses. Quelqu'un qui nous dise : bon là stop. »

B) Auto-questionnaire envoyé aux médecins :

Plusieurs médecins ont proposé cette idée innovante de questionnaires.

Ces derniers seraient envoyés de manière systématique, et chaque médecin pourrait s'il le souhaite le remplir pour s'auto-évaluer et faire le choix ensuite de consulter.

M6 « Ça pourrait être un auto-dépistage, à partir de ce qu'ils proposent là, plein de questions dans tous les sens, sur les toxiques, voilà. Il existe des grilles d'évaluation du burn out, de sensibilité au stress, de gestion de ses ressources psychologiques et morales. »

M10 « Un auto-questionnaire d'évaluation par un médecin, que vous ne connaissez pas ? Est ce que ça vous faciliterait la prise en charge ? Ou de verbaliser des choses ? »

Pour certains, cela permettrait une **certaine prise de conscience, de se rendre compte** de son état de santé et de manière initialement anonyme.

M11 « Moi j'aime bien l'idée de l'auto-questionnaire, parce que ça peut nous faire déjà, rien que le fait de remplir le questionnaire, nous faire réfléchir, nous faire toucher du doigt des choses qu'on ne veut pas voir, et que ce soit relu par quelqu'un d'objectif et d'extérieur, ça me paraît une possibilité relativement rapide, facile à faire. »

M17 « On avait eu un questionnaire sur le burn out pour une thèse et je l'avais rempli et ça m'a fait réfléchir ... c'était pas si positif et ça peut être utile, ça permet de prendre de la distance, de se dire bah là ça va pas, de faire le point. Ce qui pourrait être intéressant c'est de faire le questionnaire sur plusieurs années, comparer, voir si sur plusieurs années ça s'est dégradé et ça obligerait les gens à se poser des questions, ou à revoir leurs façons de faire. »

Le fait que ce soit **envoyé de manière systématique sans obligation** mais sous forme **d'invitation** semblait convenir à la plupart.

M10 « Si on nous envoie un questionnaire, y a une chance sur deux qu'on le remplisse quand même. Un envoi tous les ans ou tous les deux ans, ça reste à déterminer par rapport aux objectifs fixés par le service de médecine du travail. »

M9 « Il faut qu'on nous l'envoie, qu'on vienne vers nous. »

M7 « Le conseil de l'Ordre de l'Eure avait fait un questionnaire sur le burn out il y a quelques années de ça, on avait assez bien rempli tous, mais il n'y avait pas eu de suite. C'était à but statistique. »

M17 « Ce qui m'a fait réfléchir c'est de recevoir le questionnaire sur notre état de santé. Je pense que si les médecins reçoivent régulièrement un questionnaire 'êtes vous à jour sur votre mammo, prise de sang etc' pour qu'eux-mêmes se rendent compte s'ils font bien les choses ou pas, ça serait bien, ça laisse la liberté et au moins on se dit : ah là j'exagère, ma mammo ou mon colon, par auto-questionnaire régulièrement. »

Certains **pensaient déjà à la suite**, et se demandaient comment poursuivre ensuite la prise en charge. Une fois le questionnaire rempli, à qui aller demander de l'aide s'il y avait besoin ?

M7 « Moi je trouve que l'auto-questionnaire, ça me plaît beaucoup aussi, sauf que derrière ça il faut qu'il y ait une structure d'accueil. Et donc cette structure là, elle n'existe pas. »

C) Structure pluri-professionnelle:

Une structure **pluri-professionnelle** était suggérée par plusieurs médecins. Pour l'un d'entre eux, cela pouvait être similaire à des structures déjà existantes pour certains cadres supérieurs et proposant un **bilan très complet**.

M8 « Je te rejoins, effectivement par rapport à la structure pluri-disciplinaire. Mon père il a chaque année un bilan annuel à l'hôpital Américain par rapport à son poste. On veut qu'il soit en bonne santé, et il voit un cardio, une épreuve d'effort, un gastro, il voit en fait, plein de spécialistes différents. Alors c'est peut-être excessif pour un bilan de santé 'prix sécu' .»

Pour d'autres cette structure n'était pas forcément pluri-professionnelle au sens strict. Elle pourrait accueillir à la fois différents **médecins spécialistes** mais aussi d'autres professionnels de santé comme les **para-médicaux**.

M18 « Moi je connais pas de structure, mais une structure pour les médecins et leur prise en charge de manière un peu globale style le stress, la prévention, le burn out qui peut arriver, l'hygiène de vie. »

M7 « Moi je trouve que le bilan systématique proposé aux médecins, même si on sait que les bilans systématiques, n'apportent pas forcément grand chose. Mais plus spécifiquement pour notre profession avec pas de TR (rires), un ECG, etc. proposé tous les 5 ans, je pense que ça pourrait être bien, que certains d'entre nous iraient. »

M12 « Il y avait une notion de consultation pluri-disciplinaire, ça m'inciterait plus facilement à y aller. Alors c'est pas une pluri-disciplinarité au niveau d'organe

mais avec des pluri-professionnels avec une prise en charge avec une infirmière, aussi formée qu'eux. »

Par structure pluri-professionnelle, de nombreux médecins **revenaient assez facilement sur le côté «pluri-professionnel » avec pour objectif final de voir une psychologue.**

M10 « Par rapport à ce qu'a dit Mx, c'est pour cela que l'on a plutôt utilisé le mot structure qu'un professionnel, parce que je pense que ce serait bien d'avoir une prise en charge plus globale : de voir un psychologue, une infirmière. Je pense que ce serait même plus facile pour nous de parler peut-être. »

M14 « Enfin moi j'aimerais bien une prise en charge plutôt pluri-pro. Pourquoi pas une équipe avec un médecin, un infirmier, et éventuellement un psychologue aussi. »

M7 « Je pense qu'il faudrait une structure de médecin et de psychologue peut-être. Mais développer ça j'en sais rien, il faut des financements, et c'est dans le cadre de profession libérale je pense et ça ne peut pas être autrement. »

D'autres ne voyaient **aucun intérêt aux structures** car ils croyaient sincèrement à la prise en charge globale de leur métier. Le suivi par un médecin généraliste pouvait et devait donc s'appliquer pour leur propre suivi également.

M15 « Ah non, ça les structures ça me dit vraiment rien. »

M16 « Je crois pas, non, que ça aurait un intérêt. Ni une structure pluri-professionnelle, ni médecin du travail, franchement non. Moi je trouve que ça n'a pas tellement d'intérêt. (...) »

D) Système obligatoire ou incitatif ?

Le fait de rendre un système de suivi médical (quel qu'il soit) obligatoire ou non semblait très compliqué pour les médecins.

D'une part, si le suivi ne devenait pas imposé, les médecins reconnaissaient qu'ils n'iraient sans doute pas en consultation. D'autre part, si le suivi médical devenait obligatoire les médecins se sentiraient contraints et ne s'y rendraient pas dans de bonnes dispositions. Ils estimaient qu'un système obligatoire ne pourrait pas fonctionner correctement.

D'un côté, certains pensaient qu'il fallait rendre un suivi obligatoire pour obliger les médecins à s'y rendre. Selon eux, **si ce n'était pas obligatoire ou non sanctionné personne n'irait.**

M3 « Et si ce n'est pas obligatoire, il ne faut pas rêver, aujourd'hui le médecin traitant, la déclaration elle est obligatoire ! Résultat des courses, on déclare pas un médecin traitant autre que nous donc euh... : Mouais ! Non mais c'est une réalité. Si ce n'est pas obligatoire on ne va pas le faire. »

M2 « Le fait de le rendre non obligatoire, alors on n'ira pas, ça c'est sûr. »

M8 « Si ce n'est pas obligatoire, on n'ira pas, on va déjà pas chez le médecin. »

M13 « Obligatoire, euh..Le problème c'est que si c'est pas obligatoire, on va tous se faire manger par le reste. »

Pour d'autres, le fait de rendre ce suivi obligatoire pouvait rendre ce principe **contraignant et certains pensaient déjà y aller avec scepticisme.**

M3 « Mais rendre obligatoire une médecine du travail euh non... bah si c'est obligatoire on ira quoi. »

M1 « Le faire de manière obligatoire je sais pas si on peut faire de la psychologie préventive... Donc si c'est quelqu'un qu'on t'oblige d'aller voir, je pense pas que tu vas pas forcément te sentir à l'aise avec cette personne là et puis faut que ce soit au moment où on a besoin donc on n'a peut-être pas besoin tous les ans. »

Il y avait presque un sentiment de révolte à l'idée de cette **obligation**. Il ressortait chez beaucoup que les médecins **ne supportaient pas d'être contraints de faire quelque chose**.

M17 « Le faire obligatoire c'est toujours compliqué à imposer des choses mais je sais pas comment on pourrait faire obligatoire. Je pense que ce serait vécu d'une façon trop intrusive pour les médecins, mais peut-être une information, on n'était pas très informé sur les centres ou les structures où on peut aller, ça fait pas très longtemps. »

M18 « Si on fait quelque chose d'obligatoire avec les médecins ça va râler, ça marchera pas. Et ça veut dire quoi obligatoire ? De mettre des dépistages obligatoires, ça va poser des problèmes éthiques, et si on découvre qu'un médecin a le VIH, on va l'empêcher d'exercer la médecine ? Alors qu'on va lui dire qu'il n'y a aucun risque s'il soigne des patients qui l'ont. Ça va poser beaucoup de problèmes éthiques etc... Et à mon avis les médecins vont être assez réticents ils vont avoir l'impression de 'big brother'. »

M7 « Médecin traitant obligatoire ça ne va pas être possible, on peut pas nous imposer ça je pense que ça ne marchera pas. Médecin traitant très disponible à l'écoute, ça ce serait bien. »

Finalement les médecins revenaient à cette idée **d'incitation à un suivi, pas vraiment obligatoire mais vivement recommandé** un peu comme les différents dépistages.

Cela pouvait se faire sous forme **d'invitation par voie postale ou mail par la sécurité sociale** ou d'autres **organismes**. Ils semblaient globalement d'accord pour ce genre de proposition.

M6 « On pourrait avoir une forme d'invitation, d'obligation, de recommandation ou voir comment ça doit être présenté pour être acceptable, de se dire de se soumettre à cette forme de dépistage, de questionnaire. »

M11 « Donc le côté un peu pas obligatoire mais le côté proposé style le papier Emma qu'on reçoit tous les deux ou cinq ans pour aller faire ce bilan, ça reste de la prévention. ET (dit fort) comme vous avez tous dit que la prévention vous la faisiez tous bien ou plutôt bien. Ça pourrait nous inciter à faire ce genre de choses. »

M18 « Mais pourquoi pas faire des dépistages, en disant ce qu'on va faire, que tout soit clair et net, que ce soit proposé mais pas obligatoire. »

M9 « Il faut qu'on nous l'envoie, qu'on vienne vers nous. »

Les médecins semblaient favorables à une **visite régulière qui soit au moins proposée** et pensaient pouvoir bloquer des consultations pour s'y rendre.

M13 « Mais qu'il y ait une visite régulière un peu automatique, plus automatique qu'obligatoire, ou au moins proposée. »

M2 « Si c'est obligatoire alors (comme dit Mx) on pourrait se dire pas obligatoire mais que c'est quand même utile et une fois par an ou une fois tous les deux ans, se bloquer deux heures dans les rendez-vous, ne pas prendre de rendez-

vous et puis aller là-bas. Ça ne va pas mettre la patientèle en péril, si les gens n'ont pas de rendez-vous, ils en prendront un le lendemain. »

M17 « Peut-être pas obligatoire mais un médecin référent qu'on puisse contacter même s'il y a des gens qui ont plus ou moins envie d'être soignés. Un médecin référent qu'on puisse contacter en cas de problème je pense que oui. »

Un médecin imaginait que cela puisse être proposé par la sécurité sociale avec une structure ou des intervenants dédiés.

M7 « Moi j'irais plus facilement, à partir du moment où c'est proposé par la sécu avec un groupe pour les médecins spécifiquement. »

Pour certains cette démarche n'avait de sens **que si elle était volontaire.**

M4 « C'était une démarche volontaire. »

M7 « Non ce ne peut être que volontaire, on est intéressé finalement à ce qu'on s'occupe de nous finalement. »

M1 « Je pense pas qu'on puisse pour les problèmes psychologiques, avoir une obligation d'aller voir un psychologue, je pense qu'il faudrait que ce soit libre. »

E) Invention ou adaptation d'une structure ou d'un médecin idyllique ...

Pour certains, il semblait difficile de prendre en charge ses confrères et donc il fallait un médecin spécialisé ou formé au fait de soigner des médecins. Cela pourrait correspondre au DIU « soigner les soignants » qui propose une formation à l'ensemble des soignants pour soigner d'autres soignants.

M12 « Dans l'idée, il nous faut un médecin qui soit formé à ça, qui soit... J'ai l'impression qu'il faut une approche différente, parce qu'on va avoir nos compétences, et on va demander autre chose, on va réclamer d'autres choses. Donc moi je crois que le médecin formé ; il y a des formations qui existent. Je ne sais pas exactement ce que ça représente mais je crois qu'il faut forcément que ce soit réfléchi. »

M14 « Il faut des vrais médecins généralistes qui soient formés à ce que c'est un médecin généraliste, il y a sûrement des spécificités, et c'est sûrement très compliqué de soigner des confrères. »

Certains se demandaient même **comment soigner ensuite ces médecins qui nous soigneront.** Chaque médecin devrait prendre en charge un autre médecin pour que cela soit équitable.

M8 « Il faut des médecins, mais ces médecins c'est nous. Quand je dis nous, c'est les médecins généralistes de manière générale, et s'ils ne sont pas plus formés à prendre en charge des médecins qui exercent déjà, pourquoi eux et pas nous au sein de cette structure ? Et comment après eux, qui les soigne ? »

Pour certains, il fallait une sorte de « **super médecin** », **plus compétent et surtout différent.**

M7 « Je pense à l'écoute de tout ça, qui est fort intéressant, ce qui serait bien ce serait qu'on ait un SAMU bis médecin ! Mais je pense que ce serait tout à fait intéressant qu'il y ait des médecins au téléphone, une structure nationale qui

puisse écouter les médecins, et qui nous oriente parce que la structure physique on l'a. Les spécialistes on les a, les hosto on les a. »

M8 « Mais à chaque fois, j'ai l'impression que l'on demande quelqu'un de plus compétent que nous. Pour nous prendre en charge NOUS. Un 15 bis adapté, un centre avec que des spécialistes mais formés aussi, le côté médecin généraliste pour nous. »

Pour d'autres, l'enjeu principal était d'aller consulter un médecin qui ne soit **pas trop proche d'eux-mêmes en terme de pratique**. Ils pensaient même que cela pourrait être un **frein** à la consultation.

M12 « C'est plutôt d'être pris en charge par quelque chose d'un peu différent de ce que je vois d'habitude parce que ça, ça va me bloquer, ça va me coincer. »

M14 « Et que voilà on a une place tout à fait particulière donc voilà j'attends que ce soit des gens formés mais qui soient très professionnels dans leur attitude c'est à dire qu'on a beau soigner un soignant il faut le considérer comme un patient et plus comme un soignant. »

Les **caractéristiques** demandées par l'ensemble des médecins rejoignaient les **idéaux des patients pour leur propre médecin** ; un médecin anonyme, compétent, objectif, à l'écoute, attentif.

M10 « Et je suis très demandeur d'un service extérieur qui puisse avoir un regard objectif sur moi. Ça serait bien. »

M7 « Non pas que l'anonymat, c'est l'accessibilité à une oreille bienveillante, attentive et compétente. »

M17 « Si c'est obligatoire il faut vraiment qu'on ait l'anonymat, parce que si on a envie de parler de nos soucis même professionnels, on peut avoir des soucis entre nous dans un cabinet, il faut qu'il y ait assez de distance. Je pense que le choix est important, comme nos patients nous choisissent. »

DISCUSSION :

l) Discussion de la méthode :

A) Les forces de l'étude :

- **Choix de la méthode :**

La méthode qualitative était particulièrement adaptée à notre sujet puisque nous voulions toucher la sensibilité des médecins ; comprendre leurs besoins, leurs difficultés et également leurs souhaits.

Cette méthode, plus récente que la méthode quantitative, est encore peu reconnue dans le domaine scientifique car elle semble subjective et n'est pas significative au niveau statistique. Pourtant, elle impose également une démarche scientifique rigoureuse.

La méthode quantitative n'aurait, ici, pas laissé autant de liberté de réponses aux sujets et aurait empêché l'émergence de nouvelles idées.

- **Validité interne ou crédibilité :**

La validité interne consiste à vérifier si les observations sont effectivement représentatives de la réalité ou crédibles et qu'elles ne sont pas dues au hasard ou à un biais.

Idéalement, il faut effectuer une triangulation des sources, des données et des méthodes. Cela permet d'obtenir une crédibilité des observations grâce à une rigueur à tous les niveaux de l'étude.

Nous avons procédé à une **triangulation des données**. En effet, il y a eu **deux modes de recueil** des données : par focus group et par entretien individuel à des lieux et dates différentes pour observer une éventuelle variation du comportement. La santé des médecins est un sujet qui se prête facilement aux deux méthodes.

Lors des focus group, un débat s'installe très rapidement et les différences d'opinions et arguments émergent vite. La santé des médecins est un vrai sujet d'actualité et touche toute la profession, le groupe s'animait donc très rapidement.

Les entretiens semi dirigés permettent de réfléchir plus au calme et plus en profondeur à ce qui conforte chaque médecin dans son choix de suivi.

La **triangulation de l'analyse** a permis d'augmenter la validité du travail. La directrice de thèse a codé de son côté une partie des données pour confronter nos résultats et vérifier qu'il n'y avait pas de différence notable entre nos façons de coder.

- **Validité externe ou transférabilité :**

Cette validité permet de généraliser les observations recueillies à d'autres contextes. La **saturation des données** et un **échantillon raisonné** permettent d'assurer cette validité.

L'échantillon de médecins était diversifié au niveau de l'âge, de la zone d'installation, du mode d'exercice et la parité respectée.

L'**âge moyen** des médecins interrogés (49 ans) coïncidait parfaitement avec l'âge réel moyen des médecins généralistes hauts-normands qui est de 51ans [33].

L'échantillon respecte la **parité** et est donc proche de la proportion hommes-femmes réelle des médecins hauts normands ; 59% d'hommes versus 41% de femmes [33]. L'échantillon est donc raisonné et cela renforce la validité.

La saturation des données était déjà obtenue au bout du quatrième entretien individuel (soit le seizième médecin) ; deux entretiens supplémentaires ont été réalisés pour en être absolument certain et n'ont pas apporté de nouvelles informations. Statistiquement, cela traduit la saturation des données, c'est à dire que des entretiens supplémentaires n'auraient pas permis d'obtenir des informations nouvelles.

- L'enquêteur et le modérateur :

Les biais liés à la présence de l'enquêteur ont été minimisés par plusieurs techniques.

Au début de chaque entretien individuel et focus group, il était rappelé qu'il n'y avait pas de bonnes et mauvaises réponses, que la diversité des opinions enrichissait le travail et qu'aucune opinion ou jugement ne serait émis.

Le fait de rendre **anonymes** les données personnelles rassurait et rendait plus libres également les interviewés.

Les biais liés à l'enquêteur étaient limités puisque **la même personne a animé les deux focus group** et était habituée à exercer ce rôle de modératrice. Lors du premier focus group, les médecins ont parlé spontanément à tour de rôle et de manière équitable. Lors du deuxième focus, elle a réussi à encourager les plus timides à parler et à limiter les autres. Aucun jugement n'a été émis de sa part.

Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés par le même investigateur, moi-même, ce qui permettait de les standardiser. De plus, le **questionnaire** était **pré-établi** et donc **uniformisé** ce qui accroît la validité de cette thèse.

Dans les deux méthodes de recueil, l'enquêteur était exactement du **même niveau socio-professionnel** que les personnes interrogées ce qui permet de limiter les mécanismes naturels de défense et facilite la coopération.

B) Les limites et biais de l'étude :

- Biais de sélection :

Le biais de sélection est souvent majeur dans une étude qualitative car il se fait sur la base du **volontariat**. Le recueil de données est plus long, plus personnel et non anonyme par rapport à une étude quantitative ce qui le rend plus difficile à accepter.

Les médecins de cette étude ont été **sélectionnés**, pour la plupart, **par connaissances ou par bouches à oreilles** afin d'obtenir un **échantillon varié et raisonné** sur plusieurs critères mais pas tous. On constate que beaucoup sont maîtres de stage universitaires et tous (sauf un) travaillent en groupe. Cela peut

représenter un biais car ces médecins travaillant seuls ont probablement encore moins de recours à un confrère et sont davantage exposés au risque de burn out [28].

Au contraire, les médecins MSU qui sont ici très représentés sont peut-être plus vigilants concernant leur santé et moins isolés du fait de leurs rencontres fréquentes à la faculté de médecine.

Il y a donc un biais de sélection des médecins interrogés même si ce biais a été limité avec la méthode de l'échantillonnage raisonné.

- Absence de rétroaction :

La rétroaction augmente la validité interne en permettant aux participants d'accéder à leurs données et de corriger d'éventuelles idées après les avoir interrogés. Cela aurait imposé de revoir toutes les personnes donc une contrainte de temps pour l'enquêteur et le médecin interrogé. Le risque de ne pas revoir toutes les personnes semblait important ; de plus certains auraient pu vouloir effacer des données qui leur semblaient gênantes.

Cette étape n'a donc pas été effectuée car cela semblait trop contraignant sans améliorer significativement notre étude.

- Langage corporel :

La communication non verbale a été annotée manuellement au fur et à mesure des entretiens. Elle a été **re-transcrite** en intégralité (hochement de tête, silence, rire, hésitation, etc) dans le verbatim et indiquée en italique entre parenthèse. Ces données peuvent être interprétées pour modérer et enrichir les données verbales. Cette communication non verbale s'est révélée finalement **trop compliquée à interpréter** ; elle n'a pas été prise en compte pour être interprétée et a été en partie supprimée. Les annotations « rires » ou les moments de pause notés « ... » ont été conservés.

- Biais lié à l'enquêteur :

Il persiste toujours une réserve sur la **neutralité absolue des enquêteurs** et la **difficulté à se confier** en groupe ou en entretien individuel.

Lors des entretiens individuels, il était parfois difficile de ne pas sourire ou de hocher la tête. Des questions de relance étaient prévues mais ces **techniques de re-formulation et surtout d'écoute active** ont été la principale **difficulté** liée à mon manque d'expérience.

II) Rappel des principaux résultats :

Cette thèse avait pour objectif principal de comprendre **pourquoi les médecins généralistes Hauts-Normands continuaient en majorité à se soigner eux-mêmes**.

Cette recherche a permis de montrer quelques éléments de réponse à la persistance de cet auto-suivi partiel ou total.

Nous avons essayé de rechercher le maximum de réponses et de n'écarter aucune hypothèse. En particulier, nous avons tenté de rechercher également des éléments positifs à cette auto-prise en charge qui expliquerait que cet auto-suivi persiste.

- La plupart étaient globalement **satisfaits** de leur propre prise en charge.
- D'autres allaient consulter un confrère et se sentaient **capables de se prescrire ponctuellement des traitements ou examens complémentaires**.
- Plusieurs étaient allés consulter un médecin généraliste ou spécialiste mais n'avaient pas continué car ce recours ne les avait pas satisfaits. La relation entre confrères leur semblait **biaisée** et ne leur avait **rien apporté de plus que leur propre suivi**.
- La majorité a reconnu que c'était aussi une **solution de facilité**.
- Peu de médecins ont finalement évoqué le manque de **disponibilité** de leurs confrères pour les soigner et le peu de temps qu'ils ont à se consacrer pour eux-mêmes.
- Beaucoup de médecins n'étaient pas complètement satisfaits de leur suivi mais ne trouvaient **pas de médecin ou de structure idéale qui leur convenaient**.
- Beaucoup ont évoqué la tendance ou le risque de **banaliser leur santé**.
- Enfin, certains médecins ont pris conscience **de la difficulté à changer ce qu'ils appellent « nos vieilles habitudes de médecins »**.

Tous ont évoqué de manière spontanée et univoque le **besoin de se confier de façon plus ou moins régulière à un psychologue**. Les médecins ressentaient tous le besoin de « **se décharger** » **de toute la souffrance accumulée lors de leur exercice** et qui faisait actuellement défaut.

Cette étude a aussi souligné l'évolution actuelle du mode d'exercice de la médecine générale. Les **cabinets de groupe**, la **formation médicale continue** et autres regroupements de médecins se créent de manière croissante. Cette évolution se fait naturellement et permet aux médecins de se protéger en partie contre les phénomènes de burn out. [28]

Cette recherche a permis aux médecins d'exprimer leurs souhaits pour améliorer leur prise en charge.

III) Discussion des résultats :

Cette partie a été abordée en essayant de regarder de manière la plus objective possible ce qui semblait satisfaisant pour les médecins et ce qui ne l'était pas. En effet, nous constatons qu'il y a certes des inconvénients à cet auto-suivi mais aussi quelques avantages. Certains pans du suivi médical paraissaient être menés parfaitement.

A) Les avantages et points forts de l'auto-suivi :

L'auto-suivi reste encore la règle chez les médecins généralistes. La plupart s'est auto-déclarée à la sécurité sociale et ils organisent eux-mêmes leur suivi.

Même ceux qui ont déclaré un médecin traitant vont le **consulter moins d'une fois par an** et reconnaissent gérer des « petites choses » eux-mêmes. Ils continuent à être **l'acteur principal de leur santé** puisqu'ils savent et décident quand aller chez leur confrère pour leur suivi des dépistages. Ils déclarent tous s'auto-médicamentent régulièrement et consultent uniquement pour des choses qu'ils ne peuvent réaliser eux-mêmes ou qui leur semblent graves et s'ils craignent de ne pas être objectifs.

À ma connaissance, cette **thématique de la satisfaction** par les médecins de leur suivi n'a jamais été vraiment recherchée. Les études cherchent toujours à démontrer que l'auto-suivi est néfaste et les questions posées aux médecins interviewés pouvaient les orienter de cette façon, on recherchait plus « Pourquoi n'allez-vous pas consulter un confrère ? » que « Pourquoi continuez-vous à vous suivre ? ».

Du coup, les réponses pouvaient être biaisées ou interprétées de manière négative. Dans plusieurs études, même quand les médecins semblaient satisfaits de leur santé et de leur prise en charge, on interprétait cela en disant qu'il n'y avait « **pas de prise de conscience de leur part** ». [13, 14, 32]

Est-il possible que parfois les médecins aient recours à leur propre avis parce qu'ils s'en sentent capables et que cela leur apporte une réponse suffisante et une certaine satisfaction?

Nous pouvons aussi mettre ces résultats en relation avec des patients lambda. Nous observons que beaucoup de nos patients ne consultent que quand ils en éprouvent le besoin ou qu'ils ressentent que quelque chose de plus grave leur arrive. Ils ne consultent pas tous de manière systématique pour une visite de routine.

Aucune étude consultée avant et pendant l'élaboration de cette thèse n'avait pour objectif de **rechercher les possibles effets bénéfiques de l'auto-suivi**. Pourtant, mon étude en a retrouvé plusieurs. Il est donc important de relever les différents points positifs que les médecins interrogés ont évoqués à propos de l'auto-suivi.

Bien sûr, il existe des limites et un **risque de biais** pour certains ; le défaut principal concerne les problèmes **psychologiques**. En effet, ces deniers restent beaucoup plus difficiles à diagnostiquer, à évaluer et à traiter soi-même.

1) Capacités concernant la prévention primaire :

Cette étude a montré que généralement les médecins généralistes étaient acteurs de leur santé en termes de prévention médicale.

Globalement, ils prêtaient attention à leur **hygiène de vie**, à leur alimentation, leurs consommations, leur poids ; certains regrettaient de ne pas faire davantage d'activité physique.

Ils déclaraient comme dans les données de la littérature **être à jour du calendrier vaccinal**. Certains médecins montraient quand même un certain pessimisme, disaient « faire n'importe quoi avec leur santé » et puis finalement se rendaient compte presque avec étonnement qu'ils étaient à jour de leurs vaccinations, de leurs dépistages et/ou avaient fait à juste titre une épreuve d'effort.

Ils réalisaient consciencieusement les **dépistages de masse** proposés comme leurs patients. Certains se sentaient très négligents car ils ne faisaient pas de prise de sang annuelle mais tous les deux ou trois ans à la recherche de facteurs de risque cardio-vasculaires. Cela restait donc très correct par rapport aux recommandations générales.

Les femmes déclaraient respecter assez scrupuleusement les dépistages tels le frottis ou la mammographie. Elles se rendaient chez un professionnel pour les réaliser et aucune n'a abordé de **souci de disponibilité** ou de crainte par rapport au **secret professionnel**.

Certains restaient très critiques sur leur suivi médical comme s'ils devaient être **des modèles parfaits de patients** du fait de leur position de médecin. Un des médecins se sentait très négligent car il avait arrêté de son propre chef son traitement hypolipémiant en prévention primaire. Finalement peut-être comme certains de nos patients...

Au final, nous retrouvons les mêmes informations que dans les données de la littérature concernant la bonne gestion de leur prévention. De manière objective, **leur suivi est meilleur que toutes les autres catégories socio-professionnelles françaises** [13]. De manière qualitative, certains estiment avoir une bonne prévention. D'autres semblent avoir une mauvaise estimation d'eux-mêmes puisqu'ils pensent ne rien faire pour leur propre prévention mais lorsqu'ils énumèrent ce qu'ils ont réalisé comme suivi, ils sont finalement à jour des recommandations. Cela se vérifie dans les données de la littérature [32].

2) Capacités à gérer certaines affections physiques :

Les pathologies de la vie de tous les jours semblaient **toujours être gérées par le médecin lui-même**.

Certains pouvaient avoir le sentiment de banaliser ; peut-être parce qu'ils ne consultaient pas un autre médecin. D'autres disaient encore « faire n'importe quoi » mais aucun exemple concret n'a été retrouvé sur une mauvaise prise en charge pour des pathologies de la vie courante.

D'autres semblaient satisfaits de leur propre prise en charge ponctuelle et n'allaient voir leur médecin référent ou un confrère que si cela sortait du cadre ordinaire.

Il y avait plutôt une satisfaction globale sur les petites pathologies courantes qu'ils appelaient « **bobologie** » . Ils paraissaient faire les bons diagnostics et avoir les premiers réflexes ou examens à réaliser pour des pathologies moins courantes et potentiellement plus graves.

Les médecins expliquaient gérer ces petites pathologies aiguës courantes, non seulement **pour eux-mêmes** mais aussi pour leur **famille** proche. Aucun n'avait exprimé de plainte particulière ; la majorité reconnaissait la **facilité**, la rapidité et le côté très **pratique** de régler soi-même ces petites maladies.

Il y avait une nette différence avec toutes les plaintes qui s'approchaient du versant **psychologique** et ils avaient dans ce cas **recours à un tiers**. Ce discours semble très rassurant pour la santé psychique des médecins. De plus, les deux médecins qui ont témoigné avoir déjà fait un burn out, ont expliqué avoir relativement bien géré avec recours à des tierces personnes. Mais on ne peut pas être certain qu'en cas de burn out ou apparenté les autres médecins n'auront pas recours à l'auto-prescription, voire à ne pas avoir de prise de conscience de leur état de santé.

On peut aussi mettre en corrélation cet auto-suivi avec **l'éducation thérapeutique de nos patients**. On apprend à certains d'entre eux qui souffrent de pathologies chroniques à gérer les situations d'urgence et/ou fréquentes, à reconnaître les premiers symptômes voire à s'auto-médicamenter. En effet, certains patients gèrent eux-mêmes les variations de leur INR ou déclenchent un traitement antibiotique lors de cystites. Cela semble les satisfaire et ils gèrent a priori très bien les situations précises auxquelles ils ont été formés.

L'éducation thérapeutique du patient semble importante et est très valorisée, il devrait peut-être en être de même pour les médecins. Pourquoi ne pourrait-on pas considérer que nous sommes aussi à même de correctement gérer certaines situations et affections auxquelles nous sommes confrontés ? Lors des pathologies physiques avec des critères identifiables l'auto-diagnostic et l'auto-prescription semblent raisonnables et le risque minime.

3) Capacités à prendre conscience de la gravité :

Beaucoup de médecins interrogés lors de l'étude ont parlé d'une situation grave ou pouvant le devenir à laquelle ils ont été confrontés. Quasiment tous ont expliqué avoir remarqué les critères de gravité, les ont pris en compte et ont immédiatement sollicité l'avis d'un confrère généraliste ou spécialiste et ont demandé des examens complémentaires.

Certains ont même **diagnostiqué des pathologies lourdes** qui ne semblaient pas tellement évidentes à diagnostiquer par un tiers. Un des médecins a même diagnostiqué elle-même une pathologie alors que lors de la consultation vers des spécialistes, ces derniers ne trouvaient aucune anomalie. Cela montre que certains ont une parfaite **connaissance de leur corps** et une relative **objectivité** de leur état physique.

Certains se sont rendu compte, après avis d'un tiers, que la situation était finalement sans gravité.

Un médecin, au contraire, a **négligé sa santé** à un moment particulier de sa vie. Les critères de gravité étaient présents mais il semblait ne pas vouloir les voir. Il a finalement pris la décision de se faire hospitaliser lorsque des symptômes plus inquiétants sont apparus. Il n'a eu aucune conséquence et a finalement réussi à identifier la gravité.

Peut-être que ces différences d'interprétation de la gravité sont les reflets de nos différentes **personnalités**. Le fait d'être médecin n'efface pas nos traits de caractère et la sensation d'être malade ou d'avoir besoin d'aide reste très relative et propre à chacun. Comme nos patients, nous gérons notre santé de manière différente. Certains patients seront très inquiets et consulteront plusieurs fois pour une simple virose et d'autres mettront du temps à consulter pour une hémiplégie brutale.

Au final, sur les médecins interrogés aucun n'a pris de risque vital pour sa santé. Aucun n'a eu de conséquence fonctionnelle à la suite de ses choix médicaux ; et à l'inverse certains ont fait des diagnostics pour eux-mêmes très pertinents et que leurs confrères n'ont pas réussi à faire.

4) La grossesse des femmes médecins généralistes :

Ce sujet, comme décrit dans la littérature, semble à part [25].

Les femmes-médecins semblent avoir un suivi régulier et consciencieux lors de leurs grossesses. Et cela concerne les femmes de manière égale pour toutes les tranches d'âges.

Elles s'accordent à dire que lors de cet évènement particulier, elles **redeviennent des patientes lambda**. Cela semble évident pour toutes d'aller consulter un soignant autre qu'elle même, que ce soit un confrère généraliste, une sage-femme ou un gynécologue pour leur suivi obstétrical.

Cette attitude donne la possibilité aux femmes médecins d'avoir un **recours plus facile à un confrère** lors de la grossesse. Cela s'explique probablement par la responsabilité qu'elles ressentent pour cet enfant à naître.

Elles gardent ultérieurement peut-être cette facilité à avoir recours à un confrère grâce à ce premier contact. Les femmes ayant eu une grossesse sont non seulement plus **vigilantes** lors de leur grossesse mais **le restent** aussi pour leur suivi gynécologique **après**. [34]

Les femmes médecins déclarent aussi savoir plus facilement trouver de l'aide en cas de difficultés **psychologiques**. [55]

Cela pourrait expliquer pourquoi les femmes médecins ont un suivi qui semble plus rigoureux que les hommes médecins concernant leur propre santé.

Ce point me semble très important car cela pourrait donner une nouvelle piste. Si chaque médecin a recours à un médecin ou un autre soignant pendant une période donnée, il aura sûrement plus de facilité à avoir de nouveau recours à un confrère plus tard.

Le fait de **recourir à un tiers en début de carrière** est sûrement aussi un point important pour réinventer de nouvelles habitudes.

Il faudrait donc instaurer un suivi médical adapté précocement chez les jeunes médecins.

Ainsi, on peut espérer que s'ils en ont besoin ultérieurement, ils iront consulter un confrère avec moins d'a priori et surtout de façon plus naturelle.

B) Les points faibles et limites de l'auto-suivi :

1) Manque de prise en charge psychologique :

Tous les médecins reconnaissent à la fois le **peu de structures** permettant une prise en charge psychologique et également la difficulté à se prendre en charge seul pour ce type de pathologies.

Les critères semblent **moins objectifs** que pour des pathologies physiques et la première difficulté est déjà de **reconnaître** les symptômes et de les **accepter**. Cette étape est primordiale pour ensuite pouvoir consulter un confrère.

Les médecins disent que pour eux, il est plus difficile de se confier, d'évoquer ses souffrances, d'oser en parler, etc. Il en est de même pour tous nos patients, certains refusent également d'évoquer des soucis psychologiques. Mais effectivement, dans certains cas, nos patients viendront nous consulter pour des motifs autres, et nous pourrions déceler un **trouble psychologique sous-jacent**.

Si les médecins gèrent toute leur santé eux-mêmes, exercent seuls et ne participent pas à des groupes de pairs, le risque de négliger d'éventuels problèmes serait majeur. Le fait de **multiplier les intervenants** au contact du médecin multiplie les chances que l'un d'eux identifie un symptôme. Encore faut-il qu'un de ces intervenants réussisse à en parler au médecin malade et que ce dernier accepte ce constat.

Les médecins ne semblent pas tous prêts à déléguer la totalité de la prise en charge de leur santé. Une solution qui pourrait être envisageable serait d'inciter les médecins à **déléguer juste une partie de leur propre prise en charge médicale**.

Par exemple, les femmes médecins confient la réalisation du frottis à l'un de leurs confrères. Il pourrait en être de même pour d'autres examens pour tous les soignants. Ainsi, le suivi médical des médecins serait effectué partiellement par un tiers. Ce dernier pourrait, à l'occasion d'une visite, déceler fortuitement une situation à risque psychologique.

De plus, beaucoup disaient que ce serait idéal mais qu'en pratique ils continueraient à se prendre en charge pour différentes raisons. La principale difficulté est que les **risques de burn out** sont majeurs en situation de **surcharge de travail** et ce sont justement les moments où les médecins n'iront pas consulter **par manque de temps ou d'envie**.

Une autre solution d'envoi systématique de **questionnaires d'évaluation** psychique semblait les satisfaire. Ils estimaient que cela pourrait les faire réagir. Aucun ne semblait émettre d'avis négatif sur cette option et tous pensaient qu'ils réaliseraient cette évaluation.

Il me semblait important de les faire réfléchir sur ce qui semblait leur convenir et surtout sur ce qu'ils **estimaient pouvoir faire réellement**. Tous décrivaient une prise en charge optimale, idéale voire utopique mais ensuite ils semblaient réaliser qu'ils ne se l'appliqueraient pas.

Plusieurs médecins ont déclaré lors de cette étude, ne pas être surpris que la structure « Imhotep » n'ait pas fonctionné ; or lors d'une précédente enquête tous ou la majorité étaient favorables à sa mise en place.

Chaque souhait ou idée d'amélioration des médecins est donc à relever mais aussi à **relativiser sur une prise en charge réalisable**. Beaucoup exposaient leurs propositions puis se reprenaient en se demandant « Est-ce qu'on jouera le jeu ? » ou « Est-ce qu'on ira vraiment ? ».

Il semble évident que l'évolution se fera de manière **progressive**.

2) Manque de prise en charge régulière approfondie :

Beaucoup ont évoqué ce risque de ne pas se traiter de manière correcte mais plus au « coup par coup » et de ne pas prendre le temps de manière annuelle de faire un **point complet sur leur prise en charge globale**.

Ils craignent de ne pas voir « l'ensemble du tableau ». Or même s'ils pensent ne pas le faire ou mal le faire, on constate qu'ils prennent le temps de penser à leurs dépistages et de les réaliser.

Certains regrettent probablement de ne pas avoir une **supervision globale** par un tiers pour vérifier leur santé ; comme s'ils souhaitaient que quelqu'un leur dise que c'est correct, que tout est à jour et qu'il n'y a pas d'erreur. Un peu comme ce que nous disons à nos patients quand tel est le cas.

Ce manque de prise en charge globale peut aussi être attribué au fait que les médecins réalisent pour eux-mêmes les **premiers diagnostics** et ensuite s'orientent vers un spécialiste et moins souvent vers un généraliste.

Ils craignent de manquer la première étape du parcours de soin en passant uniquement par eux-mêmes. S'ils allaient voir un médecin de premier recours, il pourrait leur fournir une **vision plus globale** sur leur santé et pourrait faire un diagnostic plus pertinent.

Dans les exemples que les médecins ont mentionnés, il est peu probable qu'un médecin aurait fait le diagnostic plus tôt qu'eux-même. Dans plusieurs cas au contraire, les médecins se prenant en charge eux-mêmes se sont auto-diagnostiqué des pathologies grâce à leur ressenti et on peut même se demander si un médecin extérieur aurait été aussi rapide et performant.

3) Tendance à sous estimer ou banaliser :

Ce point a été beaucoup mentionné, **aucun n'avait l'impression de surestimer ses symptômes** et beaucoup craignaient de ne pas être objectif.

Certains pensent même ne pas être objectifs avec toute personne qu'ils connaissaient trop. Ce dernier point discrédite un peu ce **manque d'objectivité** pour soi-même. Probablement que l'on ne soigne pas exactement de la même façon un patient devenu très proche qu'un patient de passage pour qui on a moins d'empathie ou que nous-même. Cela signifie qu'il faut ne soigner que des étrangers ?

Beaucoup de patients prennent une place particulière et la prise en charge même si elle n'est pas identique, n'est surement pas altérée. On essaye de faire de notre mieux pour **répondre de manière différente à chaque patient et aussi pour nous même.**

Cette notion correspond d'ailleurs à deux **concepts de médecine générale** « diachronie, synchronie, épisode de soin » et « histoire commune et histoire partagée », concepts N°6 et N°7 [62]. Ces concepts expliquent que chaque médecin a une histoire particulière et différente avec chaque patient puisqu'ils se connaissent de plus en plus au fil des consultations. Le médecin connaît souvent même la famille ou le conjoint du patient à travers leurs consultations respectives.

Il semble donc illusoire que les médecins veuillent, pour eux-mêmes, être soignés par un médecin parfaitement anonyme. Il ne le sera plus après la première consultation. **L'approche centrée patient** implique justement une prise en charge différente et personnalisée pour chacun.

Il est très probable que pour les pathologies de la vie courante, on ait tendance à banaliser à juste titre et à continuer à travailler alors que l'on arrête des patients qui sont parfois autant voire moins souffrants.

La nature **libérale** de l'exercice implique une baisse de revenu et une culpabilité ressentie vis-à-vis de la patientèle. Cela nous impose quasiment de continuer à travailler.

Ce sentiment de **culpabilité** vis-à-vis des patients empêche les médecins de prendre la décision d'un arrêt de travail pour eux-mêmes en toute objectivité. Cela peut aussi entraîner une **sensation de précarité** quant au fait de continuer à travailler même en étant malade. Ce sentiment peut se confondre avec le fait de **banaliser** sa santé. Les médecins peuvent percevoir un état de mauvaise santé en lien avec le peu d'attention qu'ils se portent et la **difficulté à s'arrêter.**

4) Freins à la consultation d'un confrère :

Finalement il semble ne pas y avoir tant de critères qui freinent les médecins généralistes à aller voir un confrère.

La principale contrainte semble plutôt être le **peu de motivation** ou du moins le **rapport entre ce que cela leur apporte et la contrainte d'y aller.**

Toutes les raisons évoquées étaient souvent contredites par les mêmes médecins quelques minutes plus tard.

Le **manque de temps** des médecins a été évoqué mais cela semble plutôt un prétexte. Ils reconnaissent qu'en cas de besoin ils pouvaient se bloquer un créneau pour aller consulter puisque ce n'était pas quelque chose de fréquent. Tous disaient pouvoir se libérer au moins une fois par an, à condition de s'organiser à l'avance, ce qui montre que le temps à lui seul n'est pas une contrainte.

Une autre raison évoquée est la **complexité de la relation** entre deux personnes ayant des **savoirs équivalents.** Cette raison se comprend très facilement et semble finalement la plus marquante.

D'une part cela peut entraîner une gêne des deux côtés, une peur de jugement réciproque et d'autre part une incertitude sur ce que cela va apporter. Certains ont même refusé de suivre un confrère par souci d'objectivité, par peur réciproque du jugement et de la complexité de la relation.

Les **expériences antérieures négatives** sont aussi un frein à aller re-consulter. Certains médecins avaient fait cette démarche, n'en ont pas été satisfaits et sont par conséquent redevenus leur propre médecin. Il faut donc s'intéresser **à ce que les médecins recherchent pour leur suivi**. La difficulté est qu'ils ne recherchent pas tous la même chose et donc il semble compliqué de faire un projet ou une structure commune à tous.

Tous les médecins souhaitent avoir un médecin en face d'eux qui respecte le **secret professionnel**, qui soit **disponible**, qui soit **professionnel** etc. En somme, un vrai médecin généraliste ordinaire ! Certains insistent sur le fait d'avoir un médecin différent et en particulier qui soit habitué ou **formé à soigner des soignants**. Cette approche n'est effectivement pas instinctive et doit être réfléchie ou enseignée.

Certains médecins n'ont aucun souci avec le fait de soigner ou de se faire soigner par leurs pairs. Dans ce cas de figure, les médecins semblent considérer le médecin-patient comme un patient particulier. Ils créent une approche centrée patient spéciale : leur consultation s'organise de manière différente. **Ils planifient ensemble ce que le médecin qui consulte souhaite comme suivi**.

Cette technique semble très intéressante et pourrait convenir à tous. Un contrôle simple comme une sorte de supervision sur la prise en charge globale pour ceux qui veulent continuer à gérer leur santé eux-mêmes. Il peut éventuellement y avoir un droit de regard et une discussion sur les diagnostics, examens complémentaires et traitements. La prise en charge peut aussi être complètement laissée au médecin consulté pour ceux qui préfèrent confier leur santé à un confrère.

C) Comparaison avec les données de la littérature :

Sur l'ensemble des thématiques retrouvées, nos données semblent concordantes avec la littérature. Nous avons néanmoins relevé certaines différences.

Certains éléments de la littérature n'ont pas été retrouvés dans notre étude, comme par exemple : la **peur du manque de confidentialité et de rupture de secret professionnel**.

Ce thème pourtant évoqué dans plusieurs thèses n'a pas été mentionné une seule fois dans notre étude [32, 35, 42]. Ce sujet semblait être un véritable frein au fait de consulter un confrère. Cela n'a pas été mentionné par les médecins de notre étude. Est-ce un hasard ou est-ce que cette hypothèse est finalement une crainte mais n'est pas si fréquente ?

Beaucoup ont parlé de leurs expériences passées et aucun n'a mentionné un secret dévoilé à d'autres membres de la profession.

On peut donc imaginer que cette hypothèse est plus une appréhension à livrer ses problèmes. Cette difficulté à se confier, peut-être parfois par peur du jugement de l'interlocuteur semble être plus importante que la rupture du secret professionnel.

Un autre élément peu retrouvé est la **peur de devoir être en arrêt**. Dans la littérature, certains confient ne pas vouloir consulter par peur de se voir interdire la médecine pour un enjeu de santé publique [32, 35]. La peur du médecin malade d'être mis en incapacité a été peu évoquée dans cette thèse. Un seul médecin généraliste a confié attendre la retraite pour passer une imagerie cérébrale par peur de ce que l'on pourrait trouver et d'une **interdiction d'exercer**.

Cette inquiétude n'a été partagée avec aucun des autres médecins mais beaucoup ont décrit l'importance de leur travail dans leur vie. Cela pourrait traduire indirectement cette peur de ne plus pouvoir exercer. Mais ils n'ont pas évoqué le fait de refuser une consultation par peur d'être interdit d'exercer.

Ce motif est inquiétant même s'il a été peu mentionné car cela entraîne un véritable enjeu de santé publique. Il semble logique que comme pour tout employé, il y ait un **contrôle minimal de l'état de santé physique ou psychique** pouvant interférer sur la capacité à travailler.

L'importance semble encore plus grande chez des médecins généralistes. Ils sont le premiers recours pour la population générale et souvent même le seul. Il semble donc primordial même si les médecins sont actuellement en sous-effectif qu'ils prennent soin de leur santé pour, non seulement continuer à exercer, mais aussi exercer de manière correcte. La prise en charge des patients pourrait être altérée si les médecins sont en grande difficulté psychologique.

Le fait de **payer** le médecin que l'on consulte ou au contraire de ne pas le rémunérer au titre des valeurs du serment d'Hippocrate a été abordé mais de façon très facile. Ce point ne semble être en aucun cas un frein à la consultation d'un confrère.

De même que dans l'étude [40, 52], ce sujet semble être un faux problème et la tendance actuelle est plutôt de considérer que cela ne remet pas en cause les **relations confraternelles**. Le CDOM avait même annoncé qu'il fallait revenir sur ces principes hippocratiques. Le fait de faire payer un confrère ou se faire payer pour soigner un confrère n'est pas contraire aux règles de confraternité et ils avaient même encouragé ce changement [35].

Selon les études, les **facteurs de risque cardio-vasculaire, les dépistages et la prévention** dans son ensemble semblent être pris en compte par les médecins généralistes [9].

Selon une étude menée par la DREES [8], les médecins sont moins en surcharge pondérale que la population générale et aussi moins que les cadres supérieurs. Seuls 7% des médecins généralistes étaient obèses lors de l'étude. (L'obésité se définit avec un IMC supérieur à 30). L'obésité et le surpoids sont moins présents chez les médecins généralistes que dans le reste de la population quel que soit le sexe et l'âge.

Le tabac est également moins consommé chez les médecins généralistes que le reste de la population.

Les comportements de consommation d'alcool à risque sont également moins fréquents. Cela reflète une bonne hygiène de vie et traduit une grande importance portée à la prévention primaire et à sa santé.

Notre étude retrouve des notions similaires. Tous semblaient faire attention à leur alimentation, leurs consommations ; certains regrettaient de ne pas faire plus d'activité physique. Aucun n'a déclaré ne pas être à jour de ses vaccins ou des dépistages de masse.

Au contraire de l'aspect physique, la thématique de la **santé psychique** des médecins généralistes est un sujet très récurrent dans la littérature. Selon les données de la CARMF 2016 [1], la première cause de l'invalidité définitive chez les médecins regroupe les causes psychiatriques pour 43,05% d'entre eux contre 17,61% pour des pathologies du système nerveux ; 11,74% pour des affections cancéreuses et 7,24% pour des maladies rhumatismales. Les maladies cardio-vasculaires sont dorénavant en cinquième position.

La majorité des articles concernant la santé des médecins généralistes ne se focalisent même que sur ce thème et en particulier le **burn out** [37, 38, 39, 28, 15].

Tous décrivent comme dans notre étude, une grande souffrance des médecins généralistes. Chacun a conscience du risque potentiel de se retrouver un jour peut-être en burn out. Cela constitue non seulement notre **risque professionnel numéro un**, mais ce risque augmente probablement aussi de manière croissante.

Selon une étude récente sur le burn out menée à Rouen [28], un facteur nouveau retrouvé est la densité médicale. Si l'on considère que la densité va diminuer, le risque de burn out pourrait augmenter dans les années à venir.

Selon l'enquête Stethos de 2015 [58], un soignant sur deux va ou pourrait faire un burn out lors de sa carrière. **La moitié des personnes cherchant une aide ne sait pas à qui s'adresser, ce constat est inquiétant.**

Cette difficulté est majorée car nous avons la possibilité de ne jamais avoir recours à un médecin autre que nous même. Hormis des confrères ou des proches bienveillants, aucun tiers n'a la possibilité d'aborder ce sujet comme aurait la possibilité de le faire un médecin généraliste. Il peut donc ne pas y avoir de prise de conscience, ce risque est majoré en cas d'isolement.

De plus, même en voulant consulter, la **complexité** semble de trouver un **confrère en qui on ait confiance sans qu'il soit trop proche au niveau des connaissances scientifiques ou affectivement.**

Il faut qu'il y ait une certaine distance sans qu'il soit trop éloigné dans l'espace. Il faut qu'il soit disponible, accessible et idéalement formé à soigner d'autres médecins.

Tous ces critères semblent compliqués à réunir en un même médecin. La principale difficulté semble aussi que « ça ne se fait pas ». Ce comportement n'est pas ancré dans les mentalités comme il peut l'être lorsqu'il s'agit du suivi de **grossesse** des femmes médecins.

On retrouve des résultats similaires concernant les difficultés à aller consulter un confrère, selon des thèses de médecine [32, 10, 13, 8, 52]. La tendance à sous-estimer ou à banaliser, le regret d'avoir consulté, la gêne à consulter ainsi que la peur de déranger sont des raisons évoquées que l'on retrouve fréquemment. Les thèses menées par Gontharet -Marianne MH [32] et celle de Chapusot [22] retrouvent les mêmes freins.

Le **manque de disponibilité** a été retrouvé de manière équivalente dans ces études [42, 52]. Les médecins ont certes peu de disponibilité pour eux et en particulier à attribuer à leur santé, mais lorsqu'ils le jugent nécessaire, tous s'accordent à dire qu'ils peuvent bloquer un moment dans leur emploi du temps. Ce constat renforce la théorie selon laquelle le médecin réussit à discerner la limite entre ce qui est acceptable et ce qui paraît dangereux pour sa santé. S'il a un doute sur un critère de gravité, il va réussir à se trouver du temps pour lui et sa santé.

Les notions comme « **la peur du jugement ou le biais dans la relation entre confrères** » rendant cette relation compliquée sont toujours retrouvées [22, 32, 10, 21, 41, 42].

La complexité réside dans l'approche et l'attente des deux médecins. Lorsqu'on les interroge sur cette relation, certains ne sont pas à l'aise à l'idée de consulter un médecin confrère mais la majorité l'est encore moins lorsqu'ils doivent soigner un médecin confrère. **La peur du jugement est parfaitement réciproque.**

Une approche différente avait été suggérée par une des médecins que j'ai interrogée. Elle expliquait qu'elle demande au médecin qui vient la consulter de manière claire et simple ce qu'il souhaite comme suivi. Cette approche semble basique presque évidente mais elle n'est a priori jamais exploitée. Elle permet de **connaître les tenants et aboutissants de la relation et de répondre au mieux aux besoins et souhaits du médecin qui consulte.**

Aussi bien dans la littérature que dans cette étude, il apparaît en filigrane que le principal obstacle est le **biais de la relation**. Il se manifeste de différentes façons mais cela explique pourquoi certains médecins cachent leur statut, consultent loin de leur lieu d'exercice ou vont voir un correspondant qu'ils ne connaissent pas.

Le fait de recevoir en consultation un médecin et de lui demander explicitement ce qu'il recherche comme suivi et ce qu'il en attend pourrait diminuer ce biais. Les médecins le disent [22], il y a **différents critères décisionnels** qui les amènent à consulter. Il est donc important de les faire préciser à chaque médecin pour pouvoir mieux les soigner.

D) Pistes d'amélioration du suivi :

Tout d'abord il semble important de **continuer à parler de la santé** des médecins, de souligner l'importance de leur santé pour leur intérêt personnel et pour un intérêt de santé publique.

Certains médecins ne connaissent pas les **structures** déjà en place en France. Une structure dédiée aux médecins généralistes hauts-normands a été

montée près de Rouen, et il semble important de rappeler que plusieurs médecins n'en avaient pas eu connaissance. Cette donnée est similaire aux données nationales puisque seuls 14% de médecins connaissent une structure dédiée à la souffrance psychologique [55].

Il faut absolument promouvoir la santé dans toutes ses dimensions et par plusieurs moyens de communication.

1) Projets ayant déjà été concrétisés :

La question des **structures** a été plusieurs fois évoquée dans cette thèse et également dans d'autres études.

Une thèse avait même permis de monter la structure **Imhotep** en haute Normandie [14]. Imhotep avait été conçu spécifiquement pour les médecins, était en libre accès et proposait une prise en charge globale avec différents intervenants.

Un seul médecin de cette étude s'y est rendu. Plusieurs médecins ont même reconnu qu'ils n'étaient pas étonnés que cette structure n'ait pas aussi bien fonctionné que prévu.

Pourtant cette structure a été montée après avis et propositions recueillis auprès de ce même type de médecins. La majorité semblait y être favorable mais très peu y sont allés consulter.

On constate donc **l'écart** entre ce que les médecins voient comme **idéal en théorie et ce qu'ils sont prêts à faire en pratique pour leur santé.**

2) Structures et mesures existantes :

Une des améliorations qui se met déjà en place est la **lutte contre l'isolement** des médecins généralistes. Les **cabinets de groupe** en particulier sont actuellement le principal mode d'installation et constituent déjà une première étape pour améliorer la santé physique et mentale des médecins. Ces derniers n'ont pas toute la charge à porter au niveau financier, juridique et psychologique. Cela constitue une aide pour se dégager du temps pour soi. Il est difficile de fermer le cabinet lorsqu'on est le seul médecin alors que bloquer ses créneaux en pouvant confier ses patients à son/ses collègues en cas d'urgence est moins culpabilisant.

Le fait de pouvoir échanger sur ses patients, de se confier sur des inquiétudes ou juste se décharger est facilité par **l'exercice en groupe.**

Une deuxième évolution est la **régulation du temps de travail**. Ce choix a été vérifié chez les nouveaux médecins dans plusieurs études [29] dont une menée par Elodie Faget [43].

Pour certains, cela s'accompagne d'un sentiment de **culpabilité** car parfois critiqué par les patients et vu comme un manque de disponibilité des médecins. Cette diminution du temps de travail par rapports aux plus vieux médecins se met en place. Elle est en lien avec la féminisation de la profession mais aussi avec un **changement des mentalités** et la connaissance du **risque de burn out.**

Les **jeunes médecins** semblent en avoir pleinement conscience et font leur choix d'installation en fonction [43]. Les médecins déjà installés revoient leur mode d'installation également en privilégiant les cabinets de groupe ou les maisons médicales.

Il me semble donc rassurant de constater cette évolution très positive et favorable à l'amélioration de la santé.

Tous les médecins de notre étude étaient en demande d'une **aide psychologique**. Ce n'était pas forcément une demande pour tout de suite mais qu'il y ait une offre possible et disponible lorsqu'ils pourraient en avoir besoin.

Pour la plupart, il n'y avait pas de réelles difficultés psychologiques à l'heure actuelle ou celles-ci ne prenaient pas une grande ampleur. Il en ressortait tout de même que tous avaient un besoin de parler de leurs difficultés du quotidien, de se confier et qu'il était parfois difficile de trouver une oreille attentive prête à écouter. Les difficultés étant quasi quotidiennes, il devient rapidement difficile de se décharger en permanence sur ses proches ou ses collègues ; de plus, on peut se poser la question du secret médical.

On observe aussi que cette sorte de thérapie de groupe s'organise de manière cachée lors des **groupes de pairs ou formation médicale continue**. Ces échanges ont été initialement créés pour se former mais permettent également à tous d'évoquer leurs préoccupations. Les réunions médicales commencent ou finissent en général par un petit moment où il est classique de parler des difficultés du quotidien.

Le fait de **former des médecins** pour traiter exclusivement d'autres médecins semblent ambigu. D'une part les médecins veulent un médecin généraliste comme eux pour les soigner mais ayant reçu une formation complémentaire spécifique au fait de soigner un autre soignant. D'autre part, ils semblent être opposés à une sorte de médecine du travail où le médecin ne ferait que soigner d'autres médecins généralistes.

Il faudrait donc qu'une partie des médecins généralistes qui le souhaitent participent à une formation spécifique telle le **DIU « soigner les soignants »** [54]. Cette formation complémentaire permet à tout médecin de se former spécifiquement au suivi des professionnels de santé.

Une autre possibilité serait d'intégrer « **l'approche centrée patient** » dans la formation médicale des futurs médecins. Des cours d'enseignement, lors de l'externat et de l'internat, pourraient être dédiés à l'importance de prendre soin de sa santé et au fait de soigner des médecins ou d'autres soignants.

À l'échelle nationale, des structures telles que l'**APSS** existent, elles visent en particulier les pathologies psychologiques et addictives. Le seul bémol est que cette structure est gérée par le conseil de l'Ordre et la CARMF, elle n'est donc pas indépendante comme semble le vouloir un grand nombre de ces médecins. Il existe également **ASRA** gérée par les conseils de l'Ordre locaux et les conseils régionaux de Rhône- Alpes.

D'autres structures telles que **M.O.T.S.** [44] ont mis en place une structure téléphonique où les médecins peuvent appeler à tout moment. Une aide à plusieurs niveaux peut leur être apportée (aide psychologique, addictologique, physique mais aussi juridique). Ce modèle semble pertinent à plusieurs points de vue car les solutions qu'ils proposent sont en corrélation avec les motifs fréquents pouvant entraîner des burn out. Les consultations semblent augmenter de manière croissante depuis sa création [annexe 6] ainsi que la diffusion à plusieurs régions françaises [annexe 7].

Ce type de structure semble **diminuer les freins à la consultation d'un confrère** que les médecins évoquent. Cet accueil est **téléphonique** donc la confiance peut être plus facile grâce à un total anonymat. Le fait de pouvoir appeler permet au médecin d'appeler de chez lui ou de son cabinet, il n'a pas de perte de temps dans un trajet ou dans une salle d'attente. Les médecins sont formés spécifiquement à ces problématiques donc la « peur du jugement » ou de faire face à un égal devient moindre.

Toutes ces associations et groupements ne sont pas parfaits mais ont le mérite d'exister et d'essayer de venir en aide au mieux aux médecins généralistes.

Très récemment, en novembre 2017, le CNOM, la CARMF et le CNG ont même appelé ces différentes associations à se fédérer. Le but est de pouvoir proposer une aide aux médecins en souffrance sur l'ensemble du territoire. La mise en place d'un service avec **un numéro de téléphone unique regroupant les différentes associations pour les médecins en difficulté est également à l'étude [60].**

Le groupe SPS a déjà mis en place un numéro vert national [61].

3) Projets :

Plusieurs propositions et souhaits concrets des médecins de cette étude se recoupent avec ceux trouvés dans la littérature. Le fait de demander une **structure dédiée** aux médecins ou une structure de type **pluri-professionnel** a déjà été proposé [51, 52]. Cela avait même abouti à la création d'un centre de médecine préventive spécifique en Seine-Maritime [14]. La demande d'une **aide psychologique** pour les médecins est également retrouvée dans la littérature [14, 39]. Enfin, les caractéristiques d'un médecin idéal pour soigner ses pairs correspondent globalement à ce qui est cité dans la littérature [12, 32].

Concernant un **suivi psychologique régulier**, ils ne sont pas tous d'accord sur la fréquence et la façon de rendre ce suivi obligatoire ou incitatif. La difficulté est surtout : comment ne pas imposer un suivi psychologique tout en permettant une aide psychologique à des médecins ne se rendant pas compte qu'ils sont en difficulté.

On peut prendre l'exemple des **psychologues**. Le suivi de ces derniers dans les structures hospitalières est systématique. Pour les psychologues exerçant en libéral, le suivi par un confrère n'est pas formellement obligatoire mais est **fortement recommandé**. Ce suivi est préconisé dès le début lors de

leurs études et ils semblent l'appliquer sans qu'il y ait une gêne à aller voir son collègue.

Pourquoi ne pas instaurer le même fonctionnement chez les médecins ?

À ma connaissance, une idée nouvelle a été proposée par plusieurs médecins de cette étude. Il s'agit de la proposition de **questionnaires envoyés de manière systématique**, avec une fréquence à déterminer. Les médecins le complèteraient par eux-mêmes de manière autonome et feraient ensuite le choix de consulter selon le résultat.

Cela permettrait à certains de **prendre conscience** de leur état de santé mais ceux qui sont les plus en difficulté resteront très difficiles à détecter. Il est à craindre que ces médecins ne prennent pas le temps de remplir ce questionnaire ou qu'ils reportent à plus tard leur consultation une fois le questionnaire rempli.

Cependant, il est aussi à espérer que le fait de recevoir ce questionnaire plus régulièrement le vulgarise auprès des soignants et que cela devienne plus facile d'y répondre d'année en année. Répondre à ce questionnaire pourrait même devenir un automatisme comme pour les autres dépistages.

Cette alternative entre obligatoire, systématique et **incitation** semble raisonnable. Le questionnaire est envoyé un peu comme le sont les courriers pour sensibiliser aux campagnes de dépistage. Les médecins y répondent a priori très bien donc on peut espérer qu'il en soit de même avec des questionnaires assez ciblés sur l'état de santé psychique. L'enjeu est de savoir si les médecins joueront le jeu jusqu'au bout et iront consulter selon le résultat. On peut imaginer un barème avec différents niveaux un peu comme l'échelle de Hamilton qui évalue le niveau d'un syndrome dépressif [53].

Une étude a cherché à comparer les attentes des médecins avec les interventions proposées [2] ; elle montre la volonté ferme de la part des médecins de la création d'une structure **indépendante, libre, parlant du burn out et de l'hygiène de vie**. Les médecins **refusent** qu'il y ait des mesures décisives sur leur **capacité à exercer** lors de cette consultation.

Si l'on compare les souhaits des médecins avec les **propositions des CNOM et CDOM [35]**, il semble y avoir une discordance et une appréhension. Ils proposent entre autres une incitation à ce que les médecins ne soient pas leur propre médecin traitant. Ils veulent instaurer une supervision régulière obligatoire visant à protéger les médecins mais aussi à « signaler » des médecins en difficulté. Ils proposent également de créer des cellules de soutien psychologique pour les médecins en ayant besoin.

Les propositions de CNOM et CDOM sont en partie en **contradiction** avec les souhaits des médecins, ces derniers semblent très opposés à une visite obligatoire systématique car cela ne correspond pas à leurs besoins. Certains sont satisfaits d'être leur propre médecin traitant et même s'ils en déclarent un autre, il n'est pas certain qu'ils le consultent. Probablement continueront-ils à faire comme actuellement en restant leur propre médecin traitant et à déclarer un médecin qu'ils n'iront pas consulter.

Le fait de pouvoir être « signalé » et donc **contrôlé** voir empêché de travailler est une notion **inenvisable** actuellement pour la plupart des professionnels. Si cette visite devenait obligatoire avec des sanctions potentielles, il est à craindre que les médecins cachent leurs symptômes au médecin de l'Ordre et que leur pathologie demeure.

Ces propositions semblent trop idéalistes et rigides ; elles risquent de pousser les médecins dans leurs retranchements. Il est certain que **si les propositions sont imposées et rendent les visites obligatoires pour les médecins, ceux-ci trouveront des échappatoires ou ne seront pas coopérants.**

La **CARMF** paye actuellement les **indemnités** pour les différents types d'invalidité dont souffrent les médecins. Cette dépense concerne notamment les affections psychiatriques puisqu'elles sont en première position parmi les causes d'invalidité. On pourrait imaginer que cet organisme **rembourse plusieurs consultations par un psychologue par an pour diminuer le nombre de médecins ayant des troubles psychiatriques.**

Dans un premier temps, la CARMF enverrait aux médecins de manière anonyme et systématique des **auto-questionnaires** à remplir pour s'auto-évaluer. Ces médecins pourraient ensuite, s'ils le jugent nécessaire, aller **consulter un psychologue de leur choix.**

Deux consultations annuelles par un psychologue pourraient leur être remboursées. Il semble important que ces consultations soient libres, avec un **intervenant de leur choix, indépendant de la CARMF** et qu'il n'y ait **pas de répercussion** sur la liberté d'exercice.

Ainsi, le médecin est incité à aller consulter gratuitement et sans y être contraint, en restant acteur de sa santé.

E) SYNTHÈSE :

Le suivi médical idéal des médecins généralistes reste un sujet très complexe, d'autant qu'**il ne pourra exister un suivi idéal mais des suivis idéaux à adapter selon leurs attentes.**

Il ressort de toutes les études que le risque professionnel majeur [37] est le risque d'épuisement professionnel allant jusqu'au burn out.

Ce risque a aussi les plus grandes répercussions sur la santé des médecins selon la CARMF [1] et les motifs d'invalidité. Cela a également une répercussion financière puisque le pourcentage de médecins en invalidité pour affections psychiatriques est en augmentation.

Il semble donc évident qu'il faut travailler en priorité sur ce sujet et rapidement puisque les facteurs associés à ce risque sont la surcharge de travail et l'isolement.

Les souhaits des médecins pour améliorer leur suivi sont assez variés. Ils semblent plutôt motivés pour remplir des **auto-questionnaires** envoyés de manière systématique pour dépister des troubles psychologiques dont ils n'auraient pas pris conscience.

La structure téléphonique principale semble être l'association **M.O.T.S.** ; elle a quelques antennes mises en place dans plusieurs régions françaises. Elle a permis à plus de 500 médecins de se confier sur leurs difficultés depuis 2010.

Un point soulevé amenant une contrainte supplémentaire est de savoir par **quel moyen financier** seraient gérées les interventions pour la santé des médecins.

Les médecins sont actuellement très réfractaires à être aidés par des structures qui ne soient pas indépendantes. Une solution idoine serait donc un financement par les médecins eux-mêmes.

Lors de nos études de médecine et plus particulièrement l'internat de médecine générale, nous insistions sur l'importance de « l'approche centrée patient » [Annexes 8 et 9]. Ne faut-il pas aussi s'adapter au statut particulier du patient-médecin et développer une « **approche centrée médecin** » **pour ce patient un peu particulier ?**

Cela semble très paradoxal, les médecins veulent être rassurés sur leur propre prise en charge puisqu'ils évoquent un mauvais suivi car personne ne les épaulé. Ces mêmes médecins ne voient pas l'intérêt de consulter un confrère : « Qu'est-ce que ça va m'apporter ? » , « Qu'est-ce qu'il sait de plus que moi ? » . Il faut donc leur **proposer une aide, en leur laissant une certaine liberté et un contrôle sur leur santé et sa prise en charge.**

Les solutions ne sont pas parfaites, elles ne contenteront pas tous les médecins mais mieux vaut avancer petit à petit. Tout ce qui est acquis le restera probablement. Par contre, il semble très risqué de forcer les médecins à changer leurs habitudes. Cela aurait pour effet de les pousser dans leurs retranchements. **Il faudra comme pour certains patients récalcitrants, faire des compromis pour arriver à un meilleur résultat de manière progressive et continue !**

F) PISTES DE RECHERCHE :

Un objectif secondaire de cette thèse était de trouver des façons d'**aider les médecins généralistes en difficulté.**

Il serait intéressant de consacrer une recherche dédiée à ce sujet. Le but serait d'identifier les attentes des médecins, comprendre quelles sont leurs plus grandes difficultés et de trouver des solutions adéquates.

Il est important de cibler ce que les médecins souhaitent comme suivi et les moyens qu'ils sont prêts à mettre en oeuvre concrètement pour améliorer leur

santé. Il ne faut pas prendre en compte uniquement ce qu'ils imaginent comme étant un suivi idéal pour eux ; ce suivi pouvant ne pas être réalisable.

L'objectif serait bien sûr de mettre en place une aide concrète et efficace par la suite pour les médecins. Le meilleur indicateur de cette efficacité serait un meilleur ressenti de la santé par les médecins.

« La médecine est une maladie qui frappe tous les médecins, de manière inégale. Certains en tirent des bénéfices durables. D'autres décident un jour de rendre leur blouse, parce que c'est la seule possibilité de guérir - au prix de quelques cicatrices.

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. »

La maladie de Sachs , Martin Winckler [56]

CONCLUSION :

La santé des médecins généralistes est actuellement au **coeur des débats à l'échelle nationale**. Les chiffres de **burn out et de suicides** dans la profession médicale révèlent des taux inquiétants, et pourrait même s'aggraver à cause de la désertification médicale. Ces deux événements pourraient mettre en péril la santé de la population générale.

Les médecins généralistes hauts-normands ont leur propre opinion concernant leur santé mais on constate quelque chose d'**unanime parmi tous les médecins interrogés dans cette étude**.

Tous sont demandeurs d'une aide psychologique ; ce thème est marquant car tous les médecins ayant participé à cette étude évoquent spontanément ce manque de prise en charge psychologique. Cela traduit une souffrance morale actuelle ou redoutée dans le futur.

On constate également que les médecins semblent très **critiques et exigeants** par rapport à leur santé et leur prise en charge ; beaucoup pensent être négligents avec leur suivi médical et quand on s'intéresse à leur suivi de manière objective, celui-ci semble correct. Il y a donc une réelle **discordance entre leur santé et le ressenti de leur santé**. La potentielle mauvaise santé psychique n'explique probablement pas tout.

On constate qu'il existe un **désaccord entre les attentes des médecins généralistes en terme de santé et les solutions qui leurs sont proposées**. En effet, créer une médecine du travail spécifique aux médecins ne semble pas correspondre à leurs besoins. La proposition d'obliger les médecins à déclarer un médecin traitant autre qu'eux-mêmes ne paraît pas non plus adaptée et ne permettra pas de résoudre leurs difficultés.

On observe une légère différence entre les comportements des femmes et des hommes médecins. Les femmes ont un meilleur suivi et ont recours plus facilement à des confrères, en particulier pour le suivi de leur **grossesse**.

Il semble y avoir une **tendance aux changements des mentalités, les médecins ont majoritairement un exercice en groupe**. Les nouveaux médecins généralistes ont moins d'a priori à aller consulter un confrère pour eux-mêmes et cherchent à se protéger du burn out par un rythme de travail moins soutenu que leurs aînés.

ANNEXE 2 : QUESTIONS ET RELANCE.

1) Comment gérez-vous votre santé en pratique actuellement ?

Relance : En êtes-vous satisfait ?

2) On constate dans les études, que les médecins se prennent en charge eux-mêmes malgré les incitations à changer ce comportement. Estimez-vous finalement être capable de gérer votre santé ?

3) Votre prise en charge pour vous-même est-elle différente de ce que vous préconisez pour vos patients ?

Relance : Êtes-vous objectif ?

Relance : Avez-vous comparé votre propre prise en charge avec ce que vous faites pour vos patients ?

4) Quels seraient les avantages /inconvénients à déclarer un médecin traitant autre ?

Relance : Que pensez-vous des structures proposant un suivi pour les médecins généralistes ? Faut-il rendre obligatoire un suivi par un médecin du travail spécialisé ?

5) Comment peut-on vous aider à améliorer votre prise en charge ?

Relance : Qui voudriez-vous avoir comme médecin traitant? Ou comme suivi ?

6) Quelles sont les limites de l'auto-suivi selon vous ?

ANNEXE 3 : REMERCIEMENTS ET PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE LORS DES FOCUS GROUP.

Bonjour, merci à tous et toutes de vous être libérés et d'avoir pu venir ce soir.
Le sujet de ma thèse est de comprendre pourquoi les médecins généralistes continuent à se soigner eux mêmes.

En effet, selon les sondages, ils ne semblent pas satisfaits ou pas complètement de cette prise en charge. Mais, en pratique, lorsqu'on leur propose un suivi alternatif, cela ne fonctionne pas et cela suscite une nette opposition (Déclaration de médecin traitant, médecine du travail, Imhotep etc).

Selon les enquêtes, en terme de prévention primaire vous êtes bien au dessus des chiffres de la population générale (frottis, Hémocult, mammographie, vaccination, biologie, etc).

Donc est-ce que l'auto-suivi fonctionne finalement ?

J'aimerais comprendre pour quelles raisons avez-vous ce ressenti de mauvaise santé ou de mauvais suivi médical.

Vos données seront enregistrées puis re-transcrites et rendues anonymes. Vos témoignages sont très importants pour ma thèse et les différences d'opinions la rendront d'autant plus intéressante. Il n'y a évidemment pas de « bonnes ou mauvaises réponses » et vos interventions personnelles ne seront pas jugées. Le but est d'obtenir des idées suscitant d'autres réflexions et d'en discuter ensemble.

Des questions ouvertes seront posées par Jeanne Claire Yrles, Docteur en médecine générale à Rouen, qui fera office de modérateur.

ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE QUANTITATIF DES PARTICIPANTS
POUR DÉFINIR L'ÉCHANTILLON.

âge**ans**

sexe ; **Homme / Femme**

Lieu d'exercice: **rural - semi rural - urbain**

mode d'exercice: **seul / en groupe**

Informatisé ; **oui / non**

secrétariat : **oui/non**

Maître stage universitaire ; **oui / non**

Déclaration d'un médecin traitant à la sécurité sociale. **oui / non**

—> si oui, êtes vous auto-déclaré ? **oui / non**

—> si vous avez un médecin traitant autre que vous, allez vous le voir en
pratique ?

jamais / <1/an / >1 par an

ANNEXE 5 : STRUCTURES DÉJÀ EXISTANTES EN FRANCE.

* **M.O.T.S.** : Médecin Organisation Travail Santé. MOTS est une unité clinique d'écoute, d'assistance et de recherche destinée à venir en aide aux médecins en difficultés et dédiée avant tout à la prévention et à la prise en charge de l'épuisement professionnel.

N° 0608 282 589 <http://www.association-mots.org/lassociation/>

* Réseau **ASRA** : L'association d'Aide aux Soignants de Rhône-Alpes :

N° d'appel : 0 805 62 01 33 www.reseau-asra.fr

* **AAPML** : Association d'aide aux Professionnels de Santé et Médecins Libéraux (Service d'écoute téléphonique dédié aux médecins)

N° Indigo 0 826 004 580

pour vous aider à passer un cap difficile, et ce dans le respect de l'anonymat, 24h/24, 7 jours/7, www.aapml.fr

* **APSS** : Association Pour les Soins aux Soignants. <http://apss-sante.org>

N° 0826 004 580

* **SPS** : L'association Soins aux Professionnels de Santé (plateforme nationale d'appel, avec un numéro national)

N° 0805 23 23 36 dédié à tous les professionnels de santé, et opérationnel depuis le 28 novembre 2015. <http://www.asso-sps.fr>

* **PAIMM** : Programme d'Aide aux Médecins Malades en Catalogne (35), ouvert aux médecins en activité et s'occupant des problèmes psychiques ou de dépendance : www.paimm.net ;

* **L'entraide ordinale** : L'Ordre des médecins offre la possibilité d'organiser toute œuvre d'entraide et de retraite au bénéfice de ses membres et de leurs ayants droit.

– Vous pouvez vous adresser au Conseil de l'Ordre des Médecins de votre département et à sa commission d'entraide.

* **L'association Inter.Med** propose en Languedoc-Roussillon à tous les médecins d'être reçu en consultation pour une prise en charge adaptée (problème aigu ou chronique, bilan de santé global,...)

° d'appel 04 66 40 04 72

N

* **Groupe Pasteur Mutualité** - La souffrance du soignant :

www.souffrancedusoignant.fr

* **La campagne des anesthésistes** : <http://cfar.org/sante-au-travail-smart/auto-tests/> (auto-questionnaire par anesthésiste)

ANNEXE 6 : DEMANDES DE PRISE EN CHARGE DE LA PART DES MÉDECINS RECENSÉS PAR L'ASSOCIATION M.O.T.S.

ORIENTATION 4 : Mesurer la montée en charge



- 60 % de femmes
- 40 % d'hommes

Autour de la cinquantaine et vivant en couple pour la majorité

- 32,5 % de salariés exclusifs
 - 30 % de libéraux isolés
 - 22,5 % de libéraux en groupe exclusif
 - 7,5 % d'internes
 - 3 % mixte (salarié-libéral)
 - 2,5 % de chefs de clinique
 - 2 % sans emplois (remplaçants)
- 56 % de MG

- 3 à 4 demandes de nouveaux médecins par semaine.
- Rappels et suivis directement sur le tél. de l'effecteur.
- La majorité a eu connaissance de MOTS par l'Ordre des médecins et le « bouche à oreille ».

(*) : 500 est un chiffre prévisionnel fin 2015; en septembre 2015 : 443 JT et JJO - CNOM 28/09/2015

ANNEXE 7 : PRÉSENCE DE L'ASSOCIATION M.O.T.S. EN FRANCE.

- Aquitaine
- Bourgogne
- Champagne-Ardennes
- Languedoc-Roussillon
- Limousin
- Midi-Pyrénées
- Picardie
- Provence-Alpes-Côte d'Azur
- Val de Marne

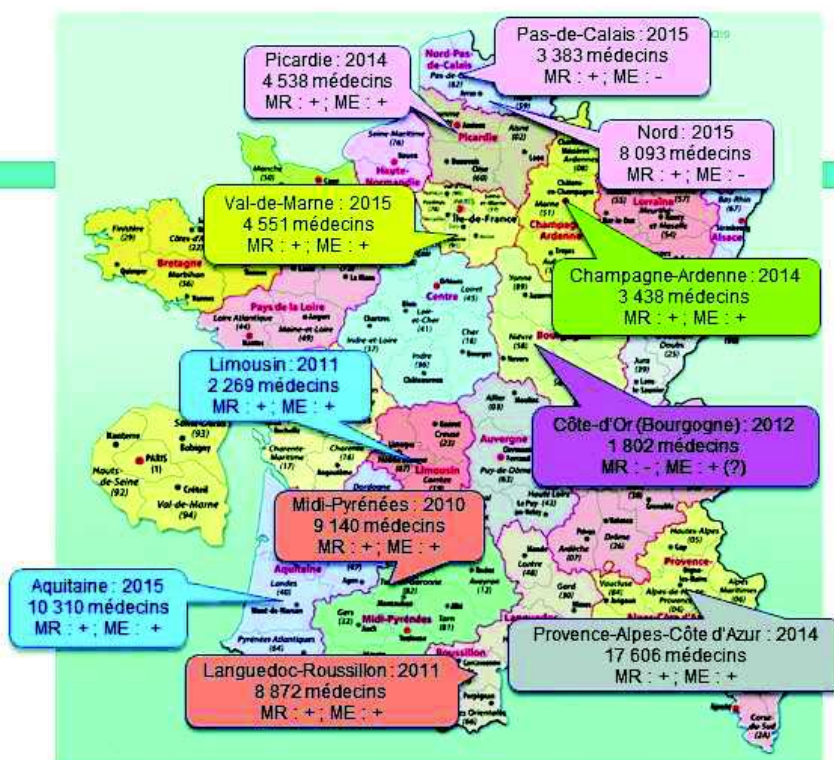


- Juillet 2015 -
Population médicale
couverte

**76 419 médecins en
exercice**

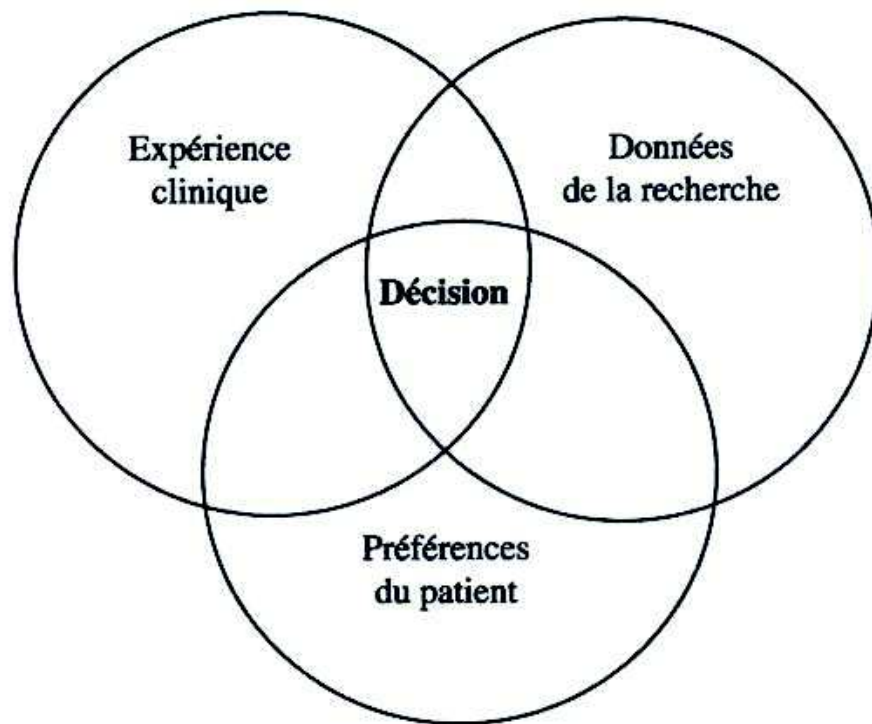
Atlas démographie médicale
- CNOM 2014 -

MR : médecin référent
ME : médecin effecteur

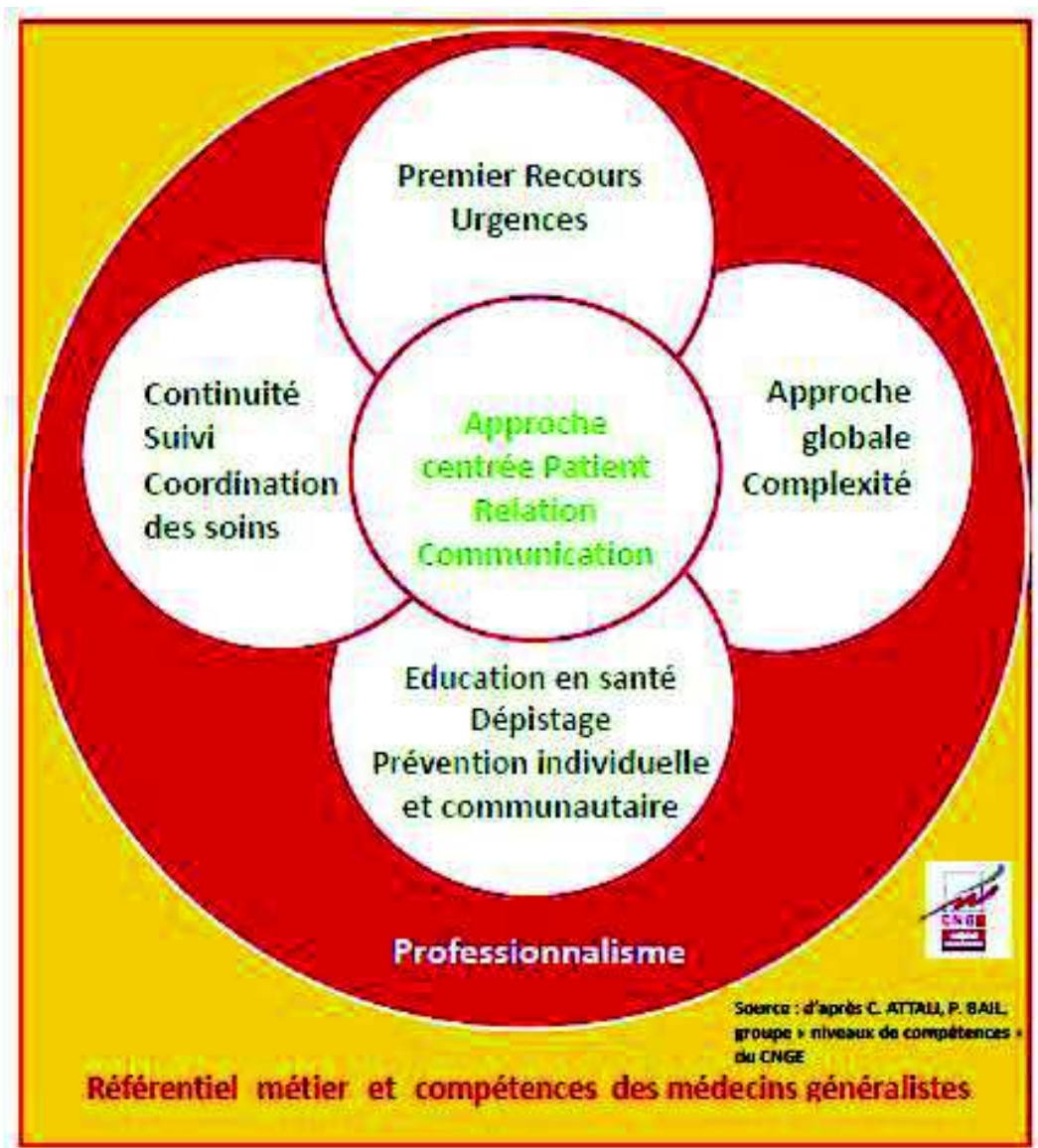


ANNEXE 8 : L' « EVIDENCE-BASED MEDICINE » (EBM).

L'EBM est définie comme l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données scientifiques du moment, pour une prise en charge personnalisée de chaque patient.



ANNEXE 9 : APPROCHE CENTRÉE PATIENT ; MARGUERITE DES COMPÉTENCES.



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- 1) CARMF 2017. (page consultée le 08/12/2017). Nature des affections des médecins en invalidité définitive [en ligne]. <http://www.carmf.fr/page.php?page=chiffrescles/stats/2017/nature-affections.htm>
- 2) Gombert A. Les attentes des médecins généralistes concernant leur prise en charge médicale sont-elles en adéquation avec les interventions proposées? Étude quantitative par questionnaire sur un échantillon de 100 médecins généralistes du Maine-et-Loire [Thèse de médecine]. Angers : Université de médecine; 2012.
- 3) Nouger F. Les médecins généralistes et leur santé, ou «Docteur, comment prenez-vous en charge votre santé ?» Enquête sur les médecins généralistes libéraux installés dans le département de la Vienne. [Thèse de Médecine]. Poitiers : Université de médecine ; 2004
- 4) Suty R. Attitude des médecins généralistes envers leur propre santé: enquête menée auprès de 530 médecins libéraux du département de Meurthe-et-Moselle. [Thèse de médecine]. Nancy : Université Henri Poincaré-Nancy 1 Faculté de médecine; 2006.
- 5) 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. [Thèse de Médecine]. Tours: Université François-Rabelais; 2013
- 6) Verjus AL. Médecins libéraux des Savoie et Isère : étude épidémiologique des besoins d'un système de soins dédiés à leur propre santé. [Thèse de médecine]. Grenoble:UFR médecine ; 2012
- 7) Leriche B, Biencourt M, Bouet P, Carton M, Cressard P, Faroudj JM et al. Le médecin malade. (page consultée le 01/10/2017). Rapport de la Commission nationale permanente du conseil national de l'Ordre des médecins; 2008. [en ligne]. <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/le-medecin-malade-746>
- 8) Desprès P, Grimbert I, Lemery B, Bonnet C, Aubry C, Colin C. La santé physique et psychique des médecins généralistes. DREES. Études et résultats. 2010; n°731.
- 9) Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins. (page consultée le 11/11/2017). Enquête sur la Santé des Médecins Libéraux de Haute Normandie; Décembre 2008, [en ligne]. http://www.apima.org/img_bronnerenquete_HN_soigne_medecin.pdf
- 10) Bonneaudeau S. Le médecin malade : un patient comme les autres [Thèse Médecine]. Paris: Université de médecine de Paris Diderot; 2011.
- 11) Portalier GD. Les médecins, des patients comme les autres ? Ou attitude et vécu des médecins devenus eux-mêmes patients. Étude qualitative auprès de 15

médecins généralistes en Rhône-Alpes [Thèse Médecine]. Lyon: Université de médecine de Lyon Claude Bernard; 2008.

12) Lhote M. Soigner un médecin malade : quelles spécificités ? Étude qualitative auprès de médecins franciliens. [Thèse Médecine]. Paris: Université de médecine Paris Diderot; 2011.

13) Gallice L. La santé des médecins généralistes libéraux français: à partir d'une étude de la littérature de 2003 à 2013. [Thèse médecine]. Toulouse: Université de médecine de Toulouse III ; 2014

14) Kuntz A. La santé des médecins généralistes de Haute-Normandie : analyse des besoins et mise en place de l'expérimentation d'un service de médecine préventive [thèse d'exercice]. Rouen : Université de médecine et de pharmacie ; 2011.

15) Gautier I. Burn-out des médecins. Bulletin du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la ville de Paris; Mars 2003.

16) Le Borgne C. Burn-Out : un numéro vert pour aider les médecins. Le Concours médical 01 juin 2005 ;127(21):1155.

17) Vilain A, Niel X. Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions socio-démographiques, DREES, Études et Résultats n°114 ; 2001.

18) Santé publique France. (page consultée le 30.04.17). Diphtérie-tétanos, poliomyélite, coqueluche, données par groupe d'âge. [en ligne]. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/Donnees/Diphterie-tetanos-poliomyelite-coqueluche>

19) Observatoire national du suicide. (page consultée le 29.08.17). Suicide Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives 2e rapport ; février 2016 [en ligne]. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2e_rapport_de_l_observatoire_national_du_suicide.pdf

20) Willems S. Le suivi médical des femmes médecins généralistes libérales françaises. [Thèse d'exercice]. Lille : Université de médecine de Lille; 2014

21) Roux C. Quand le médecin est un patient malgré lui. Le généraliste. 19 Mai 2017; (2797):10-12.

22) Chapusot-Filipozzi J. Attitude des médecins généralistes vis-à-vis de la prise en charge de leur santé: étude qualitative auprès de 15 médecins généralistes lorrains. [Thèse d'exercice]. Nancy : UFR de médecine ; 2012

23) Bournot MC, Goupil MC, Leclère B. Observatoire régional de la santé des pays de la Loire URML, Vie professionnelle, vécu du travail et état de santé des médecins généralistes des Pays de la Loire. Vague d'enquête 4 - 2008 ; Juin 2010

- 24) Antoine B, Vincent-Genot A. La mortalité des médecins. Cahiers de sociologie et de démographie médicales ; 1987; (4): 349-399.
- 25) Poly-Laborderie M. La santé des femmes généralistes en Franche Comté en 2008. [Thèse de médecine]. Besançon : Université de médecine de Besançon; 2009
- 26) Chocard AS, Juan F. Suicide et tentatives de suicide chez les médecins. La Lettre du Psychiatre ; janvier-février 2007; Vol. III (1-2):10-14
- 27) Réseau ASRA, Aide aux Soignants de Rhône Alpes.(page consultée le 08/12/2017). Epuisement professionnel, addiction, besoin d'aide...Nous sommes tous concernés, [en ligne]. <http://reseau-asra.fr>
- 28) Picquendar G. Burnout des médecins généralistes hauts-Normands: prévalence et facteurs associés. [Thèse d'exercice]. Rouen: UFR de médecine et de pharmacie de Rouen ; 2016
- 29) Robelet M, Lapeyre N, Zolesio E. Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins. Genre, carrière et gestion des temps sociaux. Le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans ; 2006
- 30) Société médicale Balint. (page consultée le 12/11/2017). Société médicale Balint France, [en ligne]. <https://www.balint-smb-france.org/groupe-balint.php>
- 31) Le collège français des anesthésistes réanimateurs. (page consultée le 12/11/2017).Campagne internationale pour changer le mode culturel des médecins. Campagne « Dis Doc, T'as ton Doc ? » [en ligne]. <http://cfar.org/didoc/>
- 32) Gontharet-Mariette MH. Définition du médecin traitant idéal pour la prise en charge de ses confrères. Étude qualitative. [Thèse d'exercice]. Rouen: Université de médecine et pharmacie; 2012
- 33) Rault JF. La démographie médicale en région Haute-Normandie, Atlas régionaux de la démographie médicale en France, 3e édition; 2013
- 34) Trochu, Cansot I. Le suivi gynéco-obstétrique des femmes médecins généralistes. Étude qualitative auprès de 20 femmes médecins généralistes de Loire-Atlantique. [Thèse d'exercice] Nantes: Faculté de médecine; 2012
- 35) Leriche B, Biencourt M, Bouet P, Carton M. Le médecin malade; Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 28 juin 2008.
- 36) Huilier D, Manzano M. Processus de construction du rapport des médecins généralistes libéraux à leur propre santé : retour sur une recherche-action menée en Haute-Normandie ; Septembre 2013
- 37) Estry-Béhar M. Risques professionnels et santé des médecins. Elsevier Masson. Paris; 2002 (abrégés).

- 38) Galam E.(page consultée le 12/11/2017). Prendre soin de ceux qui nous soignent...et puis quoi encore? , [en ligne]. <https://theconversation.com/prendre-soin-de-ceux-qui-nous-soignent-et-puis-quoi-encore-74653>
- 39) Dormoy M, Tranthimy L. Burn out. Une médecine préventive pour les médecins surmenés ? Impact Médecine. 2008 ; 229.
- 40) Estry-Béhar M, Muster D, Doppia M-A, Machet G, Guetarni K. Résultats de l'enquête SESMAT. Le Concours Médical. 2009 ; 131(1) : 22-25.
- 41) Aguillon S, Marre Petit-Castagnet J. Qui soigne les médecins généralistes et leurs proches ? Thèse qualitative en « focus group » dans le Lot. [Thèse de médecine]. Toulouse : Université de médecine de Toulouse III ; 2015
- 42) Carme J, Maglioli L. La santé du médecin généraliste: étude qualitative des freins à l'accès aux soins. [Thèse de médecine]. Grenoble : Université de médecine ; 2015
- 43) Faget E. Déterminants du parcours professionnel des jeunes médecins généralistes. Premiers pas d'une cohorte Haut-Normande. [Thèse d'exercice] Rouen: UFR de médecine et de pharmacie de Rouen ; 2016
- 44) M.O.T.S. Médecin Organisation Travail Santé (page consultée le 12/12/2017) Organisation du travail et santé du médecin, [en ligne]. <http://www.association-mots.org>
- 45) APSS. Association pour les soins aux soignants (page consultée le 12/12/2017). La qualité des soins dépend de la santé des soignants, [en ligne]. <http://apss-sante.org>
- 46) Dictionnaire Larousse, (page consultée le 8/11/2017). Dictionnaire de français Larousse, [en ligne]. <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais-monolingue>>
- 47) Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative.(page consultée le 6/10/2017) [en ligne]. <http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf>
- 48) Peignier A. Norme Vancouver.(page consultée le 12/12/2017). Présentation des recommandations de Vancouver, [en ligne] [.http://bu.univ-lille2.fr/fileadmin/user_upload/tutoriels/Sante/vancouver_ESP.pdf](http://bu.univ-lille2.fr/fileadmin/user_upload/tutoriels/Sante/vancouver_ESP.pdf)
- 49) Wanlin P. L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels ; 2007. Hors Série (n° 3) ; ISSN 1715-8702
- 50) Paraponaris A, Ventelou B, Verger P. La médecine générale vue par les médecins généralistes libéraux, Revue Française des Affaires Sociales.p 2011; (2) : 29-47
- 51) Plagnard S. Difficultés et spécificités à soigner un confrère en médecine générale, en Midi-Pyrénées. [Thèse de médecine]. Toulouse : Université de médecine de Toulouse III; 2017

52) Rousseau E. Le médecin généraliste ne consulte pas un confrère pour le suivi de sa santé : explication par une étude qualitative. [Thèse de médecine]. Reims: Université de médecine de Reims ; 2011.

53) Cyberdocteur. (page consultée le 8/10/2017). Echelle de dépression de Hamilton, [en ligne]. <https://www.medsyn.fr/perso/g.perrin/cyberdoc/doc/Hamilton.htm>>

54) Faculté de médecine de Paris 7 et de Toulouse. (page consultée le 13/12/2017). Diplôme Inter-Universitaire Soigner les soignants, [en ligne]. <http://urps-occitanie.org/wp-content/uploads/2017/05/DIU-plaquette-2017-2018.pdf>

55) Association Soins aux Professionnels de Santé.(page consultée le 08/10/2017). Résultats de la nouvelle enquête SPS (Octobre 2016) sur les attentes des professionnels de santé en cas de souffrance psychologique, [en ligne]. <http://politiquedesante.fr/wp-content/uploads/2016/12/SPS-Resultats-enquete-3.pdf>

56) Winckler M. La maladie de Sachs. P.O.L. ; 1998

57) Le médecin des médecins, Imhotep. Paris-Normandie.fr [en ligne]. 04 Mai 2011, N°489593, [consulté le 8/10/2017]. <http://www.paris-normandie.fr/hemertheque/le-medecin-des-medecins-489593-GSPN489593>

58) Farina H. (page consultée le 8/10/2017). Les souffrances des professionnels de santé, [en ligne] 2015, Disponible sur internet: <<http://www.exafield.com/presentation/Presentation-colloque.pdf>>

59) Ordre des médecins. Prestation médicale d'un médecin prodiguée à lui-même. ordomedic.be, [en ligne]. 20 septembre 2014, N°147, [consulté le 20/11/2017]. Disponible sur internet: <<https://www.ordomedic.be/fr/avis/conseil/prestation-mdicale-d-un-mdecins-prodigue-lui-mme>>

60) Foul M. Bientôt un numéro d'appel unique pour aider les médecins qui souffrent. Le quotidien du [medecin.fr](http://www.lequotidiendumedecin.fr) [en ligne]. 22 Novembre 2017, [consulté le 27/11/2017]. Disponibilité sur internet: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2017/11/22/bientot-un-numero-dappel-unique-pour-aider-les-medecins-qui-souffrent_852635?new=1>

61) L'association SPS : Soins Professionnels de Santé. (page consultée le 13/12/2017). Plateforme téléphonique nationale SPS, [en ligne]. <http://www.asso-sps.fr>

62) Kandel O, Bousquet MA, Chouilly J. Manuel théorique de médecine générale: 41 concepts nécessaires à l'exercice de la discipline. Jouve: Global Média Santé; 01/03/2015.

63) Cuerq A, Pasta M, Ricordeau P. Les causes médicales de l'invalidité en 2006. [ameli.fr](https://www.ameli.fr). [en ligne]. Juillet 2008, N°16, [consulté le 08/10/2017]. Disponibilité sur internet : <https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Points_de_repere_n__16.pdf >

64) Touraine veut inciter les libéraux de santé à choisir un médecin traitant. [Le généraliste.fr](https://www.legeneraliste.fr). [en ligne]. 21 Mars 2017, N°309984, [consulté le 8/10/2017]. Disponibilité sur internet: <https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2017/03/21/touraine-veut-inciter-les-liberaux-de-sante-a-choisir-un-medecin-traitant_309984>

65) Roux C. Les premiers enseignements de l'Observatoire de la santé des médecins. [Le généraliste.fr](https://www.legeneraliste.fr). [en ligne]. 26 Avril 2017, N°310395, [consulté le 8/10/2017]. Disponibilité sur internet : < https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2017/04/26/les-premiers-enseignements-de-lobservatoire-de-la-sante-des-medecins_310395 >

66) Bouffartigue P, Bouteiller J. Les conditions de travail des médecins. Intérêt et limites d'une comparaison entre médecins salariés et libéraux. DREES, Série Études, n°50, juin 2005.

67) Berrier S. Santé des médecins Un enjeu majeur de santé publique. Le bulletin de l'Ordre national des médecins. Nov-Déc 2017 ; (52) : 4-5

RÉSUMÉ :

AUTO-SUIVI DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES : RESENTI ET PROPOSITION D'AMÉLIORATION (ÉTUDE QUALITATIVE AUPRÈS DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES HAUTS-NORMANDS).

Introduction : La santé des médecins généralistes est actuellement un enjeu de santé publique et est au coeur des débats. La santé des médecins semble souvent vue de manière très pessimiste, en particulier par les médecins eux-mêmes. La santé physique et psychique est à distinguer : la prévention notamment est souvent parfaitement réalisée par les médecins mais au contraire la santé psychique semble très altérée. Malgré ce constat, peu de solutions concrètes proposent une aide adaptée aux médecins généralistes.

Objectif : L'objectif principal est donc de comprendre pourquoi les médecins généralistes continuent en majorité à se soigner eux-mêmes. L'objectif secondaire est d'imaginer des solutions pour ces soignants.

Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative à partir de deux focus group de six médecins chacun et six entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes hauts-normands. La méthode type « analyse de contenu » a été utilisée.

Résultats : L'étude a mis en évidence une relative bonne gestion et une satisfaction par les médecins de leur santé concernant la prévention. Ils se sont estimés également capables de gérer pour eux-mêmes les situations de virose banale et également de déceler des critères de gravité ou d'urgence. La difficulté à consulter un confrère a été justifiée par l'absence de disponibilité et surtout par la particularité du statut de médecin-soignant. Ils ont exprimé leur insatisfaction concernant les structures actuelles et les médecins en place pour leur prise en charge médicale. L'évolution du mode d'exercice en groupe et les groupes de formations ont été jugés très bénéfiques. Des propositions telles les formations « soigner les soignants », une aide psychologique ou des auto-questionnaires de santé ont été évoqués.

Conclusion : Les jeunes médecins ainsi que les femmes médecins ont semblé être davantage attentifs à leur propre santé. Les difficultés psychiques ont été la principale gêne rencontrée par les soignants. Le souhait de mettre en place une aide psychologique dédiée et facilement accessible a été mis en avant par l'ensemble des médecins.

Mots-clés : santé des médecins généralistes, burn out, aide psychologique, prévention primaire, soigner des soignants, approche centrée patient.