HAL
open science

Spécificités des comportements personnels de santé et d'accès aux soins des médecins généralistes en Gironde

Anna Kervern

To cite this version:

Anna Kervern. Spécificités des comportements personnels de santé et d'accès aux soins des médecins généralistes en Gironde. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02494759

HAL Id: dumas-02494759

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02494759v1

Submitted on 29 Feb 2020

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

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

UNIVERSITE DE BORDEAUX

UFR DES SCIENCES MEDICALES

Année 2019 N° 43

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

Anna KERVERN

Né le 27 Avril 1989 à Nantes (44)

Le jeudi 11 Avril 2019 à Bordeaux

Spécificités des comportements personnels de santé et d'accès aux soins des médecins généralistes en Gironde.

Directeurs de thèse

Monsieur le Docteur Philippe VEAUX

Madame le Docteur Nathalie LAJZEROWICZ

Jury

Madame le Professeur Muriel RAINFRAY	Président
Monsieur le Professeur François PETREGNE	Rapporteur
Monsieur le Docteur Christophe ADAM	Juge
Monsieur le Docteur Habib SANGARE	Juge
Madame le Docteur Nathalie LAJZEROWICZ	Juge
Monsieur le Docteur Philippe VEAUX	Juge

UNIVERSITE DE BORDEAUX

UFR DES SCIENCES MEDICALES

Année 2019 N° 43

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

Anna KERVERN

Né le 27 Avril 1989 à Nantes (44)

Le jeudi 11 Avril 2019 à Bordeaux

Spécificités des comportements personnels de santé et d'accès aux soins des médecins généralistes en Gironde.

Directeurs de thèse

Monsieur le Docteur Philippe VEAUX

Madame le Docteur Nathalie LAJZEROWICZ

Jury

Madame le Professeur Muriel RAINFRAY	Président
Monsieur le Professeur François PETREGNE	Rapporteur
Monsieur le Docteur Christophe ADAM	Juge
Monsieur le Docteur Habib SANGARE	Juge
Madame le Docteur Nathalie LAJZEROWICZ	Juge
Monsieur le Docteur Philippe VEAUX	Juge

REMERCIEMENTS

Aux membres du Jury :

A Madame le Professeur RAINFRAY,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail et de présider le jury. Je vous remercie sincèrement de votre disponibilité et de votre implication. Veuillez trouver ici l'expression de ma toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur François PETREGNE,

Vous avez accepté de rapporter mon travail avec soin et de le juger avec votre regard de médecin généraliste. Je vous prie d'accepter mes sincères remerciements et l'assurance de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Habib SANGARE,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger ce travail. Veuillez trouver ici, l'expression de toute ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Christophe ADAM,

Merci d'avoir accepté de participer à ce jury et ainsi de juger ce travail. Veuillez croire en ma plus grande reconnaissance.

A Madame le Docteur Nathalie LAJZEROWICZ,

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail, le partage de votre expérience et votre soutien ont été primordiaux pour l'avancée et l'aboutissement de cette thèse, veuillez croire en mon profond respect et en ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Philippe VEAUX,

Merci d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse et de m'avoir accompagnée avec autant d'engagement et de bienveillance pour mener à bien ce travail. Tes encouragements, tes conseils et ton avis éclairé sur le sujet m'ont été très précieux.

A mon mari Fabien, depuis ce premier semestre d'internat tu remplis ma vie d'un immense bonheur ! Merci pour ta force, ton calme et ton regard aimant qui m'accompagnent au quotidien, je suis heureuse de partager le reste de ma vie avec toi.

A ma famille :
A mes parents Hélène et Yves, pour m'avoir accompagnée tout au long de ces études et soutenue dans les moments de doute. Votre amour et la chaleur du foyer familial ont été ma plus grande force durant toutes ces années. Merci pour tout ce que vous m'avez donné. Doctrine va enfin devenir Docteur… !
A mes frères et sœur Malo, Jean-Eudes et Sandrine , pour tous les bons moments que nous avons partagés ensemble : quand la mouche faisait mouche, que Dalida venait d'avoir 18 ans ou que les deux nuls n'étaient en fait qu'un seul nul coupé en deux…Merci d'avoir été mes compagnons pendant toutes ces années.
A ma grand-mère (Mamie), partie trop vite, merci pour les fleurs dans ta maison et le thé chaud à l'heure du goûter, ton affection et ta présence ont été une grande douceur pour moi. Merci pour ta sagesse et tout ce que tu m'as transmis.
A mes oncles et tantes et tous les cousins, tous ces rassemblements familiaux sont autant de souvenirs heureux et précieux que je garde tel un petit trésor au fond de moi pour faire face aux jours de disette…
A mes beaux-parents Solange et Didier, merci pour votre affection, votre bienveillance et votre accueil toujours chaleureux, je suis heureuse de faire partie de votre famille.

Aux Bordelais (plus ou moins de souche…) :
A Loloooooo, mon amie des grands et petits moments, toujours motivée pour toutes sortes de projets plus ou moins brillants…merci pour ton énergie et ta joie de vivre ! Encore de nombreuses aventures (sûrement à la terrasse du « Petit Pierre » …) à partager je le souhaite.
A Marine, mon amie depuis la P2, que d'apéro et de soirées passées ensemble (de vraies « Diva du dancing » …), et tellement d'autres bons souvenirs vécus pendant ces longues années d'études. Je suis contente que nous habitions la même ville pour pouvoir continuer à avancer ensemble. Surtout que tu y as rencontré **Simon :** vous êtes un couple d'amis chers à mon cœur.
A Hélène, rencontrée sur les bancs de la fac de Nantes, et que j'ai le bonheur de retrouver comme voisine à Bordeaux ! Merci pour ton humour et ta bonne humeur, j'aime toujours autant te retrouver le temps d'un p'tit verre (un seul) et rire pour ce qui s'apparente ou non à une bonne blague ! Je suis heureuse que tu sois mon amie. Dans quelques mois je serai témoin de ton union avec le prince de ton cœur…**Julien**, je suis contente de te connaître, j'espère que j'aurai toujours le droit de venir squatter chez vous à l'improviste même une fois que vous serez mariés ! Je suis quand même obligée de citer aussi Coquillette, avec qui j'entretiens des liens privilégiés…
A Clem et Alex : nos acolytes du « tier-quar », toujours frais et dispo pour un after de semaine ou de week-end d'ailleurs…un vrai coup de cœur amical ! Vous nous manquez les Pei ! Profitez à fond de votre interlude tahitien, on vous retrouve ASAP pour un petit Mahi-mahi grillé !
A Hortense, ma surfeuse winneuse, mais surtout surfeuse… ! Merci pour ton énergie communicative, et tes récits rocambolesques et animés ! Tu es toujours au poil pour décoder un PLU, un PPRI ou un PPDT (je ne connaissais pas de 3ème acronyme…) mais attention aux côtes de seuil ! C'est un plaisir de te retrouver à chaque fois.
Aux escaladeurs mais aussi Saint Michelois, Léo, Marion, Vincent, Claire, Baptiste et Carla : Merci de nous avoir accueilli dans votre groupe de joyeux lurons, promis avant la fin de l'année je passe le cap de la 6A et sans Nicopatch en plus ! Tournée de mousse assurée…
Spéciale cace-dédi à Claire, alias maman thermomix, merci d'avoir relu ma thèse avec intérêt et de l'avoir corrigée, cela m'a donné un bon coup de pouce !
A Jean-Guigui, merci d'être un aussi bon public aux blagues pas drôles, mais surtout pour ton petit rire de greluche, avec ou sans salade de chou !!

Aux Palois, Axel et Marion, c'est toujours très sympa de passer du temps avec vous, que ce soit sur le bassin ou sur les pistes de ski…j'attends d'ailleurs ma prochaine leçon avec vous l'hiver prochain pour mon chamois d'or !
A Alix, une tennis woman hors pair, c'est un plaisir de me casser le poignet tous les mercredi soirs pour tenter de reprendre ton coup droit (ou ton revers d'ailleurs) ! Heureusement ta bonne humeur et ton fair-play rendent le jeu fort appréciable. J'espère que de nombreuses parties nous attendent encore !
A Guigui et Béné, nos Taotes bordelais favoris, c'est toujours un plaisir de passer du temps avec vous ! J'attends avec impatience votre nouvelle gamme de fromages au lait de mère, que je dégusterai avec plaisir en compagnie d'Emile !
A Audette et Caca, mes gynéco préférées, vous avez su être un vrai soutien lors d'une période compliquée de ma vie professionnelle. Merci pour votre amitié, maintenant que je suis thésée il va falloir qu'on se prenne du bon temps !

Aux Nantais (de souche mais parfois émigrés…) :
A Anne-Claire et Lucie, mes amies depuis la P2, même si vous étiez dans le groupe 2 on aura bien profité de ses années d'études ensemble ! Toujours motivées pour partir en vadrouille, que ce soit à bord d'une mini red-bull à 6 vitesses ou en car de nuit à travers la Turquie, on en aura mangé des olives ! Merci pour votre amitié qui m'est précieuse, et qui continuera à surmonter le temps et la distance j'en suis persuadée. (Spécial bécots à Olivier et Thibaut !)
A Marine et Thomas, ce joli couple « mythique » depuis les bancs de la fac ! Mes amis et voisins de la place Ladmirault , toujours prêts pour aller prendre un verre au cotep, au coudac ou au duo…mais aussi à traverser les océans pour explorer le territoire malgache en taxi-brousse ou en pirogue ! Merci pour tous ces bons moments, que j'espère encore nombreux à vos côtés.
A Zaza, mon amie depuis l'enfance, tu m'auras accompagnée sur toutes les étapes qui m'ont menée jusqu'à ce jour ! Toujours présente pour les moments importants, merci pour ta fidélité, ta générosité et ton esprit pétillant qui sait toujours me faire rire (et me tenir au courant des derniers potins… !). Nous avons encore beaucoup de jours heureux à partager qui nous attendent (gros big up pour 2020… !).
A Matou, la Castafiore de toutes les occasions : camps scout, soirée, mariage…ta voix m'aura fait vibrer plus d'une fois ! Je ne doute pas que cela ne s'arrêtera pas là ! Merci pour ton humour, ta spontanéité et ton franc parler, tu es une amie formidable.
A Clémence, dont je tairai le nom véritable aujourd'hui, puisque tu vas devenir maman et moi docteur…Il en est passé du temps depuis nos escapades au Loft suivi de plâtrées de pâtes au Pesto, tandis que Diam's faisait vibrer les murs du studio ! Et oui, maintenant que tu partages ta vie avec **Maël** (rappelle lui-bien que ma mère l'adore…), nous nous retrouverons plutôt pour nous balader dans le cimetière des chats et des chiens d'Asnières, et cela avec grand plaisir !
A Olivia, qui a aussi beaucoup mangé de pâtes au Pesto avec moi à l'époque… ! C'est toujours un plaisir de te retrouver et d'entendre ton rire si communicatif, tu es restée la même : bienveillante et accueillante. Du coup, si ça ne vous embête pas avec **Olivier** d'emmener Maël se promener au cimetière animalier, ça me sortirait une belle épine du pied… !
Aux tahitiens Juliette, Paul-Mickey, Edouard et Caro, vous m'avez quand même bien cassé les pieds en Polynésie, mais il faut toujours un quota de potes Cotorep…Paul-Mickey je crois que tu es mon extrême ! Sur un mal entendu je peux quand même avouer que je suis très heureuse de vous avoir tous rencontrés, je garde des souvenirs merveilleux de tous ces moments paradisiaques passés avec vous. Il y'aura peut-être moins de fleurs de Tiaré à l'avenir, mais je sais que nous avons encore beaucoup de rires et de parties de Time's up (ou perrudo ?) à partager ensemble ! Je vous kiff les Pei !

Table des matières

Liste des Figures 9
Liste des tableaux 9
Liste des abréviations 10
I- Introduction 12
II- Contexte 13
1. Comportements santé chez les Médecins 13
1.1. Hygiène de vie, prévention et dépistage chez les médecins 13
1.2. Le recours à l'autoprescription chez les médecins généralistes 14
2. Souffrance des professionnels de sante 14
2.1. Une prise de conscience débutant dans les années 2000 14
2.2. Enquêtes STETHOS internationale sur le vulnérabilité des professionnels de santé (10) (13) 15
2.3. La santé des médecins : un enjeu majeur de santé publique, du diagnostic aux propositions. Rapport de la CNOM 2018 (5) 16
III- Materiel et methode 17
1. Description de l'étude 17
1.1 Type d'étude 17
1.2 Elaboration des questionnaires 17
1.3 Recueil de données 18
1.4 Analyse statistique 18
IV- Résultats 19
1. Caractéristiques socio-démographiques de la population 19
1.1 Age et sexe de la population 19
1.2 Lieux d'installation 19
1.3 Mode d'exercice 19
1.4 Temps de travail 20
2. Comportements de santé et consommation de soins 20
2.1 Déclaration de médecin traitant 20
2.1.1 Résultats dans l'échantillon 20
2.1.2 Déclaration de médecin traitant et sexe 21
2.1.3 Déclaration de médecin traitant et maladie chronique 21
2.1.4 Déclaration de médecin traitant et mode d'exercice 21
2.2 Consultation d'un confrère médecin généraliste 22
2.2.1 Consultation d'un médecin généraliste en 2017 22
2.2.2 Consultation d'un médecin généraliste et sexe 22
2.2.3 Consultation médecin généraliste et pathologie chronique 22

2.2.4 Consultation médecin généraliste et déclaration de médecin traitant 22
2.2.5 Consultation médecin généraliste et mode d'exercice 22
2.3 Consultation d'un médecin spécialiste en 2017 23
2.3.1 Consultation d'un médecin spécialiste 23
2.3.2 Consultation d'un médecin spécialiste et sexe 23
2.3.3 Consultation d'un médecin spécialiste et maladie chronique 23
2.4 Recours aux arrêts de travail 24
2.4.1 Déclaration d'arrêts de travail en 2017 24
2.4.2 Arrêts de travail et mode d'exercice 24
2.5 Obstacles à l'arrêt de travail 24
2.6 Obstacles à la consultation d'un confrère 25
2.6.1 Obstacle à la consultation d'un confrère 25
2.6.2 Obstacle à la consultation d'un confrère et sexe 25
2.6.3 Difficultés des thèmes abordés 26
3. Etat de santé des médecins 27
3.1 Auto-évaluation de l'état de santé générale 27
3.1.1 Auto-évaluation de l'état de santé général et temps de travail 28
3.1.2 Auto-évaluation de l'état de santé psychique et temps de travail 28
3.1.3 Auto-évaluation de l'état de santé générale et mode d'exercice 28
3.1.4 Auto-évaluation de l'état de santé psychique et mode d'exercice 29
4. Epuisement professionnel et détresse psychologique 29
4.1 Avis d'opinion : l'épuisement professionnel et les médecins 29
4.2 Difficultés psychologiques 30
4.2.1 Difficultés psychologiques et temps de travail 31
4.2.2 Difficultés psychologiques et mode d'exercice 31
4.2.3 Difficultés psychologiques et mode d'installation 31
4.2.4 Difficultés psychologiques et sexe 31
4.3 Comportement face à une situation de détresse psychologique 32
4.3.1 Difficultés psychologiques et consultation d'un soignant 32
4.3.2 Consultations pour difficultés psychologiques selon le sexe 32
4.3.3 Consultations pour difficultés psychologiques selon le temps de travail 32
4.4 Prescription de médicaments psychotropes 33
4.4.1 Prescription de médicaments psychotropes et sexe 33
4.4.2 Auteurs des prescriptions 33
4.5 Conduites addictives 34
5. Solutions pour un meilleur accès aux soins 35
5.1 Recours à un « soignant de soignant » 35

5.2 Quelles solutions pour améliorer la santé des médecins ? ... 35
5.3 Connaissance de l'association MOTS ... 36
5.4 Connaissance du numéro national d'aide aux médecins ... 36
V- Discussion ... 37
1. Forces et limites de l'étude ... 37
1.1 Forces ... 37
1.2 Limites ... 37
2. Comparaison de nos principaux résultats avec le rapport CNOM 2018 (5) ... 39
3. Discussion de nos résultats avec la litterature ... 41
3.1 Déclaration de médecin traitant : une tendance à l'auto-désignation ... 41
3.2 Consultation d'un confrère : le médecin spécialiste en premier recours ... 41
3.3 Le manque de temps : seul frein à l'accès aux soins ? ... 42
3.4 L'arrêt de travail : un renoncement fréquent de la part des médecins ... 43
3.5 Perception des médecins sur leur santé : impact du surmenage professionnel ... 43
3.6 Le recours aux médicaments psychotropes : près d'un médecin sur trois est consommateur ... 46
3.7 Comportements à risques : les médecins sont aussi concernés ... 46
3.8 Des médecins en demande de soins ... 47
4. Evolution et perspectives ... 48
4.1 Sur le territoire national ... 48
4.2 En Gironde ... 49
4.2.1 L'association MOTS ... 49
4.2.2 La Clinique Béthanie ... 50
VI- Conclusion ... 51
References bibliographiques ... 52
Annexe 1 : Questionnaire ... 55
Annexe 2 : lettre d'accompagnement ... 61
Annexe 3 : commentaires libres des participants ... 62
Le serment médical ... 68
Abstract ... 69
Résumé ... 70

Liste des Figures

Figure 1: Flow-chart des médecins inclus dans l'étude
Figure 2:Lieux d'installation des médecins répondants
Figure 3: Mode d'exercice des médecins répondants
Figure 4:Evaluation du temps de travail hebdomadaire des médecins répondants
Figure 5:« Avez-vous un médecin traitant ? »
Figure 6: « Avez-vous un médecin traitant ? » selon le mode d'exercice
Figure 7: « Combien de fois avez-vous consulté un médecin généraliste sur l'année écoulée ? »
Figure 8: « Combien de fois avez-vous consulté un confrère médecin spécialiste sur l'année écoulée (hors psychiatre) ? »
Figure 9: « Avez-vous bénéficié d'un arrêt de travail pour maladie sur l'année 2017 ? »
Figure 10: « Si vous avez évité de prendre un arrêt de travail alors que votre état de santé le justifiait, pour quelles raisons ? »
Figure 11: « Avez-vous déjà renoncé à consulter un confrère pour l'une ou plusieurs des raisons suivantes ? »
Figure 12: « Seriez-vous gêné d'aborder les sujets suivants au cours de la consultation ? »
Figure 13: "Comment estimez-vous votre état de santé général ?"
Figure 14: "Comment estimez-vous votre état psychologique?"
Figure 15: "Considérez-vous que le surmenage professionnel, le burn-out ou les difficultés psychologiques constituent un réel problème de santé publique touchant particulièrement la profession médicale ? ».
Figure 16: "Vous-même avez-vous présenté des signes de difficultés psychologiques sur l'année écoulée?"
Figure 17: « Sur l'année écoulée, avez-vous ressenti le besoin d'être aidé pour faire face à un épisode de difficultés psychologiques ? »
Figure 18: "Avez-vous bénéficié d'une prescription pour l'une de ces catégories médicamenteuses au cours de l'année écoulée?"
Figure 19: "Si vous avez bénéficié d'une prescription de psychotropes, quel en était l'auteur ? "
Figure 20: "Consulteriez-vous plus facilement si vous pouviez avoir recours à un médecin spécifiquement formé aux soins des autres médecins (un soignant de soignant)?"
Figure 21: "« Pensez-vous que les solutions évoquées ci-dessous pourraient contribuer à l'amélioration de votre état de santé ? »
Figure 22: "Connaissez-vous l'association d'aide aux médecins MOTS (Médecins Organisation Travail Santé) active dans le sud ouest?"
Figure 23: "Connaissez-vous la ligne téléphonique nationale d'accueil et d'écoute 24h/24h mise en place par la CNOM et les associations d'aide aux médecins?"

Liste des tableaux

Tableau 1: "Comment estimez-vous votre état de santé général ?" selon le temps de travail
Tableau 2: « Comment estimez-vous votre état psychologique ?" et temps de travail
Tableau 3: "Comment estimez-vous votre état de santé général ?" selon le mode d'exercice
Tableau 4: "Comment estimez-vous votre état psychologique?" selon le mode d'exercice
Tableau 5: "Consommez-vous les substances suivantes ? Quelles sont celles concernées ?"
Tableau 6: Comparaison de nos principaux résultats avec l'étude CNOM 2018

Liste des abréviations

AAPMS : Association d'aide professionnelle aux médecins et aux soignants

ARENE : Association Régionale d'Entraide du Nord-Est

ARS : Agence régionale de santé

ASRA : Aide pour les Soignants en Rhône Alpes

ASSPC : Association pour la Santé des Soignants du Poitou Charente

AUDIT : Alcohol use disorders test

CARMF : Caisse autonome de retraite des médecins de France

CDOM : Conseil départemental de l'ordre des médecins

CFAR : Collège français des anesthésistes réanimateurs

CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

CNG : Centre national de gestion

CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins

CNP : Commission nationale permanente

DIU : Diplôme inter-universitaire

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

ERMB : Entraide Régionale des Médecins de Bretagne

HSM : Handicap santé volet ménages

INRS : Institut national de recherche et de sécurité

INSEE : Institut national statistiques études économiques

IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

IST : Infections sexuellement transmissibles

ISPED : Institut de santé publique d'épidémiologie et de développement

MG : Médecin généraliste

MOTS : Médecin organisation travail santé

MT : Médecin traitant

OCDE : Organisation de coopération et de développement économique

PASS : Programme d'aide et solidarité aux soignants

PDS : Professionnels de santé

SPS : Soins aux professionnels de santé

SRCV : Statistiques sur les ressources et conditions de vie

USPS : Unité de soins aux professionnels de santé

I- INTRODUCTION

Depuis plus d'une quinzaine d'années, plusieurs travaux se sont intéressés à la santé des médecins. Si l'on y retrouve des chiffres comparables à la population générale en termes de prévention et de dépistage, il n'en ressort pas moins que le médecin est souvent seul face à sa pathologie. En effet, la plupart s'autodéclarent médecins traitants, tandis qu'ils consultent difficilement un confrère. Si ces constatations se vérifient d'une étude à l'autre, l'intérêt suscité par la santé des médecins en France est un phénomène prenant récemment de plus en plus d'ampleur. Cette prise de conscience sur la nécessité de réfléchir à une amélioration de leur prise en charge, résulte en effet d'un long cheminement.

En 2000, dans le rapport « L'aptitude à l'exercice médical et la santé du médecin » (1), la Commission Nationale Permanente (CNP) insistait sur : « l'intérêt d'un suivi médical du médecin en exercice, pour sa propre sécurité comme pour la sécurité des patients dont il a la charge », il était également évoqué que « le médecin malade puisse être pris en charge comme tous les patients, en particulier avec confidentialité totale ». Ce rapport évoquait même l'idée d'une structure régionale qui pourrait veiller à la santé du médecin et faciliter son exercice professionnel en cas de difficultés, et protéger matériellement sa famille. En 2004, dans son rapport « L'entraide ordinale » (2), cette même CNP proposait : un meilleur dépistage et une meilleure écoute des médecins, tandis que la nécessité d'un suivi médical et une meilleure prévention de l'automédication étaient mis en avant. L'accès aux soins pour les médecins généralistes devraient être similaires à celui des patients non médecins en insistant sur la très grande confidentialité du suivi. Dans son rapport de 2008 intitulé « Le médecin malade » (3), le Conseil National de l'Ordre des Médecins dressait un constat inquiétant sur la santé des médecins ; il relevait, pêle-mêle : les dangers de l'automédication et les problèmes de survie financière du cabinet directement liés à la maladie du médecin. Il consacrait deux chapitres entiers à la santé mentale des médecins, au syndrome d'épuisement professionnel (ou « Burn Out »), aux pratiques addictives, et enfin aux pathologies psychiatriques invalidantes.

En 2016, à l'initiative du CNOM, une enquête transversale et pluridisciplinaire a été réalisée auprès des étudiants et jeunes médecins afin d'évaluer leur état de santé (4). Parmi les 7858 répondants, presqu'un sur deux déclarait être en mauvaise ou moyenne santé, n'avait pas de médecin traitant, tandis que 14% de l'effectif avait présenté des idées suicidaires. Cette première enquête inédite en France était source d'inspiration pour notre travail et nous a amené à la question de recherche suivante :

Quelles sont les spécificités des comportements personnels de santé et d'accès aux soins des médecins généralistes en Gironde ?

A travers une étude transversale menée par auto-questionnaires, nous avons voulu préciser dans la population des médecins généralistes de Gironde, les conditions d'accès aux soins mais également la perception de leur état de santé et leur ressenti pour une meilleure prise en charge.

Dans une première partie, nous présenterons un état des lieux sur le sujet à la lumière de la littérature. Nous décrirons ensuite la méthodologie de notre étude et présenterons les résultats obtenus. Enfin, nous analyserons ces résultats en les confrontant aux données de la littérature, notamment en la comparant à la grande enquête nationale du CNOM sur la santé des médecins (5), publiée en avril 2018, quelques jours avant la diffusion de notre questionnaire.

II- CONTEXTE

1. COMPORTEMENTS DE SANTE CHEZ LES MEDECINS

La santé des médecins généralistes a été étudiée à différentes reprises de manière quantitative, aussi bien dans des thèses de médecine générale que dans des études de plus grande envergure.

1.1. Hygiène de vie, prévention et dépistage chez les médecins

Plusieurs études se sont intéressées aux comportements de santé des médecins, et retrouvent des attitudes globalement satisfaisantes en termes de prévention et dépistage personnel.

Concernant les vaccinations obligatoires, des études régionales retrouvaient entre 89% et 92,8% de médecins généralistes couverts, tandis que pour l'hépatite B entre 84% et 86% d'entre eux étaient vaccinés. Leur attitude quant à la vaccination contre la grippe restait à améliorer puisque seuls 63% à 67% s'étaient vaccinés l'hiver précédant l'enquête. (6) (7) (8).

Sur le plan des dépistages du VIH et autres IST en revanche, il y a peu de données sur les médecins. Selon les études, seuls 69% à 73% des médecins avaient déjà réalisé des sérologies pour eux même.(8) (7)

Plusieurs travaux concernaient également les conduites addictives chez les médecins**,** et plus particulièrement : tabac, cannabis et alcool (8) (9) (10). On retrouvait ainsi un **taux de fumeurs variant entre 18% et 28,8%** avec une proportion significativement plus élevée dans la population masculine que féminine. Dans un échantillon de 2057 médecins généralistes répartis sur le territoire national, **30,3 % déclaraient boire régulièrement de l'alcool**, tandis que plus d'un médecin sur deux avait une consommation occasionnelle (51,1 %) et moins d'un répondant sur cinq n'avait pas consommé d'alcool au cours de la semaine précédant l'enquête (18,6 %). Dans les différentes études, on constate que les médecins n'étaient pas épargnés quant à une consommation d'alcool à risque de dépendance puisque 6% à 7,5% d'entre eux selon les échantillons, étaient touchés par cette réalité.

Quant à la surcharge pondérale (11) (9), elle apparaitrait moins fréquente chez les médecins qu'en population générale. Les résultats retrouvaient près d'un médecin sur trois en surcharge pondérale, dont 2,8% à 7 % obèses, avec des hommes deux fois plus touchés que les femmes.

Concernant **le dépistage organisé du cancer colo-rectal l'attitude des médecins était meilleure que celle de la population générale**, toutefois elle pouvait largement être améliorée (6) (8). En 2010 (9), seuls 36 % des hommes et 34 % des femmes âgés de 50 ans ou plus avaient réalisé un test Hémocult II.

Concernant les cancers gynécologiques, dans les différentes études déjà citées précédemment (6) (7) (8) (9) , le frottis cervico-vaginal de dépistage du cancer du col de l'utérus, était réalisé chez 78% à 80% des femmes médecins interrogées, dans les trois ans précédant l'enquête. Concernant celui du cancer du sein, ces mêmes études retrouvaient entre 77% et 83% des femmes médecins de plus de 50 ans qui avaient réalisé une mammographie dans les deux ans qui précèdent l'enquête. Ce dernier **pourcentage ne différait pas de celui mesuré pour les femmes cadres ou exerçant une profession intellectuelle supérieure**.

1.2. Le recours à l'autoprescription chez les médecins généralistes

Comme évoqué précédemment, nombreux sont les médecins à s'auto-déclarer « médecin-traitant », il en découle donc logiquement qu'ils sont également auto-prescripteurs. Pourtant peu de données permettent d'évaluer cette réalité.

Dans l'étude de L. Gillard réalisée en Ile-de-France (7), **57% des médecins de son échantillon s'auto-prescrivaient des examens complémentaires**, 17% déclaraient se les prescrire conjointement avec un spécialiste, 16% se faisait prescrire ces examens par un spécialiste et 5% par un généraliste.

Concernant les prescriptions médicamenteuses il existe plus de données.

Dans l'étude de C. Merieux (12), sur l'autoprescription médicamenteuse chez les médecins généralistes libéraux de Rhône-Alpes, dans son échantillon de 529 individus, **l'autoprescription (initiation et/ou renouvellement) d'un traitement régulier concernait 41% de la population**, soit 88,9% de ceux prenant un traitement régulier. Parmi ceux prenant un traitement régulier, l'auto-initiation concernait 62% des médecins et l'auto-renouvellement 67% d'entre eux.

2. SOUFFRANCE DES PROFESSIONNELS DE SANTE

2.1. Une prise de conscience débutant dans les années 2000

Si en 2003, le baromètre de la santé (8) s'intéressait de manière assez inédite à la santé des médecins (et pharmaciens) en France, l'étude se limitait essentiellement aux comportements de prévention et de dépistage comme nous avons pu le voir précédemment.

En 2010, l'étude « Santé physique et psychique des médecins » publiée par la DREES (9) renouvelait les données concernant 1900 médecins généralistes libéraux de la région dite « panel » (Basse-Normandie, Bretagne, Bourgogne, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Pays de la Loire), sur ces mêmes thématiques. Toutefois, une attention particulière était portée sur les comportements à risques et les addictions. **Pour la première fois, dans une étude de cette envergure, l'on s'intéresse à la perception des médecins sur leur propre santé,** notamment en y intégrant la dimension psychique.

Ainsi, selon leurs résultats, 79 % des médecins interrogés se déclaraient en bonne ou très bonne santé, 17 % jugeaient leur état de santé assez bon et moins de 4 % plutôt mauvais. Toutefois, comparés aux données de l'enquête HSM de 2008, la proportion de médecins généralistes qui déclaraient un bon ou très bon état de santé étaient nettement inférieure à celle des cadres et professions intellectuelles supérieures, quelle que soit la classe d'âges et pour les deux sexes.

Lorsqu'ils étaient interrogés sur les 3 symptômes les plus fréquemment ressentis sur l'année écoulée, étaient cités par ordre de fréquence : la fatigue, le stress puis les troubles du sommeil. Quels que soient le sexe et l'âge, la proportion de médecins se déclarant régulièrement fatigués était presque deux fois plus élevée que celle des cadres et professions intellectuelles supérieures.

Des projets de suicides avaient été élaborés pour 2% des répondants, allant jusqu'à 4% dans la région de Basse-Normandie. La zone géographique d'installation (urbain, semi-rural, rural) et l'âge n'étaient pas associés à l'existence d'idées et de projets de suicide, en revanche, le mode d'exercice semblait l'être : les médecins généralistes qui exerçaient seuls étaient plus nombreux que les autres à avoir eu des projets de suicide.

Il semble donc que malgré des attitudes de santé globalement bonnes en termes de prévention et de dépistage, comparativement à la population générale, les médecins se considèrent moins bien soignés et affichent des signes de souffrance psychologique et d'épuisement professionnels que les études suivantes tentent d'explorer.

2.2. Enquêtes STETHOS internationale sur le vulnérabilité des professionnels de santé (10) (13)

En Novembre 2015 l'organisme STETHO international a été mandaté par l'association Soins aux Professionnels de Santé (SPS), groupe d'experts dédié à la défense de la santé des soignants, pour conduire une étude visant à évaluer la souffrance psychologique des professionnels de santé, et en particulier les addictions à l'alcool, aux anxiolytiques et psychotropes.

Les résultats de cette 1ère étude ont été présentés lors du "1er Colloque National sur les Vulnérabilités des Professionnels de Santé (PDS)" en Décembre 2015.

L'enquête a été menée par auto-questionnaire en Novembre 2015, 1905 PDS répartis sur le territoire national ont répondu à l'enquête. Dans le profil des répondants, on retrouvait 1383 médecins, soit 73% de la population étudiée. Les autres catégories étaient constituées par les sage femmes (13%), pharmaciens (6%), infirmières (3%), vétérinaires (2%), biologistes (1%), chirurgiens, dentistes (0,7%), autres (2%).

Les résultats rapportaient que près de **50% des PDS estimaient être, ou avoir été, en situation de Burn Out ou de fort risque de Burn Out** au moment du questionnaire. Chez les médecins : 22% étaient en burn out au moment du questionnaire, et 45% l'avaient déjà été par le passé.

Les chiffres retrouvés concernant les addictions et la consommation de médicaments psychotropes, confortaient un état de mal être latent chez les médecins, tandis qu'ils étaient 80% à être réceptifs à la création de structures de soins leur étant spécifiquement destinées.

C'est dans ce contexte qu'un 2ème colloque national le 29 Novembre 2016 a été organisé, et l'association SPS a de nouveau mandaté STETHOS pour conduire une 2ème étude sur les vulnérabilités des professionnels de santé.

Les objectifs principaux de cette nouvelle étude étaient d'évaluer la connaissance qu'avaient les professionnels de santé des structures ou associations susceptibles de les aider en cas de souffrance psychologique, mais aussi d'identifier ce qu'ils attendaient d'une telle structure en termes d'aides, de services proposés, d'interlocuteurs.

L'enquête a été menée par internet du 19 Septembre au 10 Octobre 2016. 4019 PDS y ont répondu dont 842 médecins, dans une population composée également de kinésithérapeutes, orthophonistes, infirmiers, podologues, pharmaciens, dentistes, orthophonistes, orthoptistes.

Concernant les réponses des médecins, **en cas de situation de souffrance psychologique** (burn out, addictions...) 70% des interrogés chercheraient de l'aide. Parmi ceux-là, dans une telle

situation, **seuls 46% d'entre eux sauraient « à qui s'adresser ».** Les médecins interrogés avaient pour une grande majorité, une véritable méconnaissance des associations et structures déjà en place pouvant leur venir en aide. Ils ont alors pu s'exprimer quant aux services auxquels ils aimeraient pouvoir accéder pour améliorer leur prise en charge, et les soins du domaine du psychologique étaient au-devant des requêtes exprimées.

2.3. La santé des médecins : un enjeu majeur de santé publique, du diagnostic aux propositions. Rapport de la CNOM 2018 (5)

L'objectif de cette enquête menée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) était de dresser un premier bilan de l'état de santé des médecins afin d'émettre des propositions face à un mal être général régulièrement rapporté dans la profession.

Cette enquête a été diffusée selon la méthodologie de l'emailing. La population étudiée était les praticiens inscrits à l'ordre des médecins et en activité dans les spécialités suivantes : médecine générale, anesthésie-réanimation, psychiatrie, gynécologie-obstétrique, médecine du travail. Parmi les 62 900 mails envoyés, 25 646 ont été ouverts. Le taux de réponse était de 42,6%, soit 10 822 participants. 62% des individus de l'échantillon étaient qualifiés en médecine générale.

Les résultats de l'étude rapportaient une perception globalement favorable des médecins sur leur état de santé. Toutefois **près d'un quart de la population évaluait sa santé comme étant moyenne voire même mauvaise**. L'étude mettait en évidence de fortes corrélations entre une santé moyenne/mauvaise avec une faible densité médicale dans le territoire d'exercice. De même, il existait une corrélation entre l'auto évaluation d'une santé moyenne/mauvaise et le nombre d'heures de travail : ceux qui s'estimaient être en mauvaise ou moyenne santé travaillaient plus de 48 heures par semaine.

Concernant l'évaluation de leur état émotionnel, **90% des participants** à l'enquête avaient déclaré, au cours des trois derniers mois, dans le cadre de leur activité professionnelle, **avoir été contraints à des situations stressantes**. À la question « avez-vous été touché par un des trois symptômes du burn-out, 54% ont répondu « oui » à l'épuisement émotionnel, 43% à la perte d'accomplissement personnel, 19% affirmaient avoir eu une dépersonnalisation des relations avec les patients.

C'est à partir de ces constatations que nous avons formulé la question de recherche suivante :

Quelles sont les spécificités des comportements personnels de santé et d'accès aux soins des médecins généralistes en Gironde ?

L'objectif principal de notre étude, était de décrire quelles étaient les spécificités des comportements personnels de santé des médecins généralistes en Gironde. L'objectif secondaire était de déterminer les freins du recours aux soins chez les médecins généralistes du département. Le critère de jugement principal était le renoncement aux soins.

III- MATERIEL ET METHODE

1. DESCRIPTION DE L'ETUDE

1.1 Type d'étude

Le travail réalisé était une étude transversale observationnelle puis analytique, menée par auto-questionnaires anonymes au format google-form envoyés selon la méthode de l'e-mailing. La population étudiée concernait les médecins généralistes thésés exerçant en Gironde dans le secteur libéral ou public, et excluant les médecins remplaçants. Ils devaient être inscrits au conseil de l'ordre des médecins du département.

1.2 Elaboration des questionnaires

Concernant la bibliographie, les sites de recherche utilisés ont été Pubmed, EM Premium, Cismef, Sudoc pour les thèses. Les mots clés pour ce travail comportaient « santé des médecins » ; « médecin malade » ; « souffrance des médecins » ; « soigner un confrère » ; « hygiène de vie des médecins » ; « burn-out des médecins » ; « doctors' health » ; « illness experiences ».

Le questionnaire a été élaboré à partir de la littérature. Le format des questions sur le support google-form a été réalisé avec l'aide du service d'aide à la thèse de l'ISPED du professeur Salamon afin de s'assurer de l'exploitabilité des données recueillies.

La version initiale s'intéressait essentiellement au suivi médical des médecins et comprenait 37 questions qui visaient à étudier : les comportements personnels de santé en termes de prévention et de dépistage selon les recommandations de la HAS, le recours à l'auto-prescription et à l'automédication, les comportements en cas de problème de santé ainsi que leurs relations aux autres soignants en tant que patient. Le projet initial devait concerner l'ensemble des médecins généralistes libéraux thésés exerçant dans la région Nouvelle Aquitaine et la voie de diffusion se faire par e-mailing par le biais de l'URPS.

Cependant, un thésard Limousin ayant remis à l'URPS un projet de thèse très semblable au mien, il nous a alors été proposé de nous diviser la région en deux, m'attribuant alors l'ancienne région « Aquitaine ». Cette solution avait toutefois le désavantage de réduire nettement la possibilité de recrutement puisque nous disposions alors de moins de 1500 adresses e-mails pour 5 départements, et que nous ne pouvions toucher les médecins salariés. Nous avons donc fait le choix de limiter notre étude au seul département de la Gironde et de bénéficier du soutien du Conseil départemental de l'Ordre des médecins. Cela nous permettait de disposer d'une mailing liste plus importante, mais également d'atteindre les médecins salariés, afin d'obtenir un échantillon plus représentatif du territoire. Le questionnaire a donc été retravaillé avec mes directeurs de thèse, pour s'orienter davantage vers l'accès aux soins des médecins généralistes et ainsi le raccourcir.

La version finale du questionnaire comprenait 26 questions réparties en quatre parties : caractéristiques socio-démographique, comportement de santé et consommation de soins, auto-évaluation de l'état de santé, solutions pour un meilleurs accès aux soins. Avant sa diffusion il

a été testé et minuté par 5 médecins généralistes extérieurs au projet, et le temps de réponse variait entre 3 et 4 minutes. (ANNEXE 1). Quelques jours avant la date prévue pour envoyer notre enquête, les résultats de l'étude CNOM 2017 ont été publiés, différant alors son envoi, afin de pouvoir prendre en compte cette étude dans notre travail. Nous avons finalement reformulé les possibilités de réponses de certains items afin de pouvoir comparer nos résultats à ceux de cette étude, et avons gardé l'intégralité de nos questions. Les médecins généralistes girondins ont alors reçu par le biais de CDOM un mail de présentation de notre étude (ANNEXE 2) et le questionnaire en format Google Form.

1.3 Recueil de données

La diffusion des questionnaires a été réalisé le 18 avril 2018 par e-mailing via le CDOM de la Gironde. 2237 mails ont été envoyés, 1834 ont été ouverts. Il n'y a pas eu de possibilité de relance, et la dernière réponse a été reçue le 19 juin 2018, pour un total de répondants s'élevant à 240 individus soit un taux de participation de 13%. 4 questionnaires n'ont pas été pris en compte car ils étaient inexploitables. Sur les 236 questionnaires analysés, les médecins avaient répondu à au moins 75% des questions.

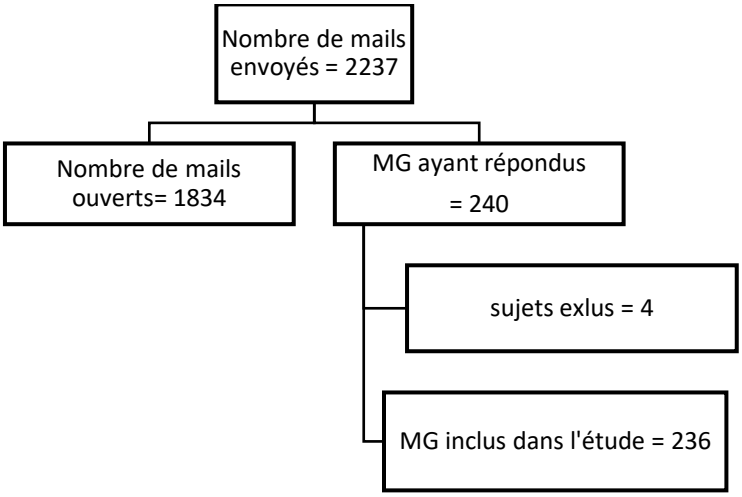


Figure 1: Flow-chart des médecins inclus dans l'étude

1.4 Analyse statistique

Nous avons mené des analyses descriptives. Les variables quantitatives ont été décrites par leurs moyennes, leurs médianes et étendues interquartiles. Les variables qualitatives ont été exprimées en pourcentage des effectifs totaux. La comparaison entre les différents groupes a été réalisée avec des tests du Khi-2 pour les variables qualitatives. Lorsque les conditions de ce test n'étaient pas remplies, notamment en termes d'effectifs, nous avons utilisé le test de Fisher. Le test de Student non appareillé (t test de Welch) a été utilisé pour la comparaison des variables quantitatives qui ne suivaient pas une loi normale. L'analyse statistique a été réalisée avec l'aide du service à la thèse de l'ISPED.

IV- RESULTATS

1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION

1.1 Age et sexe de la population

Au moment du questionnaire, sur les 236 médecins ayant participé à notre étude, la moyenne d'âge était de 47,8 ans [27-70]. L'échantillon était constitué de 51,1% de femmes avec une âge moyen de 44,3 ans, contre 48,9% d'hommes âgés en moyenne de 51,1 ans.

1.2 Lieux d'installation

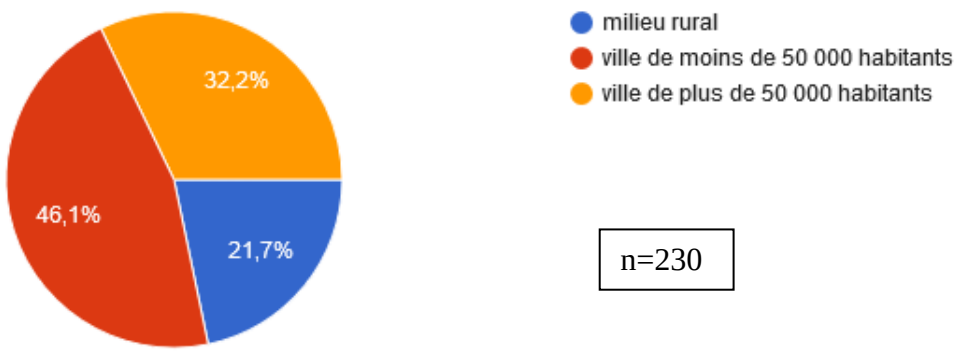


Figure 2:Lieux d'installation des médecins répondants

1.3 Mode d'exercice

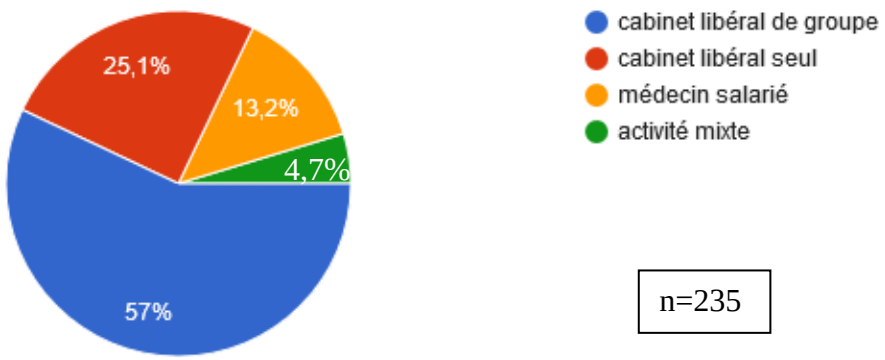


Figure 3: Mode d'exercice des médecins répondants

Plus de 82% des médecins de notre population exerçaient en libéral, cela représentait 90% des hommes contre 75% des femmes. Le salariat concernait une majorité de femmes puisque c'était 22% d'entre contre 7% de la population masculine. Les médecins exerçant seuls représentaient un quart de la population.

1.4 Temps de travail

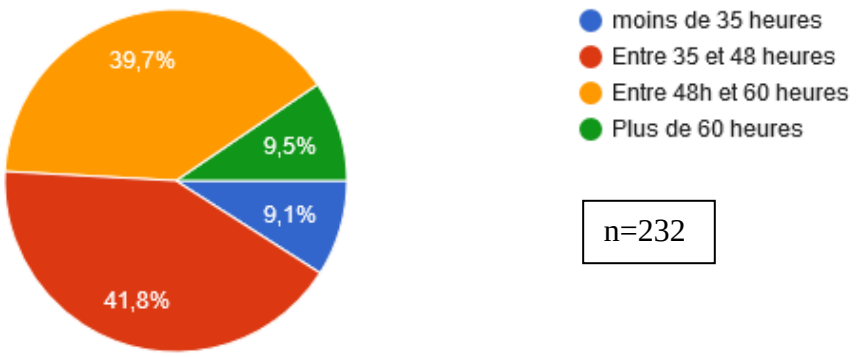


Figure 4:Evaluation du temps de travail hebdomadaire des médecins répondants

Près de 50% des médecins répondants travaillaient plus de 48h par semaine. Ils étaient moins de 10% à travailler moins de 35h. Ceux travaillant moins de 48h étaient en majorité des femmes pour 63% d'entre elles, et des salariés pour 77% de leur effectif.

Les médecins de l'échantillon avaient en moyenne 47,8 ans au moment du questionnaire, les femmes étaient plus jeunes et plus nombreuses que les hommes. Plus de 80% des répondants exerçaient en libéral, parmi les 13% de médecins salariés 87% étaient des femmes. Près de 50% des médecins travaillaient plus de 48h.

2. COMPORTEMENTS DE SANTE ET CONSOMMATION DE SOINS

2.1 Déclaration de médecin traitant

2.1.1 Résultats dans l'échantillon

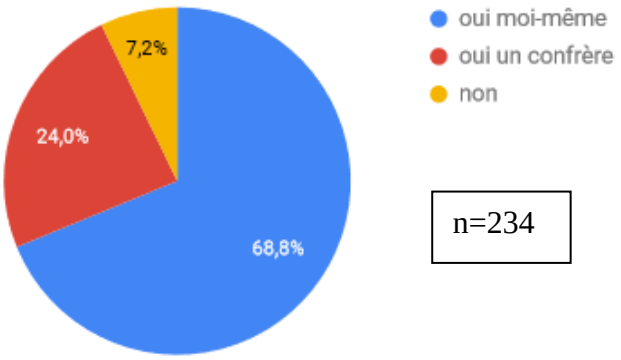


Figure 5:« Avez-vous un médecin traitant ? »

Environ 69% des répondants se sont auto-déclarés comme médecin traitant, tandis que 24% de la population avait désigné un confrère : 18,8% d'entre eux ont choisi un médecin généraliste, 4,7% ont désigné un membre de leur famille tandis qu'un seul praticien avait désigné un spécialiste comme référent. Parmi les 7% n'ayant pas fait de déclaration, moins de 2% estimaient qu'ils auraient besoin d'un médecin traitant.

2.1.2 Déclaration de médecin traitant et sexe

62,5% des femmes (n=119) s'étaient auto-déclarées comme médecin traitant contre 75,9% des hommes (n=112). Il y avait respectivement 26,7% et 20,5% d'entre eux qui avaient désigné un confrère. Toutefois, il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes selon le test exact de Fisher (p=0,07).

2.1.3 Déclaration de médecin traitant et maladie chronique

L'attitude des médecins déclarant être atteints d'une pathologie chronique, ne différait guère de celle des médecins n'ayant pas déclaré de maladie : dans le premier groupe (n=58) ils étaient 29% à avoir déclaré un médecin traitant autre qu'eux même contre 22% dans le second (n=175). Cette différence n'était pas statistiquement significative selon le test du Khi-2 (p=0,27).

2.1.4 Déclaration de médecin traitant et mode d'exercice

Les médecins salariés étaient proportionnellement deux fois plus nombreux que les médecins libéraux à avoir déclaré un confrère comme médecin traitant, soit 42% versus 21%. Toutefois 26% des médecins salariés n'avaient déclaré aucun médecin traitant contre 6% des libéraux. Ces différences étaient statistiquement significatives selon le test exact de Fisher (p<0,001).

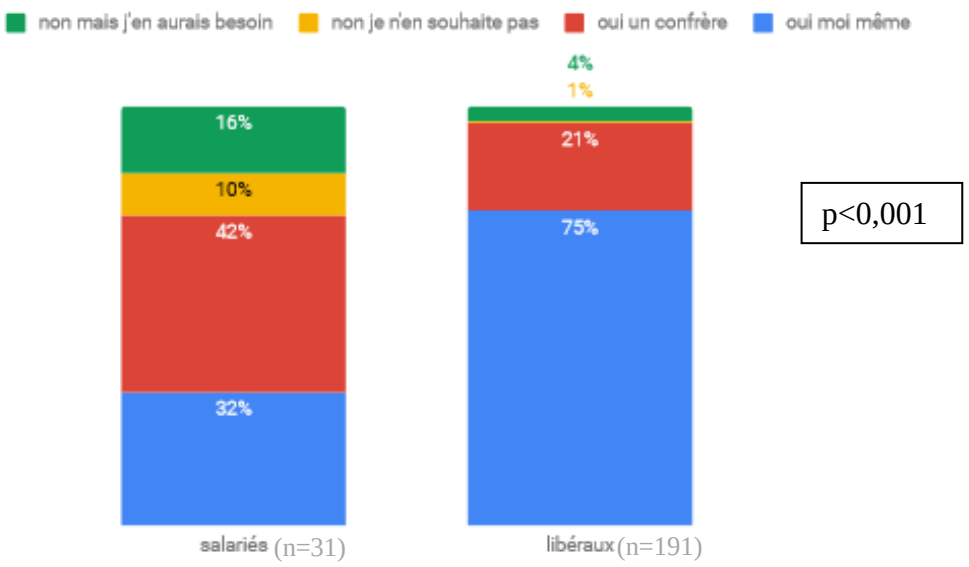


Figure 6: « Avez-vous un médecin traitant ? » selon le mode d'exercice

69% des MG de l'échantillon se sont auto-déclarés médecin traitant. Le fait d'être atteint d'une pathologie chronique n'avait pas d'influence sur leur attitude, de même il n'y avait pas de différence significative entre les hommes et les femmes. Le mode d'exercice en revanche constituait un facteur déterminant : 42% des salariés contre 21% des libéraux avaient désignés un confrère comme médecin traitant (p<0,001).

2.2 Consultation d'un confrère médecin généraliste

2.2.1 Consultation d'un médecin généraliste en 2017

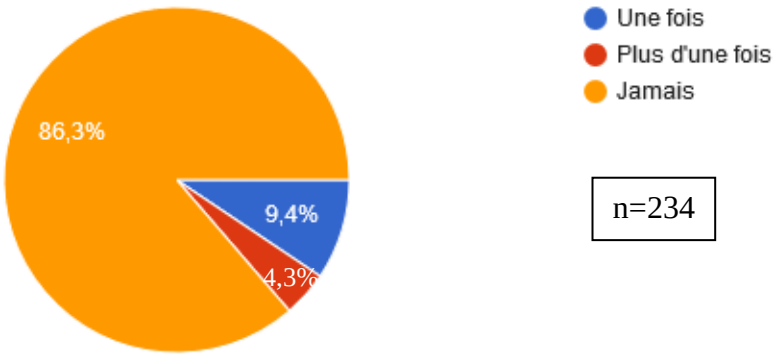


Figure 7: « Combien de fois avez-vous consulté un médecin généraliste sur l'année écoulée ? »

2.2.2 Consultation d'un médecin généraliste et sexe

14,2% des femmes avaient consulté un MG sur l'année écoulée versus 12,3% des hommes. Il n'existait pas de différence d'attitude entre les deux groupes selon le test du Khi-2 (p=0,91).

2.2.3 Consultation médecin généraliste et pathologie chronique

Parmi les médecins ayant déclaré une pathologie chronique (n=57), seuls 21% avaient consulté un généraliste sur l'année écoulée, contre 11% chez les médecins non malades (n=176). Cette différence n'était pas statistiquement significative selon le test exact de Fischer (p=0,21).

2.2.4 Consultation médecin généraliste et déclaration de médecin traitant

Parmi les 56 médecins ayant déclaré un médecin traitant autre qu'eux même, 31% avaient consulté un confère généraliste sur l'année écoulée, versus 7% parmi les 178 praticiens n'ayant pas de médecin traitant ou s'étant auto-déclarés. Cette différence était statistiquement significative selon le test exact de Fisher (p<0,001).

2.2.5 Consultation médecin généraliste et mode d'exercice

Les médecins salariés (n=31) étaient proportionnellement plus nombreux que les médecins libéraux (n=191) à avoir consulté un médecin généraliste sur l'année écoulée : ils étaient respectivement 32,3% contre 11,6% à avoir consulté au moins une fois. Seuls 3,16% des libéraux avaient consulté plus d'une fois versus 12,9% des salariés. Ces différences étaient statistiquement significatives selon le test exact de Fisher (p=0,01). Cette dernière constatation confirme la précédente, puisque les médecins salariés avaient significativement plus déclaré de médecin traitant autre qu'eux-mêmes que les libéraux.

86% de l'échantillon n'avait jamais consulté de MG sur l'année écoulée. Le sexe, et le fait d'être atteint d'une pathologie chronique n'avaient pas d'influence sur leur attitude. Parmi les MG ayant déclaré un confrère comme médecin traitant ils étaient 31% à avoir consulté un généraliste sur l'année écoulée, versus 7% pour les autres, cette différence était statistiquement significative (p<0,001).

2.3 Consultation d'un médecin spécialiste en 2017

2.3.1 Consultation d'un médecin spécialiste

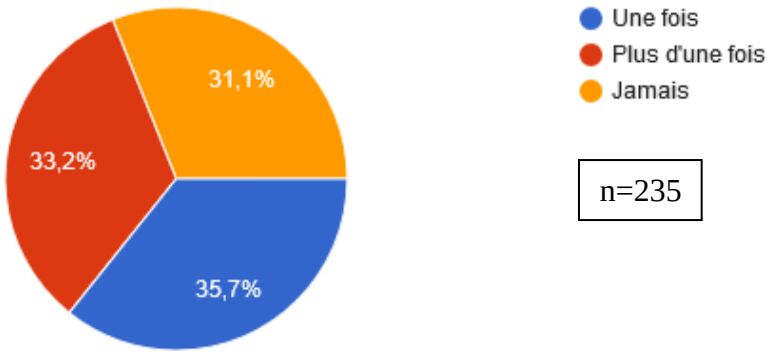


Figure 8: « Combien de fois avez-vous consulté un confrère médecin spécialiste sur l'année écoulée (hors psychiatre) ? »

2.3.2 Consultation d'un médecin spécialiste et sexe

Dans la population étudiée, on retrouvait une proportion de femmes ayant consulté un médecin spécialiste plus importante que dans la population masculine. Elles étaient 84% à avoir consulté un médecin spécialiste sur l'année écoulée, tandis que seulement 52% des hommes y avaient eu recours. Cette différence était statistiquement significative selon le test du Khi-2 ($p<0,001$). Néanmoins l'âge moyen dans la population féminine étant de 44 ans, cette tranche d'âge était donc concernée par le suivi gynécologique annuel conseillé ou dans le cadre d'une grossesse, ce qui expliquerait une telle différence.

2.3.3 Consultation d'un médecin spécialiste et maladie chronique

Chez les sujets ayant déclaré une pathologie chronique (n=56), ils étaient près de 76% à avoir eu recours à un médecin spécialiste sur l'année écoulée, contre 66% pour les médecins non malades (n=175). Mais cette différence n'était pas statistiquement significative selon le test du Khi-2 ($p=0,06$).

Près de 70% des répondants avaient eu recours à une consultation spécialisée sur les 12 derniers mois. Il n'y avait pas de différence d'attitude entre les médecins atteints d'une pathologie chronique et les non malades. Les femmes consultaient significativement plus que les hommes ($p<0,001$).

2.4 Recours aux arrêts de travail

2.4.1 Déclaration d'arrêts de travail en 2017

Parmi les 236 médecins répondants, 75% d'entre eux n'ont pas eu besoin d'arrêt de travail sur l'année écoulée, les 25% restant déclaraient avoir rencontré des difficultés de santé justifiant la cessation de leur activité. Voici quelle était leur attitude :

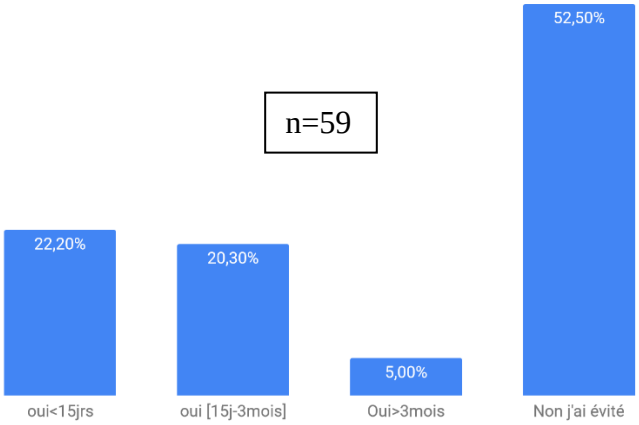


Figure 9: « Avez-vous bénéficié d'un arrêt de travail pour maladie sur l'année 2017 ? »

2.4.2 Arrêts de travail et mode d'exercice

Quelque soit le mode d'exercice, la proportion de médecins n'ayant pas eu besoin d'arrêt de travail sur l'année écoulée était sensiblement la même soit environ 75% des salariés et 75% des médecins libéraux. Parmi les 59 médecins ayant eu besoin d'un arrêt de travail sur l'année écoulée, 18% des libéraux (n=49) avaient eu recours à un arrêt de moins de 15 jours contre 40% des salariés (n=10). Dans les deux groupes ils étaient 20% à s'être arrêtés entre 15 jours et 3 mois. 6% des libéraux avaient cessé leur activité plus de 3 mois, tandis qu'il n'y'avait pas de cas similaire chez les salariés et mixtes. Enfin, 55% des libéraux ayant eu besoin d'un arrêt de travail en 2017 y avaient renoncé contre 40% des médecins exerçant une activité mixte ou en salariat. Toutefois ces différences n'étaient pas significatives selon le test exact de Fisher (p=0,475).

2.5 Obstacles à l'arrêt de travail

Les médecins ayant renoncé à suspendre leur activité professionnelle alors que leur état de santé le justifiait, étaient invités à indiquer les raisons d'une telle attitude :

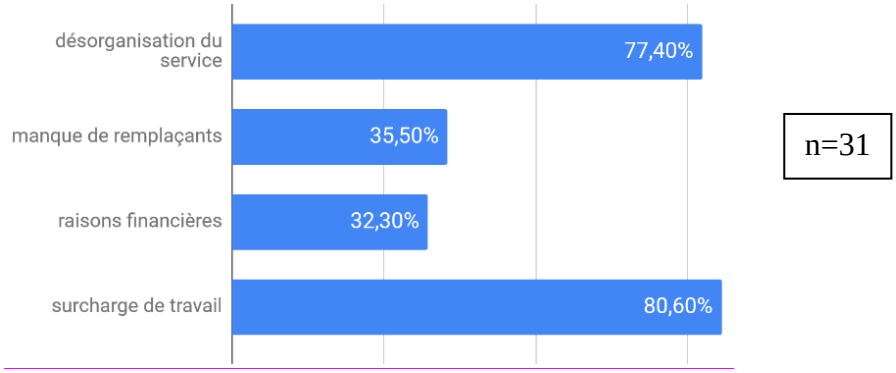


Figure 10: « Si vous avez évité de prendre un arrêt de travail alors que votre état de santé le justifiait, pour quelles raisons ? »

Concernant les causes de renoncement à un arrêt de travail., dans les analyses en sous-groupe il n'y avait pas de différence significative selon le mode d'exercice, le lieu et le mode d'installation.

52,5% des MG dont l'état de santé le justifiait, ont renoncé à bénéficier d'un arrêt de travail sur l'année écoulée. Il n'y avait pas de différence d'attitude entre les salariés et les libéraux (p=0,475). La surcharge de travail et la désorganisation des soins sont les principaux obstacles à l'origine d'une telle attitude.

2.6 Obstacles à la consultation d'un confrère

2.6.1 Obstacle à la consultation d'un confrère

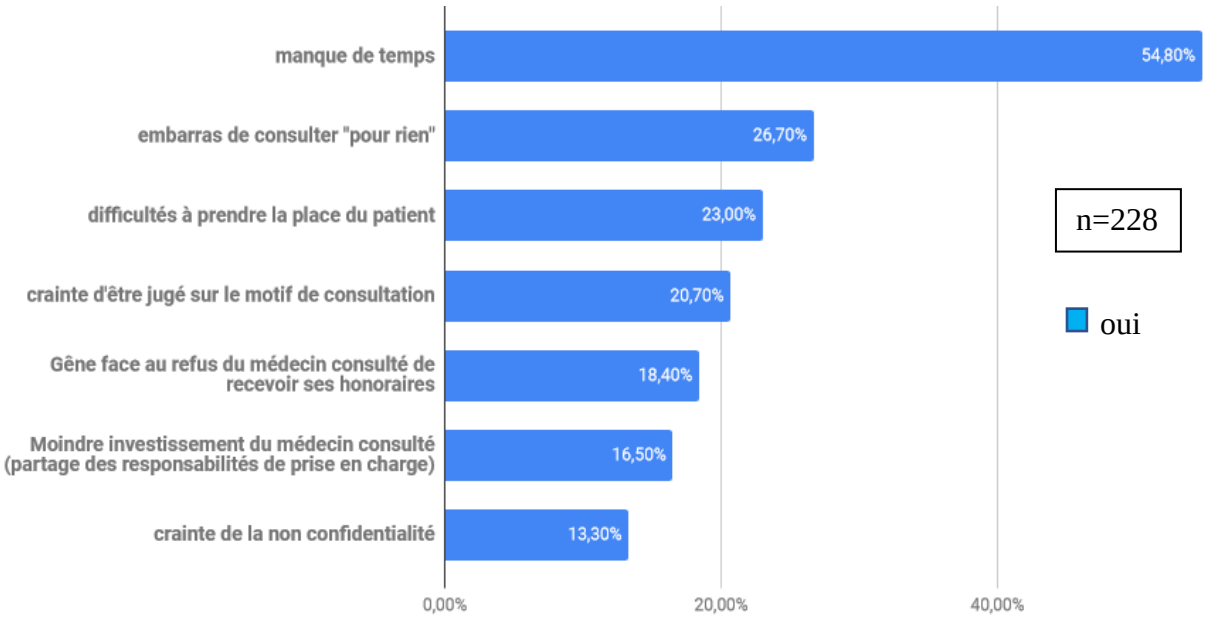


Figure 11: « Avez-vous déjà renoncé à consulter un confrère pour l'une ou plusieurs des raisons suivantes ? »

2.6.2 Obstacle à la consultation d'un confrère et sexe

Sur les 228 répondants il y avait 116 femmes et 112 hommes. En dehors de la « crainte de la non confidentialité » et « la gêne face au refus du médecin consulté à percevoir ses honoraires », **les femmes étaient toujours significativement plus nombreuses que les hommes à renoncer à consulter pour les raisons sus citées.** (p entre 0,025 et <0,001).

Dans les commentaires libres, deux femmes médecins partageaient leur expérience en tant que malades. Il en ressort un mécontentement évident lié au fait de ne pas avoir été considérées comme des patientes « standards » et n'avoir pu bénéficier des soins auxquelles elles prétendaient :

(Femme, 52 ans, médecin libéral en cabinet de groupe) *« J'ai consulté un gynéco qui ne m'a pas pris la pression artérielle car on est supposé se soigner soi-même et tout savoir j'ai toujours été mal soignée par les autres médecins et mes enfants aussi puisqu' ils sont censés avoir une mère médecin. »*

(Femme, 40 ans, médecin libéral en cabinet de groupe) « *J'ai eu recours à titre personnel au service d'urgences de mon secteur pour ce qui s'est avéré être une torsion d'ovaire avec épanchement hémorragique : je n'ai pas été examinée par mon confrère et bien que je n'ai jamais "mis en avant mon statut de médecin", l'équipe m'a ouvertement reproché mon passage, et j'ai pu clairement entendre de la part d'une IDE à une de ses collègues:"qu'est-ce qu'elle vient nous faire chier, elle a qu'à se soigner elle-même". Cela fait toujours plaisir..... Nous n'avons pas le droit d'être malade physiquement, nous n'avons pas le droit de nous plaindre psychiquement (si on a signé c'est pour en chier), nous n'avons pas le droit de partir en vacances, nous n'avons pas le droit de faire appel à nos confrères spécialistes qui pour beaucoup nous considère hypochondriaques ou n'ont aucune idée, pour les hospitaliers, des exigences de l'exercice libéral. Et petit à petit, nous aussi, nous nous interdisons l'accès aux soins* »

Un autre médecin raconte son expérience en tant que soignant d'un confrère médecin retraité, et témoigne de la nécessité de le « regarder » avant tout comme un malade :

(Homme, 67 ans, médecin libéral en cabinet seul) « *Je soutiens un parent et un ami, médecins retraités, dont un avec une pathologie lourde. Je me rends compte avec leur entourage qu'ils doivent être avant tout considérés comme des patients et non comme des médecins. En face de notre propre maladie nous perdons donc nos facultés de compréhension et de logique et mettons notre confiance en ceux qui nous soignent* ».

2.6.3 Difficultés des thèmes abordés

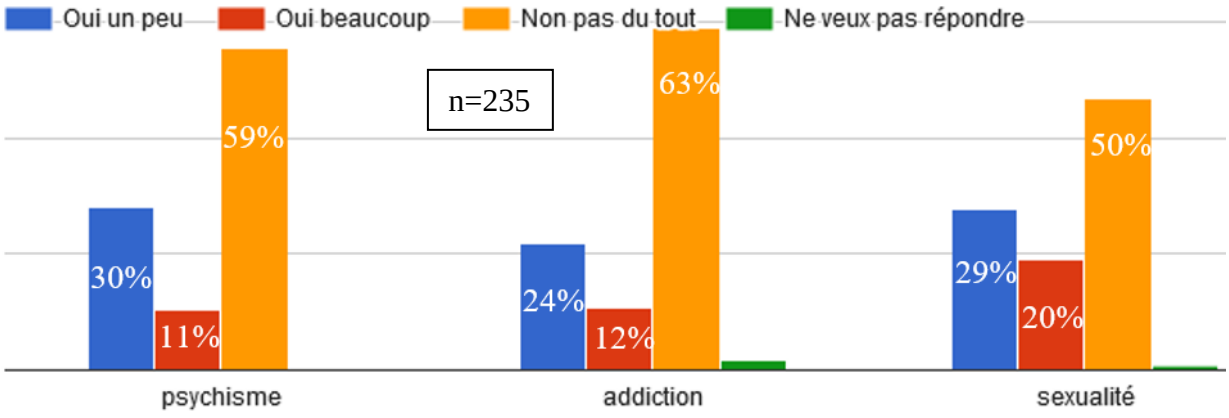


Figure 12: « Seriez-vous gêné d'aborder les sujets suivants au cours de la consultation ? »

3. ETAT DE SANTE DES MEDECINS

3.1 Auto-évaluation de l'état de santé générale

Il était demandé aux médecins interrogés, d'évaluer leur état de santé général sur une échelle de zéro à dix, de « très mauvais » à « excellent ».

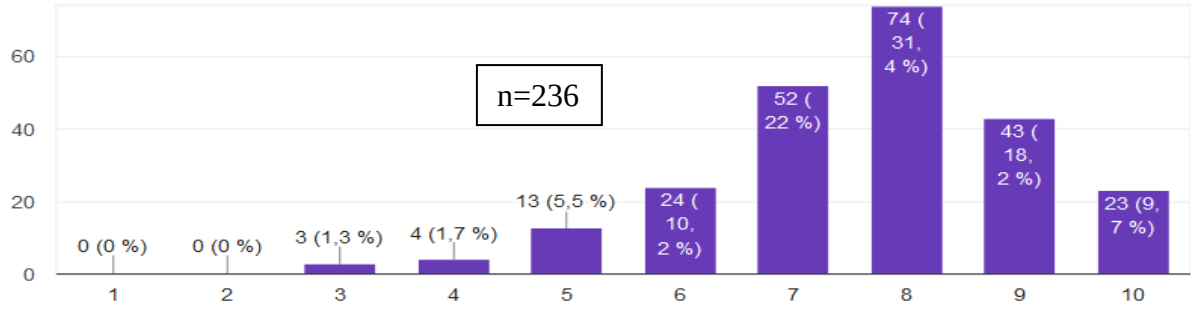


Figure 13: "Comment estimez-vous votre état de santé général ?"

On retrouvait une note médiane à 8/10 tandis que la moyenne était de 7,6/10. 8,5% des interrogés attribuaient une note inférieure ou égale à 5/10, plus de 70% des médecins notaient leur santé entre 7 et 9/10.

On demandait ensuite aux médecins interrogés d'évaluer leur état psychologique sur le même principe.

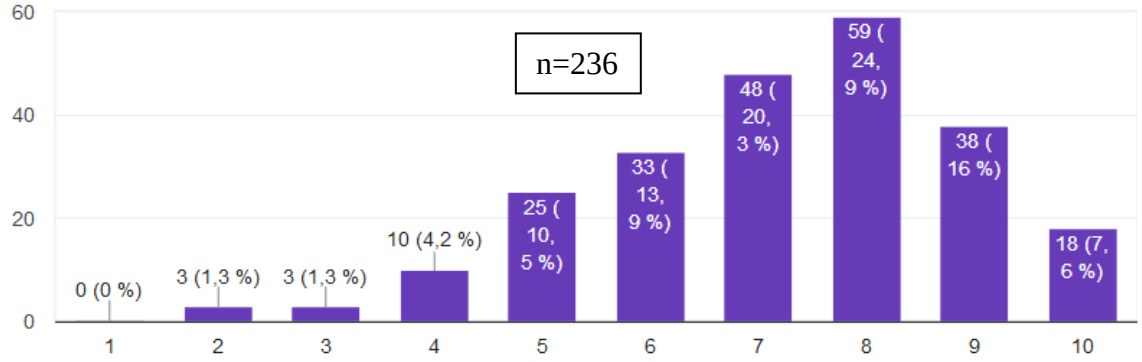


Figure 14: "Comment estimez-vous votre état psychologique ?"

On retrouvait une note médiane à 7/10 et une moyenne à 7,2/10. 17,3% des répondants attribuaient une note inférieure ou égale à 5/10, 61,2% évaluaient leur état psychologique entre 7 et 9/10.

Parmi les médecins répondants, on constatait globalement une moins bonne auto-évaluation de l'état de santé psychologique que de l'état de santé général. En effet, si les moyennes semblent proches, il existe un point d'écart entre les deux médianes, à savoir 8/10 pour l'état de santé générale et 7/10 pour l'état de santé psychologique, il y'avait deux fois plus d'individus s'auto-évaluant en-dessous de 5/10 pour leur santé psychologique (17,3%) que pour leur santé physique (8,5%). La répartition des notes aussi différait puisque le premier quartile de la population évaluait un état de santé global inférieur ou égal à 7/10 versus 6/10 pour l'état de santé psychologique.

3.1.1 Auto-évaluation de l'état de santé général et temps de travail

Santé générale	Médecins travaillant<48h (n=118)	Médecins travaillant>48h (n=114)
médiane	8	8
1er Quartile	7	7
3ème Quartile	9	8
moyenne	7,93	7,42

Tableau 1: "Comment estimez-vous votre état de santé général ?" selon le temps de travail

Nous avons considéré la population en deux groupes : ceux travaillant moins de 48h (n=120) et ceux travaillant plus de 48h (n=114). Concernant l'état de santé général, la note médiane était identique dans les deux groupes soit 8/10. Toutefois concernant la dispersion des notes on constate que dans le groupe travaillant moins de 48h, 75% de la population affichait une note inférieure ou égale à 9/10 versus 8/10 pour ceux travaillant plus de 48h. Cette différence était statistiquement significative selon le Two Sample t-test de Welch (p=0,01).

3.1.2 Auto-évaluation de l'état de santé psychique et temps de travail

Santé psychique	Médecins travaillant<48h (n=118)	Médecins travaillant>48h (n=114)
médiane	8	7
1er Quartile	7	5
3ème Quartile	9	8
moyenne	7,52	6,92

Tableau 2: « Comment estimez-vous votre état psychologique ?" et temps de travail

Si l'on considère l'état de santé psychologique, on constate une note médiane à 8/10 pour ceux travaillant moins de 48h versus 7/10 pour ceux travaillant plus de 48h, soit un point d'écart. Concernant la répartition des notes, on constate que le premier quartile de la population travaillant plus de 48h évaluait sa santé par une note inférieure ou égale à 5/10 versus 7/10 pour ceux travaillant moins de 48h. Ces différences étaient statistiquement significatives selon le Two Sample t-test de Welch. (p=0,01)

3.1.3 Auto-évaluation de l'état de santé générale et mode d'exercice

Santé générale	Médecins libéraux (n=193)	Médecins salariés (n=31)
médiane	8	8
1er Quartile	7	8
3ème Quartile	9	9
moyenne	7,62	8,8

Tableau 3: "Comment estimez-vous votre état de santé général ?" selon le mode d'exercice

Nous avons ensuite considéré la population selon le mode d'exercice : d'une part les médecins exerçant en libéral (n=193) et d'autre part les médecins salariés (n=31). Concernant l'état de santé général, les deux groupes avaient une note médiane identique à 8/10, la répartition de ces notes différait dans les deux groupes avec 25% des notes inférieures ou égale à 7/10 chez les libéraux versus 8/10 pour les salariés, toutefois ces différences n'étaient pas significatives selon le Two-sample-t-test de Welch (p=0,78).

3.1.4 Auto-évaluation de l'état de santé psychique et mode d'exercice

Santé psychique	Médecins libéraux (n=193)	Médecins salariés (n=31)
médiane	7	7
1er Quartile	6	6
3ème Quartile	8	9
moyenne	7,12	7,32

Tableau 4: "Comment estimez-vous votre état psychologique ?" selon le mode d'exercice

Concernant l'état de santé psychologique, la note médiane était de 7/10 dans les deux groupes. 75% des notes étaient inférieures ou égales à 8/10 pour les médecins libéraux versus 9/10 pour les médecins salariés. Ces différences n'étaient pas statistiquement significatives selon le Two Sample t-test de Welch (p=0,57).

Les MG avaient une vision globalement bonne de leur santé en générale avec une note médiane à 8/10. L'auto-évaluation de leur état psychique était moins favorable avec une note médiane à 7/10, tandis que 17% de l'échantillon attribuait une note inférieure à 5/10. Le temps de travail avait un retentissement négatif sur ces auto-évaluations, et les MG travaillant plus de 48h attribuaient des notes significativement plus basses. Le mode d'exercice n'avait en revanche pas d'influence.

4. EPUISEMENT PROFESSIONNEL ET DETRESSE PSYCHOLOGIQUE

4.1 Avis d'opinion : l'épuisement professionnel et les médecins

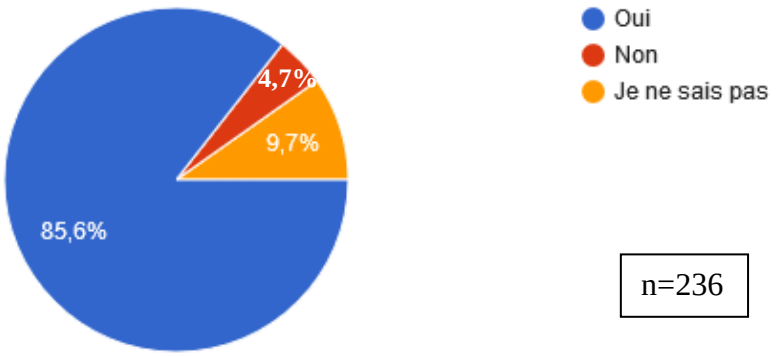


Figure 15: "Considérez-vous que le surmenage professionnel, le burn-out ou les difficultés psychologiques constituent un réel problème de santé publique touchant particulièrement la profession médicale ? ».

La réponse était sans équivoque, avec plus de 85% de « oui » de la part des répondants, tandis que moins de 10% d'entre eux ne savaient se positionner.

De nombreux commentaires libres témoignaient aussi de cette réalité : (annexe 3 : commentaires n° 7, 8, 11, 13, 18, 24, 34, 35, 37, 40, 44, 47, 48, 51, 52, 53, 58**,**) **ce qui correspond à 28% des commentaires.** Il en ressort que le sentiment de surmenage professionnel était essentiellement lié au temps de travail excessif, à la lourdeur des tâches administratives, mais également à la pression de la patientèle dont la demande de soins médicaux n'est pas toujours facile à absorber. Plusieurs évoquaient aussi les difficultés de gestion financière dans l'exercice libéral. Nous ne rapporterons que quelques extraits qui nous sont apparus comme les plus percutants.

(Femme, 63 ans, médecin salarié) : *« Je travaille actuellement à mi-temps […] au temps de mon exercice à temps plein avec gardes de nuit et volume horaire hebdomadaire autour de 90 h il en était autrement : on ne parlait pas de burn-out mais c'est bien de cela qu'il s'agissait sans qu'il soit possible de rien dire ni rien changer La prise en charge d' un cancer du sein en 2010 a permis d'interrompre cette spirale infernale D'où l'accalmie actuelle qui ne reflète pas ce qui fut mon vécu au temps de mon activité : débordée , sollicitée au point de se sentir harcelée , impression d'être ligotée sur une ligne de chemin de fer , de hurler mais le TGV qui arrive ne t'entend pas..... »*

(Femme, 49 ans, médecin salarié) *« Toute la problématique est que l'on se rend bien compte de ses propres difficultés à assumer des situations de plus en plus lourdes - Pour ma part, je suis chef de service et je n'en peux plus, mais il n'y a personne pour me remplacer. Donc difficile de voir tout ce que j'ai construit s'effondrer, je poursuis donc mais je me sens dans un piège dont je ne peux pas sortir... »*

(Femme , 57 ans, médecin libéral en cabinet seul) *« ce qui est difficile pour moi […]c'est d'être au milieu des exigences des patients et des exigences de l'état via la sécurité sociale , les objectifs de santé, la pression administrative, nous faisons de plus en plus de social, notre métier ce n'est plus écouter et soigner les patients mais palier aux déficiences du système […]D'autre part je considère que notre métier n'est plus ni rémunéré ni respecté à sa juste valeur tout problème de santé pour nous peut être une véritable catastrophe financière si nous n'avons pas de conjoint qui travaille ou une aide familiale et pour toutes ces raisons et surement d'autres que j'oublie nous n'arrêtons pas de travailler d'écouter de soigner sans jamais penser à nous car dans ce métier que l'on a choisi le patient prime même à notre détriment .[…] »*

(Homme, 58 ans, médecin libéral en cabinet de groupe) *« Pression des patients, difficultés et charges administratives, difficultés énormes (et qui s'aggravent) dans la gestion des urgences ou plutôt la gestion de rendez-vous urgents auprès des partenaires (spécialistes, hôpitaux, examens complémentaires et transports) génèrent un état de stress permanent […] »*

(Femme, 47 ans, médecin libéral en cabinet de groupe) *« Ce qui est épuisant, c'est de gérer, les contraintes liées au fait d'avoir un salarié :[…], avec toutes les démarches administratives que cela implique […]C'est toutes ces tâches non médicales qui me pourrissent l'esprit, me stressent. Je n'ai quasiment aucun loisir, je m'occupe à peine de mes enfants. Le temps "libre" que j'ai , est consacré à toutes ces tâches d'intendance du cabinet. »*

4.2 Difficultés psychologiques

Nous interrogions ensuite les participants quant aux difficultés psychologiques qu'eux-mêmes auraient pu rencontrer sur l'année écoulée. Ils devaient répondre aux 6 items suivants :

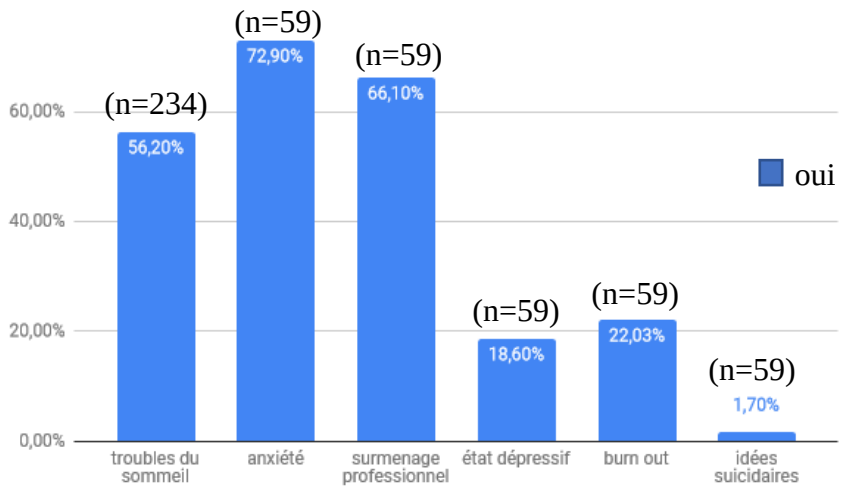


Figure 16: "Vous-même avez-vous présenté des signes de difficultés psychologiques sur l'année écoulée?"

Concernant les troubles du sommeil, 234 médecins ont répondu et 56% d'entre eux affirmaient avoir effectivement présenté des difficultés. Seul 59 personnes ont ensuite répondu aux autres items. **Au total, 63,1% de l'échantillon avait présenté au moins un signe de difficulté psychologique.**

4.2.1 Difficultés psychologiques et temps de travail

Nous avons une nouvelle fois considéré la population étudiée selon le temps de travail afin de déterminer dans chaque groupe la proportion d'individus concernés par les difficultés psychologiques sus citées. On ne retrouvait pas de différences statistiquement significatives entre les deux groupes, excepté pour le surmenage professionnel qui concernait 46% des médecins travaillant moins de 48h (n=29) versus 83% de ceux travaillant plus de 48h (n=30), avec p=0,004 selon le test exact de Fisher.

4.2.2 Difficultés psychologiques et mode d'exercice

Nous avons ensuite étudié les réponses selon le mode d'exercice des médecins, en considérant d'une part les libéraux versus les salariés et il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes, toutefois notre effectif de médecins salariés était très réduit comparativement à ceux exerçant en libéral.

4.2.3 Difficultés psychologiques et mode d'installation

Enfin, nous avons considéré les réponses selon le mode d'installation : exercice seul versus en groupe chez les médecins libéraux, et nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre les deux groupes, toutefois notre effectif de médecins exerçants seuls était très réduit comparativement à ceux exerçant en groupe.

4.2.4 Difficultés psychologiques et sexe

Il n'existait pas de différence statistiquement significative concernant les symptômes de détresse psychologique, entre les hommes et les femmes de notre échantillon.

63% de l'échantillon avait présenté au moins un signe de difficulté psychologique sur l'année écoulée. Les médecins travaillant plus de 48h étaient significativement plus touchés par le surmenage professionnel (p=0,004). Il n'y avait pas de différence significative selon le mode d'exercice, le mode d'installation et le sexe.

4.3 Comportement face à une situation de détresse psychologique

4.3.1 Difficultés psychologiques et consultation d'un soignant

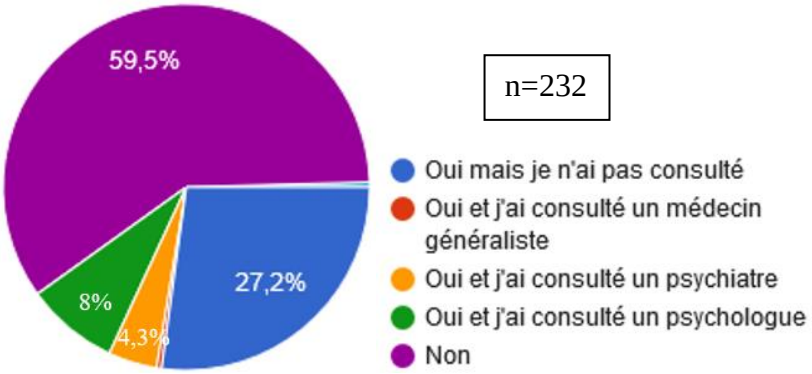


Figure 17: « Sur l'année écoulée, avez-vous ressenti le besoin d'être aidé pour faire face à un épisode de difficultés psychologiques ? »

Près de 60% des répondants ont rapporté ne pas avoir eu besoin d'aide. 12,5% avaient quant à eux consulté pour ce motif, dont plus des 2/3 avaient eu recours à un psychologue tandis que les autres s'étaient tournés vers un psychiatre, seul 1 participant s'était tourné vers un médecin généraliste. Enfin, plus de 27% des répondants affirmaient avoir eu besoin d'une aide psychologique mais n'avaient pourtant pas consulté.

4.3.2 Consultations pour difficultés psychologiques selon le sexe

S'il n'existait pas de différence entre les hommes et les femmes concernant la survenue de troubles du sommeil, anxiété, surmenage professionnel, état dépressif, burn-out ou idées suicidaires, à la question « Sur l'année écoulée, avez-vous ressenti le besoin d'être aidé pour faire face à un épisode de difficultés psychologiques ? », 48,7% des femmes (n=119) ont répondu par l'affirmative versus 30,6% des hommes (n=111). Parmi eux, c'étaient 31,1% des femmes versus 23,4% des hommes qui avaient eu une attitude de renoncement et n'avaient pas consulté. Parmi les femmes qui avaient consulté, 11,8% s'étaient tournées vers un psychologue, 5% vers un psychiatre et 0,8% vers un médecin généraliste. Seuls 7,2% des hommes avaient consulté un psychologue ou un psychiatre de manière équivalente. Ces différences étaient statistiquement significatives selon le test exact de Fisher (p=0,02).

4.3.3 Consultations pour difficultés psychologiques selon le temps de travail

Parmi les médecins travaillant moins de 48h, 36% avaient ressenti le besoin d'être aidé pour faire face à des difficultés psychologiques et seuls 14% avaient consulté. Chez les médecins travaillant plus de 48h ils étaient 45% à avoir besoin d'aide et seuls 11,7% avaient consulté. Toutefois ces différences n'étaient pas statistiquement significatives selon le test exact de Fisher (p=0,26).

40% de l'échantillon avait ressenti le besoin d'être aidé pour faire face à des difficultés psychologiques sur l'année écoulée, 27% n'avaient pourtant pas consulté. Les femmes étaient significativement plus touchées que les hommes. Le temps de travail n'avait pas d'influence.

4.4 Prescription de médicaments psychotropes

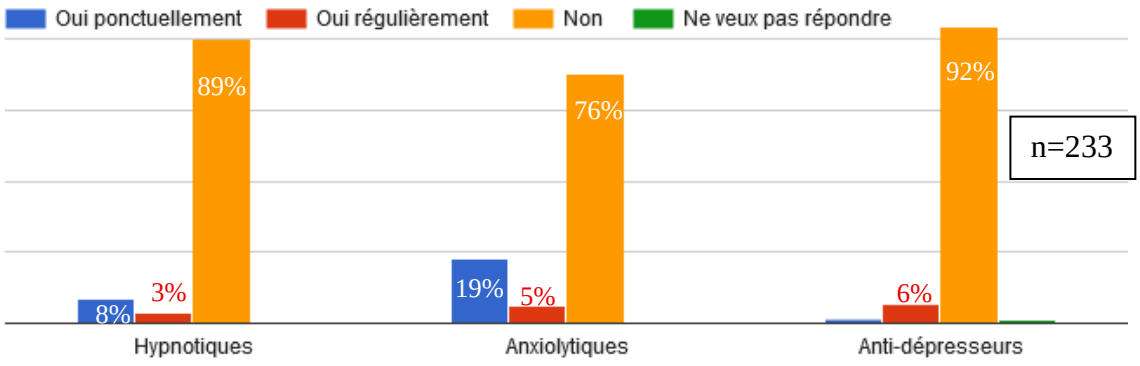


Figure 18: "Avez-vous bénéficié d'une prescription pour l'une de ces catégories médicamenteuses au cours de l'année écoulée?"

Parmi les 233 répondants, **32% des médecins avaient bénéficié d'une prescription pour l'une de ces classes médicamenteuses**. Près de 11% des médecins répondants avaient bénéficié d'une prescription d'hypnotiques, dont près d'un tiers régulièrement. Concernant les anxiolytiques, 24% avaient répondu positivement à la question, les anti-dépresseurs étaient prescrits à 6% des répondants qui prenaient le traitement régulièrement.

4.4.1 Prescription de médicaments psychotropes et sexe

31,6% des femmes déclaraient avoir bénéficié de prescription d'anxiolytiques, pour 23,9% de manière ponctuelle et 7,7% de manière régulière. Quant aux hommes, ils étaient 17,5% à avoir bénéficié d'une prescription, et dans la plupart des cas de manière ponctuelle pour 14,9%. Ces différences étaient statistiquement significatives selon le test du Khi-2 (p=0,03).

4.4.2 Auteurs des prescriptions

Il était alors demandé à ceux ayant bénéficié d'une prescription quel en était l'auteur :

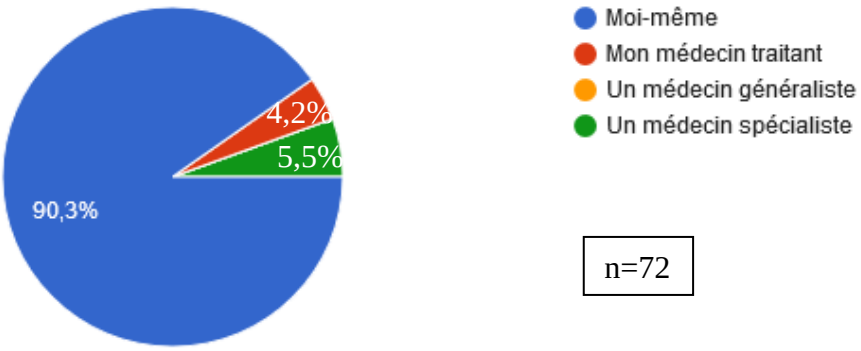


Figure 19: "Si vous avez bénéficié d'une prescription de psychotropes, quel en était l'auteur? "

32% de l'échantillon avait bénéficié d'une prescription de psychotropes sur l'année écoulée. Les femmes étaient significativement plus nombreuses à y avoir recours (p=0,03). Parmi ceux ayant bénéficié d'une prescription, plus de 90% se l'étaient auto-prescrit.

4.5 Conduites addictives

Un item était consacré à la consommation de substances addictives, et les médecins étaient interrogés sur le tabac, l'alcool, le cannabis, les opiacés et la cocaïne. Pour chaque substance citée, il leur été demandé s'ils en consommaient et ils pouvaient répondre de la façon suivante : « non », « oui moins d'une fois par mois », « oui entre 1 fois par mois et 1 fois par semaine », « oui plusieurs fois par semaine », « oui tous les jours ».

Fréquence de consommation (n=235)	**Moins d'1X/mois**	**Entre 1X/mois et 1X/semaine**	**>1X/semaine**	**Tous les jours**	**Non**
Tabac	4,3%	4,7%	3,0%	10,2%	77,8%
Cannabis	0,4%	1,7%	0%	0,4%	97,5%
Alcool	10,2%	34,0%	30,1%	3,4%	22,3%
Opiacés	0,4%	0,9%	0%	0%	98,7%
Cocaïne	0,4%	0%	0%	0%	99,6%

Tableau 5: "Consommez-vous les substances suivantes ? Quelles sont celles concernées ?"

On retrouvait 22% de fumeurs parmi les répondants, 40% d'entre eux fumaient moins d'une fois par semaine, 13% plusieurs fois par semaine et 47% tous les jours. Concernant l'alcool, près de 78% des répondants en consommait. Parmi eux, ils étaient 13% à y avoir recours moins d'une fois par mois, 45% entre une fois par semaine et une fois par mois, 38% plusieurs fois par semaine et 4% tous les jours. Quant au cannabis, ils étaient moins de 2% à en consommer entre une fois par mois et une fois par semaine. Seulement 2 médecins affirmaient consommer des opiacés entre une fois par semaine et une fois par mois. Aucun n'avait déclaré avoir recours à la cocaïne.

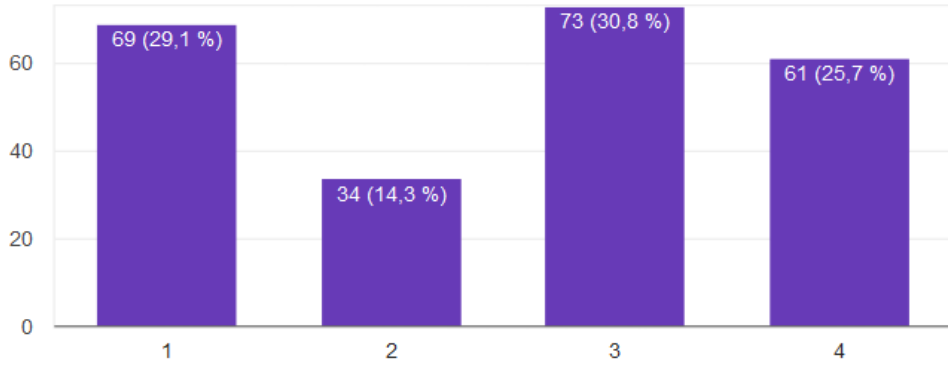
Il était alors demandé aux médecins ayant déclaré avoir recours à des substances addictives, s'ils avaient ressenti le besoin d'être aidé pour faire face à cette consommation :

88% des répondants avaient déclaré « non », 4,5% avaient répondu « oui mais je n'ai pas consulté », un seul médecin avait fait appel à un psychiatre ou un addictologue, 6,5% d'entre eux n'ont pas voulu répondre.

5. SOLUTIONS POUR UN MEILLEUR ACCES AUX SOINS

5.1 Recours à un « soignant de soignant »

Il était alors demandé aux médecins interrogés, leur opinion quant à leur capacité à consulter plus facilement un confrère s'ils pouvaient avoir recours à un médecin spécialement formé au soin des autres médecins (un « soignant de soignant »). Ils devaient répondre par un lickert noté de 1 à 4, de « pas du tout » à « oui c'est certain ».

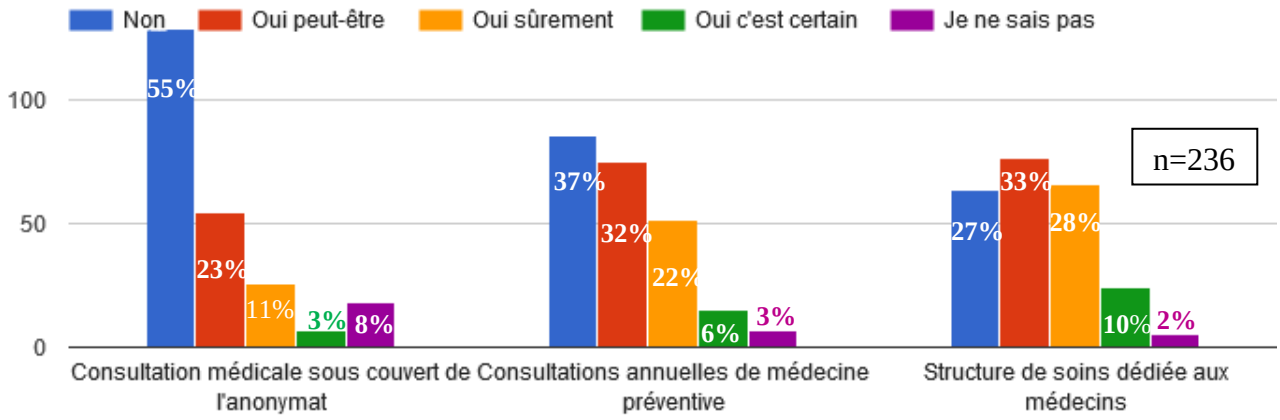


n=235

Figure 20: "Consulteriez-vous plus facilement si vous pouviez avoir recours à un médecin spécifiquement formé aux soins des autres médecins (un soignant de soignant)?"

La note médiane était 3/4. Près de 30% des 235 répondants considéraient que cela ne modifierait pas leur comportement et ne consulteraient pas plus facilement. 14% avaient un avis intermédiaire, **31% y étaient favorables et 25% étaient convaincus qu'ils auraient effectivement recours aux soins d'un confrère plus facilement.**

5.2 Quelles solutions pour améliorer la santé des médecins ?



n=236

Figure 21: "« Pensez-vous que les solutions évoquées ci-dessous pourraient contribuer à l'amélioration de votre état de santé ? »

Dans les commentaires libres certains médecins s'exprimaient sur la question et allaient dans le sens d'une consultation annuelle de médecine préventive :

«[…] il faudrait un bilan de santé annuel obligatoire, sur une journée, nous libérant totalement ce jour de l'obligation de continuité des soins, de garde, de non-assistance à personne en danger »

« […] Il pourrait exister " notre médecine du travail à nous" à savoir des médecins formés et accrédités pour faire un suivi annuel. Pas besoin d'une structure ou d'un centre. Un cabinet libéral serait plus approprié. »

Un autre proposait un espace de paroles, où les médecins pourraient partager les difficultés rencontrées dans la profession et favoriser l'entraide :

«[…] Un espace confidentiel de parole, permettant d'exprimer les contraintes ressenties au travail, serait le bienvenu »

5.3 Connaissance de l'association MOTS

L'association MOTS est la principale association destinée aux médecins en Gironde, et plus généralement dans le Sud-Ouest.

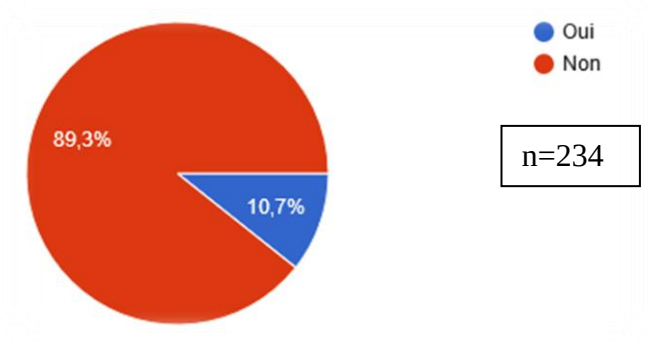


Figure 22: "Connaissez-vous l'association d'aide aux médecins MOTS (Médecins Organisation Travail Santé) active dans le sud ouest?"

5.4 Connaissance du numéro national d'aide aux médecins

Le 1er janvier 2018, le Conseil national de l'Ordre des médecins et l'Association d'aide professionnelle aux médecins et soignants (AAPMS) créaient un numéro d'appel unique pour renforcer l'écoute et l'assistance aux médecins et internes en difficulté, dans le respect de la confidentialité et du secret médical. Ce numéro est devenu un numéro vert gratuit au 1er Mars 2018.

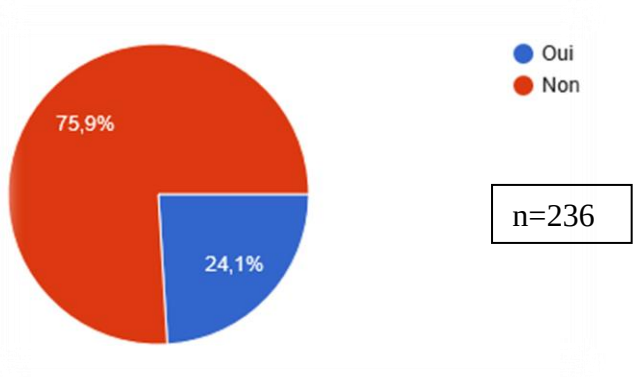


Figure 23: "Connaissez-vous la ligne téléphonique nationale d'accueil et d'écoute 24h/24h mise en place par la CNOM et les associations d'aide aux médecins ?"

V- DISCUSSION

1. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

1.1 Forces

Malgré taux de participation de 13%, plus faible qu'escompté, l'aide du CDOM nous a permis de recevoir 236 questionnaires exploitables. Ce nombre, ainsi que les nombreux commentaires positifs des participants, montrent l'intérêt des médecins interrogés qui se sont largement exprimés à travers les commentaires libres. Il s'agit d'un sujet important et délicat, à la jonction entre médecine générale, médecine du travail et santé publique. Au cœur de l'actualité, ce thème a été abordé par le CNOM dans sa grande enquête nationale publiée en avril 2018. Nos résultats s'approchent des leurs pour la plupart, et justifient du sérieux et de la justesse de notre travail.

De plus, les caractéristiques de notre population sont assez proches de celles retrouvées dans le département, ce qui laisse à penser de la représentativité de notre échantillon. En effet, l'âge moyen des médecins généralistes en activité régulière en Gironde est de 49,9 ans pour une moyenne d'âge de 47,8 ans dans notre étude. De même les proportions d'hommes et de femmes s'approchent des chiffres girondins, avec 51,1% de femmes dans notre étude versus 48,6% selon l'atlas de la démographie médicale (14). Toutefois, si l'on se réfère au mode d'exercice, il semblerait que la catégorie des salariés soit sous-représentée puisque seuls 13,2% des participants de notre étude faisaient partie de cette catégorie, versus 28,5% dans le département selon l'INSEE (15).

1.2 Limites

Les limites principales de notre étude sont représentées par les biais suivants :

Le biais de sélection : dans notre étude il existait une proportion importante de sujets non-répondants. Cela pourrait s'expliquer par le fait que le questionnaire ait été envoyé pendant les vacances scolaires, le taux de participation a donc été moins important qu'escompté. Il existait également un biais de recrutement, puisqu'étaient interrogés uniquement les médecins ayant accepté de répondre aux questionnaires transmis par le CDOM de la Gironde, et transmis de manière non aléatoire. De plus, l'envoi par courrier électronique ne prenait pas en compte les médecins non informatisés. En raison du caractère anonyme de l'étude, il n'était pas possible de relancer spécifiquement les médecins n'ayant pas (ou incomplètement) répondu au premier envoi, et devant la forte sollicitation du CDOM par les thésards, nous n'avons donc pas eu la possibilité de le faire.

Le biais de participation : il est possible que les médecins ayant répondu au questionnaire soient ceux qui se sentent le plus concernés par le sujet. Il existe dès lors une différence possible entre les médecins répondants et ceux de la population cible.

Les biais d'informations : le sujet de notre étude touchant à des thèmes sensibles, il est possible que certains enquêtés aient répondu de manière erronée sur les thèmes touchant aux addictions, psychotropes et difficultés psychologiques, constituant ainsi un biais de déclaration. De même, certains médecins ont pu donner des réponses projetant l'image la plus valorisante

de leur personne, notamment sur les thèmes des comportements de santé, induisant un biais de désirabilité sociale.

Le biais de mémoire est à considérer également, même si pour l'éviter nous avons questionnés les sujets sur les douze derniers mois et non sur une période de plusieurs années comme cela est le cas dans plusieurs études.

Les biais de confusion : concernant la consultation d'un confrère spécialiste, dans notre étude les femmes consultaient significativement plus que les hommes, cela peut s'expliquer par le fait que dans leur catégorie d'âge elles avaient régulièrement recours au gynécologue, spécialité pour laquelle la population masculine n'est pas concernée.

Concernant la question 17 sur les difficultés psychologiques, répartie en 6 items, seul le premier item sur les troubles du sommeil a été correctement rempli par la totalité des répondants. En effet, seulement 59 médecins ont répondu à l'ensemble de la question. Cela pourrait s'expliquer par une incompréhension de la grille à choix multiple et une mauvaise conception de notre part, ou encore un bug informatique, puisqu'il s'agit des 177 premiers participants (réponses reçues dans les premières 48h) qui ont « omis » de compléter correctement cette question, tandis que les 59 derniers ont tous pu y répondre en totalité.

2. COMPARAISON DE NOS PRINCIPAUX RESULTATS AVEC LE RAPPORT CNOM 2018 (5)

Publiée quelques jours avant la diffusion de notre questionnaire, l'enquête de la CNOM a été menée en 2017 sur le territoire national auprès de plusieurs spécialités (médecine générale, anesthésie-réanimation, psychiatrie, gynéco-obstétrique, médecine du travail), par auto-questionnaires informatisés diffusés par e-mailing. Il s'agit pour nous ici de rapprocher nos principaux résultats avec ceux retrouvés sur la France entière, bien que les données recueillies ne soient pas systématiquement exactement comparables.

	Résultats de notre étude (Gironde-2018) **Population : médecins généralistes (n=236)**	**Résultats de l'étude CNOM (France entière-2017)** **Population : MG, spécialités médico-chirurgicales (n=10822)**
Déclaration de médecin traitant (MT)	Auto-déclaration : 68,8% Déclaration d'un confrère : 24% Pas de MT : 7,2%	Pas de MT : 68% Déclaration d'un MT : 27%
Consultation d'un médecin généraliste (MG)	**Sur l'année écoulée :** 13,7% au total (9,4% 1 fois et 4,3% plus d'1 fois)	**Sur l'année écoulée :** 23,2% au total
Consultation d'un médecin spécialiste	**Sur l'année écoulée :** 68,9% au total (35,7% 1 fois et 33,2% plus d'1 fois)	**Sur l'année écoulée :** 67% au total
Déclaration d'arrêt de travail (AT)	**Sur l'année écoulée :** 12% d'AT au total **Parmi les MG ayant eu des problèmes de santé :** 52,5% ont renoncé	**Sur les 2 dernières années :** 29% d'AT au total **Parmi les MG ayant eu des problèmes de santé :** 43% ont renoncé
Obstacles à l'arrêt de travail (AT)	**Parmi les MG ayant renoncé à s'arrêter:** Désorganisation des soins : 77,4% Manque de remplaçants : 35,5% Raisons financières :32,3% Surcharge de travail : 80,6%	**Parmi les médecins ayant renoncé à s'arrêter:** Désorganisation des soins : 74% Manque de remplaçants : 53% Raisons financières :27%
Consommation de médicaments psychotropes	**Sur l'année écoulée :** Toutes classes confondues : 32% Anxiolytiques : 24% Anti-dépresseurs : 6% Hypnotiques : 11%	**Pas de mesure de temps** Psychotropes : 20,4%
Conduites addictives	Tabac : 22% Alcool : 78% Cannabis : 2% Opiacés : 1,3%	Tabac : 20,2% Alcool : 85,9% Cannabis : 3,5%
Auto-évaluation de l'état de santé	**Santé générale :** Médiane [Q1 ;Q3] : 8/10 [7 ;9] **Santé psychique :** Médiane [Q1 ;Q3] : 7/10 [6 ;8]	Mauvaise : 3,7% Moyenne : 22% Bonne : 56,4% Excellente : 12,5%
Difficultés psychologiques *(* :pour n=59)*	**Sur l'année écoulée :** Troubles du sommeil : 56,6% Anxiété : 72,9% * Surmenage professionnel : 66,1%* Etat dépressif : 18,6%* Burn-out : 22%* Idées suicidaires : 1,7%*	**Pas de mesure de temps** Idées suicidaires : 13,2% Stress : 90% Burn-out : 13% • Epuisement émotionnel : 54% • Perte d'accomplissement personnel : 43% • Dépersonnalisation : 19%

Tableau 6: Comparaison de nos principaux résultats avec l'étude CNOM 2018

Nos résultats s'accordent pour la plupart avec ceux de l'enquête CNOM, toutefois il est important de préciser les points suivants :

Dans notre étude seuls 7% des MG n'avaient pas de médecin traitant contre 68% dans l'enquête CNOM. Cependant, dans leur étude il n'était pas fait de distinction entre l'auto déclaration et la désignation d'un confrère, il est donc probable que les médecins s'étant auto-déclarés aient considéré qu'ils n'avaient pas de médecin traitant ; ce qui peut expliquer une telle différence.

Dans notre département seuls 13,7% des répondants avaient consulté un MG sur l'année écoulée contre 23,2% sur le territoire national. Cette différence d'attitude pourrait s'expliquer, entre-autre, par le fait qu'il y'avait dans l'échantillon de la CNOM des spécialités différentes de la médecine générale, mais il ne s'agit probablement pas de la seule raison. On retrouve par contre des chiffres similaires en ce qui concerne le recours au médecin spécialiste.

Le recours aux arrêts de travail était deux fois moins fréquent dans notre étude, mais nous interrogions les participants sur les 12 derniers mois quand dans l'étude CNOM il s'agissait des deux dernières années écoulées. On retrouve néanmoins dans les deux échantillons une attitude de renoncement assez importante, puisque cela concerne 52,5% de notre population contre 43% sur le territoire national. Les raisons d''une telle attitude étaient sensiblement les mêmes dans les 2 études.

La consommation de médicaments psychotropes est plus importante en Gironde que sur le reste du territoire national, puisque cela concerne 32% des MG de notre étude versus 20,4% dans l'enquête CNOM. Cependant dans notre enquête, le terme « psychotrope » n'a pas été employé distinctement, mais les praticiens étaient interrogés sur les catégories médicamenteuses suivantes : anxiolytiques, hypnotiques, anti-dépresseurs, ce qui peut correspondre à d'autres classes pharmacologiques telles que les antihistaminiques, la mélatonine, la phytothérapie...cela pourrait expliquer en partie une telle différence.

Concernant les difficultés psychologiques les chiffres que nous retrouvons sont assez discordants de ceux recueillis sur le territoire national. Toutefois, nous interrogions les participants sur l'année écoulée quand dans l'étude CNOM il n'y avait aucune mesure de temps et que les participants pouvaient rapporter des symptômes anciens de plusieurs années. De plus, seul 25% de notre échantillon avait répondu à l'intégralité de cet item, ce qui peut constituer un biais de déclaration important. Ainsi, seul 1,7% de notre échantillon rapportait des idées suicidaires contre 13,2% dans l'enquête CNOM. A l'inverse, 22% des MG de notre étude déclaraient des symptômes de burn-out contre 13% dans l'enquête CNOM. Cependant, nous n'avons pas donné de définition du burn-out quand dans l'étude nationale était utilisée celle de C. Maslach (16). Les participants devaient alors préciser s'ils avaient été atteints par l'un de ces 3 symptômes : épuisement émotionnel, dépersonnalisation, perte d'accomplissement personnel, seuls ceux ayant présenté les 3 étaient effectivement considéré comme atteint de burn-out.

3. DISCUSSION DE NOS RESULTATS AVEC LA LITTERATURE

3.1 Déclaration de médecin traitant : une tendance à l'auto-désignation

Depuis la loi d'Août 2004, la déclaration du médecin traitant s'inscrit dans l'organisation du parcours de soins coordonné, et s'adresse donc à tout patient y compris aux professionnels de santé.

De multiples travaux de thèse et des études de plus grande envergure, menées de 2005 à 2016, se sont intéressées à cette thématique concernant les médecins eux-mêmes. Les résultats montrent qu'il y'avait entre 65% et 84% des médecins à s'être auto-déclarés médecin traitant, tandis qu'un confrère était désigné dans 9% à 24% des cas (6) (7) (9) (12) (17).

Dans notre échantillon, **68,8% des médecins s'étaient auto-déclarés comme médecin traitant**. Seuls 24% avaient désigné un confrère**.** Les médecins salariés en comparaison aux médecins libéraux, étaient de manière significative, proportionnellement plus nombreux à avoir désigné un confrère comme médecin référent, toutefois ce phénomène reste à expliciter.

Les attitudes sur ce point sont donc sensiblement les mêmes qu'il y'a 15 ans.

3.2 Consultation d'un confrère : le médecin spécialiste en premier recours

Si on s'intéresse à la population générale française, en 2014 un habitant consulte en moyenne 6,3 fois par an un médecin (toutes spécialités confondues) (18), en 2015 un bénéficiaire consulte en moyenne 4,6 fois par an un médecin généraliste (19). Il existe en revanche peu de données concernant l'attitude des médecins eux même en tant que patients.

Dans notre étude, **les médecins généralistes n'avaient que rarement recours aux soins d'un confrère médecin généraliste puisque 86% d'entre eux n'en avaient jamais consulté** sur l'année écoulée. Le fait d'être atteint d'une pathologie chronique ne modifiait pas leur attitude, de même que le mode d'exercice ou d'installation. Toutefois, ceux ayant désigné un médecin traitant autre qu'eux-mêmes étaient proportionnellement plus nombreux à avoir consulté un généraliste, ce qui se traduit également dans notre étude, par le fait que les médecins salariés consultaient significativement plus que les médecins libéraux. Ainsi la déclaration d'un médecin traitant parait faciliter le recours aux soins.

Concernant la consultation d'un confrère spécialiste, les attitudes étaient tout autres puisqu'ils étaient 69% à en avoir bénéficié sur l'année écoulée. Les femmes étaient proportionnellement plus nombreuses que les hommes à avoir consulté, mais cela peut s'expliquer par un âge moyen de 44,3 ans dans la population féminine et un recours au gynécologue habituellement annuel dans cette moyenne d'âge, voir multiples en cas de grossesse.

Dans la littérature on retrouve aussi ce phénomène de « délaissement » du généraliste au profit du spécialiste chez les patients-médecins (5) (6) ; tandis que les travaux menés sur les internes et jeunes médecins (4) (18) témoignent également de difficultés à recourir aux soins d'un confrère, qui se déroulent le plus souvent dans un cadre informel auprès d'un ami, un membre de la famille ou un collègue de travail.

3.3 Le manque de temps : seul frein à l'accès aux soins ?

Dans notre étude, parmi les raisons évoquées pouvant freiner à consulter un confrère, **le manque de temps était évoqué en première ligne pour 55% des répondants**, tandis que l'embarras de consulter « pour rien », la difficulté à se mettre à la place du patient et la crainte d'être jugé sur le motif de la consultation concernaient un peu plus de 20% des répondants. Toutefois, il semblerait que ce-dernier point constitue un obstacle à consulter plus important qu'il n'y parait. En effet, questionnés sur les thèmes pouvant être abordés en consultation, seuls 59% des médecins ne seraient pas gênés d'évoquer des symptômes relevant du psychisme, 63% pour les addictions et 50% sur la sexualité. De plus, à travers les commentaires libres des participants, il ressort une certaine insatisfaction des médecins pris en charge par leur confrère, lié au fait de ne pas avoir été traité comme un « patient standard », ce qui laisse à penser que **la relation médecin-patient/médecin-soignant reste à améliorer.**

Dans la littérature, il y'a là aussi peu de données. Dans un travail de thèse dirigé par le Pr Galam sur le médecin malade (20), les obstacles aux soins évoqués par les médecins interrogés, provenaient en partie du caractère libéral de l'activité, de la non compensation par la protection sociale spécifique en cas d'arrêt de travail et des difficultés à trouver un remplaçant. Dans une étude de 2013 réalisée auprès d'internes en 3ème année (21), ils étaient 34% à déclarer être gênés de consulter pour un symptôme qu'ils pensaient pouvoir gérer seul, ou encore ils étaient 47% à trouver« difficile » ou « très difficile » de passer du statut de médecin à celui de patient. Ce dernier point semble se confirmer dans l'étude toulousaine de 2017 (17) s'intéressant « aux soins d'un confrère » réalisée auprès de médecins généralistes libéraux. En effet, là aussi pour 55% des médecins **la principale difficulté à consulter un confrère était d'accepter son statut de patient,** tandis que seuls 6,6% des interrogés pensaient que le manque de temps pouvait freiner à consulter. Les résultats sont donc assez divergents avec ceux de notre étude.

Une étude qualitative, réalisée par entretiens semi-dirigés datant de 2015 (22), s'intéressait aux freins à l'accès aux soins chez les médecins généralistes libéraux. Les résultats retrouvaient **quatre catégories d'obstacles : les freins liés à la consultation, les freins liés à la maladie, la facilité à se prendre en charge seul et le statut même de médecin**. Les médecins soulignaient la complexité de la relation entre confrères, les contraintes organisationnelles liées au manque de temps, mais également aux difficultés du travail en libéral. Ils décrivaient une peur réelle de la maladie, pas seulement pour ce qu'elle représente en tant que pathologie, mais surtout pour la perte de productivité et l'insécurité financière à laquelle elle les expose. Il existait un sentiment global d'abandon comme s'ils étaient évincés d'un système de soins dont ils sont les principaux acteurs. Un autre travail de thèse (23) traitant de la même problématique, tente en conclusion de proposer des **stratégies pour améliorer le relation médecin-soignant/médecin-malade.** En tant que malade, le médecin devait adopter une attitude « neutre » et **ne pas se positionner comme un patient privilégié**, cela pouvant amener un sentiment d'hostilité de la part de l'équipe médicale. Il était important qu'un **cadre formel** soit donné à la consultation : sur rendez-vous, au cabinet du soignant et en respectant la confidentialité, avec un médecin ayant peu de relation d'intimité de préférence. **Le paiement** de la consultation était également un élément important, puisqu'il clarifiait la relation entre le médecin-soignant et le médecin-patient. Il confirme le caractère technique et professionnel de la consultation. **La formation spécifique aux soins des autres médecins** était évoquée plusieurs fois, et apparaissait comme une solution probable à l'amélioration des relations médecin-patient/médecin-soignant.

Il semble donc que la problématique soit plus complexe qu'elle n'y parait, outre les contraintes organisationnelles certaines, l'image que le médecin a de lui-même mais également la place qu'il a dans la société, rendent sa position en tant que malade « inenvisageable ». **La relation entre confrères constitue une réelle problématique et reste sans conteste à améliorer, pour favoriser l'accès aux soins des médecins généralistes.**

3.4 L'arrêt de travail : un renoncement fréquent de la part des médecins

Dans notre étude, 75% de la population étudiée n'avait pas eu besoin d'arrêt de travail pour maladie sur l'année écoulée, 12% en avait bénéficié tandis que **13% des interrogés déclaraient y avoir renoncé tandis que leur état de santé le justifiait.** Les médecins salariés étaient proportionnellement deux fois plus nombreux à avoir bénéficié d'arrêts de travail de moins de 15 jours que les médecins exerçant en libéral. Parmi ceux qui avaient eu besoin d'un arrêt de travail en 2017 c'était 40% des salariés qui y avaient renoncé contre 55% des médecins libéraux. Toutefois ces différences n'étaient pas statistiquement significatives, ce qui pourrait s'expliquer par la taille restreinte de notre échantillon et le manque de puissance des tests statistiques.

Dans la littérature, il y'a peu de référence. Dans des études régionales de 2006 (6) et 2013(12), 9% à 16,3% des médecins avaient déclaré s'être arrêtés de travailler pour raison de santé dans l'année précédente, ce qui s'approche de nos résultats.

Dans notre étude, **parmi les raisons pouvant expliquer une telle attitude, la désorganisation des soins touchait plus de 75% des médecins concernés**, la surcharge de travail était évoquée pour un peu moins de 50% d'entre eux, tandis que le manque de remplaçants et les raisons financières arrivaient en 3ème et 4ème position.

3.5 Perception des médecins sur leur santé : impact du surmenage professionnel

Dans notre étude, concernant l'auto-évaluation de leur état de santé, les médecins girondins avaient une vision plutôt positive de leur santé en générale avec une note médiane à 8/10. Seule 8,5% de la population attribuait une note inférieure ou égale à 5/10, tandis que plus de 70% des médecins notaient leur santé entre 7 et 9/10. Les médecins travaillant plus de 48h avaient tendance à attribuer des notes plus basses que ceux travaillant moins de 48h, et cette différence était statistiquement significative. Le mode d'exercice ne semblait pas avoir de retentissement sur la perception de leur santé, de même que la déclaration d'un médecin traitant ou la consultation d'un confrère sur l'année écoulée.

En revanche, il semblerait que la perception des médecins sur leur santé psychologique soit moins favorable que celle de leur « santé générale » : on retrouve en effet un point d'écart sur la note médiane qui est à 7/10 et ils étaient deux fois plus nombreux à attribuer une note inférieure ou égale à 5/10 soit 17%. Les médecins travaillant plus de 48h évaluaient leur santé psychologique comme moins bonne que ceux travaillant moins de 48h et cette différence était statistiquement significative. Le sexe, le mode d'exercice et d'installation ne semblaient pas avoir de retentissement quant à leur perception sur ce sujet. Parmi les symptômes ressentis, les troubles du sommeil étaient évoqués en premier, puis l'anxiété et le surmenage professionnel en troisième position. Toutefois, cette question n'a été traitée intégralement que pour le premier item concernant « les troubles du sommeil », seuls 25% des participants ont ensuite répondu

aux cinq autres items (anxiété, surmenage professionnel, burn-out, état dépressif, idées suicidaires).

Ainsi c'est 85% des médecins interrogés qui considéraient que le surmenage professionnel, le burn-out, et les difficultés psychologiques constituaient un problème de santé publique touchant plus particulièrement la profession médicale.

Ils étaient 40% à avoir ressenti le besoin d'être aidé pour faire face un épisode de difficultés psychologiques mais plus de 27% n'avaient pas consulté. Les femmes étaient significativement plus touchées que les hommes puisque 48% d'entre-elles s'étaient senties en détresse versus 30% de la population masculine. Parmi elles, 36% avaient consulté, et dans ce dernier cas elles avaient essentiellement recours au psychologue, tandis que seuls 24% des hommes en difficulté avaient une attitude similaire.

Malgré ce mal être latent, on constatait une véritable méconnaissance des organismes déjà à leur disposition pour leur venir en aide : dans notre échantillon près de **90% des répondants ne connaissaient pas l'association d'aide aux professionnels de santé MOTS**, active dans le sud-ouest, de même près de **76% des répondants ignoraient l'existence du numéro national** d'accueil et d'écoute mis en place par la CNOM malgré une médiatisation récente.

La littérature semble confirmer nos résultats. **L'étude sur les professionnels de santé datant de 2015(10) rapporte aussi des chiffres inquiétants.** En effet, près de 67% des médecins répondants estimaient être ou avoir été concernés par une situation de burn out. Toutefois, aucune mesure de temps n'était donnée quant à l'apparition de ces symptômes, quand dans notre questionnaire nous interrogions les médecins sur l'année écoulée. Dans l'enquête suivante de 2016(13), il leur était demandé s'ils chercheraient à se faire aider en cas de souffrance psychologique et 20% des médecins y répondaient par la négative. Dans les raisons pouvant expliquer une telle attitude 71% des professionnels de santé évoquaient des raisons financières face à un arrêt maladie potentiel, 69% ne souhaitaient pas que cette situation soit connue et 42% rapportaient un sentiment de culpabilité. De plus, parmi les médecins ils étaient 54% à ne pas savoir vers qui se tourner dans une telle situation. Ceux qui chercheraient de l'aide s'adresseraient, pour plus de la moitié d'entre eux, vers l'entourage familial ou amical, 30% vers un médecin et 20% à un psychiatre ou un psychologue.

Ce constat n'est pas nouveau, la prise en compte de la sur-incidence de ce phénomène dans la population médicale débute depuis le début des années 2000 en France. Les travaux de Didier Truchot (24), confirmés par la suite par plusieurs études (25) (26), ont montré la prévalence élevée de l'épuisement professionnel des médecins français. Dans la même période ceux d'Yves Léopold (27) ont mis en évidence un **surrisque de suicide de 2,3 chez les médecins actifs par rapport à la population équivalente**. Bien que les marqueurs identifiés dans les séries françaises de suicide n'aient rien de spécifiques aux médecins : la rupture affective ou le divorce, les addictions, les difficultés financières, les procédures en cours devant tribunaux, et les pathologies organiques, à marqueurs comparables, la mortalité par suicide des médecins reste deux fois plus élevée que dans la population générale ! Ce qui montre bien la spécificité « professionnelle » de cette anomalie : **l'épuisement professionnel est bien une pathologie de la relation d'aide**. Les « professions d'aide » ont en commun d'obliger les individus à soutenir en permanence une image idéalisée d'eux-mêmes dans des conditions de plus en plus difficiles. Mais comment maintenir cette « façade » lorsqu'il faut assumer la souffrance, la mort la nudité, l'impuissance ? Notre activité nous expose en effet à un échec permanent, à savoir qu'à terme tous nos malades mourront quelle que soit notre qualité de médecin. A cela s'ajoute un autre phénomène qui vient quotidiennement mettre à l'épreuve la résistance du médecin :

choisir pour chaque patient la solution idéale, en respectant à la fois les recommandations scientifiques et ses valeurs éthiques. Chaque décision relève donc d'un dilemme qui inévitablement impose un choix, un déchirement, un renoncement, une souffrance.

Le Pr Truchot précise dans ses travaux que la principale cause de burn-out résulterait de la sphère relationnelle : relations avec les patients, les collègues et les chocs émotionnels. Il pointe également comme responsable la sensation d'iniquité dans la relation médecin-patient. **La personnalité du médecin ou « identité professionnelle » entrerait aussi en compte : ainsi l'activiste social, militant engagé, est moins à risque de présenter un burn-out que le carriériste ou son contraire le « self-due »** (qui privilégie son confort de vie personnel) (28) .

Si dans les travaux d'E. Galam (29), les causes de burn-out évoquées par les médecins sont l'excès de paperasserie et l'augmentation des contraintes collectives, le travail du Pr Truchot (30) montre que la charge de travail aurait uniquement de l'influence sur l'épuisement émotionnel, alors que les pressions administratives et fiscales n'auraient pas d'influence.

Plus largement, les facteurs de risque psychosociaux ont été classés en 6 catégories par le rapport Gollac (31)**:**

- intensité et organisation du travail (surcharge de travail, imprécision des missions, objectifs irréalistes...),
- exigences émotionnelles importantes avec confrontation à la souffrance, à la mort, dissonance émotionnelle ;
- autonomie et marge de manœuvre ;
- relations dans le travail (conflits interpersonnels, manque de soutien du collectif de travail, management délétère...) ;
- conflits de valeurs ;
- insécurité de l'emploi.

Une thèse de 2015 réalisée en Aquitaine et Poitou-Charentes (32), tentait de mettre en évidence des **facteurs protecteurs à l'épuisement professionnel**, chez les médecins généralistes libéraux installés depuis moins de 10 ans. 47 réponses ont été exploitées et retrouvaient les résultats suivants : **les médecins satisfaits de leur perspectives personnelles (p=0,065) étaient moins touchés que les autres**, de même la participation aux groupes de pairs montrait une différence significative avec les autres groupes (p=0,01). Les médecins qui avaient **l'impression que leur salaire était en adéquation avec leurs efforts** montraient eux aussi significativement moins de signe d'épuisement professionnel (p=0,043).

Ainsi, différents facteurs rendent les professionnels de santé vulnérables : demande de performance, image du soignant infaillible, valeurs d'engagement et d'abnégation, dispositifs de soin complexes et évolutifs, tension démographique, insécurité etc… Or la qualité des soins et la sécurité des patients sont intrinsèquement liées à la sérénité des soignants (33) (34). Après une longue période de déni, l'épuisement professionnel est aujourd'hui bien au centre des débats, un changement des mentalités est d'ores et déjà en cours et ouvre à la juste et délicate prise en compte de l'implication du soignant dans son exercice (35) (36).

3.6 Le recours aux médicaments psychotropes : près d'un médecin sur trois est consommateur

Concernant le recours aux médicaments psychotropes, dans notre étude ils étaient **32% à avoir bénéficié d'une prescription pour l'une de ces trois classes médicamenteuses**. 24% des médecins déclaraient avoir eu recours à des anxiolytiques sur l'année écoulée, les hypnotiques concernaient 11% des répondants, tandis que 6% des médecins avaient bénéficié d'une prescription régulière d'anti-dépresseurs. Les femmes étaient significativement plus nombreuses que les hommes à avoir recours aux anxiolytiques (31% versus 17%). Parmi ces médecins**, ils étaient 90% à être auto-prescripteur de ces médications**.

Selon les études réalisées en 2010 et 2013 (9) (12) entre 20% et 27,4% des médecins interrogés déclaraient avoir consommé des anxiolytiques ou des somnifères et 60% à 86% d'entre eux se l'étaient auto-prescrit. **Les femmes médecins y avaient plus souvent recours par rapport à leur confère masculin.** Toutefois, on constatait que les hommes médecins étaient proportionnellement plus nombreux à recourir aux anxiolytiques que les hommes de la population générale. Concernant les anti-dépresseurs, les résultats étaient similaires dans les 2 études avec environ 5% des médecins en ayant consommé sur l'année écoulée, dont 55% à 60% d'entre eux se l'étaient auto-prescrit.

Dans l'étude STETHO de 2015 (10), concernant la consommation de psychotropes et anxiolytiques : **près de 8,5% de l'échantillon était en situation de dépendance, ou fort risque de dépendance**. Ici il n'y avait pas de différence homme/femme, les deux sexes étaient également exposés. Chez les médecins, 9,4% déclaraient être ou avoir été dépendant aux anxiolytiques ou psychotropes et 3% l'étaient au moment du questionnaire.

Les chiffres girondins sont donc un peu plus élevés que ceux retrouvés sur le territoire national ou dans les autres études régionales, tandis que le risque de dépendance constitue une menace réelle même chez les soignants.

3.7 Comportements à risques : les médecins sont aussi concernés

Dans notre étude, concernant l'utilisation de substances addictives**,** on retrouvait 22% de fumeurs. 78% des répondants déclaraient consommer de l'alcool :44% avaient une consommation occasionnelle, 31% pluri-hebdomadaire et 3% quotidienne. Le cannabis concernait moins de 2% des répondants et seuls 2 médecins affirmaient consommer des opiacés.

Dans l'enquête STETHO 2015 (10), c'était près **de 7% de la population étudiée était en situation de dépendance ou, fort risque de dépendance, à l'alcool selon le score AUDIT**. Cette dépendance touchait davantage les hommes : 10,3 % étaient concernés, contre 3,8% des femmes. Chez les médecins, 7,5% étaient ou avaient présenté une dépendance à l'alcool, 3,5% se déclaraient comme dépendant au moment du questionnaire.

Dans notre département en 2015, pour son travail de thèse, Edouard Creuzé s'intéressait à « l'hygiène de vie des médecins généralistes en Gironde » (11). Parmi les 283 médecins étudiés 18% étaient fumeurs de tabac, et 1.8% fumaient du cannabis occasionnellement. Aucun ne consommait de cocaïne. **Il existait un probable mésusage de boissons alcoolisées** pour 54.7% de la population étudiée, mais aucun des médecins n'avait de probable dépendance à l'alcool selon le score AUDIT.

Si l'on s'intéresse aux chiffres dans la population générale française (16), dans le rapport DREES 2017, il y'avait 34,3 % de fumeurs parmi les 18-75ans. Parmi les actifs occupés, la prévalence du tabagisme quotidien se révélait la plus élevée parmi les ouvriers (42 %), et la plus faible pour les cadres ou les professions intellectuelles supérieures (19 %). Concernant l'alcool, 18,5 % en consommaient régulièrement (au moins dix fois dans le mois au cours des 12 derniers mois) et 10 % quotidiennement. Dans cette même enquête, la consommation régulière de cannabis (au moins 10 fois dans le mois) s'élevait à 3,1 % (4,5 % chez les hommes et 1,7 % chez les femmes).

Il semble donc que l'attitude des médecins, ne soit pas exempte de comportements à risque. Nos résultats sont très proches de ceux retrouvés chez les médecins sur le territoire national, et les comportements ne semblent pas avoir évolué dans le département depuis 2015. Les praticiens de notre étude ont globalement moins d'addiction que la population générale, toutefois les différentes études citées retrouvent des scores inquiétants quant à un probable mésusage des boissons alcoolisées.

3.8 Des médecins en demande de soins

Dans notre étude, quant aux solutions proposées pour améliorer l'accessibilité aux soins, ils étaient **56,5% à penser qu'ils consulteraient plus facilement s'ils pouvaient avoir recours à un médecin spécifiquement formé aux soins des autres médecins**. De même, la possibilité de pouvoir bénéficier d'une consultation annuelle de médecine préventive trouvait de l'intérêt pour 28% des répondants et 38% étaient favorables à la création de structures de soins dédiées spécifiquement aux médecins.

Dans la littérature, concernant la création d'une structure de soins dédiés aux médecins, on retrouve des avis encore plus favorables que dans notre travail. Dans l'étude destinée à la souffrance des professionnels de santé de 2015 (10): toute catégorie confondue (Médecins, infirmières, aide soignantes, kinésithérapeutes, vétérinaires, pharmaciens…) ils étaient 80% à préférer être pris en charge dans une structure dédiée aux professionnels de santé dans un lieu éloigné de leur lieu d'exercice. **Dans d'autres études régionales(12)** (37) **c'était 59,9% à 68,9% des médecins interrogés qui étaient favorables à une telle structure de soins**. Dans un travail de thèse s'intéressant aux besoins d'un système de soins dédié à la santé des médecins (34), il était précisé que les praticiens étaient demandeurs de consultations de prévention mais aussi de soins (prescription de thérapeutiques et d'actes) dans un cadre de confidentialité renforcée. 29,2% étaient en faveur d'une médecine du travail avec détermination de l'aptitude à l'exercice médical, 52,7% préféreraient ce service mais sans détermination de l'aptitude.

La seconde étude sur la souffrance des professionnels de santé de 2016(13), confirme cette demande de soins de la part des médecins. En effet plus de **70% des soignants désiraient bénéficier de consultations physiques de prévention et de dépistage,** et plus de 55% d'une orientation vers des structures qui leur soient dédiées. Pour favoriser l'accès aux soins, 33% étaient désireux d'avoir accès à un service de remplacement, mais aussi à un service d'informations juridiques pour près de 40%,. Dans l'hypothèse d'un numéro vert disponible 24h/24h, il leur était demandé quels seraient les interlocuteurs qu'ils souhaiteraient rencontrer au bout du fil, 58% privilégieraient le psychologue, 35% une personne formée à l'écoute psychologique ou un psychiatre, et 36% un confrère de même spécialité. Ce dernier point semble confirmer la réalité de la souffrance psychologique qui touche les professionnels de santé en véritable recherche de soutient.

4. EVOLUTION ET PERSPECTIVES

4.1 Sur le territoire national

Depuis Mars 2017, une campagne de communication **« Dis Doc t'as ton doc ? »** (38), a été lancée par le CFAR (Collège Français des Anesthésistes et Réanimateurs) et relayée par de nombreux partenaires, pour sensibiliser tous les professionnels de santé à déclarer un médecin traitant et ne plus recourir à l'auto-diagnostique et l'automédication.

Pour améliorer la prévention, en s'inspirant des initiatives de la ville de Paris, et d'autres expérimentations locales, le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins de Bretagne en collaboration avec l'assurance maladie ont proposé des **examens de prévention aux médecins bretons dans les centres d'examens de santé de l'Assurance Maladie** de Brest, Lanester, Rennes et saint Brieuc. Confidentiel et gratuit, avec un numéro de téléphone et des plages horaires dédiés, l'examen de santé est aussi l'occasion de sensibiliser les médecins au choix d'un médecin traitant. **140 examens de prévention ont eu lieu entre octobre 2016 et février 2017,** et 97% des médecins consultent dans les centres d'examens de santé du département de leur lieu d'exercice.

Le 17 Février 2018, le CNOM a signé une charte de coopération avec 7 associations d'entraides spécialisées pour les soignants afin de constituer un réseau national :

- MOTS (Médecins Organisation Travail Santé) : Midi-Pyrénée et Aquitaine
- AAPMS (Association d'Aide Professionnelle aux Médecins et Soignants)
- ARENE (Association Régionale d'Entraide du Nord-Est)
- ASRA (Aide pour les Soignants en Rhône Alpes)
- ASSPC (Association pour la Santé des Soignants du Poitou Charente)
- ERMB (Entraide Régionale des Médecins de Bretagne)

Cette charte a permis de créer la fédération de la « PASS » (Programme d'Aide et de Solidarité aux Soignants) sur laquelle s'appuie le numéro d'appel unique anonyme et gratuit destiné aux soignants en souffrance (0800800854). Cette plateforme téléphonique active 24h/24h et 7J/7J depuis janvier 2018, met au service des soignants, des psychologues à leur écoute. Il leur est proposé en fonction de la problématique de les réorienter vers les associations d'aides locales (l'association MOTS pour la Gironde), ou vers les structures d'entraides spécialisées. Depuis sa création on enregistre entre 500 et 600 appels par mois (39), les appelants sont aussi bien des salariés (55%), que des libéraux (35%), mais aussi des étudiants.(40)

Grâce au soutien de la CNOM, et des ARS, de nouvelles Unités de Soins pour les Professionnels de Santé (USPS) ont vu le jour. Il s'agit de structures qui ont été mises en place pour les médecins en souffrance physique et/ou psychologique, afin qu'ils bénéficient d'un accueil spécifique dans le cadre de la prise en charge de leur maladie. Les premiers lits ont été créés en 2011 à la clinique Belle Rive en périphérie d'Avignon. En moins de 10 ans, l'ouverture de nouvelles structures ont permis de couvrir l'ensemble du territoire national et on compte à ce jour 6 USPS dont 3 ont ouvert leurs portes en 2018.

- USPS des Hauts de France (Clinique du Littoral)
- USPS Grand Est (Clinique des boucles de la Moselle)
- USPS Normandie (Clinique d'Yvetot)

- USPS Auvergne Rhône Alpes (Clinique de Châtillon)
- USPS Occitanie (Clinique Belle Rive)
- USPS Nouvelle Aquitaine (Clinique Béthanie)

Réuni autour d'un cahier des charges strict, les USPS s'engagent à accueillir les professionnels de santé dans les 72h, et travaillent en collaboration avec les associations de la PASS.

C'est dans cette dynamique que le premier établissement de soins psychiatriques dédié aux professionnels de santé a vu le jour en octobre 2018 en Saône et Loire. Ainsi, la clinique privée Le Gouz, accueille des professionnels de santé, quelle que soit leur région d'origine, dans le respect de l'anonymat et de la confidentialité pour leur assurer une prise en charge spécifique avec des intervenants formés aux soins des soignants.

Le CNOM a également signé, le 22 novembre 2017, un partenariat avec les organismes de protection sociale obligatoires : la Caisse autonome de retraite des médecins de France (Carmf) pour les médecins libéraux, et le Centre national de gestion (CNG) pour les praticiens hospitaliers, afin de créer un fond d'action social dans le but de créer un programme élargi d'entraide médico-psycho-sociale des médecins en difficulté (41). Les objectifs sont de sensibiliser les médecins à l'importance d'un suivi médical et au risque d'épuisement professionnel, mais aussi promouvoir les actions de dépistage et de prévention (cf. action expérimentale dans les centres d'examens de la Caisse d'assurance maladie) et élaborer des passerelles de reconversion.

Afin de former les soignants à une prise en charge adaptée des médecins-patients, depuis 2015, un DIU « soigner les soignants » (42) a été mis en place avec les universités de Paris-Diderot et Toulouse. C'est également dans cette perspective que la conférence des doyens de médecine de France, a décidé de mettre en place pour les étudiants, des formations de « simulation en santé » afin d'acquérir des compétences relationnelles, utiles pour aider notamment aux soins des personnels de santé.

4.2 En Gironde

4.2.1 L'association MOTS

Créée en 2010 avec le soutien du Conseil Départemental de Haute-Garonne pour venir en aide aux médecins en difficultés, l'association MOTS (43) a étendu son champ d'action sur huit régions françaises (Centre Val de Loire, Grand-Est, Hauts de France, Ile de France, Normandie, Nouvelle Aquitaine, Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur). Depuis 2017, elle fait partie de la charte établie avec le CNOM. Il s'agit d'une association indépendante, qui garantit la confidentialité et l'égalité d'accès à tous les médecins appelants dans le respect de leur autonomie et de leur libre choix. Elle assure un accueil téléphonique 24h/24h et 7J/7J, et permet de mettre en contact l'appelant avec un Médecin Effecteur Coordonnateur du parcours de Santé (MECPS) qui intervient dans les 24h qui suivent l'appel. L'accompagnement proposé par MOTS consiste en une analyse systémique et globale de la situation du médecin et de son vécu. Un guide pratique d'analyse psychosociale et ergonomique de son exercice professionnel peut lui être proposé (annexe 4). Des orientations vers des personnes ressources ou des structures sont parfois nécessaires, elles peuvent être d'ordre sanitaire, juridique, ordinal, financier ou comptable.

Si on s'intéresse à l'activité de l'association, en effectif cumulé, au 31 décembre 2017 on recensait 761 demandes d'accompagnement depuis sa création, dont 173 en 2017, tandis que 228 appels avaient été reçus. Les médecins appelants étaient des femmes à 63% pour 37% d'hommes, l'âge moyen était de 49,1 ans. 38% des médecins appelants avaient une activité salariée ou mixte et 57% exerçaient en libéral. **La médecine générale représentait 58% des spécialités d'exercice des médecins en difficultés**. **Les motifs d'appels étaient variés, mais l'épuisement professionnel représentait 32% des cas.** Au terme des entretiens et de l'auto-analyse, les problématiques qui apparaissaient été complexes et multiples, mais là aussi l'épuisement et la surcharge de travail avec retentissement psychique étaient retrouvés dans 51% des cas. Les autres problématiques retrouvées par les MECPS concernaient l'organisation du travail (19%), les problèmes de vie privée (19%), les problèmes financiers (18%), les problèmes de santé physique avec retentissement sur l'activité (18%), les problèmes d'addictions (11%), les problèmes administratifs (11%), les conflits professionnels avec les collègues (9%). **Les orientations proposées par le médecin effecteur était un accompagnement psychologique par un psychiatre ou un psychologue dans 46% des cas,** une écoute et un accompagnement confraternelle par le médecin effecteur dans 47% des cas, des conseils de réorganisation professionnelle dans 27% des cas, une réorientation professionnelle dans 12% des cas, une orientation vers l'entraide du CDOM ou la CARMF dans 23% des cas. Le suivi des médecins en difficultés durait en moyenne de 3 à 6 mois. L'efficacité de la démarche proposée était évaluée par des questionnaires de satisfaction avec un taux de satisfaction générale de 94%.

4.2.2 La Clinique Béthanie

Depuis Octobre 2018, la clinique Béthanie fait partie du réseau des USPS et propose des soins psychiatriques dédiés aux soignants en hôpital de jour. Y sont accueillis aussi bien des médecins, que toutes les professions de la santé, mais également des étudiants en médecine. A terme, il est prévu de développer une unité dédiée aux soins des soignants en hospitalisation complète. L'équipe est formée d'un psychiatre et d'un neuropsychologue formé aux bilans, qui visent à faire entrer le médecin ou le paramédical dans la démarche de soins. La prise en charge spécialisée dans l'hôpital de jour comprend des temps dédiés de deux heures et demie à trois heures, pour des groupes multi professionnels constitués de médecins et de paramédicaux, tout en offrant un projet de soin individualisé.

VI- CONCLUSION

Les attitudes de santé des médecins Girondins ne semblent guère différer de celles retrouvées sur le territoire national si l'on se réfère à l'enquête du CNOM menée en 2017 auprès de plusieurs spécialités médico-chirurgicales. De même, depuis une vingtaine d'années on ne constate aucune évolution de leurs comportements. Auto-médecin traitant, auto-dépistage, auto-diagnostique, auto-prescription… le médecin est plus que jamais seul face à sa santé et à sa maladie.

La consultation d'un confrère reste du domaine de la spécialité, et les rapports entre médecin-patient et médecin-soignant constituent une véritable problématique à résoudre pour améliorer l'accès aux soins. De même, toujours dans une attitude de renoncement, plus d'un médecin sur deux évite de suspendre son activité professionnelle alors que son état de santé le justifie. Mais outre le souci de sa propre personne, le médecin doit surtout faire face à des patients toujours plus exigeants, à des contraintes administratives qui se complexifient de plus en plus, et malgré cela rester toujours performant en se formant continuellement aux avancées de la médecine.

Dans notre étude, plus de 60% des médecins ont présenté au moins un signe de difficulté psychologique sur l'année écoulée, et 40% ont ressenti le besoin d'être aidé pour faire face à ces difficultés. Il apparait donc clairement que le médecin tiraillé entre toutes ces exigences, s'oublie lui-même, et dans certains cas glisse vers une situation de burn-out sans savoir vers qui se tourner.

Pourtant, depuis une dizaine d'années de nombreux protagonistes se mobilisent pour améliorer cette réalité, mais restent méconnus des médecins. Les associations pour les professionnels de santé (dont MOTS dans notre département de la Gironde) sont à l'origine d'une véritable prise de conscience sur cette vulnérabilité qui touche les soignants. Une politique nationale, fédérée par le CNOM, tente de répondre à cette souffrance des médecins. Des expérimentations locales sont en cours d'évaluation pour tenter d'améliorer leur suivi médical, tandis que le réseau des USPS dédiées aux professionnels de santé s'étend sur le territoire national. Si les problématiques sont nombreuses et complexes, il n'en demeure pas moins que de véritables perspectives d'évolution se dessinent et apportent beaucoup d'espoir pour une amélioration de la situation.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Aptitude à l'exercice médical et la santé du médecin, Rapport de comission nationale permanente de l'ordre des médecins. 2000.

2. Pouillard, Delga, Bernard Catinat, Montané. L'entraide ordinale rapport de commission nationale permanente du Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2004 Juin [cité 22 juin 2018]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/article/l-entraide-ordinale-720

3. Leriche B, Biencourt M, Bouet P, Carton M, Cressard P, Faroudj JM et al. Le médecin malade. Rapport de la Commission nationale permanente du conseil national de l'Ordre des médecins [Internet]. 2008 [cité 16 nov 2017]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/article/le-medecin-malade-746

4. Le Breton-Lerouvilloi G. Santé des internes et jeunes médecins. Conseil national de l'ordre des médecins; 2016.

5. Morali, Parrenin, Faroudja, Luigi, Mourgues. La santé des médecins: un enjeu majeur de santé public, du dignostic aux propositions [Internet]. rapport de la comission permanente du conseil national de l'ordre des médecins; 2018 Avril [cité 17 avr 2018]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/node/2722

6. Suty R. Attitude des médecins généralistes envers leur propre santé. [Meurthe et Moselle]: Université de Nancy Henri Pointcaré; 2006.

7. Gillard L. La Santé des Généralistes [Thèse d'exercice]. [Ile de France]: Université de Paris Descartes; 2006.

8. Gautier A. Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003. St-Denis INPES. 2005;

9. Desprès P, Grimbert I, DesLemery B, Bonnet C, Aubry A, Colin C. Santé physique et psychique des médecins généralistes . DREES, étude et résultats n° 731. Juin 2010 [cité 18 juin 2018]; Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/sante-physique-et-psychique-des-medecins-generalistes

10. Association soins aux professionnels de santé. Etude sthétos internationale: souffrances des professionnels de santé. 1er Colloque National sur les Vulnérabilités des Professionnels de Santé; 2015.

11. Creuze E. Etude de l'hygiène de vie des médecins généralistes de la Gironde en 2015 [Thèse d'exercice]. [Gironde]: Université de Bordeaux Segalen; 2016.

12. Merieux C. Etude de l'autoprescription médicamenteuse chez les médecins généralistes de Rhone-Alpes [Thèse d'exercice]. [Rhone-Alpes]: Université de Lyon Claude Bernard; 2013.

13. Association soins aux professionnels de santé. Etude sthétos internationale : attentes des professionnels de santé en cas de souffrance psychologique. 2ème Colloque National sur les Vulnérabilités des Professionnels de Santé; 2016.

14. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2017. Conseil National de l'Ordre des médecins; 2017.

15. M. Anguis, H. Chaput, C. Marbot,, N. Vergier. Etudes et Résultats. France: DREES; 2018 Mai. Report No.: 1061.

16. Maslach C. , Jackson SE. Maslach Burn out Inventory manual. 2nd edition. Palo Alto: Consulting Psychologists Press. 1986;

17. Plagnard sophie. Difficultés et spécificités à soigner un confrère en médecine générale, en midi pyrénées [Thèse d'exercice]. [Midi pyrénée]: université Toulouse III Paul Sabatier; 2017.

18. OECD publishing. Panorama de la santé 2015: Les indicateurs de l'OCDE [Internet]. Paris; 2015. Disponible sur: https://doi.org/10.1787/health_glance-2015-fr.

19. L'état de santé de la population en France - RAPPORT 2017 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 5 nov 2018]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017

20. Bonneaudeau S. Le Médecin/malade: un patient comme les autres? [Thèse d'exercice]. [Ile de France]: Université de Paris Diderot; 2011.

21. Le Quintrec T, Penneau-Fontbonne D, Garnier F, Fanello S. Suivi médical des étudiants en troisième année de diplômes d'études supérieures (DES) de médecine. Arch Mal Prof Environ. 2013;74(4):369–379.

22. Carme J, Maglioli L. La santé du médecin généraliste : étude qualitative des freins à l'accès aux soins. Médecine humaine et pathologie. 2015. [Internet] [Thèse d'exercice]. [Rhône-Alpes]: Université de Grenoble Joseph Fourier; 2015. Disponible sur: dumas-01163839 https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01163839

23. A. Bauguion. Quand le médecin généraliste soigne l'un de ses confrère: une consultation difficile? [Loire-Atlantique, Vendée]: Université de Nantes; 2013.

24. Truchot D. Epuisement professionnel et burnout. Concepts, modèles, interventions. Malakoff:Dunod. 2004;

25. Galam E, LeTourneur A, Komly V,Jund J. Burn out among French GPs intraining: a cross-sectional study. Br J Gen Pract. 2013;

26. Quelques données significatives du mal-être des soignants français. La rédaction de Médecine. 2015;(11):395-5.

27. Léopold Y. Suicide et souffrance du médecin. Médecine. 1 nov 2015;11(9):391-3.

28. Truchot D. Le burn-out des médecins généralistes : influence de l'iniquité perçue et de l'orientation communautaire. 2009;Elsevier Masson, Annales médico-psychologiques, Revue psychiatrique:167-422.

29. Galam E. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens: témoignages, analyses et perspectives. 2007. Report No.: rapport de commision prévention et santé publique de l'URML.

30. Truchot D. Le burn'out des médecins libéraux de Bourgogne. Dijon: Union professionnelle des médecins libéraux de Bourgogne; 2001.

31. Askenazy P, Baudelot C, Brochard P, et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé. 2011.

32. Saurel V. Évaluation de la mise en place des facteurs protecteurs de l'épuisement professionnel chez les médecins généralistes installés depuis moins de 10 ans. [Aquitaine et Poitou-Charentes]: Poitiers; 2015.

33. HAS. Revue de littérature. Qualité de vie au travail et qualité des soins. 2016.

34. Galam É. L'erreur médicale, le burn-out et le soignant. Springer Science & Business Media; 2012.

35. Galam E. Soigner les soignants La formation implicite des médecins et leurs fragilités. 2015;(11):388-90.

36. Ministère de la santé et des solidarités. Marisol Touraine lance une stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail de l'ensemble des professionnels de santé. Prendre soin de ceux qui nous soignent. 2016 décembre.

37. Verjus AL. Médecins libéraux des Savoie et Isère : étude épidémiologique des besoins d'un système de soins dédié à leur propre santé. 12 nov 2012;58.

38. Collège Français des Anesthésistes-Réanimateurs. Dis Doc,t'as ton Doc ? http://cfar.org/didoc/.

39. Allermoz E. SOS soignants en souffrance. Médecins-bulletin de l'ordre des médecins. oct 2018;8-9.

40. 3ème Colloque National: soigner les professionnels de santé rendus vulnérables. Décembre 2017;

41. Tran-Phong E. , Berrier S. L'entraide ordinale, au service des médecins et de leur famille. Médecins-bulletins de l'ordre des médecins. Avril 2018;17-9.

42. Galam E. Soigner les soignants : spécificités et ressources. Diplôme Inter Universitaire. Paris Diderot.

43. Association MOTS : accompagnement de médecins en difficulté à Toulouse [Internet]. [cité 14 janv 2019]. Disponible sur: https://www.association-mots.org/

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE

Caractéristiques socio-démographiques

Description (facultative)

Quel est votre âge?

Quel est votre sexe?

1. Homme
2. Femme

Quel est votre mode d'exercice?

1. cabinet libéral de groupe
2. cabinet libéral seul
3. médecin salarié
4. activité mixte

Quel est votre milieu d'exercice?

1. milieu rural
2. ville de moins de 50 000 habitants
3. ville de plus de 50 000 habitants

Quel est en moyenne votre temps de travail par semaine?

1. moins de 35 heures
2. Entre 35 et 48 heures
3. Entre 48h et 60 heures
4. Plus de 60 heures

Comportement de santé et consommation de soins

Description (facultative)

Avez-vous un médecin traitant?

1. Oui: moi-même
2. Oui: mon conjoint ou un membre de ma famille
3. Oui: un confrère médecin généraliste
4. Oui: un confrère médecin spécialiste
5. Non mais je pense que j'en aurais besoin
6. Non je ne souhaite pas de médecin traitant

Combien de fois avez-vous consulté un confrère médecin généraliste sur l'année écoulée (2017)?

1. Une fois
2. Plus d'une fois
3. Jamais

Combien de fois avez-vous consulté un confrère médecin spécialiste sur l'année écoulée (2017) ? (hors psychiatre)

1. Une fois
2. Plus d'une fois
3. Jamais

Avez-vous une maladie chronique nécessitant un suivi médical régulier?

1. Oui
2. Non

Avez-vous bénéficié d'un arrêt de travail pour maladie sur l'année 2017?

1. Non je n'en ai pas eu besoin
2. Oui pour un arrêt de moins de 15 jours
3. Oui pour un arrêt entre 15 jours et 3 mois
4. Oui pour un arrêt de plus de 3 mois
5. Non j'ai évité alors que mon état de santé le justifiait

Si vous avez évité de prendre un arrêt de travail alors que votre état de santé le justifiait, pour quelle(s) raisons?

- [ ] J'ai évité pour des raisons financières
- [ ] J'ai évité par surcharge de travail
- [ ] J'ai évité devant le risque de désorganisation du service/cabinet
- [ ] J'ai évité par manque de remplaçant

Avez-vous déjà renoncé à consulter un confrère pour une ou plusieurs des raisons suivantes ?

	Oui	Non
Crainte de la non confidentialité	○	○
Manque de temps	○	○
Difficulté à prendre la place du patient	○	○
Embarras de consulter "pour rien"	○	○
Crainte d'être jugé sur le motif de ma c...	○	○
Gêne face au refus du médecin consul...	○	○
Moindre investissement du médecin c...	○	○

Seriez-vous gêné d'aborder les sujets suivants au cours de la consultation?

	Oui un peu	Oui beaucoup	Non pas du tout	Ne veux pas répondre
psychisme	○	○	○	○
addiction	○	○	○	○
sexualité	○	○	○	○

Santé des médecins

Description (facultative)

Comment estimez-vous votre état de santé général?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Très mauvais	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	Excellent

Comment estimez-vous votre état psychologique?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Très mauvais	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	Excellent

Considérez-vous que le surmenage professionnel, le burn-out ou les difficultés psychologiques constituent un réel problème de santé publique touchant particulièrement la profession médicale?

1. Oui
2. Non
3. Je ne sais pas

Vous-même, avez-vous présenté des signes de difficultés psychologiques sur l'année écoulée (2017) ?

	Oui	Non	Ne veux pas répondre
Troubles du sommeil	○	○	○
Anxiété	○	○	○
Surmenage professionnel	○	○	○
État dépressif	○	○	○
Burn out	○	○	○
Idées suicidaires	○	○	○

Avez-vous bénéficié d'une prescription pour l'une de ces catégories médicamenteuses au cours de l'année écoulée (2017) : antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques?

	Oui ponctuellement	Oui régulièrement	Non	Ne veux pas répondre
Hypnotiques	○	○	○	○
Anxiolytiques	○	○	○	○
Anti-dépresseurs	○	○	○	○

Si oui, quel était l'auteur de la prescription?

1. Moi-même
2. Mon médecin traitant
3. Un médecin généraliste
4. Un médecin spécialiste

Sur l'année écoulée, avez-vous ressenti le besoin d'être aidé pour faire face à un épisode de difficultés psychologiques ?

1. Oui mais je n'ai pas consulté
2. Oui et j'ai consulté un médecin généraliste
3. Oui et j'ai consulté un psychiatre
4. Oui et j'ai consulté un psychologue
5. Non
6. Je ne veux pas répondre à la question

Consommez-vous les substances suivantes ? Quelles sont les substances concernées ?

	Oui moins d'u...	Oui entre une f...	Oui plusieurs f...	Oui tous les jo...	Non	Ne veux pas ré...
Tabac	○	○	○	○	○	○
Alcool	○	○	○	○	○	○
Cannabis	○	○	○	○	○	○
Opiacés	○	○	○	○	○	○
Cocaïne	○	○	○	○	○	○

Au cours de l'année écoulée, avez-vous déjà ressenti le besoin d'être aidé pour faire face à une consommation de substance ?

1. Oui mais je n'ai pas consulté
2. Oui et j'ai consulté un médecin généraliste
3. Oui et j'ai consulté un psychiatre/addictologue
4. Oui et j'ai consulté un psychologue
5. Non
6. Je ne veux pas répondre à la question

Solutions pour un meilleur accès aux soins

Description (facultative)

Consulteriez-vous plus facilement si vous pouviez avoir recours à un médecin spécifiquement formé aux soins des autres médecins (un soignant de soignant) ?

	1	2	3	4	
Non pas du tout	○	○	○	○	Oui c'est certain

Pensez-vous que les solutions évoquées ci-dessous pourraient contribuer à l'amélioration de votre état de santé ?

	Non	Oui peut-être	Oui sûrement	Oui c'est certain	Je ne sais pas
Consultation méd...	○	○	○	○	○
Consultations an...	○	○	○	○	○
Structure de soin...	○	○	○	○	○

Connaissez-vous l'association d'aide aux médecins MOTS « Médecins Organisation Travail Santé » active dans le sud-ouest ?

1. Oui
2. Non

Connaissez-vous la ligne téléphonique nationale d'accueil et d'écoute 24h/24H (0826 000 401) mise en place par le CNOM et les associations d'aide aux médecins ?

1. Oui
2. Non

ANNEXE 2 : LETTRE D'ACCOMPAGNEMENT

Chère Consoeur, cher Confrère,

Dans le cadre de mon projet de thèse en médecine générale, s'intéressant à la « Santé et accès aux soins des médecins généralistes exerçant en Gironde », je sollicite votre attention pour donner votre avis qui est important.
Ce travail, entrepris sous la direction du Docteur Philippe Veaux et du Docteur Nathalie Lajzerowicz, médecins généralistes enseignants au Département Universitaire de Médecine Générale , s'inscrit dans les suites d'une vaste enquête menée sur la santé des médecins par le CNOM en 2017. En effet, près de 11 000 médecins ont répondu sur le territoire national et les résultats montrent que la Gironde exprime un mal-être parmi les plus élevés .
Nous voulons en préciser les causes sur notre département afin de contribuer avec vous à l'élaboration d'orientations concrètes pour une plus grande considération de la santé des médecins, et le soutien des praticiens en exercice.

Cette étude a été déclarée à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, et vos réponses resteront évidemment strictement confidentielles et anonymes. Je précise que ce mode de recueil de données ne permet en aucun cas de retracer votre adresse e-mail ni votre adresse IP qui demeurent totalement inconnues.

Le remplissage des réponses a été évalué à moins de 5 minutes.

La synthèse de cette étude vous sera ensuite rendue collectivement.

D'avance un grand merci pour votre participation dont dépend la validité et l'intérêt de notre travail.

Anna Kervern DES de médecine générale

ANNEXE 3 : COMMENTAIRES LIBRES DES PARTICIPANTS

1) améliorer la qualité des des soins donnes au medecin et de sa famille car j ai consulte un gyneco qui ne m a pas pris la pa car on est supposé se soigner soi meme et tout savoir j ai toujours ete mal soigné par les autres medecins et mes enfants aussi puisqu ils sont censé avoir une mere medecin.....

2) merci

3) J'ai déjà appelé la ligne téléphonique d'ecoute dédiée aux médecins et ai apprécié la disponibilité du professionnel avec au décours aide à la réflexion sur La façon de travailler

4) Belle enquête, car vrai problème. En espérant que vous aurez des réponses "honnêtes". Bon courage.

5) J'ai su me préserver une journée sans travail dans la semaine, ce qui me permet d'avoir un total d'heures de travail hebdomadaire raisonnable et de souffler en famille

6) J'ai fait le choix d'un mode d'exercice particulier qui me permet plus d'épanouissement professionnel, plus de reconnaissance. J'ai également décidé de ne pas travailler excessivement, un bon médecin est un médecin en bonne santé.

7) J'ai arrêté la médecine générale de ville mi 1999, je ne trouvais que peu d'intérêt à ce style d'exercice, très dégradé par l'omniprésence des exigences de la sécurité sociale. Puis j''ai travaillé comme médecin urgentiste au CHR de LIBOURNE jusque' à fin 2017, avec deux courtes périodes de reprise dans le cadre d' "hôpital en tension". J'ai été enchanté par ce travail d'urgentiste. Je vous prie de m'excuser si mes commentaires ne vous font pas beaucoup avancer.

8) Je travaille à mi-temps et ceci explique les réponses favorables à la prise en charge de ma santé en 2017 au temps de mon exercice à temps plein avec volume horaire hebdomadaire autour de 90 h il en était autrement : on ne parlait pas de burn-out mais c'est bien de cela qu'il s'agissait sans qu'il soit possible de rien dire ni rien changer La prise en charge d' un cancer du sein en 2010 a permis d'interrompre cette spirale infernale D'où l'accalmie actuelle qui ne reflète pas ce qui fut mon vécu au temps de mon activité : débordée , sollicitée au point de se sentir harcelée , impression d'être ligotée sur une ligne de chemin de fer , de hurler mais le TGV qui arrive ne t'entend pas.....

9) La question "Vous-même, avez-vous présenté des signes de difficultés psychologiques sur l'année écoulée (2017) ? " avec comme seules réponses Oui/Non, me semble manquer singulièrement de nuances...

10) J'ai fait un bilan de santé de la CPAM : c'était bien

11) L'épuisement est dû à une surcharge de travail qui est due probablement à une forte demande auprès du médecin généraliste à régler tous les problèmes des patients tant médicaux heureusement, que sociaux et professionnels , une mauvaise organisation des taches .

12) j'ai la chance de ne pas avoir besoin de soins

13) Toute la problématique est que l'on se rend bien compte de ses propres difficultés à assumer des situations de plus en plus lourdes - Pour ma part, je suis chef de service et je n'en peux plus, mais il n'y a personne pour me remplacer. Donc difficile de voir tout ce que j'ai construit s'effondrer, je poursuis donc mais je me sens dans un piège dont je ne peux pas sortir....

14) RAS

15) l'item n'était pas proposé mais j'ai consulté une hyponthérapeute pour des tb du sommeil. (ça a été efficace) ; le rdv a été pris par mon ami. Et j'ai réduit mon temps de travail (moins d'heure le samedi matin, refus des nouveaux patients en visite)

16) Heureusement que j'ai ma famille

17) C'est complétant ce questionnaire je viens de réaliser que j'ai du mal à me voir en tant que patient.

18) Métier passionnant ,mais dégradation depuis quelques années avec perte du côté "profession libérale" , encadrement et contraintes administratives trop présents ,perte de temps liée aux tâches administratives , informatiques etc... Nécessité absolue de revalorisation de l'acte médical , surtout de la visite ! Aucun regret , je referai bien ces 37 ans d'activité. Sur le plan santé , il est vrai que l'on se néglige par faute de temps. Bon courage pour la thèse et bienvenu pour les futures années d 'activité.

19) Il n'existe pas de structure en dehors de celles qui traitent de problèmes graves (brun ouf, idées suicidaires). Il pourrait exister " notre medecine du travail à nous" à savoir des médecins formés et accrédités pour faire un suivi annuel. Pas besoin d'une structure ou d'un centre. Un cabinet libéral serait plus approprié.

20) L'exercice seul impose un investissement mais grande liberté d'organisation/reconnaissance des patients en compensation. Le plus difficile est d'arriver à rester réceptif envers les siens, qu'on néglige trop face à l'ogre de la demande médicale.

21) J'ai eu recours à titre personnel au service d'urgences de mon secteur pour ce qui s'est avéré être une torsion d'ovaire avec épanchement hémorragique: je n'ai pas été examinée par mon confrère et bien que je n'ai jamais "mis en avant mon statut de médecin", l'équipe m'a ouvertement reproché mon passage, et j'ai pu clairement entendre de la part d'une IDE à une de ses collègues:"qu'est-ce qu'elle vient nous faire chier, elle a qu'à se soigner elle-même". Cela fait toujours plaisir..... Nous n'avons pas le droit d'être malade physiquement, nous n'avons pas le droit de nous plaindre psychiquement (si on a signé c'est pour en chier), nous n'avons pas le droit de partir en vacances, nous n'avons pas le droit de faire appel à nos confrères spécialistes qui pour beaucoup nous considère hypochondriaques ou n'ont aucune idée, pour les hospitaliers, des exigences de l'exercice libéral. Et petit à petit, nous aussi, nous nous interdisons l'accès aux soins

22) en libéral le temps à un coût financier et humain. l'organisation doit répondre à la demande de soins des patients notre famille et on s'oublie. un arrêt équivaut à prévoyance trouver remplaçants et complications administratives. vous pensez avoir tout couvert et c'est faux.....

23) Bises...vous avez bien du temps à perdre.

24) Les tracasseries administratives et l'lmpossibilité de pouvoir s'explIquer oralement avec un correspondant attitré pèsent de plus en plus sur notre beau métier et empiètent sur nos temps de soins

25) mon défouloir c est la course a pied!

26) Le manque de fiabilité et de motivation de certains remplaçants est problematique

27) Très bon sujet de thèse ! Bon courage !

28) merci à vous de l intérêt porté à vos confrères , par l'intermédiaire de ce travail

29) Merci

30) MAIS JE CONNAIS LE 0826004580 , de l' AAPml de mon ami ERIC GALAM (j' ai participé à toutes les formations du groupe REPERES . l' AAPml d' ERIC GALAM a fait des petits en lien avec l' action de la CARMF (Yves Léopold) , dont je suis un des délégués , et je suis formé à l' Analyse transactionnelle, à l' Ennéagramme , à bien d' autres techniques et pratiques psychologiques et spirituelles ; bien sûr , la difficulté est d' être de l' autre coté de la barrière , du coté des soignants et pas des soignés , pas des malades ; on ne mélange pas les torchons et les serviettes , faudrait quand même pas exagérer !!!!

31) Je soutiens un parent et un ami, médecins retraités, dont un avec une pathologie lourde.Je me rends compte avec leur entourage qu' ils doivent être avant tout considérés comme des patients et non comme des médecins.En face de notre propre maladie nous perdons donc nos facultés de compréhension et de logique et mettons notre confiance en ceux qui nous soignent. Cela m' est arrivé à la suite d' un STEMI.

32) difficile de faire le diagnostic de burn out car c'est l 'entourage qui le fait .J pense que le médecin doit se mettre dans un groupe de travail ce qui lui permet de ne pas être isolé

33) un medeçin doit etre un patient comme comme un autre ; il doit prendre ses responsabilités en cas de maladie

34) notre generation assume les errances de la mise en place de l'informatisation je constate une dilution des responsabilites dans la PEC du patient parrallelement notre liberte individuelle a baisse, surveillance par les caisses les ARAPL... le temps de paperasse a double a mon avis en 20 ans sans parler d'une renumeration faible en rapport avec une reconnaissance faible heureusement nos patients sont la pour nous soutenir!!!!

35) le burn out est surtout du non au travail medical que l'on aime , mais a la surcharge de travail (informatiq, tracasseries des caisses de SS , pannes informatiques , +++,)on avait deja assez de travail medical...et on nous a rajoutte et on nous rajoutte encore du travail qui n'est pas de notre ressort !!! donc des heures de travail en plus !!! mais nous ne sommes pas la seule branche touchee , le monde du travail est ainsi!!! ceux qui ont un travail, on leur en demande de+en+, et on supprime des postes a coté !!!!

36) Merci de vous intéresser à ce sujet. Je trouve que le questionnaire est trop fermé et comporte plusieurs questions où la réponse "autre" devrait être proposée. Et puis il est très difficile de répondre par des diagnostics: êtes vous anxieux? êtes vous dépressif? etc... puisque le principe est souvent, comme dans le burn out, l'impossibilité à voir les troubles... Donc il me semble compliqué de conclure avec ce questionnaire sur la santé et les besoins de santé mentale notamment. Mais je concède que c'est un sujet très ardu à circonscrire. Bon courage en tout cas!

37) Ma santé, comme probablement celle de la plupart des soignants (et des personnes humaines en général), dépend profondément du "climat" contractuel, relationnel, culturel, socio-économique et politique en cours sous nos latitudes prétendument "socialisées", tout comme la santé du poisson dépend nécessairement de la qualité de l'eau du bocal dans lequel l'ont installé ses prédateurs "éclairés" qui se prétendent plus légitimes que lui-même pour décider de ses conditions de vie . . . et tout de même paradoxalement de son degré de responsabilité "in fine" pour le cas du "poisson-médecin" (à tout regroupement humanoïde, les anthropologues reconnaissent ce déterminant essentiel, primitif, fondateur et curieusement persistant à notre époque si furieusement "moderne": la fonction du bouc-émissaire); Quand un système se donne pour règle de se mordre ainsi la queue, pas étonnant qu'il manque à ses "assujettis" quelque nageoires, quelques écailles, et même quelque projet de relève et de transmission si on songe à

l'autre fonction "caudale" dudit "poisson"; Alors, pour ce qui est des qualités du soignant "dédié" qui pourraient me décider à consulter pour "redéployer" mes ressources de développement et d'épanouïssement personnel, je l'attends au minimum : - Médecin bien sûr, - + Psychanalyste (Lacan a beaucoup défriché dans le champ du pathétique humain, de ses répétitions . . . et de la "jouissance" qui nous y assigne à résistance au changement) - + quelque sensibilité Anthropologue pour faciliter le repérage de ce qui colle avec tellement d'insistance non seulement à la peau de chacun mais plus profondément à notre trajectoire, à notre inculture collective ! Voyez-vous quelque candidature thérapeutique qui s'en approche ? Sinon, pourquoi aller désespérer en miroir le pauvre Médiciatre qui se surprendra, plus tôt que tard, en train de standardiser la souffrance de son vis à vis soignant-soi-niable dans les lignes d'Items-Critères de la grille que veut lui imposer la grande Evaluation Santé, cathodique et apoptosique; Quand le malheureux soignant de soi-niants se découvrira ainsi honteusement prosterné devant le moloch quantitatif, sur quel super-viseur pourra-t-il compter à son tour pour démêler l'écheveau des prétentions thérapeutiques, malentendus éthiques, illusions techniques et autres contresens paradigmatiques sur fond d'impostures politiques ? Pensez- bien à vous garder de l'illusion si séduisante du tout-sanitaire sur fond d'Etat-Providence pour ne pas y précipiter de malheureux mercenaires du "Progrès Social pour tous"; Nous en reparlerons peut-être . . . En attendant les conclusions provisoires de votre travail de thèse (parcours de l'hypothèse du mal-soignant à la synthèse du bien-soigné), je poursuis ma recherche des raisons qui peuvent pousser le soi-niant à persévérer dans son auscultation de ce global mal-être dont la civilisation investit chaque sujet, soi-nié comme soi-niant, avec un emballement d'effets collatéraux proportionnel à la débauche de moyens techniques et financiers dont l'humain persiste à se prétendre capable; Et pour ça, rien de tel que le colloque singulier à l'occasion d'une conjonctivite, d'une pleurite, d'une orchite, "banales" par définition hospitalo-centrée, mais seul "moyen" pour le plaignant d'espérer se mesurer à l'aune normée de son époque; Nous discuterons peut-être de la question juridique, éthique et ordinale de savoir si le "résultat" du soin doit tendre vers la sacro-sainte "obligation de retour à l'état antérieur", ou seulement faire converger les interventions thérapeutiques multiformes dans une délicate obligation de moyens d'une "restitutio ad integrum"; traduttore, traditore ! La traduction de l'expression juridique primitive a trahi éthiquement et logiquement le fond-même du soin en substituant un illusoire "retour-à-l'état-antérieur" à l'originel "retour à l'intégrale" d'une improbable trajectoire individuelle de santé dont la "maladie" ne serait peut-être qu'un détour, une dérive; une dérivée ?

38) je vais bien , merci

39) Je n’ai rien vu venir et j’ai fait une rupture d’anevrisme en 06/2016 . Actuellement je vois les choses différemment et le suivi médical des médecins me semble aujourd’hui primordial mais insuffisant !

40) ce qui est difficile pour moi dans l'évolution de notre métier c'est d'ètre au milieu des exigences des patients et des exigences de l'état via la securité sociale , les objectifs de santé, la pression administrative, nous faisons de plus en plus de social, notre métier ce n'est plus écouter et soigner les patients mais palier aux déficiences du système (ex: arrets de travail dont la longueur est justifiée de plus en plus par le mal etre des patients au travail et non pour de vrais raisons médicales).D'autre part je considère que notre métier n'est plus ni rémunéré ni respecté à sa juste valeur tout problème de santé pour nous peut etre une véritable catastrophe financière si nous n'avons pas de conjoint qui travaille ou une aide familliale et pour toutes ces raisons et surement d'autres que j'oublie nous n'arretons pas de travailler d'écouter de soigner sans jamais penser à nous car dans ce métier que l'on a choisi le patient prime meme à notre détriment

.Lorsque notre métier sera reconnu à sa juste valeur par les pouvoirs publics que nous ne serons plus considérés comme coupables je pense que ca ira mieux pour nous

41) En tant que médecin pompier j'ai une visite par année et comme réserviste armée une tous les deux ans

42) Belle initiative d'une ligne type sos amitiés Merci bon courage

43) À la question pourquoi éviter un arrêt de travail je répondrais : pour éviter les questions et la fuite de la patientèle.

44) Pression des patients , difficultés et charges administratives, difficultés énormes (et qui s'aggravent) dans la gestion des urgences ou plutôt la gestion de rendez-vous urgents auprès des partenaires (spécialistes, hôpitaux, examens complémentaires et transports) génèrent un état de stress permanent . La prise en charge de ce stress nécessiterait une réorganisation du temps de travail déjà à titre personnel qui semble réellement inenvisageable actuellement et en particulier tant que le paiement à l'acte persiste comme tel et qu'il nous est impossible de déléguer les tâches.

45) je suis médecin scolaire à temps partiel et travaille à la fois sur une zone urbaine et une zone rurale;

46) le problème c'est surtout de prendre le temps de se soigner quand on est dans la vie active... de ce point de vue j'ai beaucoup d'admiration pour mes patients en général... qui eux prennent le temps!

47) Nombreux sont les médecins, en particulier les Consoeurs, qui se plaignent de surpressions professionnelles, de la part des patients et du système de santé en général, et tentent d'aménager leur temps de travail avec difficultés. Un espace confidentiel de parole, permettant d'exprimer les contraintes ressenties au travail, serait le bienvenu. Il est essentiel que cette profession soit particulièrement considérée, dans l'intérêt des patients

48) J'ai la chance d' avoir un compagnon très bienveillant à mes côtés et une remplaçante fidèle ce qui me permet pour le moment de ne pas franchir la ligne rouge du burnout même si je flirte parfois avec

49) Sujet très intéressant. Je serais intéressée par la lecture de votre travail. Bon travail. Cordialement

50) La sortie du cocon peut être très dure... Avoir un diplôme de docteur en médecine n'en fait pas un médecin!

51) je ne sais pas si mes réponses à votre questionnaire seront vraiment représentatives .Je ne suis dans le sud ouest que depuis janvier 2017 comme médecin salarié en EHPAD J ai exercé comme MG dans le 77 pendant 27 ans et j'ai arrêté à cause de la charge de travail (départ de mon associée sans successeur)entre autre la charge administrative . En 2016 je travaillais au moins 50 HEURES par semaine et je pense réellement qu il y a un problème de santé physique et surtout psychique à prendre en charge chez les MG

52) profession sacrifiée sur l'autel de la solidarité nationale. Aucune action des instances représentatives (conseil de l'ordre), stress quotidien, ras le bol, mépris des pouvoirs publics (rémunération) qui par leur discours d'oie blanche poussent la société à consulter, à se soigner, à se prévenir de tel ou tel risque mais qui n'assume pas les dépenses et demande au médecin gendarme de faire le ménage. La vocation n'a qu'un temps dans cette époque de schizophrénie

médicale. Elle était belle ma médecine..... qu'en avons nous fait. Hippocrate réveille toi ils sont devenus fous.

53) Ce qui est épuisant, c'est de gérer, les contraintes liées au fait d'avoir un salarié: même une femme de ménage qui ne travaille que qq heures par semaines, avec toutes les démarches administratives que cela implique (réglementations, établissements des feuilles de salaires, relation avec urssaf, en cas d'arrêt maladie, en cas de remplacement car salarié en vacances...). J'ai l'impression de passer le temps dont je dispose et qui n'est pas purement du travail liés aux patients (consultations, papiers d'ordre médical) à gérer des problèmes d'intendance du cabinet : comptabilité, soucis informatiques, soucis liés au fait d'avoir une salarié. D'avoir une comptable n'y change rien et c'est peut être même pire. C'est toutes ces tâches non médicales qui me pourrissent l'esprit, me stressent. Je n'ai quasiment aucun loisir, je m'occupe à peine de mes enfants. Le temps "libre" que j'ai, est consacré à toutes ces tâches d'intendance du cabinet.

54) le problème c'est surtout qu'on ne sera jamais des patients comme les autres....

55) Beau sujet de thèse . Intéressant de s'occuper de la bonne santé des soignants . A noter aussi qu'il est difficile aussi pour un medecin de soigner un confrère , la relation medecin malade est forcément modifié.

56) Surmenage c’est sur mais manque de temps pour consulter et qui?

57) C'est une question pertinente merci d'essayer d'y apporter des solutions

58) la formation continue les dû le sport la famille les amis Sont de bons remèdes au poids écrasant exercé par l administration des Cpam qui ruinent littéralement notre métier nous subissons un dénigrement et une mise permanente au pilori j

59) tres bon sujet de thèse; santé des médecins délaissée par eux memes et par les institutions; médecin = citoyen comme un autre face aux tb psychiques, addictions, sédentarité...

60) favoriser les aides "logistiques" aux médecins (secrétariat) lutter contre l'isolement...améliorer les liens villes hopitaux

61) La difficulté est structurelle: il faudrait un bilan de santé annuel obligatoire, sur une journée, nous libérant totalement ce jour de l'obligation de continuité des soins, de garde, de non assistance à personne en danger. Ensuite, nous ne sommes pas objectifs, notre perception est trop pré-traitée par nos connaissance (oucroyances de connaissance...)

LE SERMENT MEDICAL

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

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

ABSTRACT

Introduction: The general practitioner (GP) is often alone in his pathology and generally regulates his health problems himself. This study aims to clarify in the population of GP of Gironde, their conditions of access to care but also the perception of their state of health and felt for better care.

Objective: To describe the specificities of personal health behaviors and access to care for GPs in Gironde. Secondarily, determine the barriers to seeking care.

Method: Cross-sectional observational study carried out among GPs enrolled at the CDOM of the Gironde (excluded replacements), using computerized anonymous self-questionnaires.

Results: The dissemination of the questionnaires was carried out on April 18, 2018 by e-mailing via the CDOM of the Gironde. 2237 mails have been sent, 1834 have been opened. 236 usable questionnaires were collected and analyzed. Only 24% of the GPs reported a referring doctor different from themselves. 86% of the sample had never consulted a GP about the past year. On the other hand, recourse to the specialist doctor in direct access was much more frequent, and concerned 70% of them. 55% of respondents had already given up consulting a colleague for lack of time, while 27% were embarrassed to "consult for nothing" and 23% had difficulty in taking the patient's place. 52% of physicians with health problems in the past year had given up work stoppage when their state of health justified it. If we found a self-assessment of their general health favorable with a median score of 8/10, their psychological state was worse noted with a median to 7/10 of which 17% of the scores were less than 5/10. 86% of physicians considered that overwork and psychological difficulties particularly affected the medical profession. 63% of the sample had at least one sign of psychological difficulties over the past year. 40% of respondents felt the need to be helped to cope with an episode of psychological difficulties and 27% had not consulted. Women were significantly more affected than men. The use of psychotropic drugs concerned 32% of the population, and in 90% of cases, doctors used self-prescription. In the solutions for better access to care, the training of doctors specifically dedicated to the care of other caregivers seemed appropriate for more than 50% of respondents. The creation of care structures specifically dedicated to physicians, and annual preventive medicine consultations were of interest for 38% and 28% respectively of doctors, while 33% had an intermediate position in both cases.

Conclusion: At the heart of the care system as an actor, GP's position as a patient remains to be improved. The consultation of a colleague remains the domain of the specialty, and the relationship between doctor-patient and doctor-carer seems to constitute a real problematic to solve to improve the access to the care, whereas the professional overwork and the psychological distress seriously affect the profession. Prospects for favorable developments are emerging thanks to the caregivers support associations and the intervention of the CNOM.

RESUME

Introduction : Auto-médecin traitant, auto-prescripteur, auto-diagnosticien, le médecin généraliste (MG) est souvent seul face à sa pathologie et règle en général lui-même ses problèmes de santé. Cette étude a pour but de préciser dans la population des MG de Gironde, leurs conditions d'accès aux soins mais également la perception de leur état de santé et leur ressenti pour une meilleure prise en charge.
Objectif : Décrire les spécificités des comportements personnels de santé et d'accès aux soins des MG en Gironde. Secondairement, déterminer les freins du recours aux soins.
Méthode : Etude transversale observationnelle menée auprès des MG thèsés inscrits au CDOM de la Gironde (remplaçants exclus), par auto-questionnaires anonymes informatisés.
Résultats : La diffusion des questionnaires a été réalisée le 18 avril 2018 par e-mailing via le CDOM de la Gironde. 2237 mails ont été envoyés, 1834 ont été ouverts. 236 questionnaires exploitables ont été recueillis et analysés. Seuls 24% des médecins répondants avaient déclaré un médecin traitant autre qu'eux même. 86% des MG n'avaient jamais consulté de généraliste sur l'année écoulée. Le recours au médecin spécialiste en accès direct était à l'inverse beaucoup plus fréquent, et concernait 70% d'entre-eux. 55% des répondants avaient déjà renoncé à consulter un confrère par manque de temps, tandis que 27% étaient embarrassés de « consulter pour rien » et 23% avaient des difficultés à prendre la place du patient. 52% des médecins ayant présenté des problèmes de santé sur l'année écoulée, avaient renoncé à bénéficier d'un arrêt de travail alors que leur état de santé le justifiait. Si on retrouvait une auto-évaluation de leur état de santé générale favorable avec une note médiane à 8/10, leur état psychologique était moins bien noté avec une médiane à 7/10 dont 17% des notes étaient inférieures à 5/10. 86% des médecins considéraient que le surmenage professionnel et les difficultés psychologiques touchaient particulièrement la profession médicale. 63% de l'échantillon avait présenté au moins un signe de difficultés psychologiques sur l'année écoulée. 40% des répondants avaient ressenti le besoin d'être aidé pour faire face à un épisode de difficultés psychologiques et 27% n'avaient pourtant pas consulté. Les femmes étaient signicativement plus touchées que les hommes. Le recours aux médicaments psychotropes concernait 32% de la population, et dans 90% des cas, les médecins avaient recours à l'auto-prescription. Dans les solutions pour un meilleurs accès aux soins, la formation de médecins spécifiquement dédiés aux soins des autres soignants, semblait judicieuse pour plus de 50% des répondants. La création de structure de soins dédiées spécifiquement aux médecins, et des consultations annuelles de médecine préventive trouvaient de l'intérêt pour respectivement 38% et 28% des médecins tandis que 33% avaient une position intermédiaire dans les deux cas.
Conclusion : Au cœur du système de soins en tant qu'acteur, la position du MG en tant que patient reste à améliorer. La consultation d'un confrère reste du domaine de la spécialité, et les rapports entre médecin-patient et médecin-soignant semblent constituer une véritable problématique à résoudre pour améliorer l'accès aux soins, tandis que le surmenage professionnel et la détresse psychologique touchent gravement la profession. Suite à une véritable prise de conscience, de nombreuses perspectives d'évolutions favorables se dessinent notamment grâce aux associations d'aide aux PDS et l'intervention de la CNOM.

Mots clés : santé des médecins, accès aux soins, épuisement professionnel, souffrance des soignants, médecin malade