



**HAL**  
open science

# Vécu professionnel des médecins généralistes après un cancer

Manon Brachotte

► **To cite this version:**

Manon Brachotte. Vécu professionnel des médecins généralistes après un cancer. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03235870

**HAL Id: dumas-03235870**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03235870>**

Submitted on 26 May 2021

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

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



**THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1**  
*sous le sceau de l'Université Bretagne Loire*

Thèse en vue du

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

présentée par

**Manon BRACHOTTE**

Née le 16/07/1991 à Besançon

---

**Vécu professionnel  
des médecins  
généralistes après un  
cancer**

**Thèse soutenue à Rennes**

**Le 17/09/2020**

devant le jury composé de :

**Pr Stéphane JOUNEAU**

PU-PH Pneumologie, CHU de Rennes / *Président du Jury*

**Dr Joël CASTELLI**

MCU-PH Cancérologie et radiothérapie, Centre anticancéreux Eugène Marquis / *Assesseur*

**Dr Laure FIQUET**

MCF associé - Département de Médecine Générale, Rennes / *Assesseur*

**Dr Ghislaine VILLOIN**

Médecin Généraliste, Antrain / *Directeur de Thèse*

**Dr Claudia LEFEUVRE-PLESSE**

Médecin Oncologue, Centre anticancéreux Eugène Marquis / *Assesseur*



**THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1**  
*sous le sceau de l'Université Bretagne Loire*

Thèse en vue du

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

présentée par

**Manon BRACHOTTE**

Née le 16/07/1991 à Besançon

---

**Vécu professionnel  
des médecins  
généralistes après un  
cancer**

**Thèse soutenue à Rennes**

**Le 17/09/2020**

devant le jury composé de :

**Pr Stéphane JOUNEAU**

PU-PH Pneumologie, CHU de Rennes / *Président  
du Jury*

**Dr Joël CASTELLI**

MCU-PH Cancérologie et radiothérapie, Centre  
anticancéreux Eugène Marquis / *Assesseur*

**Dr Laure FIQUET**

MCF associé - Département de Médecine Générale,  
Rennes / *Assesseur*

**Dr Ghislaine VILLOIN**

Médecin Généraliste, Antrain / *Directeur de Thèse*

**Dr Claudia LEFEUVRE-PLESSE**

Médecin Oncologue, Centre anticancéreux Eugène  
Marquis / *Assesseur*

## PROFESSEURS UNIVERSITAIRES – PRATICIENS HOSPITALIERS

| NOM              | PRENOM          | TITRE                | SOUS-SECTION CNU  |
|------------------|-----------------|----------------------|---|
| ANNE-GALIBERT    | Marie-Dominique | PU-PH                | Biochimie et biologie moléculaire   |
| BARDOU-JACQUET   | Edouard         | PU-PH                | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie                            |
| BELAUD-ROTUREAU  | Marc-Antoine    | PU-PH                | Histologie, embryologie et cytogénétique                                  |
| BELLISSANT       | Eric            | PU-PH                | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie        |
| BELOEIL          | Hélène          | PU-PH                | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire                   |
| BENDAVID         | Claude          | PU-PH                | Biochimie et biologie moléculaire   |
| BENSALAH         | Karim           | PU-PH                | Urologie  |
| BEUCHEE          | Alain           | PU-PH                | Pédiatrie   |
| BONAN            | Isabelle        | PU-PH                | Médecine physique et de réadaptation                                      |
| BONNET           | Fabrice         | PU-PH                | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale   |
| BOUDJEMA         | Karim           | PU-PH                | Chirurgie viscérale et digestive  |
| BOUGET           | Jacques         | Professeur Emérite   | Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie                       |
| BOUGUEN          | Guillaume       | PU-PH                | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie                            |
| BRASSIER         | Gilles          | PU-PH                | Neurochirurgie  |
| BRETAGNE         | Jean-François   | Professeur Emérite   | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie                            |
| BRISSOT          | Pierre          | Professeur Emérite   | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie                            |
| CARRE            | François        | PU-PH                | Physiologie   |
| CATROS           | Véronique       | PU-PH                | Biologie cellulaire   |
| CATTOIR          | Vincent         | PU-PH                | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière                            |
| CHALES           | Gérard          | Professeur Emérite   | Rhumatologie  |
| CORBINEAU        | Hervé           | PU-PH                | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire                                  |
| CUGGIA           | Marc            | PU-PH                | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication   |
| DARNAULT         | Pierre          | PU-PH                | Anatomie  |
| DAUBERT          | Claude          | Professeur Emérite   | Cardiologie   |
| DAVID            | Véronique       | PU-PH                | Biochimie et biologie moléculaire   |
| DAYAN            | Jacques         | Professeur Emérite   | Pédopsychiatrie ; addictologie  |
| DE CREVOISIER    | Renaud          | PU-PH                | Cancérologie ; radiothérapie  |
| DECAUX           | Olivier         | PU-PH                | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie |
| DESRUES          | Benoît          | PU-PH                | Pneumologie ; addictologie  |
| DEUGNIER         | Yves            | Professeur Emérite   | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie                            |
| DONAL            | Erwan           | PU-PH                | Cardiologie   |
| DRAPIER          | Dominique       | PU-PH                | Psychiatrie d'adultes ; addictologie                                      |
| DUPUY            | Alain           | PU-PH                | Dermato-vénérologie   |
| ECOFFEY          | Claude          | PU-PH                | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire                   |
| EDAN             | Gilles          | Professeur surnombre | en Neurologie   |
| FERRE            | Jean-Christophe | PU-PH                | Radiologie et imagerie médicale   |
| FEST             | Thierry         | PU-PH                | Hématologie ; transfusion   |
| FLECHER          | Erwan           | PU-PH                | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire                                  |
| GANDEMER         | Virginie        | PU-PH                | Pédiatrie   |
| GANDON           | Yves            | PU-PH                | Radiologie et imagerie médicale   |
| GANGNEUX         | Jean-Pierre     | PU-PH                | Parasitologie et mycologie  |
| GARIN            | Etienne         | PU-PH                | Biophysique et médecine nucléaire   |
| GAUVRIT          | Jean-Yves       | PU-PH                | Radiologie et imagerie médicale   |
| GODEY            | Benoît          | PU-PH                | Oto-rhino-laryngologie  |
| GUGGENBUHL       | Pascal          | PU-PH                | Rhumatologie  |
| GUILLE           | François        | PU-PH                | Urologie  |
| GUYADER          | Dominique       | PU-PH                | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie                            |
| HAEGELEN         | Claire          | PU-PH                | Anatomie  |
| HOUOT            | Roch            | PU-PH                | Hématologie ; transfusion   |
| HUSSON           | Jean Louis      | Professeur Emérite   | Chirurgie orthopédique et traumatologique                                 |
| HUTEN            | Denis           | Professeur Emérite   | Chirurgie orthopédique et traumatologique                                 |
| JEGO             | Patrick         | PU-PH                | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie |
| JEGOUX           | Franck          | PU-PH                | Oto-rhino-laryngologie  |
| JOUNEAU          | Stéphane        | PU-PH                | Pneumologie ; addictologie  |
| KAYAL            | Samer           | PU-PH                | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière                            |
| LAMY DE CHAPELLE | LA Thierry      | PU-PH                | Hématologie ; transfusion   |

|                 |               |                    |   |
|-----------------|---------------|--------------------|---|
| LAVIOLLE        | Bruno         | PU-PH              | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie        |
| LAVOUE          | Vincent       | PU-PH              | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale                            |
| LE BRETON       | Hervé         | PU-PH              | Cardiologie   |
| LE TULZO        | Yves          | PU-PH              | Médecine intensive-réanimation  |
| LECLERCQ        | Christophe    | PU-PH              | Cardiologie   |
| LEDERLIN        | Mathieu       | PU-PH              | Radiologie et imagerie médicale   |
| LEGUERRIER      | Alain         | Professeur Emérite | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire                                  |
| LEJEUNE         | Florence      | PU-PH              | Biophysique et médecine nucléaire   |
| LEVEQUE         | Jean          | PU-PH              | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale                            |
| LIEVRE          | Astrid        | PU-PH              | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie                            |
| MABO            | Philippe      | PU-PH              | Cardiologie   |
| MAHE            | Guillaume     | PU-PH              | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire                                |
| MALLEDANT       | Yannick       | Professeur Emérite | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire                   |
| MATHIEU-SANQUER | Romain        | PU-PH              | Urologie  |
| MENER           | Eric          | Professeur associé | Médecine générale   |
| MEUNIER         | Bernard       | PU-PH              | Chirurgie viscérale et digestive  |
| MICHELET        | Christian     | Professeur Emérite | Maladies infectieuses ; maladies tropicales                               |
| MOIRAND         | Romain        | PU-PH              | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie                            |
| MORANDI         | Xavier        | PU-PH              | Anatomie  |
| MOREL           | Vincent       | Professeur associé | Médecine palliative   |
| MOSSER          | Jean          | PU-PH              | Biochimie et biologie moléculaire   |
| MOURIAUX        | Frédéric      | PU-PH              | Ophtalmologie   |
| MYHIE           | Didier        | Professeur associé | Médecine générale   |
| NAUDET          | Florian       | PU-PH              | Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie                       |
| ODENT           | Sylvie        | PU-PH              | Génétique   |
| OGER            | Emmanuel      | PU-PH              | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie        |
| PARIS           | Christophe    | PU-PH              | Médecine et santé au travail  |
| PERDRIGER       | Aleth         | PU-PH              | Rhumatologie  |
| PLADYS          | Patrick       | PU-PH              | Pédiatrie   |
| RAVEL           | Célia         | PU-PH              | Histologie, embryologie et cytogénétique                                  |
| RENAUT          | Pierric       | Professeur associé | Médecine générale   |
| REVEST          | Matthieu      | PU-PH              | Maladies infectieuses ; maladies tropicales                               |
| RIFFAUD         | Laurent       | PU-PH              | Neurochirurgie  |
| RIOUX-LECLERCQ  | Nathalie      | PU-PH              | Anatomie et cytologie pathologiques                                       |
| ROBERT-GANGNEUX | Florence      | PU-PH              | Parasitologie et mycologie  |
| ROPARS          | Mickaël       | PU-PH              | Chirurgie orthopédique et traumatologique                                 |
| SAINT-JAMES     | Hervé         | PU-PH              | Biophysique et médecine nucléaire   |
| SAULEAU         | Paul          | PU-PH              | Physiologie   |
| SEGUIN          | Philippe      | PU-PH              | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire                   |
| SEMANA          | Gilbert       | PU-PH              | Immunologie   |
| SIPROUDHIS      | Laurent       | PU-PH              | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie                            |
| SOMME           | Dominique     | PU-PH              | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie |
| SOULAT          | Louis         | Professeur associé | Médecine d'urgence  |
| SULPICE         | Laurent       | PU-PH              | Chirurgie viscérale et digestive  |
| TADIE           | Jean Marc     | PU-PH              | Médecine intensive-réanimation  |
| TARTE           | Karin         | PU-PH              | Immunologie   |
| TATTEVIN        | Pierre        | PU-PH              | Maladies infectieuses ; maladies tropicales                               |
| THIBAUT         | Ronan         | PU-PH              | Nutrition   |
| THIBAUT         | Vincent       | PU-PH              | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière                            |
| THOMAZEAU       | Hervé         | PU-PH              | Chirurgie orthopédique et traumatologique                                 |
| TORDJMAN        | Sylvie        | PU-PH              | Pédopsychiatrie ; addictologie  |
| VERHOYE         | Jean-Philippe | PU-PH              | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire                                  |
| VERIN           | Marc          | PU-PH              | Neurologie  |
| VIEL            | Jean-François | PU-PH              | Epidémiologie, économie de la santé et prévention                         |
| VIGNEAU         | Cécile        | PU-PH              | Néphrologie   |
| VIOLAS          | Philippe      | PU-PH              | Chirurgie infantile   |
| WATIER          | Eric          | PU-PH              | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie           |
| WODEY           | Eric          | PU-PH              | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire                   |

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

| NOM                    | PRENOM          | TITRE          | SOUS-SECTION CNU  |
|------------------------|-----------------|----------------|---|
| ALLORY                 | Emmanuel        | MCF<br>associé | Médecine générale   |
| AME-THOMAS             | Patricia        | MCU-PH         | Immunologie   |
| AMIOT                  | Laurence        | MCU-PH         | Hématologie ; transfusion   |
| ANSEMI                 | Amédéo          | MCU-PH         | Chirurgie thoracique et<br>cardiovasculaire                                     |
| BANATRE                | Agnès           | MCF<br>associé | Médecine générale   |
| BEGUE                  | Jean Marc       | MCU-PH         | Physiologie   |
| BERTHEUIL              | Nicolas         | MCU-PH         | Chirurgie plastique, reconstructrice et<br>esthétique ; brûlologie              |
| BOUSSEMART             | Lise            | MCU-PH         | Dermato-vénérologie   |
| BROCHARD               | Charlène        | MCU-PH         | Physiologie   |
| CABILLIC               | Florian         | MCU-PH         | Biologie cellulaire   |
| CASTELLI               | Joël            | MCU-PH         | Cancérologie ; radiothérapie  |
| CAUBET                 | Alain           | MCU-PH         | Médecine et santé au travail  |
| CHAPRON                | Anthony         | MCF            | Médecine générale   |
| CHHOR-QUENIART         | Sidonie         | MCF<br>associé | Médecine générale   |
| CORVOL                 | Aline           | MCU-PH         | Médecine interne ; gériatrie et<br>biologie du vieillissement ;<br>addictologie |
| DAMERON                | Olivier         | MCF            | Informatique  |
| DE TAYRAC              | Marie           | MCU-PH         | Biochimie et biologie moléculaire   |
| DEGEILH                | Brigitte        | MCU-PH         | Parasitologie et mycologie  |
| DROITCOURT             | Catherine       | MCU-PH         | Dermato-vénérologie   |
| DUBOURG                | Christèle       | MCU-PH         | Biochimie et biologie moléculaire   |
| DUGAY                  | Frédéric        | MCU-PH         | Histologie, embryologie et<br>cytogénétique                                     |
| EDELINÉ                | Julien          | MCU-PH         | Cancérologie ; radiothérapie  |
| FIQUET                 | Laure           | MCF<br>associé | Médecine générale   |
| GANGLOFF               | Cédric          | MCF<br>associé | Médecine d'urgence  |
| GARLANTEZEC            | Ronan           | MCU-PH         | Epidémiologie, économie de la santé<br>et prévention                            |
| GOUIN épouse THIBAUT   | Isabelle        | MCU-PH         | Hématologie ; transfusion   |
| GUILLET                | Benoit          | MCU-PH         | Hématologie ; transfusion   |
| JAILLARD               | Sylvie          | MCU-PH         | Histologie, embryologie et<br>cytogénétique                                     |
| KALADJI                | Adrien          | MCU-PH         | Chirurgie vasculaire ; médecine<br>vasculaire                                   |
| KAMMERER-JACQUET       | Solène-Florence | MCU-PH         | Anatomie et cytologie pathologiques   |
| LAVENU                 | Audrey          | MCF            | sciences physico-chimiques et<br>ingénierie appliquée à la santé                |
| LE GALL                | François        | MCU-PH         | Anatomie et cytologie pathologiques   |
| LEMAITRE               | Florian         | MCU-PH         | Pharmacologie fondamentale ;<br>pharmacologie clinique ; addictologie           |
| MARTINS                | Pédro Raphaël   | MCU-PH         | Cardiologie   |
| MENARD                 | Cédric          | MCU-PH         | Immunologie   |
| MICHEL                 | Laure           | MCU-PH         | Neurologie  |
| MOREAU                 | Caroline        | MCU-PH         | Biochimie et biologie moléculaire   |
| MOUSSOUNI              | Fouzia          | MCF            | Informatique  |
| PANGAULT               | Céline          | MCU-PH         | Hématologie ; transfusion   |
| ROBERT                 | Gabriel         | MCU-PH         | Psychiatrie d'adultes ; addictologie  |
| SCHNELL                | Frédéric        | MCU-PH         | Physiologie   |
| THEAUDIN épouse SALIOU | Marie           | MCU-PH         | Neurologie  |
| TURLIN                 | Bruno           | MCU-PH         | Anatomie et cytologie pathologiques   |
| VERDIER épouse LORNE   | Marie-Clémence  | MCU-PH         | Pharmacologie fondamentale ;<br>pharmacologie clinique ; addictologie           |
| ZIELINSKI              | Agata           | MCF            | Philosophie   |

## **REMERCIEMENTS**

A Monsieur le Professeur JEGO,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse et de juger ce travail, je vous prie de trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon respect les plus sincères.

A Monsieur le Docteur Joël CASTELLI

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury et de me faire l'honneur de juger ce travail.

A Madame le Docteur Laure FIQUET,

Je te remercie d'avoir accepté d'être membre du jury et de me faire l'honneur de juger ce travail.

Merci également pour ton enseignement, tes conseils et tes qualités humaines au cours d'un semestre pas comme les autres.

A Madame le Docteur Ghislaine VILLOIN

Je te remercie de m'avoir accompagnée en tant que directrice de thèse, et pour ton aide dans l'élaboration de ce travail.

A Madame le Docteur Claudia LEFEUVRE-PLESSE

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury et de me faire l'honneur de juger ce travail.

Merci aux médecins généralistes qui ont accepté de participer à l'étude, sans qui ce travail n'aurait pu aboutir.

A mes maîtres de stage qui m'ont encadré durant ces quelques années, pour m'avoir enseigné de façon pratique ce beau métier.

Aux médecins qui ont pris soin de moi : Dr DIERAS, rayon de soleil au dessus des nuages, Dr LEBLANC et Dr HEUSS.

A mes parents, dont la bonté et le merveilleux font de moi une fille privilégiée. Merci pour tout cet amour dont vous nous entourez, qui nous a permis de soulever des montagnes. Je n'aurai pas assez de mots pour vous remercier et vous dire à quel point je vous aime. A cette belle vie qui s'annonce.

A Margaux, ma sœur, pour la belle personne que tu es. A ta capacité à relativiser, ta présence et ton humour dans les moments difficiles, et dans la vie de tous les jours ! Je t'aime sacrée sœurlette.

A mes grands-parents, j'aurais aimé vous avoir auprès de moi en ce jour particulier, et tous ceux à venir, mais de là-haut je sais que vous êtes et serez toujours avec moi.

A mon papi François, qui lui est encore là.

A marraine, pour tous ces bons moments passés à tes côtés, ton soutien, ton écoute, ta bienveillance, et pour ta précieuse relecture.

A Arnaud, Nathalie et les cousins.

Aux grosses meufs (et leurs gros mecs) : Clara, Clémentine, Coline, Marie, Marie-Camille, Marjorie, Mathilde, Josépha. Vous êtes vraiment incroyables ! J'ai la chance de vous avoir comme amies. Merci d'avoir été là quand ça n'a pas été facile, merci de rendre tous les moments qu'on partage tout simplement parfaits. A nos retrouvailles en terres franc comtoises ou dans l'Est ! Je vous aime !

A Julie, les années passent, et rien ne trépasse !

A Maud, sœur de bouclette, pour ton pétillant et ta joie de vivre.

A Blandine, mon coup de foudre de début d'internat.

A Kateline, parce que la vie nous a réunis, à la belle personne que tu es, pour tous ces bons moments, ces belles discussions.

A ma Lulu, pour ta douceur et ta présence, à tous les bons moments à venir.

Aux malouins : Ambrouille et Paulo, mes mentors du sport, aux futurs séjours à pédaler dans notre contrée.

A Alexis et Audrey, à nos futurs séjours à déguster du comté au pays du fromage.

A Virginie et Jean Phi, pour votre générosité, votre accueil. A notre belle amitié !

Aux Vannetais : maîtres de l'ambiance ! Vous avez su animer toutes nos soirées. Merci pour tous ces bons moments partagés.

A Margot Barthé, Julien Marie, Marjolaine et Gio, au plaisir de vous accueillir dans l'Est.

Aux merlus, pour leur humour à toute épreuve !

A mes belles rencontres de stage : Floriane et les autres.

Aux sacrés petits bretons, rendez-vous chez nous !

A Simon, pour l'Homme que tu es.

A notre belle histoire sans fin,

A notre amour pour toujours,

A nos embûches qui nous ont fait trébucher sans jamais perdre pied

A cette bonne dose de bonheur qui nous attend, réunis dans notre petit nid

A ton soutien infailible, à ton courage, à ton humour

Je crois qu'avec toi, tout devient possible, tu me rends invincible.

Tu es formidable.

Je t'aime

A la Vie, parce qu'elle est belle.

## **TABLES DES MATIERES**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>RESUME</b> .....   | <b>9</b>  |
| <b>INTRODUCTION</b> .....   | <b>10</b> |
| <b>MATERIEL ET METHODES</b> .....   | <b>12</b> |
| <b>RESULTATS</b> .....  | <b>13</b> |
| <b>Caractéristiques de la population étudiée</b> .....  | <b>13</b> |
| <b>Retour au travail ou retour à la vie antérieure ?</b> .....  | <b>13</b> |
| Représentation de la reprise du travail : la vie d'avant la maladie .....   | 13        |
| Question de la performance .....  | 13        |
| S'adapter à son modèle professionnel d'avant la maladie : source d'épuisement .....   | 13        |
| Un remaniement psychologique profond.....   | 14        |
| <b>Freins à la réinvention de nouvelles pratiques</b> .....   | <b>15</b> |
| Les assurances .....  | 15        |
| La carence de soutien des instances représentantes des médecins généralistes .....  | 17        |
| <b>Se réinventer dans son métier à travers des modifications de pratiques : qualités et compétences acquises grâce à la maladie</b> .....       | <b>17</b> |
| Modifications quantitatives .....   | 17        |
| Modifications qualitatives.....   | 19        |
| <b>Pistes d'amélioration des conditions de retour au travail après un cancer</b> .....  | <b>22</b> |
| Besoin d'aide socio-juridique de la part des principaux interlocuteurs : Ordre des médecins, CARMF .....  | 22        |
| Faciliter les modulations de rythme de travail : accorder du temps .....  | 23        |
| La sécurité financière .....  | 23        |
| Uniformisation libéral/secteur salarié ? .....  | 23        |
| Soutien psychologique .....   | 23        |
| Communiquer : valoriser le partage d'expérience.....  | 23        |
| <b>DISCUSSION</b> .....   | <b>25</b> |
| <b>Principaux résultats</b> .....   | <b>25</b> |
| <b>Forces et limites de l'étude</b> .....   | <b>25</b> |
| <b>Confrontation aux données de la littérature</b> .....  | <b>26</b> |
| <b>CONCLUSION</b> .....   | <b>29</b> |
| <b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....  | <b>30</b> |
| <b>LISTE DES ABREVIATIONS</b> .....   | <b>32</b> |
| <b>ANNEXES</b> .....  | <b>33</b> |
| <b>Annexe 1 : Guide d'entretien</b> .....   | <b>33</b> |
| <b>Tableau 1 : Caractéristiques des interviewés</b> .....   | <b>34</b> |
| <b>Figure 1 : Synthèse du vécu professionnel des médecins généralistes après un cancer</b> .....  | <b>35</b> |
| <b>Figure 2 : Paramètres de la situation à prendre en compte pour l'élaboration du plan de retour au travail ou de maintien en emploi</b> ..... | <b>36</b> |

## **RESUME**

**Contexte** : la prévalence du cancer est importante et concerne aussi les médecins. Cette étude s'intéresse au retour au travail du médecin généraliste après un cancer.

**Objectifs** : l'objectif principal est d'explorer le vécu professionnel des médecins généralistes après leur cancer, et secondairement d'explorer les modifications de pratiques perçues par les praticiens.

**Méthodes** : étude qualitative de janvier à mai 2020 par douze entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes ayant eu un cancer.

**Résultats et discussion** : le retour au travail des médecins est une étape importante dans l'après maladie. Elle nécessite une adaptation de leur exercice qui est source d'épuisement. Ces adaptations se heurtent à plusieurs freins : un système d'assurances inadapté, et une carence de soutien de la part des instances représentantes des médecins. Cependant, la maladie permet aux médecins de donner plus de sens à leur métier à travers des modifications de pratiques : renforcement de l'écoute, de la communication et de leur qualité d'empathie : le vécu de la maladie leur permettant d'aborder plus facilement le parcours de soins pendant le cancer pour mieux accompagner les patients. Plusieurs pistes d'amélioration des conditions de retour au travail après un cancer ont été proposées : soutien psychologique, reconnaissance du problème par les instances représentantes des médecins et les assurances pour permettre une adaptation du rythme de travail. Enfin, la possibilité de communication via le partage d'expérience avec les patients devrait être encouragée.

**Conclusion** : le vécu de la maladie a permis aux médecins de réinventer leurs pratiques en donnant plus de sens à leur métier. Pour autant, ils manquent de soutien, et pour faciliter ce renouveau, une politique de santé publique spécifique semble primordiale pour permettre une reprise du travail sereine et pérenne.

**Mots-clés** : Cancer, travail, freins, réinvention, adaptation, modifications de pratiques

## **INTRODUCTION**

La prévalence du cancer est importante. En 2008 en France métropolitaine, on estimait à trois millions le nombre de personnes vivant avec un antécédent de cancer (1). Depuis 2005, son incidence tend toutefois à se stabiliser car sa prise en charge est un vrai objectif de santé publique en France, avec la mise en place de Plan Cancer (2), et à travers le monde. Son dépistage précoce et les innovations dans les différentes thérapies anticancéreuses ont permis d'améliorer très nettement le pronostic du cancer ces dernières années (3,4). On survit au cancer. On guérit du cancer. C'est donc le regard sur cette pathologie qui change. Le cancer est de plus en plus considéré comme une pathologie chronique (5).

Par ailleurs, même si la probabilité de survenue d'un cancer augmente avec l'âge, un nombre significatif de personnes développe un cancer au cours de sa carrière professionnelle (6), voir avant qu'elle ait débuté. Devant le nombre croissant de personnes actives professionnellement guéries du cancer, les questions de capacité à travailler et de reprise du travail, qui s'inscrivent plus largement dans la notion de réintégration sociale après un cancer, ont progressivement émergé ces dernières années (6). Il en ressort que le retour au travail après un cancer est un déterminant de la qualité de vie (7). Pour beaucoup de personnes, le retour au travail est même considéré comme une étape importante dans le « retour à la normale » (8). Il est bon pour la santé et le bien être (9).

De plus, selon le travail élaboré par la Commission des Déterminants sociaux de la Santé en 2010, le travail semble être un déterminant du statut socio-économique ainsi qu'un déterminant social des inégalités de santé. On comprend donc que le retour au travail après un cancer est essentiel pour les patients, et pour la société (10,11). Il doit faire partie des objectifs de santé publique.

Or plusieurs études menées ces dix dernières années ont mis en lumière les problèmes posés par cette reprise du travail après un cancer. D'autres sont venues compléter ces résultats pour faire un état des lieux des solutions apportées pour pallier ces difficultés. La prévention de la désinsertion professionnelle et sociale des malades est même devenue un axe de stratégie Nationale de Santé 2018 (12). Des Recommandations de bonnes pratiques sur la Santé et maintien en emploi ont été élaborées par la Haute Autorité de Santé en lien avec la Société française de médecine du travail, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et la Direction Générale du Travail (12).

Il y a une image fantasmée du médecin en bonne santé (13). Mais les médecins généralistes ont les mêmes pourcentages de maladies chroniques que la population générale, a fortiori le cancer, comme en témoignent les nombreux travaux qui ont tenté d'évaluer leur état de santé (13–15). Ainsi, parmi un panel de médecins généralistes interrogés en 2008, 9% des hommes et 6% des femmes déclaraient être pris en charge au titre d'une affection longue durée (14).

Beaucoup de travaux ont été menés sur le médecin généraliste et sa santé (13). Cependant, aucune étude à notre connaissance ne s'est intéressée spécifiquement au retour au travail du médecin généraliste après un cancer. Pourtant, en 2018, parmi les médecins libéraux (toutes spécialités confondues) percevant des indemnités journalières versées par la CARMF, plus d'un quart (27,69%) l'était au titre de « tumeurs malignes y compris hémopathies malignes », devant les « troubles mentaux et du comportement »

(21,05%) (16). Certains praticiens choisissent une cessation d'activité pour des raisons de santé ou y sont contraints (17). Pour les médecins généralistes décidant de la reprise ou poursuite de leur activité, il apparaît indispensable de mieux connaître les adaptations et modifications éventuelles de leur exercice professionnel pour : « les aider à tous les moments de leur parcours, construire des projets d'aide et de soutien dans l'adversité, leur apporter aide et facilitations de leur exercice dans des moments difficiles. » (15). Cela fait partie de la bienveillance que les médecins doivent avoir envers leurs patients, et que l'on se doit d'avoir envers les médecins car la bienveillance est thérapeutique.

L'objectif principal de notre étude est d'**explorer le vécu professionnel de médecins généralistes après leur cancer**. L'objectif secondaire est d'**explorer les modifications de pratiques perçues par les praticiens**.

## **MATERIEL ET METHODES**

### **Type d'étude et population étudiée**

Une étude qualitative a été conduite par entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes d'Ille et Vilaine, des Côtes d'Armor, du Morbihan mais également de Martinique, de janvier à mai 2020. L'approche qualitative est adaptée pour l'étude de problèmes complexes difficiles à mesurer.

### **Recrutement des participants à l'étude**

Le recrutement se faisait sur la base du volontariat et dans le respect du secret médical grâce à une information écrite du projet de thèse relayée par différents acteurs. Les médecins généralistes correspondants aux critères d'inclusion (médecins généralistes ayant été en ALD pour un cancer, en rémission depuis au moins un an) étaient libres de contacter l'investigatrice pour participer à l'étude.

L'Ordre des médecins d'Ille et Vilaine a transmis les adresses mails de tous les médecins généralistes inscrits à l'Ordre du département et un mail a été envoyé à chacun d'entre eux. Deux médecins du Centre Eugène Marquis de Rennes présentaient le projet aux patients qu'ils identifiaient. Le projet a également été exposé à une association de patients. Ensuite, par effet boule de neige ce sont les patients interrogés qui ont parlé du projet autour d'eux. L'objectif du recrutement était d'obtenir un échantillon varié en termes d'âge, de genre, de cancer et donc de traitement, de lieu d'exercice et de type d'exercice (libéral, salarié des hôpitaux).

### **Recueil des données**

Le guide d'entretien a été réalisé à partir de la littérature par l'investigatrice et modifié au fur et à mesure des entretiens (Annexe 1).

Les entretiens ont été menés entre février et mai 2020, en face à face pour la plupart. Trois d'entre eux ont été réalisés par téléphone en raison de la distance géographique ou de l'épidémie de SARS Cov-2 entre mars et mai. Les caractéristiques des participants ont été recueillies anonymement et notées à part. Les entretiens ont été enregistrés par dictaphone puis retranscrits intégralement mot à mot à l'aide du logiciel de traitement de texte Word. Ils ont été menés jusqu'à obtention de la suffisance des données.

### **Analyse des données**

La méthode d'analyse des données était celle de la « théorisation ancrée ». Elle consiste à étudier un domaine d'intérêt sans hypothèse préalablement conçue et à produire de nouvelles théories à partir d'un matériau empirique en se référant à ce que vivent les acteurs et en le restituant fidèlement. La première partie de l'analyse consistait en un codage ouvert réalisé par un seul chercheur au cours duquel les verbatims ont été réduits et codés en unités de sens. Ensuite un codage axial puis sélectif a permis des regroupements thématiques transversaux permettant de les réunir en thèmes et sous thèmes plus généraux. Pour ce travail de recherche, l'avis du Comité de protection des Personnes n'était pas requis.

## RESULTATS

### **Caractéristiques de la population étudiée**

Douze entretiens ont été réalisés. Leur durée était comprise entre quinze et cinquante minutes. Huit entretiens ont été menés au domicile des participants et quatre au téléphone pour des raisons de distance et de contexte épidémique avec le COVID 19. La suffisance des données a été obtenue au douzième entretien. Les caractéristiques des interviewés sont résumées dans le Tableau 1 en annexe. Les interviewés étaient principalement des femmes dont l'âge variait entre 36 et 70 ans, avec un antécédent de cancer du sein. Le délai par rapport à la fin des traitements était compris entre 2 et 17 ans.

L'analyse des transcriptions a fait ressortir quatre idées principales résumées dans la Figure 1.

### **Retour au travail ou retour à la vie antérieure ?**

#### **Représentation de la reprise du travail : la vie d'avant la maladie**

Plusieurs médecins généralistes interrogés ont ressenti un besoin de **reprendre le travail** pour marquer la fin de la maladie, le **retour à la vie « normale »** (E3), avec la notion de **resocialisation**. « *Psychologiquement, j'en avais raz le bol. Tout était fini alors rester chez moi...ça allait, stop* » (E3). La reprise du travail était source de joie car elle permettait de dépasser les séquelles de la maladie. « *La fatigue je ne la sentais pas, j'étais tellement contente de revenir* » (E5).

#### **Question de la performance**

Pourtant, cette reprise du travail pour chercher à retrouver un équilibre représenté par l'avant maladie était souvent liée à un **stress** après un long arrêt de travail. « *Et j'avais un peu peur de reprendre [...] J'avais peur d'avoir oublié des choses, parce que je ne me sentais pas aussi performante* » (E8).

Les médecins insistaient sur les **difficultés à accepter** que leurs capacités physiques n'étaient plus les mêmes qu'avant la maladie, et qu'ils ne pouvaient **plus être aussi performants** au travail. « *C'est d'accepter la fatigue et de me rendre compte que je ne pourrai plus travailler comme avant* » (E5).

#### **S'adapter à son modèle professionnel d'avant la maladie : source d'épuisement**

Le cancer changeait la norme physiologique que représentait l'état de bonne santé. Il avait de nombreuses conséquences physiques et psychologiques impactant directement la vie professionnelle qui elle ne prenait pas en compte ces changements. Les médecins s'adaptait donc perpétuellement dans le retour au travail. Malgré leur volonté de réinventer leur façon de travailler en prenant en compte les nouvelles contraintes imposées par l'expérience du cancer, plusieurs obstacles se présentaient à eux.

#### Gérer la fatigue

La **fatigue** semblait être la conséquence unanime du cancer et de ses traitements. Elle était proportionnelle à la lourdeur des traitements reçus. « *J'ai jamais retrouvé la même pêche qu'avant* » (E8). « *Ben il y avait le physique déjà, j'avais peur de ne pas supporter physiquement de longues consultations au niveau de l'attention et tout ça* » (E12).

La notion de **fatigabilité** plus importante au travail était également soulignée. Elle était d'autant plus importante que la reprise du travail se faisait à temps plein, avec une charge de travail importante. « *Avec un travail à temps plein, je ressens [...] la fatigue et la fatigabilité que j'ai du mal à gérer* » (E5).

#### Intégrer des soins aux journées de consultation

Un des médecins devait libérer du temps au cours des journées de consultations pour intégrer des soins. « *Donc là actuellement, j'essaie de bloquer des créneaux de consultation pour faire les soins* » (E1).

#### Dompter ses troubles cognitifs

La maladie, ses traitements ainsi que la rupture avec le travail sur une longue période semblaient avoir un impact sur la mémoire en particulier.

« *Quand j'ai repris oui j'avais un peu peur d'avoir oublié des choses...Et de fait, j'avais oublié des choses [...] il fallait que je recherche [...] j'étais obligée de faire quelques efforts, d'appeler une de mes collègues pour lui demander* » (E8).

Les **troubles mnésiques** augmentaient avec la charge de travail. . « *Les troubles mnésiques que je trouve très présents et très invalidants [...] J'ai des gros trous noirs, je cherche mes mots [...] Et ça s'est accentué depuis la reprise à plein temps* » (E5).

Toutefois, la reprise progressive du travail semblait bénéfique pour ré-entraîner la mémoire. « *C'est comme le sport, la reprise est difficile [...] mais on reprend vite les automatismes. On a l'impression que ça se reconnecte là dedans et ça repart.* » (E4).

### **Un remaniement psychologique profond**

#### Ambivalence entre force et faiblesse

Le vécu de la maladie « *rendait plus fort* » (E6). « *C'est génial notre métier, ça y est je suis capable de le refaire avec justement un peu plus de force* » (E7).

Mais l'expérience du cancer « *fragilisait* » (E9). Il était un **traumatisme psychologique** pour le patient, ses aidants, sa famille. « *Mes enfants étaient parfaitement au courant de la situation mais c'était très difficile* » (E10).

De son annonce, en passant par la bataille qu'il fallait mener pour le vaincre, à la reconstruction après cancer, il suscitait des **adaptations psychologiques** extrêmes avec des conséquences au long cours.

« *Au moment de la reprise pas du tout. C'est plus tard [...] que c'est plus compliqué [...] Tout s'était bien passé donc on est dans le positif, on avance. Et puis une fois qu'on est passé par là on se dit mais qu'est ce qui m'est arrivé là ? Réaliser que c'était pas rien cette affaire* » (E7).

Ainsi, l'après maladie était décrit comme une période de « *grand vide* » (E7) tellement le contraste était brutal entre la fin des traitements et la reprise du travail par exemple. C'était une période de grande **vulnérabilité psychologique**.

### Notion de transfert

La prise en charge de patients qui avaient eu la **même pathologie** était compliquée psychologiquement pour les médecins. « *J'ai forcément été confrontée à des femmes qui ont eu un cancer du sein [...] avec des parallèles avec moi. La mise à distance n'est pas forcément très très simple* » (E7).

Le rapport à la mort à travers la prise en charge de **situations de fin de vie** liées à un cancer était compliqué. « *Je suis en difficulté psychique sur certaines situations : l'accompagnement fin de vie* » (E5). Un des médecins soulignait le problème de la légitimité à prendre en charge ces patients alors qu'il était lui-même guéri. « *Je ne me sens pas légitime d'accompagner des gens alors que moi je suis guérie et pas eux* » (E5).

## **Freins à la réinvention de nouvelles pratiques**

Nous l'avons vu, l'expérience de la maladie bousculait les schémas professionnels antérieurs. Les médecins avaient la volonté de changer leurs pratiques pour prendre en compte ce changement. Mais cet élan était mis en échec par plusieurs choses.

### **Les assurances**

#### Un soutien financier inadapté

Le besoin primordial des médecins était l'**adaptation du temps de travail**, notamment pouvoir reprendre progressivement et ralentir le rythme de travail au long cours. « *Mais maintenant [...] je vais y aller plus doucement* » (E4). Pour ce faire, il fallait que le soutien financier des assurances permette un dédommagement suffisant et pérenne d'une limitation d'activité subie.

Malheureusement, malgré de bonnes assurances et une bonne prévoyance apparentes, les médecins étaient confrontés aux **limites de ce système de protection financière**.

« *Je veux simplement travailler deux jours par semaine [...] J'ai fait les comptes et j'ai vu que sans la prévoyance ça ne le faisait pas [...] Donc il faut que ma prévoyance me suive. Ma prévoyance elle considère que tu as le droit à 1095 jours d'arrêt de travail, et je suis plutôt bien assurée [...] Mais c'est pour un motif. Sachant qu'entre cancer et infection nosocomiale j'en ai bouffé 600, il me reste 400 jours. Donc la question que je me pose maintenant c'est comment faire pour pouvoir être ré-arrêtée, et que ce soit considéré comme une nouvelle pathologie et non pas comme une rechute. Moi je suis juste fatiguée et amnésique mais c'est pas une récurrence de mon problème* » (E5).

Les défaillances du système d'assurance laissaient peu d'alternative entre continuer de travailler autant qu'avant, ou s'arrêter complètement. Parfois, ce dilemme **subi** : « *ce ne sont pas mes choix. Mon choix c'est de travailler en tant que médecin généraliste 2 jours/semaine* » (E5) poussait les médecins à raisonner financièrement plus que pour l'intérêt primaire pour leur métier. « *Je me dis il faut que je me garde 180 jours si je fais une vraie récurrence parce que si je fais une récurrence, vu comment j'en « chie » là je ne retournerai pas travailler et je ferai ma demande d'invalidité à ce moment là [...] Avec les jours qu'il me reste il doit me rester 6 mois [...] Quand je serai arrivée au bout des 6 mois je verrai [...] J'arrive au moment où mes enfants sont étudiants et je ne peux pas m'arrêter de travailler en fait. Ou j'accepte l'invalidité. Comme je ne suis pas trop mal assurée, je gagnerai la même chose aujourd'hui que jusqu'aux 25 ans de mes enfants, soit la période*

étudiante. *Et le jour où ils ne sont plus étudiants je gagne un peu moins mais ça rentre dans les cases quoi. Donc je réfléchis à ce que je pourrais faire financièrement »* (E5).

#### Une complexité administrative qui accentue la fatigue et aggrave les difficultés

Les démarches administratives en lien avec les assurances étaient compliquées et demandaient une disponibilité physique et mentale pour comprendre et élaborer plusieurs scénarios. C'était comme **mener une nouvelle bataille** juridique et sociale après celle de la maladie.

*« Je me disais les gens qui sont vraiment crevés [...] il faut quand même avoir une sacrée énergie pour se battre pour obtenir des choses quoi. Tu t'épuises avec ça alors que tu viens de sortir la tête de l'eau »* (E12).

Face à ces contraintes administratives, les médecins généralistes faisaient peut être plus preuve de résignation parce qu'ils étaient formatés. *« Et je pense que comme on est formaté depuis le début, bêtes à concours, on y va et on ferme notre gueule [...] Regarde tout ce qu'on accepte lorsqu'on est étudiant »* (E5).

#### Une gestion déshumanisée

La gestion des dossiers par les assurances semblait déshumanisée. Les décisions faisaient suite à l'avis du médecin conseil de l'assurance. Un des médecins généralistes avait l'impression que **son objectif n'était pas toujours médical** mais guidé par la rentabilité de l'assurance.

*« Tu te rends compte que tout dépend des médecins conseils qui ne sont pas médecins [...] Ils sont salariés d'une assurance, ils utilisent leurs compétences médicales pour servir une assurance mais médecin c'est : aider l'autre, l'accompagner dans ce qu'il vit et le soutenir [...] Le médecin conseil c'est tout sauf ça »* (E5).

Ce manque d'empathie venait bousculer la définition même de leur métier de médecin, de leurs valeurs de soignant.

*« C'est cette discordance entre te dire : je prends soin des gens, je paye une blinde entre la CARMF et la prévoyance [...] et moi après un parcours chaotique, je veux juste travailler deux jours par semaine et pas perdre de chiffre d'affaire pour me permettre de garder le même salaire et payer ma secrétaire, et j'ai l'impression de demander le bout du monde »* (E5).

#### Un système discriminant qui entraîne un avenir incertain

Le cancer était un **frein majeur à l'installation libérale**. D'une part les compagnies d'assurances refusaient de couvrir normalement ce risque aggravé de santé lors d'une demande de crédit.

*« C'est quand je me suis installé [...] que ça a plutôt complexifié les choses [...] surtout au niveau des assurances. Par rapport au prêt pour l'installation où je me suis battu pendant des mois pour réussir à faire valider mon prêt »* (E1).

D'autre part, il existait une **discrimination** à l'accès à l'assurance professionnelle comme une Responsabilité Civile Professionnelle, ou à une prévoyance, liée au cancer. Cela conduisait à une précarité de l'activité libérale.

*« J'ai toujours ma prévoyance de remplaçant, d'avant ma pathologie. Parce que l'assurance n'a jamais voulu réévaluer ma prévoyance [...] Je me suis installé sans « filet » quasiment. Et d'ailleurs si j'ai le moindre pépin, je suis vraiment dans la merde. »* (E1)

Finalement, le système d'assurance était perçu comme pas assez aidant dans beaucoup de situations. « *Mais bon les assurances outre passent leurs droits très souvent hein [...] elles sauront toujours tirer leur profit du malheur des autres* » (E11).

### **La carence de soutien des instances représentantes des médecins généralistes**

Globalement, cette **précarité** induite par le cancer conduisait à une incertitude pour tous les projets futurs. Elle soulignait le besoin d'une prise en charge sociale pour le retour au travail après un cancer, d'autant plus que le médecin était jeune, pas encore installé.

« *Clairement j'attendais une aide en termes de prise en charge sociale. On a beau être médecins, on n'est pas assistante sociale. Il y a plein de trucs qu'on ne connaît pas [...] et des fois c'est des aides juridiques qu'il faut demander* » (E1).

Les médecins généralistes se confrontaient à la réalité d'un **système de protection sociale déficient**. Rien n'était prévu pour l'aide au retour au travail après un cancer, pas même de la part de leur principal interlocuteur : l'Ordre des médecins.

« *Sur le plan social, il n'y a rien. Je vais chercher l'aide [...] Tu te rends compte que notre régime social ne prévoit rien quoi* » (E5).

« *Et donc je me dis peut être que l'Ordre des médecins pourra m'aider. Ils ont certainement eu ce cas, ils ont certainement une cellule juridique...Eh bien non. Il n'y a rien à l'Ordre* » (E5).

Par ailleurs, l'Ordre des médecins ne facilitait pas toujours les choses, par exemple pour la question des gardes. « *J'ai été convoquée par le président de l'Ordre départemental, qui m'a dit que les gardes étaient obligatoires et que c'était une dérogation pour un mois, peut être deux maximum [...] ça a été très très très désagréable* » (E11).

### **Se réinventer dans son métier à travers des modifications de pratiques : qualités et compétences acquises grâce à la maladie**

Nous l'avons vu, autant d'obstacles qui rendaient le retour au travail des médecins généralistes complexe après un cancer, faisant naître un sentiment « *d'injustice* » (E5) et de colère. « *Je ne trouve pas ça normal en fait. J'ai un sentiment d'injustice. Triple injustice : maladie, infection nosocomiale, et ça. Je suis aussi très choquée que personne ne réagisse* » (E5). Ce sentiment leur permettait in fine de rebondir pour se réinventer dans leur vie professionnelle car « *la maladie était riche d'expériences qui apportaient de nouvelles qualités et compétences et faisait rechercher plus de sens à leur métier* » (18).

### **Modifications quantitatives**

#### L'éloge du temps

Les médecins généralistes cherchaient à **ralentir leur rythme de travail** après un cancer. « *Clairement, j'ai ralenti mon rythme de travail* » (E1). La flexibilité de la pratique de la médecine générale en libérale permettait cette adaptation du travail. « *Moi je dois dire que la médecine générale libérale toute seule ça m'a toujours convenu. Parce que je fais mes horaires, je gère mes rendez-vous et je n'ai de compte à rendre à personne* » (E11).

La réduction du temps de travail s'inscrivait dans un besoin plus large de **se préserver** et se ménager après la prise de conscience qu'ils étaient mortels avec l'expérience du cancer.

« *Quand on vit des choses graves quand on a une famille avec des petits enfants, on va dire qu'on remet des choses en perspective. Donc j'ai pris du temps pour moi, pour toutes les choses auxquelles je tiens beaucoup.* » (E10).

« *Essayer de me préserver un peu [...] ça faisait parti du changement : j'en avais un peu marre de bosser comme une folle. Ça a été le moyen un peu de changer de vie [...] Ca m'a donné l'impulsion, parce que si ça se trouve dans quelques années je serai peut être morte* » (E3).

Les médecins accordaient **plus de temps de consultation** à chaque patient.

« *J'ai plus de retard (rires !). Parce que je passe plus de temps avec les gens je pense [...] Et peut-être aussi l'envie de moins me mettre la pression. Me dire : tant pis c'est comme ça que j'ai envie de faire mon boulot, sans vouloir être forcé à l'heure, c'est pas l'essentiel on va dire* » (E7).

Enfin, un des changements majeurs dans le retour au travail après cancer était la **dispense de garde de nuit** par l'Ordre des médecins car le travail de nuit était trop fatigant. « *Je leur ai dit que je ne pourrai plus bosser la nuit, c'était pas possible. Donc ils m'ont dispensé définitivement de gardes* » (E3).

#### En pratique, les moyens de ralentir

La reprise du travail à **temps partiel thérapeutique** permettait de se réadapter progressivement au travail avec moins de stress. « *Je suis revenue en bossant deux jours en mi-temps thérapeutique [...] donc ça s'est super bien passé* » (E5). Lorsque les médecins généralistes travaillaient à **deux ou en groupe**, l'organisation du cabinet était assez souple pour leur permettre de maintenir ce rythme moins soutenu au long cours.

« *Comme je travaillais avec mon mari, j'ai pas vraiment repris à temps plein [...] une fois le mi-temps thérapeutique passé, je suis restée à un rythme beaucoup plus léger*» (E12).

« *Je pense qu'il y a moins de pratique individuelle qu'à notre époque donc ça peut permettre aussi d'adapter comme moi j'ai pu le faire avec mon mari* » (E12).

Toutefois, lorsque le médecin travaillait seul en campagne par exemple, il était compliqué de ralentir le rythme. C'est pourquoi certains médecins **changeaient radicalement**. « *Je me suis installée en octobre 89 en tant que médecin de campagne en Auvergne [...] J'ai travaillé toute seule pendant 10 ans [...] Dans le retour, j'ai commencé à bosser un peu moins et vite je me suis rendue compte que j'étais repartie dans le truc [...] j'en ai eu marre [...] Et j'ai donc atterri en Bretagne dans un cabinet de groupe en ville* » (E3).

Ces changements étaient possibles si les médecins étaient **bien assurés** sur le plan professionnel **avant le cancer**. Et d'autant plus s'ils avaient une **prévoyance**. Ils n'avaient ainsi pas à s'occuper de la prise en charge financière, source de stress, et pouvaient se concentrer pleinement sur l'organisation de ce retour au travail.

« *J'avais une bonne assurance donc pas de problème* » (E2).

« *J'avais une assurance indemnités partielles (ma prévoyance) donc ça c'est bien.* » (E3).

### Se permettre de ralentir

L'adaptation du temps de travail était la règle lorsque cela était possible. Mais la charge de travail en médecine générale libérale ne permettait pas toujours de moduler l'emploi du temps des médecins généralistes.

« *Au début oui. J'ai voulu me ménager un peu [...] Mais j'ai été très vite repris puisqu'on était en sous effectif* » (E9).

Et surtout, il existait une **différence de pratique générationnelle** dans le rapport au temps de travail. En effet, les médecins généralistes plus âgés semblaient moins se permettre de ralentir le rythme de travail après un cancer. Ils avaient toujours absorbé une charge importante de travail, il y avait donc cette notion de fatalité dans l'acceptation du travail soutenu. Cela soulignait l'amélioration des conditions de travail en médecine libérale au cours du temps, grâce au regroupement de médecins, à la réorganisation du système de gardes, à la création du SAMU par exemple.

« *Ça fait quand même 20 ans, mais maintenant je ne ferais pas pareil. Parce que je vois mes remplaçants [...] ils arrivent à 9h, ils travaillent tel jour mais pas tel jour, ils partent à 16h, ils aménagent leurs horaires et c'est top donc je ferais pareil [...] mais à l'époque on commençait à 8h et on finissait à 20h le soir, il n'y avait pas d'autre solution. Vous les jeunes vous êtes plus raisonnables...peut être un peu trop (rires)* » (E4).

« *J'ai fait 10 ans toute seule, dans les Côtes d'Armor. Là ça a été dur parce que toute seule six jours sur sept, de garde toutes les nuits pendant 5 ans* » (E2).

### **Modifications qualitatives**

La qualité de la pratique prenait le pas sur la quantité de travail.

### Une nouvelle approche de la médecine

L'expérience du cancer **orientait la pratique** des médecins généralistes en fonction des besoins qu'ils avaient eus lors de leur parcours de soin. Ils mettaient en pratique les outils et les ressources auxquels ils avaient eu recours lors de la prise en charge de leur cancer. « *J'ai changé entre guillemets de « mode d'exercice » parce que je me suis orientée de plus en plus, je dirais par rapport à mon cancer, à la manière de vivre, à l'alimentation* » (E3). Ils faisaient preuve d'**ouverture d'esprit** en s'intéressant aux médecines parallèles par exemple, dans l'optique de proposer une réponse adaptée au patient « *Et il y a eu l'hypnose aussi. Moi j'avais fait 3 4 séances [...] par rapport au vécu de la maladie, et ça m'a conforté dans le fait que je voulais me former.* » (E7).

Les médecins généralistes avaient **moins d'attrait pour la médecine « d'urgence »**, source de stress. « *Maintenant je ne veux plus d'urgences, plus de sutures, plus de tout ça* » (E3). Ils préféraient une médecine plus « *complexe* » (E3), « *plus globale* » (E3). « *Ça change la vie de tout le monde, la façon de travailler, l'envie de travailler. Je ne m'éclate plus dans la médecine générale de base [...] Bref une médecine moins conventionnelle. Une médecine plus globale* » (E3).

Les médecins étaient capables de **relativiser** beaucoup de motifs de consultation. Ils développaient une certaine forme d'intolérance aux plaintes sans motif médical valable « *je trouve que les gens qui viennent se*

*plaindre pour des trucs qui sont vraiment mini mini, on, se dit : non mais c'est rien ça ! Il y a 50000 façons de régler le problème ! Et puis on oublie. On relativise vraiment les choses » (E4).*

#### Relation du médecin avec ses patients

##### \*Sur le fond

L'expérience du cancer développait des qualités d'**écoute** et de **communication**. Les médecins considéraient ainsi chaque interrogation des patients, ils accordaient plus de crédibilité à leurs maux. Car souvent, eux-mêmes avaient été confrontés au manque d'écoute et de légitimité accordées à leurs ressentis de la part de certain médecin.

*« Le fait d'être passé par cette maladie, je trouve que ça m'a...déjà j'étais beaucoup à l'écoute [...] mais ça a encore exacerbé cet aspect là [...] comme s'il y a avait une ouverture qui était différente par rapport à l'écoute de la souffrance, des inquiétudes, de l'angoisse des patients et tout ça » (E12). « Beaucoup de médecins, en particulier les spécialistes [...] ont une écoute très partielle des gens » (E8).*

*« Et c'est vrai que dans la communication avec le patient [...] les choses qui me paraissaient banales [...] J'ai pris plus conscience et confiance en ça [...] quand on est passé de l'autre côté, on va le dire avec plus de conviction, ou on va prendre les 3 ou 4 secondes de plus pour que les gens se mettent à parler » (E7).*

De plus, les médecins étaient **plus empathiques** envers leurs patients. *« L'aspect relationnel était quand même très important pour moi mais ça a encore exacerbé cet aspect là » (E12). « Je suis plutôt d'un naturel très empathique, et on va dire que ça l'a accentué » (E10).*

##### \*Sur la forme

Dans la pratique quotidienne, le vécu de la maladie permettait **d'aborder la question du cancer plus facilement** et de **dépasser le tabou** associé à cette pathologie. *« J'avais un peu les pétoches comme tout le monde [...] Et maintenant, je fais, je dis les choses » (E6). « Ne pas avoir peur de ce mot » (E2).*

Par ailleurs, les médecins généralistes avaient une meilleure **compréhension** du cancer et de tout ce qu'il impliquait : les conséquences physiques et psychologiques : *« Quand on a vécu une chimiothérapie de l'intérieur [...] on comprend mieux le désarroi des gens, la fatigue, les effets indésirables. On l'a vécu soi même dans son corps, on est à même de comprendre les gens. Quand on perd ses cheveux, on sait ce que ça implique dans la tête, de se voir « malade » entre guillemets comme ça » (E11).*

Mais aussi les réactions associées au désarroi induit par la maladie, ou les mécanismes d'adaptations mis en œuvre pour affronter la maladie et guérir. *« Eh bien j'ai vu ce que c'était que d'être de l'autre côté hein...du bureau (rires). Et ça c'est certain c'est pas la même chose. J'ai peut être un peu mieux compris certaine réaction de patient » (E8).*

La compréhension de la maladie permettait de promulguer de **meilleurs conseils** au patient. *« Je me suis sentie une pertinence supérieure à avant ma maladie. Comme si je connaissais [...] des détails pratiques du vécu d'une chimiothérapie ou d'une radiothérapie que je n'avais pas avant [...] donc je pense que j'ai pu apporter des conseils et une aide aux patientes un peu différente certainement » (E12).*

Le partage d'expérience se faisait toujours au profit du patient. C'était un moyen de **réassurance** à travers une relation de **confiance** entre le médecin et son patient. « *Donc je leur explique bien le traitement et je sens les femmes tout en confiance. Je sens qu'elles se sentent comprises et ça c'est super* » (E5). « *Je les pousse, je les booste [...] je leur dire qu'ils vont y arriver, qu'ils vont guérir* » (E9).

Cela permettait au patient de se projeter dans quelque chose de concret, de lui donner de l'espoir « *Peut-être que ça les reconfortait quelque part de voir que tout ne s'arrêtait pas. Que ça arrive à tout le monde et qu'après on peut refaire les mêmes choses, repartir* » (E4).

Enfin, même si cela n'était pas en accord avec les règles déontologiques imposées en médecine, les médecins qui **assumaient** leur maladie face au patient et l'intégraient à la consultation **cheminaient** plus facilement dans le processus de **mise à distance** de leur propre histoire. « *Tant qu'on n'y est pas confronté on se dit oh c'est bon je suis passée par là je vais y arriver. Et puis en fait on y est confronté et oui si ça fait écho. Et quelque part ça fait aussi avancer dans la mise à distance de la maladie* » (E7).

Au contraire, certains médecins considéraient qu'il était important « *de mettre la bonne distance* » (E11) pour laisser le patient maître de **sa maladie** car l'expérience des uns n'était pas l'expérience des autres. « *Par exemple je ne vais jamais dire au patient : moi aussi j'ai connu ça. Ce serait lui « voler sa maladie » entre guillemets. Sous entendu ce qu'il vit, il a le droit de le vivre comme sa pathologie à lui, je ne vais pas lui dire attendez je connais ça* » (E11).

#### \*Cas particulier du médecin-patient

L'expérience particulière de médecin généraliste malade donc patient **enrichissait** leur pratique professionnelle.

La prise en charge d'un confrère malade restait compliquée. Il y avait souvent un **malaise** dans les échanges, induit par la crainte de mal faire.

« *C'est vrai que la relation médecin-médecin malade est très compliquée. On a toujours peur de se planter, on a toujours peur d'en faire trop ou pas assez, on a toujours peur de ce que la personne médecin va aller chercher ou va comprendre. C'est compliqué, soigner un médecin c'est compliqué* » (E3). Mais l'expérience du cancer permettait au médecin soignant de créer le cadre nécessaire au lâcher prise du confrère soigné pour **lui laisser son statut de patient**. « *Je veux bien qu'on m'écoute, non pas comme médecin mais comme malade* » (E11).

L'expérience de la maladie permettait de reconnaître les angoisses et les maux du médecin malade, trop souvent bafouées lors de leur propre prise en charge. Ils leur permettaient donc d'**exprimer leurs émotions**. « *Je ne m'autorisais pas à me plaindre et on ne m'autorisait pas à me plaindre, parce que j'étais médecin. Vous êtes médecin faut la fermer. Et j'en ai souffert, c'est peut être la chose qui m'a fait le plus souffrir* » (E3). Ils brisaient cette image préconçue de « force » qui contraignait le médecin malade à censurer sa souffrance. « *On se dit : je vais être forte, ça va aller [...] on se dit ben ça va, je fais face. Enfin on est investi de faire face* » (E8).

Ils mettaient un point d'honneur à la **ré-humanisation** du soin. Grâce à l'**exemplarité relationnelle** de certains médecins qui les avaient pris en charge et qui leurs avaient permis de vivre plus **sereinement** cette épreuve de vie. « *Il m'a confié à Dr D que j'ai trouvée vraiment très très chouette. Oui vraiment très très chouette [...] Pour moi elle est exceptionnelle [...] Dans ton parcours tu croises plein de gens. Tout le monde est compétent...et tu as les gens au-dessus du soleil* » (E5). « *Je suis vraiment tombée sur des gens très bien. Très pro [...] je trouve que les oncologues sont plein de vie, ils sont du côté de la vie* » (E6).

#### Relation des patients avec leur médecin

Certains médecins généralistes avaient l'impression qu'une certaine **méfiance** s'installait chez leurs patients après leur retour d'arrêt maladie. « *Après un temps d'adaptation parce que les patients n'avaient plus confiance* » (E3).

Cela se traduisait par une **perte de patientèle**. « *D'autant plus que je n'ai pas retrouvé tous mes patients. Ça c'était un peu difficile quand même* » (E8).

Les patients n'avaient pas toujours fait preuve d'attention ni de soutien particuliers car ils maintenaient le médecin dans son rôle de soignant et ne laissaient **pas de place à l'affect**. Les médecins vivaient mal cette exigence et ils trouvaient cela injuste. « *Je trouve vraiment qu'ils sont dans leur rôle de malade et nous dans notre rôle de soignant. Et donc c'est eux qui sont malades et pas nous ! (rires) [...] Pas d'états d'âmes [...] Ben oui on est des machines* » (E4).

En revanche, dans certains cas, la **relation unique et exclusive** entre un médecin généraliste et ses patients était mise en lumière à travers la **bienveillance et la gentillesse** de ceux-ci. « *Très bien accueillie par les patients [...] Je suis arrivée j'ai eu des fleurs, c'est très touchant. Tout le long de la maladie j'ai eu des petits mots, des bouquins...* » (E5). « *Ils avaient trouvé des parades pour essayer de me ménager dans les situations où j'étais vraiment crevée* » (E10).

Leur relation dépassait celle d'un médecin avec son malade, elle devenait un **échange réciproque** bénéfique pour les deux partis. « *C'était assez rigolo. Ils savaient qu'ils pouvaient compter sur moi et moi sur eux. Il y en a quelques uns qui ont eu des cancers, et on avait des échanges...C'était pas des échanges médecin malade mais on avait des échanges de...bonnes pratiques, savoir comment faire avec cette chimiothérapie* » (E10).

### **Pistes d'amélioration des conditions de retour au travail après un cancer**

Les modifications de pratiques dans le retour au travail après un cancer n'étaient pas facilitées car elles n'étaient pas pensées. C'est pourquoi les médecins généralistes proposaient plusieurs axes d'amélioration pour faciliter le retour au travail après un cancer.

#### **Besoin d'aide socio-juridique de la part des principaux interlocuteurs : Ordre des médecins, CARMF**

Les médecins généralistes soulignaient l'urgence de la **prise de conscience** du problème et de son ampleur par les organismes **représentants** des médecins comme l'Ordre des Médecins par exemple. « *Je pense qu'il faudrait déjà que l'Ordre des médecins, qui est censé gérer les problèmes des médecins, ait conscience qu'il y a un problème. Ta thèse il faut l'envoyer aux gens de l'Ordre parce qu'il faut qu'ils entendent ça, et qu'ils bougent ! Que c'est un véritable problème* » (E5).

Ils lui demandaient de prendre leurs **responsabilités** pour **agir** car cela faisait partie de leur mission. « *Qu'ils soient capables de nous orienter auprès d'un conseiller juridique, une assistante sociale, enfin voilà quoi* » (E5).

### **Faciliter les modulations de rythme de travail : accorder du temps**

Les médecins estimaient que des changements devaient être opérés pour qu'ils puissent travailler au rythme le plus adapté à leurs capacités.

« *Qu'on nous permette de reprendre à mi temps thérapeutique et qu'il puisse durer. Parce que ça, ça dépend de ta prévoyance* » (E5). « *Ben voilà que ça soit comme moi ! (rires) [...] cette période permettant une reprise progressive., ça j'avais trouvé ça génial* »(E12).

Pour ce faire, il fallait penser un **système de priorisation des remplaçants** pour ces médecins. « *Penser à un système de priorisation sur les remplaçants. Qu'on en trouve facilement, qu'on ne galère pas pour ça.* » (E5).

### **La sécurité financière**

Les médecins évoquaient le besoin de créer un **système d'accompagnement des médecins** généralistes pour faire valoir leurs droits **auprès des assureurs**, pour qu'ils puissent argumenter et se défendre face aux assurances dont les décisions étaient souvent perçues comme injustes. « *Quand tu envoies ton arrêt de travail au médecin conseil de l'assurance, qu'il dit que c'est une rechute, que tu aies quelqu'un qui puisse t'accompagner pour lui opposer le fait que non* » (E5).

### **Uniformisation libéral/secteur salarié ?**

Enfin, les médecins libéraux estimaient que le fossé entre le système salarial et libéral en termes de protection sociale était anormal. Par exemple, l'invalidité partielle n'existait pas en libéral. « *Après j'ai appelé la CARMF pour savoir si l'invalidité partielle existait. Mais elle n'existe pas pour les médecins libéraux* » (E5). Donc la **possibilité de prétendre à l'invalidité partielle en libéral** serait une belle avancée. « *Et la deuxième chose c'est que peut être l'invalidité partielle existe pour nous. Et quand on n'est plus capable de faire ce métier pour des raisons qui ne sont pas de notre faute, on puisse quand même continuer à l'exercer mais comme on peut [...] si je me mets en invalidité c'est totale donc je ne pourrai même pas aller pratiquer la médecine en tant que salariée, je serai radiée de l'Ordre* » (E5).

La **simplification et l'uniformisation** du système de protection sociale entre les deux secteurs pouvaient être une solution. « *Ou alors en simplifiant et demander à avoir les mêmes droits que les salariés* » (E5).

### **Soutien psychologique**

Devant les conséquences psychologiques du cancer, rendre le **soutien** psychologique systématique pour le retour au travail semblait indispensable. « *Ben je pense qu'on pourrait proposer quelques consultations psy quand même, pour aménager ce retour au travail* » (E8).

### **Communiquer : valoriser le partage d'expérience**

Les médecins exprimaient le besoin de communiquer et partager leur expérience avec les patients, autant en consultation qu'à travers l'animation d'associations de patients. « *Après la retraite j'essaierai de m'investir*

*dans les associations » (E9). « En effet je me dis qu'il y a encore du boulot à faire dans les possibilités de communication dans l'après, dans des échanges de gens. Et l'éducation thérapeutique peut être un moyen » (E7). Il faudrait donc faire « tomber » les barrières éthiques qui régissent l'exercice de la médecine, et stipulent de ne pas mélanger vie professionnelle et vie privée d'après les médecins interrogés.*

## **DISCUSSION**

### **Principaux résultats**

Cette étude, a permis de mieux comprendre le vécu professionnel des médecins généralistes après un cancer. En particulier d'appréhender les difficultés rencontrées et de souligner les nouvelles compétences acquises. Ce travail a également permis de donner une idée des axes à développer en termes de soutien pour le retour et le maintien au travail au long cours.

Le retour au travail correspond à un retour à la vie après la maladie. C'est une étape importante dans la reconstruction identitaire après un cancer et un facteur de qualité de vie. Mais cette étape est souvent source d'inquiétude et de stress par crainte de « ne plus être capable » (E8), « plus aussi performant au travail » (E8), à l'image de ce que la société impose. La maladie transforme le médecin généraliste sur le plan physique, psychologique et cognitif. Le fonctionnement du milieu professionnel ne permet pas d'intégrer tous ces changements bien souvent. De plus, la reprise du travail n'est pas assez préparée en amont. Le médecin doit donc s'adapter pour exercer au mieux son métier malgré les remaniements profonds de la maladie et les difficultés propres à son métier qui le confronte perpétuellement à la maladie.

Mais les conséquences de la maladie ne sont pas toutes négatives. En effet, le cancer est riche d'expériences qui font évoluer le médecin généraliste et lui apportent de nouvelles qualités et compétences qui lui font chercher plus de sens et d'engagement dans son métier (18).

### **Forces et limites de l'étude**

La méthode qualitative est la plus pertinente pour appréhender les expériences, le vécu et le ressenti des médecins généralistes interrogés. Nous avons estimé que la théorisation ancrée était la plus appropriée pour ce sujet. Cette approche consiste à étudier un domaine d'intérêt pour laisser émerger des idées, sans hypothèse préalablement établie.

La variation de l'échantillon sur plusieurs critères (âge, modalité et lieu d'exercice, traitements reçus) a permis d'obtenir des profils de professionnels assez différents.

Ce travail est original. En effet, plusieurs études se sont intéressées aux conséquences du cancer sur la reprise du travail et aux facteurs influençant cette reprise. Mais aucune étude ne s'est spécifiquement focalisée sur le vécu professionnel des médecins généralistes après cancer.

De plus, il s'agit d'un sujet ancré dans l'actualité : il répond à l'objectif 9 du plan cancer 2014-2019 (2) qui vise à mieux comprendre le vécu des patients pendant et après un cancer.

La validité interne de l'étude est assurée par l'obtention de la suffisance des données au douzième entretien. Enfin, le codage ouvert, première étape du travail d'analyse, a été réalisé par deux personnes pour quelques entretiens. Cette triangulation limite le biais d'interprétation et permet un ancrage dans la matière recueillie.

Cependant, cette étude a plusieurs limites. Il y a un biais de sélection car les interviewés étaient tous volontaires. Leur participation pouvait refléter une envie, parfois militante, de s'exprimer à propos de leur expérience vécue. De plus l'échantillon était de petite taille et le profil des médecins généralistes et des cancers aurait pu être plus varié. Il est vrai qu'il y a un plus grand nombre de femmes touchées par un cancer du sein, ce qui reflète la réalité avec une forte prévalence de ce cancer dans la population générale. Il existe également un biais déclaratif, inhérent à toute étude de ce type : les médecins généralistes

protagonistes ne dévoilaient que ce qu'ils souhaitaient. Enfin, l'interviewer était aussi l'investigateur de l'étude et il se présentait comme interne en médecine générale donc comme confrère. Cela a pu influencer les données recueillies.

## **Confrontation aux données de la littérature**

Les personnes ayant eu un cancer ressentent souvent une perte de normalité, d'intégrité et de contrôle (19). Le travail permet un certain retour « à la normale », de reprendre le contrôle sur quelque chose (20). Pour aller plus loin, « la reprise du travail, c'est la reconnaissance que la personne qui était malade revient dans la vie » (18). C'est une étape importante vers le futur (21). C'est le concept de norme qui est intéressant. Il a été abordé par G. Canguilhem dans son ouvrage « le normal et le pathologique » paru en 2013 (22). Il explique que « l'état pathologique peut être dit, sans absurdité, normal, dans la mesure où il exprime un rapport à la normativité de la vie. Mais ce normal ne saurait être dit sans absurdité identique au normal physiologique car il s'agit d'autres normes. L'anormal n'est pas tel par absence de normalité. L'état physiologique est l'état sain, plus encore que l'état normal. C'est l'état qui peut admettre le passage à de nouvelles normes [...] La guérison est la reconquête d'un état de stabilité des normes physiologiques. En tout cas, aucune guérison n'est retour à l'innocence biologique. Guérir, c'est se donner de nouvelles normes de vie, parfois supérieures aux anciennes ».

Or, le système normatif du monde du travail repose sur la notion de performance. En ce sens, il ne peut prendre en compte tous les changements liés à au vécu du cancer, qui sont souvent associés à des conséquences négatives et non à une expérience qui fait évoluer la personne, et lui apporte de nouvelles qualités et compétences pour lui faire rechercher plus de sens, plus d'engagement dans son activité professionnelle. (18).

Selon l'étude VICAN 5, qui portait sur 4174 personnes pour lesquelles un diagnostic de cancer avait été posé dans les cinq ans, une personne sur deux souffre de fatigue cliniquement significative, plus fréquente chez les moins de 50 ans. Les troubles de l'attention et de la mémoire concernent 35.9 % et 67.5 % des personnes respectivement. Ces séquelles ont un impact direct sur le travail et il en résulte une dégradation notable de la situation professionnelle. Ainsi chez les 18-54 ans, une personne sur huit ne travaillait pas au moment du diagnostic de cancer contre une personne sur quatre cinq ans après (23).

Le sentiment de capacité à travailler, qui fait écho à la notion de performance, est pourtant un facteur facilitant le retour au travail (24,25). Pour se sentir capable, il faudrait donc que le monde normatif du travail change son regard sur l'expérience du cancer, et que la société l'aide dans ce sens.

Le problème de couverture santé et prévoyance chez les médecins malades a été étudié dans la littérature. Le Rapport de la Commission nationale permanente de l'Ordre des médecins de juin 2008 (15) a développé un point sur le retentissement de la maladie sur l'activité de médecin libéral, avec un focus sur la survie financière d'un cabinet libéral pendant un arrêt maladie puis à la reprise du travail. Il en ressort l'importance de l'affiliation à des systèmes complémentaires privés, notamment la prévoyance. La réévaluation régulière des contrats est tout aussi primordiale. Une des solutions pratiques pensée lors de cette Commission était la mise en place d'un service d'information ordinaire en matière de prévoyance avec la création d'une banque de données comparatives des contrats proposés. Pour aller plus loin, une discussion d'un engagement des assureurs à la révision régulière des dossiers « prévoyance » a été évoquée. A notre connaissance, ces

propositions ne se sont pas traduites par des choses assez effectives en pratique. Le problème d'assurance est surtout vrai en libéral. Les médecins salariés, peu représentés dans notre étude, « sont largement représentés par les médecins hospitaliers qui, agents des collectivités publiques, bénéficient d'une protection équivalente à celle des fonctionnaires exclusivement en ce qui concerne les congés de maladie et les congés de longue durée. Hormis ces congés spéciaux, ils sont en position beaucoup plus précaire, situation aggravée pour ceux ayant une activité libérale autorisée et pour les praticiens hospitaliers-professeurs des universités. Quant aux médecins salariés du secteur privé, ils se voient proposer des systèmes de protection disparates, ou rien » (15).

La notion de discrimination liée au système d'assurance a été mise en lumière dans une étude menée en 2012 auprès de 111 médecins généralistes libéraux visant à évaluer l'impact de la maladie chronique du médecin généraliste sur son exercice (26). Elle soulignait le problème de couverture santé et de prévoyance avec une majorité de médecins malades (51,4%) qui n'ont pu modifier leurs contrats alors que leur situation de santé avait changé. Pour les médecins dont la maladie est apparue avant l'installation, ils ont tous eu de la part de leur assurance une exclusion de leur maladie, les fragilisant encore plus (26). Cela renforce la notion d'injustice et de non-sens de ne pas pouvoir adapter les contrats d'assurance à un état de santé. Encore une fois, cette étude démontre qu'il devrait exister des associations d'aide aux médecins malades pour leur permettre de s'assurer correctement en cas d'apparition, d'aggravation d'une maladie ou d'existence de cette maladie avant l'installation. Notons enfin que l'objectif numéro neuf du plan cancer 2014-2019 (2) stipulait d'améliorer l'accès aux assurances et aux crédits après un cancer.

Le besoin de ralentir sur le plan professionnel et la notion d'éloge du temps après un cancer sont abordés dans plusieurs études. Dans la revue de la littérature « Maintien en emploi des patients atteints de cancer » (12), les auteurs se sont penchés sur cinq études pour faire un état des lieux des connaissances sur le retour au travail après un cancer. Toutes mettent en évidence que le cancer entraîne une modification dans l'organisation du travail et une diminution du temps de travail.

Sur le plan pratique, le temps partiel thérapeutique est un véritable facteur favorisant la reprise du travail (24). L'étude VICAN 5 le confirme (23). En effet, parmi les personnes en emploi au moment du diagnostic, 24% ont connu un temps partiel thérapeutique et ces dernières se trouvent plus souvent en emploi cinq ans après le diagnostic (84,6%, versus 68% pour celles qui n'en ont pas bénéficié). Le recours à ce dispositif est également associé à une reprise de l'emploi plus rapide.

Se permettre de réorganiser son temps de travail et s'accorder la possibilité de le faire n'est pas chose aisée chez les médecins. Cela trouve son origine dans l'image que renvoie le médecin dans nos sociétés et de la perception qu'il a de sa santé. Plusieurs études ont permis d'évaluer le rapport du médecin à sa propre santé. Ainsi, une étude originale expose l'idée qu'il y a une fausse croyance culturelle autour de l'invulnérabilité du médecin généraliste, qui l'enferme dans un étai et ne lui permet pas toujours de demander l'aide nécessaire lorsqu'il est malade (13). D'après notre travail, à cela s'ajoute la différence générationnelle de pratiques de la médecine générale.

La question de l'influence du vécu de la maladie sur la pratique du médecin a souvent été abordée. L'étude « What happens when doctors are patients » parue en novembre 2009 (13) soulignait déjà que le vécu d'une maladie grave influençait positivement la pratique médicale. En effet, à travers l'expérimentation des mêmes émotions que leurs patients, les médecins développaient de réelles capacités d'empathie, d'écoute, et de

communication, qualités difficiles à acquérir de façon théorique. Ces résultats concordaient avec ceux d'une étude plus ancienne, réalisée par Klitzman, parue en 2006 (27). L'auteur insistait même sur la nécessité de ré humaniser les études médicales car la sensibilité et l'empathie ne peuvent pas s'apprendre uniquement par transfert à travers le vécu d'une maladie grave.

Enfin, la plupart des études, après avoir analysé les facteurs influençant le retour au travail après un cancer, ont émis des solutions pour optimiser cette reprise. Citons en particulier l'étude « Maintien en emploi des patients atteints de cancer » (12) qui a permis l'élaboration de recommandations pour l'accompagnement des patients en vue de leur retour ou leur maintien en emploi, après soumission à la Haute Autorité de Santé. (Figure 2 en annexe).

Concernant le développement d'une meilleure aide socio-juridique de la part des principaux interlocuteurs des médecins, le rapport de commission nationale de l'Ordre des médecins de 2008 insistait déjà sur le fait que « le médecin malade devrait pouvoir s'appuyer sur un Ordre au meilleur rôle informatif et incitatif » (15). Plusieurs idées avaient été émises, entre autres « la création d'un service social central au niveau du Conseil National spécifiquement destiné aux médecins inscrits à l'Ordre, impliqué dans les stratégies de reconversion des médecins inaptes à l'exercice de la médecine de soins » (15).

Cette question de l'aide à la reconversion serait l'équivalent de l'adaptation de poste dans une entreprise après à un arrêt longue maladie, en accord avec la médecine du travail. Cela fait partie des mesures ciblant le milieu de travail garant d'une reprise et du maintien en emploi dans la durée d'après plusieurs études. (12,23,28).

Par ailleurs, dans l'idée de faciliter les modulations de rythmes de travail, l'Ordre des médecins devrait accorder le droit à l'exercice partiel de la médecine, c'est-à-dire ne plus être astreint à donner un avis tranché : « le médecin est apte ou inapte à exercer la médecine » (15). Il devrait pouvoir nuancer la réponse et proposer une solution à chaque situation complexe et unique. Pour ce faire, L'Ordre des médecins devrait être capable de proposer un schéma de reconversion professionnelle grâce à « la création de passerelles qui permettraient de changer de métier plutôt que d'être enchâssé dans une spécialité sans pouvoir l'exercer » (15). Cela rentre de nouveau en résonance avec les recommandations émises par L. Rollin, S. Fantoni-Quinton, A. Petit, C. Baumann, K. Petitprez, J - F Gehanno, et al. (12), où il était conseillé « de mettre en place des actions de formation et d'orientation professionnelles en cas de nécessité de changement de poste de travail ».

Enfin, toujours d'après l'étude « Maintien en emploi des patients atteints de cancer » (12), les mesures ciblant l'individu, incluent une prise en charge des conséquences psychologiques du cancer avec un respect de la temporalité de la reprise. Pour ce faire, un soutien psychologique individuel ou collectif semble indispensable.

## **CONCLUSION**

La reprise du travail est une étape importante après un cancer. Comparée à d'autres pays, la France est en retard sur le plan de retour à l'emploi après une longue maladie. Le cancer reste une maladie qui fait peur. Dans notre société axée sur la performance, une absence de longue durée est souvent synonyme d'insécurité. Pourtant, la réinsertion professionnelle et le maintien en emploi sont des axes majeurs du Plan Cancer. Il semble nécessaire de sensibiliser les équipes soignantes sur la place de la reprise du travail dans le parcours thérapeutique, sur l'information du milieu professionnel, et sur le nécessaire suivi par les différents acteurs que sont : le médecin du travail pour les médecins salariés, les psychologues, un service social dédié aux médecins généralistes libéraux à défaut de médecine du travail, quant aux difficultés rencontrées pour la reprise et le maintien en emploi.

Dans un souci déontologique et de confraternité, l'Ordre des médecins doit mieux soutenir et accompagner le médecin généraliste après un cancer pour lui apporter aide et facilitation d'exercice dans les moments difficiles. Les systèmes d'assurances et de prévoyance doivent aller dans le même sens en ayant pour principal objectif le soutien grâce à la sécurité financière qu'ils permettent.

Enfin, face à la prévalence du cancer, il est temps de comprendre les changements qui peuvent s'opérer chez les médecins et plus largement les personnes qui ont eu un cancer, et de prendre conscience que ces changements peuvent devenir une véritable compétence sur le plan professionnel.

Il serait intéressant de mener un travail auprès de différentes sociétés d'assurance, de l'Ordre national des médecins, de l'URSAAF et de la CARMF pour connaître leur point de vue sur leur rôle dans le soutien des médecins généralistes dans la reprise du travail après un cancer.

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

1. Les cancers en France, édition 2017 [Internet]. Institut national du cancer; 2018 avr. (collection Les Données). Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/184000463.pdf>
2. Plan cancer 2014-2019.
3. Arnold M, Rutherford MJ, Bardot A, Ferlay J, Andersson TM-L, Myklebust TÅ, et al. Progress in cancer survival, mortality, and incidence in seven high-income countries 1995–2014 (ICBP SURVMARK-2): a population-based study. *The Lancet Oncology*. nov 2019;20(11):1493-505.
4. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2017. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. janv 2017;67(1):7-30.
5. Smith T, Stein KD, Mehta CC, Kaw C, Kepner JL, Buskirk T, et al. The rationale, design, and implementation of the American Cancer Society's studies of cancer survivors. *Cancer*. 1 janv 2007;109(1):1-12.
6. Mehnert A. Employment and work-related issues in cancer survivors. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*. févr 2011;77(2):109-30.
7. Rollin L, De Blasi G, Boucher L, Bouteyre E, Gehanno J-F. Return-to-work support in cancer patients: Which methodology? *Bulletin du Cancer*. févr 2020;107(2):200-8.
8. Luker K, Campbell M, Amir Z, Davies L. A UK survey of the impact of cancer on employment. *Occupational Medicine*. 1 oct 2013;63(7):494-500.
9. Musti MA, Collina N, Stivanello E, Bonfiglioli R, Giordani S, Morelli C, et al. Perceived work ability at return to work in women treated for breast cancer: a questionnaire-based study. *La Medicina del Lavoro*. 20 déc 2018;109(6):407-19.
10. de Boer Agem, Frings-Dresen Mhw. Employment and the common cancers: return to work of cancer survivors. *Occupational Medicine*. 1 sept 2009;59(6):378-80.
11. Capri S, Russo A. Cost of breast cancer based on real-world data: a cancer registry study in Italy. *BMC Health Services Research* [Internet]. déc 2017 [cité 20 août 2020];17(1). Disponible sur: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2006-9>
12. Rollin L, Fantoni-Quinton S, Petit A, Baumann C, Petitprez K, Gehanno J-F, et al. Maintien en emploi des patients atteints de cancer. *Bulletin du Cancer*. nov 2019;106(11):1039-49.
13. Fox F, Harris M, Taylor G, Rodham K, Sutton J, Robinson B, et al. What happens when doctors are patients? Qualitative study of GPs. *British Journal of General Practice*. 1 nov 2009;59(568):811-8.
14. Pascale DESPRÈS, Isabelle GRIMBERT, Bernadette LEMERY, Caroline BONNET, Catherine AUBRY, Carole COLIN. Santé physique et psychique des médecins généralistes. Etudes et résultats - Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) [Internet]. n°731. juin 2010; Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er731.pdf>
15. Biencourt DM, Bouet P, Carton M, Cressard P, Lucas J, Montane F, et al. Le médecin malade [Internet]. Ordre National des Médecins; 2008 juin p. 10. Disponible sur: <http://www.departement-information-medicale.com/wp-content/uploads/2008/10/lemedecinmaladesynthese.pdf>
16. CARMF. Guide incapacité temporaire et invalidité [Internet]. 2020 [cité 20 août 2020]. Disponible sur: <http://www.carmf.fr/doc/documents/guides/guide-incapacite.pdf>
17. Vega A. Les comportements de cessation d'activité des médecins généralistes libéraux [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES); 2007 déc p. 115. Report No.: 73. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud73.pdf>
18. Garcia-Bour M-A. Reconstruire sa vie après un cancer. Paris: Éd. Frison-Roche; 2012.

19. Muzzin LJ, Anderson NJ, Figueredo AT, Gudelis SO. The experience of cancer. *Social Science & Medicine*. mai 1994;38(9):1201-8.
20. Peteet JR. Cancer and the meaning of work. *General Hospital Psychiatry*. mai 2000;22(3):200-5.
21. Ferrell BR, Grant MM, Funk B, Otis-Green S, Garcia N. Quality of Life in Breast Cancer Survivors as Identified by Focus Groups. *Psycho-Oncology*. mars 1997;6(1):13-23.
22. Canguilhem G. *Le normal et le pathologique*. 12e édition. Paris: Puf; 2013. 290 p. (Quadrige).
23. Institut national du cancer (Inca). *La vie cinq ans après un diagnostic de cancer [Internet]*. 2018 juin. (Etat des lieux et des connaissances / Recherche). Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/La-vie-cinq-ans-apres-un-diagnostic-de-cancer-Synthese>
24. Guittard M, Capitain O, Guittard E, Roquelaure Y, Petit A. Facteurs influençant le retour au travail et le maintien en emploi après un cancer du sein. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. avr 2016;77(2):157-64.
25. Gragnano A, Negrini A, Miglioretti M, Corbière M. Common Psychosocial Factors Predicting Return to Work After Common Mental Disorders, Cardiovascular Diseases, and Cancers: A Review of Reviews Supporting a Cross-Disease Approach. *Journal of Occupational Rehabilitation*. juin 2018;28(2):215-31.
26. Lara VOLLE-COUDERC. *Les répercussions de la maladie chronique du médecin généraliste sur son exercice : enquête auprès de de 111 médecins généralistes libéraux [Diplôme d'état de docteur en médecine]*. Toulouse III-Paul Sabatier; 2012.
27. Klitzman R. Improving Education on Doctor-Patient Relationships and Communication: Lessons from Doctors Who Become Patients: *Academic Medicine*. mai 2006;81(5):447-53.
28. Dilhuydy J-M. La réinsertion professionnelle des patientes traitées pour un cancer du sein. *Oncologie*. mars 2006;8(3):245-50.

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

ALD : Affection Longue Durée

URSSAF : Union de Recouvrement pour la Sécurité Sociale et les Allocations Familiales.

## **ANNEXES**

### **Annexe 1 : Guide d'entretien**

*1/ J'aimerais que vous me racontiez votre histoire, que vous est-il arrivé ?*

*2/ Pourriez vous me décrire votre mode d'exercice avant la maladie ?*

*3/ Comment cela s'est-t-il passé en pratique dans votre organisation professionnelle après votre cancer ?*

*4/ Qu'est ce que la maladie a apporté à votre métier ?*

*5/ Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées dans le retour au travail après votre cancer ?*

*6/ Quels changements avez-vous notés dans votre relation de médecin par rapport à vos patients ?*

*7/ Dans quelles mesures les patients ont-ils changé leur relation à vous suite à votre arrêt maladie ?*

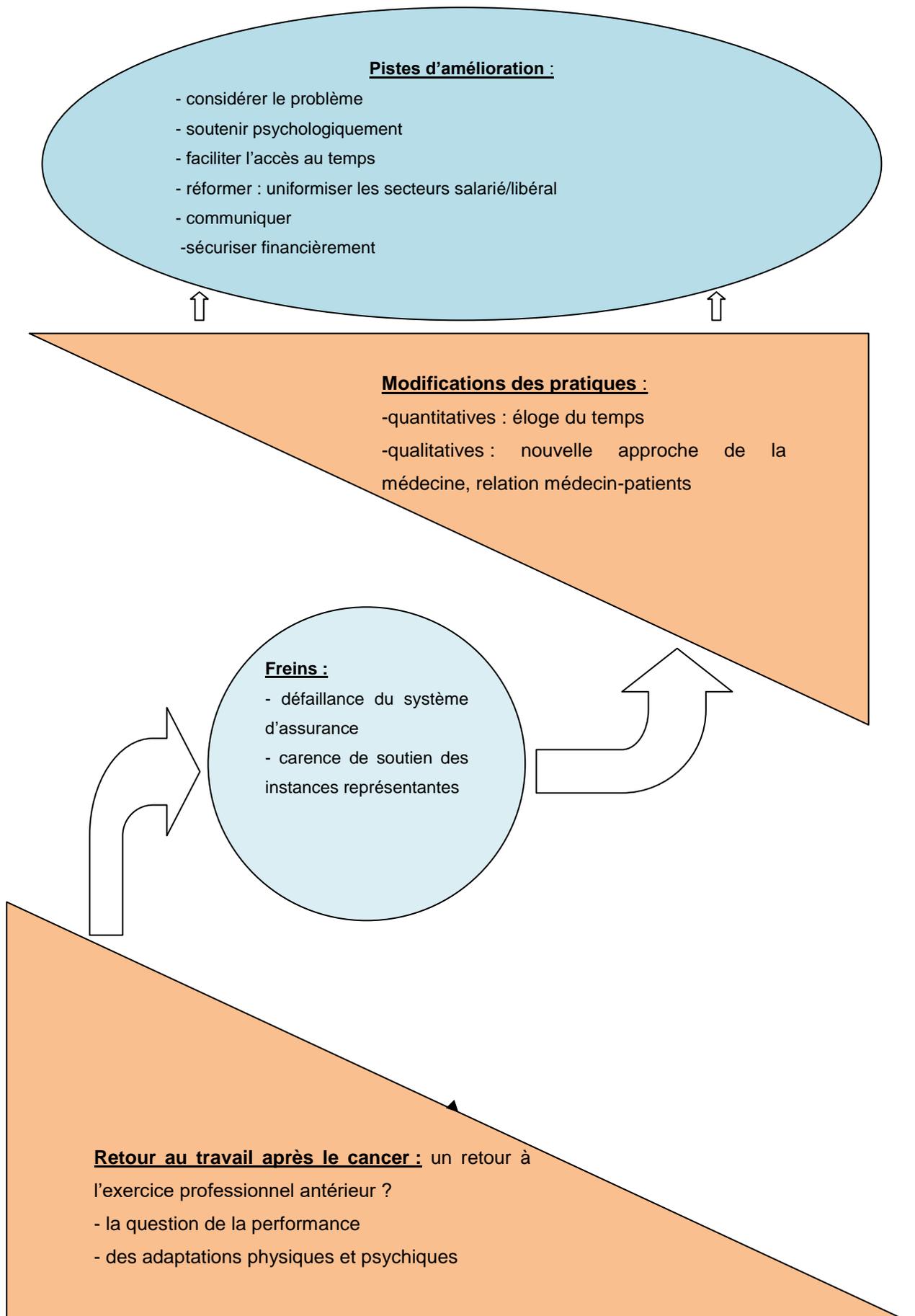
*8/ Quelles seraient vos suggestions pour améliorer le retour au travail chez les médecins généralistes après un cancer ?*

*9/ Qu'attendiez-vous de plus en terme de soutien ?*

Tableau 1 : Caractéristiques des interviewés

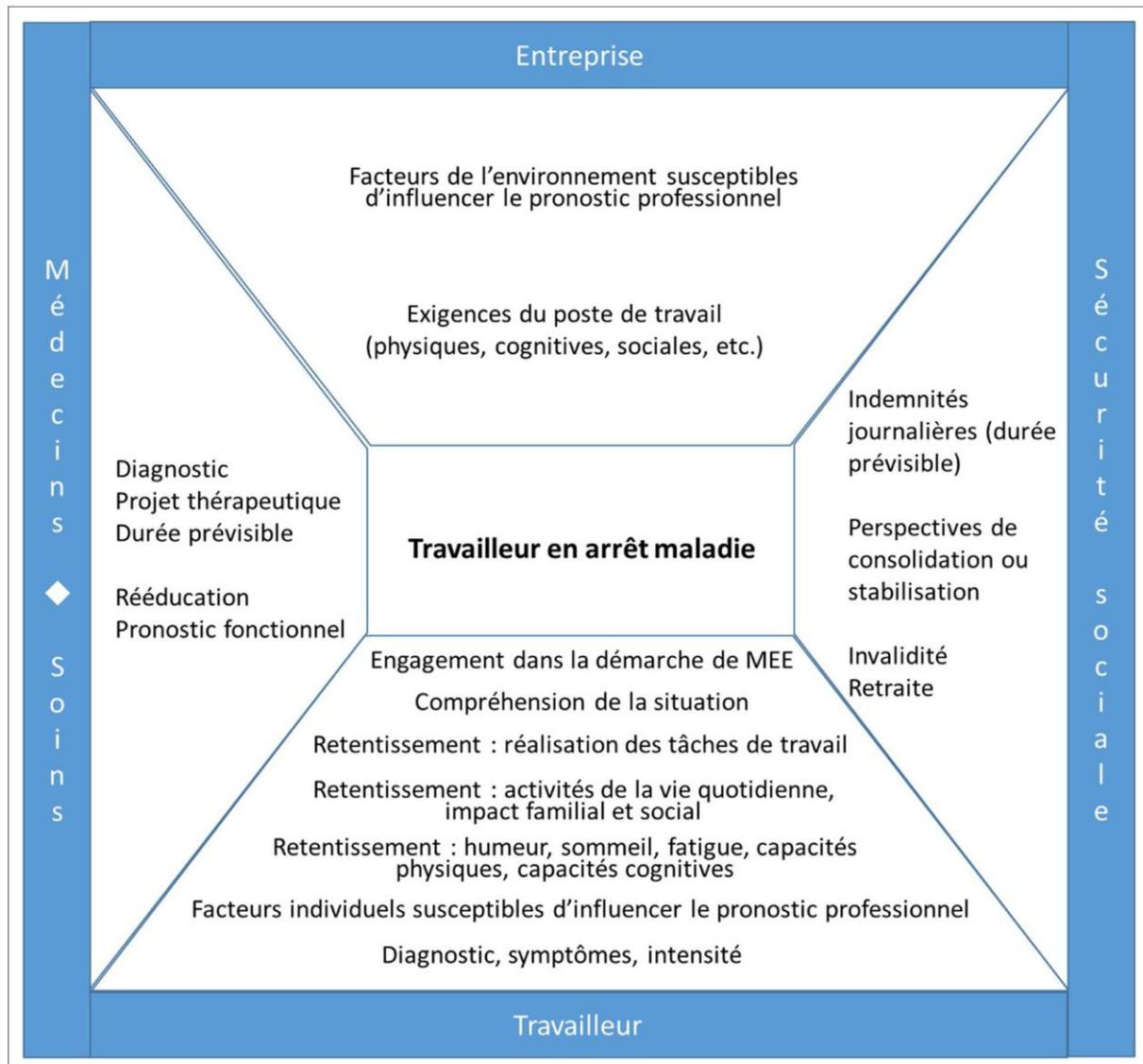
| Entretiens | Durée      | Age    | Genre | Durée de l'arrêt de travail | Mode d'exercice                       |                                       | Type de cancer          | Traitements                            | Délai/fin des traitements |
|------------|------------|--------|-------|-----------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------|--|---------------------------|
|            |            |        |       |                             | Avant cancer                          | Après cancer                          |                         |  |                           |
| E1         | 20 minutes | 36 ans | M     | 2 mois                      | remplaçant                            | cabinet de groupe semi-rural          | Tumeur intra-médullaire | Chirurgie                              | 5 ans                     |
| E2         | 30 minutes | 64 ans | F     | 2 mois et demi              | cabinet rural, seule puis remplaçante | cabinet de groupe rural               | Cancer du sein          | Chirurgie-radiothérapie                | 2 ans                     |
| E3         | 40 minutes | 58 ans | F     | 9 mois                      | cabinet rural, seule                  | cabinet de groupe puis seule en ville | Cancer du sein          | Chirurgie-chimiothérapie-radiothérapie | 12 ans                    |
| E4         | 30 minutes | 65 ans | F     | 9 mois                      | remplaçante                           | cabinet de groupe rural               | Cancer du sein          | Chirurgie-chimiothérapie-radiothérapie | 19 ans                    |
| E5         | 50 minutes | 42 ans | F     | 18 mois                     | cabinet de groupe semi-rural          | cabinet de groupe en semi-rural       | Cancer du sein          | Chirurgie-chimiothérapie               | 4 ans                     |
| E6         | 15 minutes | 55 ans | F     | 2 mois et demi              | cabinet de groupe en ville            | cabinet de groupe en ville            | Cancer du sein          | Chirurgie-radiothérapie                | 6 ans                     |
| E7         | 40 minutes | 38 ans | F     | 4 mois                      | cabinet de groupe rural               | cabinet de groupe rural               | Cancer du sein          | Chirurgie-radiothérapie                | 3 ans                     |
| E8         | 24 minutes | 70 ans | F     | 9 mois                      | cabinet semi-rural, seule             | cabinet de groupe semi rural          | Cancer du sein          | Chirurgie-chimiothérapie-radiothérapie | 8 ans                     |
| E9         | 25 minutes | 59 ans | M     | 7 mois                      | cabinet de groupe en ville            | cabinet de groupe en ville            | Cancer de la prostate   | Chirurgie-radiothérapie                | 6 ans                     |
| E10        | 30 minutes | 40 ans | F     | 1 an et demi                | salariée en milieu hospitalier        | salariée en milieu hospitalier        | Cancer du sein          | Chirurgie-chimiothérapie-radiothérapie | 17 ans                    |
| E11        | 35 minutes | 63 ans | F     | 6 mois et demi              | cabinet rural, seule                  | cabinet rural, seule                  | Cancer du sein          | Chirurgie-chimiothérapie               | 17 ans                    |
| E12        | 25 minutes | 63 ans | F     | 11 mois                     | cabinet de groupe                     | cabinet de groupe semi-rural          | Cancer du sein          | Chirurgie-chimiothérapie-radiothérapie | 10 ans                    |

**Figure 1 : Synthèse du vécu professionnel des médecins généralistes après un cancer**



**Figure 2 : Paramètres de la situation à prendre en compte pour l'élaboration du plan de retour au travail ou de maintien en emploi**

(tiré de : « Maintien en emploi des patients atteints de cancer », Laétitia Rollin et al.(12))



**BRACHOTTE, Manon .- Vécu professionnel des médecins généralistes après un cancer**

36 feuilles, 2 figures, 1 tableau, 30 cm-Thèse : Médecine ; Rennes 1; 2020 ; N° .

**Résumé français**

**Contexte :** la prévalence du cancer est importante et concerne aussi les médecins. Cette étude s'intéresse aux conditions de retour au travail du médecin généraliste après un cancer.

**Objectifs :** l'objectif principal est d'explorer le vécu professionnel des médecins généralistes après leur cancer, et secondairement d'explorer les modifications de pratiques perçues par les praticiens.

**Méthodes :** étude qualitative de janvier à mai 2020 par douze entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes ayant eu un cancer.

**Résultats et discussion :** le retour au travail des médecins est une étape importante dans l'après maladie. Elle nécessite une adaptation de leur exercice qui est source d'épuisement. Ces adaptations se heurtent à plusieurs freins : un système d'assurances inadapté, et une carence de soutien de la part des instances représentantes des médecins. Cependant, la maladie permet aux médecins de donner plus de sens à leur métier à travers des modifications de pratiques : renforcement de l'écoute, de la communication et de leur qualité d'empathie : le vécu de la maladie leur permettant d'aborder plus facilement le parcours de soins pendant le cancer pour mieux accompagner les patients. Plusieurs pistes d'amélioration des conditions de retour au travail après un cancer ont été proposées : soutien psychologique, reconnaissance du problème par les instances représentantes des médecins et les assurances pour permettre une adaptation du rythme de travail. Enfin, la possibilité de communication via le partage d'expérience avec les patients devrait être encouragée.

**Conclusion :** le vécu de la maladie a permis aux médecins de réinventer leurs pratiques en donnant plus de sens à leur métier. Pour autant, ils manquent de soutien, et pour faciliter ce renouveau, une politique de santé publique spécifique semble primordiale pour permettre une reprise du travail sereine et pérenne.

Rubrique de classement : Médecine générale

Mots-clés : Cancer, travail, freins, réinvention, adaptation, modifications de pratiques

|        |              |  |
|--------|--------------|--|
| JURY : | Président :  | Monsieur le Professeur Stéphane JOUNEAU, PU-PH |
|        | Assesseurs : | Mr Joël CASTELLI, MCU-PH                       |
|        |              | Me Laure FIQUET, MCF-Associée                  |
|        |              | Me VILLOIN Ghislaine [directeur de thèse]      |
|        |              | Me LEFEUVRE-PLESSE Claudia                     |