

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
MATERIEL ET METHODE	7
I- Type d'étude	8
II- Méthode d'inclusion	8
A- Recrutement	8
B- Critères d'inclusion.....	8
C- Critères de non inclusion	8
D- Détermination du nombre de sujets nécessaires (NSN)	9
III- Les entretiens	9
A- Le guide d'entretien	9
B- Lieu et date des entretiens.....	10
IV- Méthodologie d'analyse	10
A- Matériel et transcription.....	10
B- Le codage	11
C- Synthèse.....	11
V- Ethique	11
RESULTATS	12
I- Caractéristiques de la population étudiée.....	13
A- Sexe.....	13
B- Age.....	13
C- Répartition géographique	13
D- Type de cabinet	13
II- Les entretiens	14
A- Réalisation	14
B- Lieu	14
C- Caractéristiques générales	15
III- Pathologies évoquées	15
IV- Pathologies aiguës.....	15
A- Médecin traitant	15
B- Pathologies aiguës courantes	16
V- Recours aux confrères.....	18
A- Pathologies aiguës sévères	18

B- Pathologies chroniques.....	19
C- Suivi gynécologique.....	21
VI- Les arrêts de travail	22
A- Observants.....	22
B- Contraints.....	23
C- Aucun arrêt de travail	24
VII- Les dépistages et vaccins	24
A- A jour.....	25
B- Non à jour	25
VIII- Le mode de vie	26
A- Le temps de travail.....	27
B- Loisirs	30
C- Addictions	32
DISCUSSION	35
I- Limites de l'étude	36
A- Biais de sélection.....	36
B- Biais d'implication.....	36
C- Limites liées à la méthode	37
II- Réflexion	38
III- Les causes principales des pathologies	41
A- Le temps de travail.....	41
B- Le stress professionnel	42
C- L'oubli au profit des patients	43
IV- La prise en charge du médecin/malade.....	45
A- Médecin traitant	45
B- Automédication	46
C- Un patient à part	47
D- L'absence de recours à un autre généraliste	50
E- Les arrêts de travail	51
F- Le suivi gynécologique.....	52
V- Le mode de vie	54
A- Des horaires de travail disparates.....	54
B- Les loisirs	56
VI- Ouverture: quelles solutions pour améliorer la prise en charge ?	57
A- Avoir un médecin traitant déclaré.....	57
B- Développer des réseaux de soins dédiés aux praticiens	59
C- La reconversion professionnelle	61
D- Développer les associations de généralistes	61

CONCLUSION.....	63
BIBLIOGRAPHIE	67
ANNEXES	70
Annexe 1- Abréviations	71
Annexe 2- Guide d'entretien	72
Annexe 3- Tableau de synthèse des entretiens.....	74
SERMENT D'HIPPOCRATE	75

INTRODUCTION

Dans la société française, la population augmente de manière régulière chaque année. On note en particulier un accroissement important de la population de plus de 65 ans, chiffre amené à augmenter dans les années à venir.

En parallèle, une baisse des effectifs de médecins généralistes est constatée depuis plusieurs années: l'Atlas annuel du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) présenté le 2 Juin 2016 précise qu'au 1^{er} Janvier 2016, on dénombrait 102 299 médecins généralistes actifs en France. Ce nombre en baisse constante, - 8% depuis 2007, est appelé à baisser davantage puisque le CNOM craint «la perte d'un médecin généraliste sur quatre durant la période 2007-2025». Cette statistique reste cependant variable selon les régions et départements: on dénombre par exemple une baisse de -25% dans la Nièvre et Paris alors qu'une augmentation a été constatée sur plusieurs départements de la façade Atlantique sur la même période.

Cette baisse inexorable conduit à un nombre de patients toujours plus élevé par médecin avec une moyenne nationale en 2016 de 132,1 généralistes pour 100 000 habitants.

Ceci entraîne pour les praticiens un alourdissement constant des horaires et des conditions de travail. Dans le rapport de l'Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé (IRDES) «Le temps de travail des médecins généralistes» de Juillet 2009, il est écrit que le temps de travail moyen des généralistes se situe entre 52 et 60 heures par semaine, nettement supérieur à la majorité de la population française. Ajouté à cela une charge émotionnelle lourde, un travail administratif conséquent et une population toujours plus en demande de soins et de résultats, le médecin généraliste se retrouve fragilisé et peut en payer le prix au niveau de sa santé, qui passe alors au second plan par rapport à celle de ses patients. Malgré ce contexte difficile, le sujet de la santé des médecins reste secondaire.

En effet la santé des généralistes est un thème peu abordé voire encore tabou dans la société française aujourd'hui. Dans l'imaginaire collectif, un médecin n'est

jamais malade. Mais il reste un être humain, avec autant de fragilité et de risque face à la maladie que n'importe quelle autre personne.

Dans sa thèse de médecine générale qu'elle a soutenue en 2006, intitulée **«La santé des généralistes»**, **Laurence Gillard** faisait le constat suivant: 75% des médecins franciliens qu'elle avait interrogés se déclaraient satisfaits de leur état de santé, cependant 55% estimaient leur suivi médical mauvais ou moyen. Ceci illustre le danger inhérent à la pratique médicale. En effet les médecins généralistes peuvent mettre de côté leur santé de façon plus ou moins consciente et par là provoquer une augmentation du risque de survenue ou d'aggravation de pathologies qu'elles soient aiguës ou chroniques.

Un médecin généraliste en bonne santé signifie une présence optimale au cabinet, une prise en charge adaptée et cohérente des patients et donc une population en meilleure santé. La prise en charge de leurs pathologies revêt donc une importance majeure.

L'objectif principal de cette étude sera ainsi d'évaluer les pratiques des médecins généralistes quant à la prise en charge de leurs propres pathologies. L'objectif secondaire sera de mettre en perspective cette pratique avec celle qu'ils ont pour leurs patients dans les mêmes circonstances afin d'observer si des divergences existent dans les prises en charge.

Rapport-Gratuit.com

MATERIEL ET METHODE

I- Type d'étude

Pour pouvoir réaliser une étude qui analyserait non seulement la prise en charge des propres pathologies des généralistes mais également le ressenti et le rapport de ceux-ci à la maladie, je ne me suis pas inscrit dans une démarche quantitative.

J'ai souhaité réaliser une **étude de type qualitatif, prospective**, comprenant la réalisation **d'entretiens semi-dirigés** de plusieurs médecins généralistes contactés au préalable par téléphone et ayant accepté de me recevoir.

II- Méthode d'inclusion

A- Recrutement

Le recrutement des différents médecins a été effectué par une sélection aléatoire dans les pages jaunes à la rubrique «médecins généralistes» des Bouches-du-Rhône.

Après leur avoir expliqué par téléphone le nom et le sujet de l'étude ainsi que le déroulé de l'entretien, ils me donnaient ou non leur accord afin d'y participer et de me recevoir en entretien, dans le lieu de leur choix.

Je leur précisais au préalable que ces entretiens étaient courts, anonymes et qu'ils conservaient leur possibilité de rétractation jusqu'au terme de l'entrevue.

B- Critères d'inclusion

Les critères à remplir pour être inclus dans l'étude étaient:

- être un médecin généraliste installé,
- exercer dans les Bouches-du-Rhône,
- pratiquer une médecine générale «stricte»: pas de naturopathie, ni d'homéopathie etc...

C- Critères de non inclusion

Les critères entraînant une non-inclusion dans l'étude étaient les suivants:

- être médecin généraliste remplaçant,
- exercer hors des Bouches-du-Rhône,
- avoir une pratique hors champ de médecin générale: naturopathie, homéopathie,
- ne pas être médecin généraliste.

D- Détermination du nombre de sujets nécessaires (NSN)

Le nombre de médecins généralistes nécessaires pour mener à bien cette étude n'a pas été déterminé au préalable.

Comme pour la majorité des études qualitatives, j'ai arrêté l'inclusion de nouveaux participants lorsque les données sont arrivées à saturation c'est-à-dire que plus aucune nouvelle notion n'apparaissait dans les entretiens.

III- Les entretiens

A- Le guide d'entretien

Le guide d'entretien a été réalisé en amont des interviews, validé par ma directrice de thèse et a connu une seule modification au cours de l'étude.

Il comprenait d'abord une phase de présentation de ma part avec énoncé de mon nom, prénom, rappel du sujet de thèse, et explication du déroulé de l'entretien avec l'objectif de l'enquête. Il était également précisé que l'intégralité de l'entretien était enregistrée avec leur accord, et qu'il resterait bien sûr anonyme et confidentiel.

La 2^e partie du guide comprenait les thèmes abordés avec les praticiens interrogés. Elle débutait par une question brise-glace, destinée à initier le dialogue et mettre l'interlocuteur en confiance. À la fin de sa rédaction, elle était constituée de 9 thèmes pour les femmes et 8 pour les hommes. Ils ont été abordés sous formes de questions ouvertes leur permettant de s'exprimer librement, et étaient les suivants:

- le médecin traitant
- les pathologies aiguës
- les pathologies chroniques
- le suivi gynécologique pour les femmes

- les arrêts de travail
- les dépistages
- le temps de travail
- le mode de vie
- les addictions

Lorsque les réponses aux questions arrivaient à leur terme, une question sur le ressenti de l'entretien et ce qu'ils en tiraient leur était posée. Une discussion était alors engagée sur ce qu'ils pensaient de mon enquête et du sujet que j'avais choisi.

B- Lieu et date des entretiens

La date, l'heure et le lieu des entretiens ont été convenus au préalable par téléphone en fonction des disponibilités des médecins, et selon leur volonté.

Je leur proposais par défaut leur cabinet pour des raisons de commodité évidente pour eux, mais aucun lieu ni horaire précis n'a été exigé de ma part, je leur ai laissé le choix de procéder comme ils le voulaient.

IV- Méthodologie d'analyse

A- Matériel et transcription

Les entretiens ont été réalisés et enregistrés sur un dictaphone permettant de les réécouter et les réutiliser de manière simple. Les autorisations pour enregistrer ont été obtenues auprès de tous les praticiens interrogés.

Chaque entretien a par la suite été retranscrit sur un document Word en prenant soin de retranscrire également les émotions, les silences, afin d'avoir une représentation la plus fidèle possible du déroulé de l'interview.

Chaque fichier contenant un entretien chacun a ensuite été enregistré et sauvegardé sur 2 supports différents: ordinateur et clé USB.

B- Le codage

Le codage a été réalisé en utilisant Nvivo, logiciel spécialisé dans le codage d'entretiens et de récits.

Ce logiciel a permis de créer des nœuds correspondants aux différents thèmes abordés.

Chaque interview a été relue à plusieurs reprises. Les thèmes ont été dégagés à travers ces lectures. Les déclarations de chaque médecin illustrant ces notions ont été surlignées et regroupées dans les nœuds correspondants.

C- Synthèse

La dernière phase de l'analyse a permis de synthétiser les notions afin d'obtenir une analyse la plus précise possible, illustrée dans un tableau à double entrée regroupant les principaux thèmes abordés.

V- Ethique

Afin de rentrer dans le cadre de la loi française, cette étude a fait l'objet d'une déclaration auprès de la **Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL)**.

Celle-ci a donné son accord à l'étude et validé le projet, dont le numéro de dossier est **2143900 v 0**.

RESULTATS

I- Caractéristiques de la population étudiée

A- Sexe

Au terme des entretiens, **12 médecins généralistes** ont été interrogés et ont répondu intégralement à mes questions.

Il y a eu 6 femmes et 6 hommes, sans volonté préalable d'arriver à une parité parfaite.

B- Age

L'âge des praticiens s'étale entre 37 et 68 ans, avec une moyenne d'âge calculée de 56 ans.

C- Répartition géographique

Sur les 12 praticiens interrogés:

- 2 exercent dans le 5e arrondissement de Marseille
- 1 dans le 6e arrondissement de Marseille
- 2 dans le 8e arrondissement de Marseille
- 2 dans le 12e arrondissement de Marseille
- 3 dans le 13e arrondissement de Marseille
- 2 à Aix-en-Provence, dont un en milieu semi-rural,

D- Type de cabinet

- 6 médecins exercent en cabinet de groupe
- 5 sont en cabinet seul
- Et enfin 1 médecin exerce depuis son domicile.

À noter que sur les 5 médecins exerçant seul, l'un est en train de changer son type d'activité afin de créer un cabinet de groupe, et deux y songent également.

II- Les entretiens

A- Réalisation

Les 12 entretiens ont été menés sur une durée de 7 mois allant du 7 Mars 2017 au 5 Octobre 2017.

Cette durée longue pour seulement 12 personnes interrogées s'explique principalement par la difficulté de trouver des médecins généralistes acceptant de parler d'eux-mêmes et de leurs pathologies, même sous couvert d'anonymat.

Pour obtenir les 12 praticiens que j'ai rencontré, j'ai contacté plus de 50 médecins par téléphone, ce qui donne un taux de réponses positives <25%. Plus de la moitié des refus a été due au sujet abordé lors de l'entretien et donc de cette thèse.

Un généraliste qui, malgré mes explications téléphoniques préalables à l'entretien avait visiblement mal compris le sujet de cette thèse, m'a même demandé de sortir de son cabinet alors que l'entretien commençait. Il n'avait pas compris que nous allions "parler de lui".

Je n'ai bien évidemment pas insisté et suis parti à sa demande.

B- Lieu

Sur les 12 entretiens réalisés, et ce en l'absence de demande spécifique de ma part sur leur lieu de réalisation:

- 9 se sont déroulés dans le propre cabinet des médecins généralistes
- 1 a eu lieu à l'hôpital de la Conception
- 1 a eu lieu dans un restaurant
- 1 s'est déroulé au domicile du généraliste.

C- Caractéristiques générales

Les durées des entretiens se sont étalées entre 4 minutes et 35 secondes pour le plus court à 19 minutes pour le plus long.

La durée moyenne des entretiens a été de 11 minutes.

La durée totale d'enregistrement des entretiens a été de 2 heures et 14 minutes.

III- Pathologies évoquées

Au cours des entretiens, les pathologies évoquées par les généralistes ont été diverses et variées.

Lorsque l'on se penche sur ces interviews on en retrouve ainsi:

- 12 ayant subi des pathologies aiguës «courantes», de nature diverses, allant de l'ORL à la dermatologie,
- 4 ont subi des pathologies aiguës plus sévères,
- 2 ont été victimes d'accidents de la voie publique,
- 4 sont atteints de pathologies chroniques, aussi bien de nature hormonale que rhumatologique,
- aucune pathologie cancéreuse ou neurodégénérative n'a été mentionnée clairement, ni aucune souffrance psychologique type burn-out.

IV- Pathologies aiguës

A- Médecin traitant

Afin de bien cerner la démarche des généralistes dans la prise en charge de leurs propres pathologies, j'ai souhaité aborder le thème de l'identité de leur médecin traitant.

Lors des premiers entretiens ce sujet n'avait pas été évoqué, mais lors du septième entretien le généraliste interrogé m'a expliqué être son propre médecin traitant. J'ai alors systématiquement interrogé les praticiens sur ce sujet important, et

recontacté ceux que j'avais déjà vus et qui ont également accepté de me répondre sur ce point.

Les réponses furent claires: sur les 12 médecins que j'ai interrogés, la totalité sont leur propre médecin traitant :

«C'est quand même bien pratique et je gagne du temps» MG4.

«On ne va pas s'embêter à aller voir un confrère généraliste, pour des trucs qu'on peut faire soi-même.» MG9.

L'élément essentiel ressortant des justifications à être leur propre médecin traitant reste la **perte de temps** que représenterait le recours à un autre praticien généraliste pour des pathologies courantes: *«On a le même bagage, on sort des mêmes facts, je ne crois pas que ça va m'apporter grand-chose d'aller voir un confrère généraliste même si bon, je sais que je devrais plutôt que m'occuper de moi-même toute seule.» MG7.*

B- Pathologies aiguës courantes

a- Automédication

Lorsque j'ai évoqué le sujet des pathologies aiguës courantes avec les généralistes, l'automédication est ressortie de manière systématique.

Sur les 12 médecins généralistes avec lesquels je me suis entretenu, **100% d'entre-eux pratiquent l'automédication** lorsqu'ils sont atteints d'une **pathologie aiguë courante**.

«Tout dépend de la pathologie. Si c'est une pathologie simple comme l'angine, la bronchite je m'automédique.» MG6.

«Je m'automédique de manière assez costaud pour que ça passe le plus vite possible. Après si ça traîne bah je n'hésite pas trop c'est des antibiotiques et puis la plupart du temps ça passe.» MG1.

«Dans ces cas-là c'est de l'automédication, avec la biologie, la radio, bref tout ce qui est nécessaire, que je me prescris.» MG11.

«Si c'est une pathologie infectieuse enfin ce qu'on a de plus courant, je me soigne tout seul je prends un peu de paracétamol et ça suffit.» MG12.

b- Charge de travail

La pratique de l'automédication est pour eux totalement ancrée dans leur esprit et leur façon de faire. Cela se justifie aussi bien par la **charge de travail lourde** que le **gain de temps** à ne pas aller voir un confrère pour quelque chose qu'ils peuvent très bien gérer eux-mêmes car ils en ont les connaissances théoriques et pratiques.

«Je suis dans l'automédication, je n'ai pas eu de pathologie plus grave donc inutile d'aller voir ailleurs.» MG7.

Cette charge de travail lourde est très souvent mise en avant pour justifier cette prise en charge. *«Je ne vais pas m'arrêter pour quelque chose comme ça, j'ai beaucoup de patients, alors il faut parer au plus pressé.» MG8.*

L'analyse des différentes réponses sur la prise en charge de leurs propres pathologies aiguës montre un certain paradoxe: ils pratiquent tous une automédication systématique, sans forcément suivre les recommandations, mais sont conscients que ce n'est pas la bonne chose à faire. En effet plusieurs praticiens ont critiqué leur attitude:

«Les antibiotiques sont super efficaces si ça traîne un peu, ça me permet de me remettre plus vite. Ce n'est pas quelque chose que je dis de faire à mes patients parce que médicalement parlant je sais qu'on est loin des bonnes pratiques.» MG12

«Je me suis plusieurs fois égarée loin des sentiers battus on va dire, mais entre le travail et 3 enfants je n'ai pas trop le luxe de me reposer donc je me débrouille pour rester la plus efficace possible.» MG5.

L'un d'entre eux a d'ailleurs porté un regard très critique sur sa manière de faire, ainsi que celles de ces collègues:

«Les médecins ont un profil particulier, ils croient qu'il n'y a qu'eux qui travaillent. Tout le monde travaille, je pense qu'il faut s'organiser. C'est facile de se

négliger, et les médecins prennent l'excuse de dire «moi je travaille trop» ... ce n'est pas une raison pour ne pas se soigner.» MG4.

V- Recours aux confrères

A- Pathologies aiguës sévères

Le sujet des pathologies aiguës plus sévères, incluant dans la plupart des entretiens la traumatologie et les prises en charge chirurgicales, a été relativement difficile à aborder pour certains. Les médecins concernés ont eu plus de réserves à aborder ces sujets, exposant leurs fragilités. Il a fallu me montrer patient et compréhensif, et ils ont assez rapidement accepté de se livrer.

Sur ce point, les réponses des praticiens y ayant été confronté ont été également unanimes, et bien différentes de celles concernant les pathologies courantes.

En effet sur les 6 médecins concernés, tous ont eu **recours à un spécialiste** pour le diagnostic et le traitement.

«Je me soigne moi-même tout d'abord. Mais ce n'est pas suffisant car on est peu crédible envers soi-même. Il m'est arrivé des choses importantes sur le plan de la santé donc ensuite je vais voir des confrères spécialistes. (...) J'ai terminé chez le cardiologue qui m'a trouvé une myocardite virale. J'ai donc été hospitalisée, j'ai eu des problèmes pendant un mois.» MG3.

«J'avais des douleurs persistante au coude, je suis allé voir un collègue rhumato qui m'as diagnostiqué une hémarthrose.» MG7.

«Je me suis cassé le pied, je suis allé aux urgences et j'ai eu un petit suivi par un confrère orthopédiste» MG9.

Ce qui est également intéressant dans l'analyse des réponses sur ce sujet, c'est que plusieurs généralistes non concernés évoquent aussi leur volonté d'avoir recours à un spécialiste s'ils venaient à se trouver un jour dans une telle situation.

«Je n'ai pas eu de pathologie plus grave, et je consulterai si ça sort un peu de l'ordinaire.» MG5.

«Si c'est une pathologie simple comme l'angine ou la bronchite je m'automédique, si c'est une pathologie plus importante je vais voir un copain spécialiste.» MG6.

On constate dans ces réponses des réactions différentes à celles vues lors de l'évocation des pathologies aiguës courantes. La démarche qui consiste à aller voir le spécialiste paraît plus calquée sur celle qu'ils auraient eue pour n'importe lequel de leur patient, en adéquation avec leur pratique quotidienne.

B- Pathologies chroniques

a- Suivi spécialisé

Ce thème a été abordé de manière concrète avec 4 des médecins généralistes que j'ai interrogés, directement concernés par le sujet car étant ou ayant été atteints par une pathologie impliquant une prise en charge et un suivi au long cours.

J'ai pu constater à travers leurs réponses une similitude de prise en charge globale avec les pathologies aiguës sévères, comprenant **un recours et un suivi par un spécialiste.**

«Je suis suivie par un cardiologue pour l'hypertension et suite à une myocardite, par un endocrinologue de manière régulière, et j'ai aussi un traitement hormonal substitutif et je suis suivie par un gynécologue.» MG3.

«Oui mais je ne souhaite pas m'étendre sur le sujet si vous permettez. Je veux bien vous dire que j'ai de grosses pathologies qui nécessitent que j'aille voir des confrères spécialisés et un traitement lourd mais c'est tout.» MG8.

2 autres praticiens, non concernés directement par le portage d'une maladie chronique, m'ont là aussi expliqué leur volonté de recourir à un spécialiste s'ils venaient à y être confrontés un jour.

«Non, mais j'aurais recours à un confrère si c'était le cas. Je pense que d'une manière générale on n'est pas objectif sur soi-même, et les médecins encore moins. Sinon on se ferait un bilan par semaine et un scanner par mois.» MG10.

b- Divergences dans le rapport médecin/malade

Toutefois, de par leur statut et leurs connaissances de médecin, le rapport avec les confrères et donc la prise en charge au long cours qui découle de la pathologie peut s'avérer différent de celui avec un patient n'étant pas de la profession.

En effet le MG12 m'a expliqué *«Oui, et j'ai recours à des confrères spécialistes, un cardiologue et un rhumatologue. Je fais un suivi standard comme tout le monde et je fais ce que me dit le spécialiste, j'essaie de suivre à la lettre. Je reste à ma place autant que possible même si parfois on a des avis un peu différents sur une prise en charge. Le spécialiste c'est le spécialiste, sinon on reste chez soi ça ne sert à rien d'aller le voir.»*

Le MG2 a eu une attitude encore plus radicale: *«J'ai été suivi par un rhumato suite à des accidents de moto qui m'occasionnent des douleurs chroniques. Je suis allé le voir 4 fois, mais lorsque j'ai vu son attitude thérapeutique qui ne m'apportait rien de plus que ce que j'aurais pu faire moi-même, j'ai arrêté d'y aller et je me gère tout seul. Cela fait 15 ans maintenant et ça ne se passe pas trop mal.»*

Le MG2 a donc tout simplement décidé d'arrêter son recours au spécialiste car son savoir, son expérience et son statut lui permettaient dans ce contexte de faire au moins aussi bien que son confrère selon lui. Ceci illustre une **perte de verticalité du rapport médecin/malade classique**.

On remarque la présence d'un **interventionnisme plus important** du généraliste dans la prise en charge de sa pathologie par rapport à un autre patient. Il peut s'illustrer par des désaccords ouverts avec le spécialiste, ainsi que des refus ou modifications de traitement ou des négociations. Son comportement peut alors s'éloigner de la prise en charge recommandée voire aboutir tout simplement à un arrêt du suivi comme pour le MG2.

«Je me sentais faible et fatiguée depuis 2/3 jours, je me suis pris la tension et quand j'ai vu qu'elle était trop basse par rapport à d'habitude j'ai arrêté l'Amlor.»
MG3.

«Parfois j'avais des poussées douloureuses au genou suite à mon accident, c'était prescription d'AINS systématique (par le rhumatologue). Je n'en ai pris qu'une fois et j'ai remplacé par des paliers 2 ensuite. Les anti-inflammatoires je n'y vois aucun bénéfice.» MG2.

*«J'ai discuté avec le cardiologue des bêtabloquants. Je n'en voulais pas. Il a fallu parlementer mais j'ai réussi. De toute façon je n'en aurais pas pris.»*MG12.

*«Je savais que je devrais passer par la colo mais j'ai tenté autant que possible de la différer avec le spécialiste.»*MG8.

C- Suivi gynécologique

Les praticiennes interrogées ont toutes acceptées de se livrer et ont eu des réponses assez diverses lorsque a été abordé le sujet de leur suivi gynécologique.

En effet on peut constater que certaines sont très attentives et scrupuleuses quant à leur suivi: *«J'ai un suivi optimal, je vais voir directement le gynécologue.»*
MG3.

L'une des généralistes interrogées optimise son suivi malgré des contraintes de temps. *«C'est un peu compliqué mais j'essaie de m'y tenir surtout avec les grossesses que j'ai eu, le dernier a 12 ans, mais ça va globalement j'arrive à être dans les clous je crois.»* MG5.

Le suivi pour certaines praticiennes est même trop optimisé par rapport aux recommandations: *«Le suivi gynécologique est régulier, frottis et mammographie tous les ans.»* MG10.

Une autre également pratique un interventionnisme trop important: *«Je fais en sorte que ça se passe bien. Je vais voir mon gynécologue tous les ans pour le frottis et la mammographie, et je tanne ma fille pour qu'elle y fasse aussi attention.»* MG4.

A l'opposé, l'une d'entre elles a avoué avoir un suivi qui n'est pas du tout adapté. *«Mon suivi gynécologique est très irrégulier. La dernière mammographie*

date d'il y a 3 ans et le dernier frottis d'il y a plus de 3 ans. Sur ça je suis pas l'exemple à suivre...» MG7.

Enfin l'une des praticiennes m'a expliqué avoir elle aussi un suivi gynécologique de mauvaise qualité, qu'elle critique également, mais pour un motif bien précis.

«Je ne suis pas allé voir le gynécologue depuis 4 ans à cause de mes autres pathologies. Ce n'était plus trop ma priorité ces derniers temps, mais maintenant que ça va mieux je vais aller en voir un. Enfin je me dis ça depuis plus d'un an il serait vraiment temps que je m'y mette sérieusement.» MG8.

VI- Les arrêts de travail

Thème invariablement lié à la maladie et qui a été abordé par tous les praticiens, l'arrêt de travail a particulièrement fait débat lors des entretiens. J'ai été confronté à des manières de faire et de considérer l'arrêt de travail assez différentes en fonction des médecins généralistes interrogés.

A- Observants

Plusieurs généralistes en ont pris lorsqu'il le fallait et ont été observants. *«J'en ai pris plusieurs, 5 ou 6 il me semble. Je suis allée au bout et je ne regrette pas de l'avoir fait car j'en avais besoin, je pense que je me serais mise en danger et mes patients avec sinon.» MG10.*

«J'ai été arrêté 2/3 fois pendant 2 mois. Enfin une première fois pendant 2 mois et demi après une autre fois 15 jours pour une pathologie chirurgicale. Je les ai fait normalement et j'ai repris à la fin.» MG11.

«Alors j'ai eu des arrêts de travail à 4 reprises mais c'était pour des problèmes chirurgicaux et oui je les ai suivi, encore une fois à la lettre.» MG12.

Ces 3 médecins généralistes, représentant donc un quart des praticiens interrogés, se sont arrêtés lorsque leur santé risquait d'être mise en péril par la poursuite de leur activité.

B- Contraints

Il y a ensuite les généralistes qui ont pris des arrêts de travail parce qu'ils n'avaient pas le choix, et ont tout fait pour recommencer à travailler le plus rapidement possible, comme le MG2: *«Une fois pour un accident de la route, je me suis fait opéré de la jambe mais j'ai repris 3 semaines plus tard, j'ai demandé au collègue de me faire un arrêt le plus court possible. Pour quelqu'un d'autre ça se serait compté en mois mais là ce n'était pas possible j'avais trop de patients.»*

Le MG9 a lui comparé son attitude vis-à-vis de l'arrêt de travail avec ce qu'il aurait fait pour l'un de ces patients: *«Je m'étais cassé le pied mais j'ai travaillé avec le plâtre et je me suis arrêté une semaine pour une cruralgie sévère alors que j'aurais dû m'arrêter 3 mois.»*

Le MG3 a été le seul à critiquer son attitude: *«J'en ai eu une seule fois en 35 ans et je l'ai pris, c'est lorsque j'ai eu ma myocardite virale. Tout a débuté comme une rhinopharyngite, ça s'est aggravé avec un essoufflement, et j'ai eu la bêtise ou l'arrogance de m'automédiquer parce que je ne voulais pas m'arrêter. Résultat j'ai fini hospitalisée, et arrêtée un mois.»* MG3.

«J'en ai eu 2 suite à des gros accidents de motos dans les années 90, que j'ai pris un peu forcé mais j'avoue avoir repris avant la fin théorique.» MG1.

«Oui j'ai déjà eu un arrêt de travail, j'ai eu un accident au niveau du coude, et j'ai pris l'arrêt de travail parce que ça tombait en même temps que mes vacances, sinon j'aurais fait autrement.» MG7.

Ces 5 praticiens sont allés à l'encontre des recommandations de bonne pratique afin de continuer à travailler ou reprendre le plus rapidement possible, avec une mise en danger de leur propre santé, le plus souvent non critiquée.

Si on confronte les témoignages du MG10, qui n'a pas hésité à prendre des arrêts de travail et les a suivis de manière rigoureuse, et du MG3, qui s'est d'abord automédiquée pour continuer son activité puis a terminé hospitalisée, on voit apparaître clairement le danger inhérent à la pratique médicale. On voit un **oubli**

plus ou moins conscient de la propre santé du praticien au bénéfice de celle des patients.

C- Aucun arrêt de travail

Les autres praticiens généralistes que j'ai interrogé n'ont eux tout simplement jamais été arrêtés, que soit par non nécessité comme les MG6 et MG5: *«Non, je n'ai jamais eu d'arrêt de travail.»* MG6.

«Je n'ai jamais été arrêtée, mes maternités mises à part. Je suis encore assez jeune et je fais attention, je traverse normalement les petites pathologies du quotidien donc je n'en ai jamais eu besoin.» MG5.

Ou alors par volonté de poursuivre son activité quitte encore une fois à se mettre en danger: *«J'ai été opéré pour des soucis important, je n'ai pas eu d'arrêt de travail, quelqu'un de normal aurait pris 15 jours d'arrêt de travail. C'était une intervention pour une tumeur de la mâchoire et je me suis arrêtée une demi-journée suite à l'intervention vu que je ne pouvais ni manger ni parler.»* MG4.

Le témoignage du MG8 que j'ai volontairement mis en dernier, est sans doute le plus édifiant: *«J'ai une maladie très grave depuis 3 ans et je n'ai jamais pris d'arrêt de travail, sauf 4 mois et demi de réanimation. J'ai des périodes plus dures que d'autres mais je continues à travailler.»*

Même s'il ne s'est pas étendu sur le sujet, on comprend à travers son témoignage que le MG8 a encouru un risque vital du fait de sa pathologie. Malgré cela, malgré ses connaissances et sa pratique, il se met encore en danger lorsque sa maladie est en poussée, afin de continuer à prendre en charge ses patients.

VII- Les dépistages et vaccins

Le thème de la prévention, et en particulier des dépistages et des vaccins, a permis d'apporter différentes réponses entre les praticiens.

A- A jour

Il y a ceux qui suivent les recommandations de bonne pratique et qui sont à jour comme le MG12, qui y porte une attention toute particulière: *«Je fais une guerre psychologique à mes patients pour les dépistages alors je dois avoir au moins l'honnêteté intellectuelle d'être irréprochable là-dessus. Du coup j'ai fait l'Hémoccult, et je suis à jour de mes vaccins, et j'ai fait aussi celui de la grippe et le Pneumo23 et je me suis refait aussi la coqueluche pour être bien protégé. Sur ça je suis vraiment blindé.»*

«J'ai déjà eu le PSA et l'Hémoccult, je suis à jour de mes vaccins. De plus je vais aussi voir un ophtalmologiste tous les 6mois et je vais voir un dentiste avec 2 détartrages par an.» MG9.

«J'ai déjà fait le PSA et l'Hémoccult et tout va bien, je vous l'ai dit j'ai un bon pedigree et je suis parti pour encore quelques années de bon service (sourire). Les vaccins sont bien sûr à jour, je suis dans les clous.» MG2.

«Le dépistage je fais quand même plus attention: j'ai fait l'Hémoccult et le PSA, et sinon en ce qui concerne les vaccins je suis à jour aussi...donc ça va sur ce plan.» MG1.

B- Non à jour

Il y a ensuite des praticiens qui ne sont pas à jour, ou seulement partiellement à jour, dans les dépistages ou les vaccins, pour des raisons diverses.

Un généraliste a expliqué ne pas les avoir fait par manque d'attention. *«Je n'ai pas fait tous les dépistages, je n'y ai pas trop prêté l'attention nécessaire. Mais je vais les faire parce qu'heureusement mon épouse et ma fille me poussent à les faire, je vais bientôt faire un Hémoccult. Mais j'ai fait le dépistage prostate parce que mon père et mon frère ont eu un cancer de la prostate. Et mes vaccinations sont à jour.»* MG6.

Un autre a expliqué être trop jeune: *«Pour les dépistages je ne suis pas vraiment encore dans la tranche d'âge concernée sauf pour les frottis mais voilà.»* MG5.

De même pour le MG7, qui entre tout juste dans la tranche d'âge concernée par les dépistages: *«L'Hémoccult je viens juste de le recevoir puisque j'ai 50 ans et il faut que je me prenne la main pour aller faire la coloscopie, surtout qu'il y a des antécédent familiaux.»*

L'un m'a dit qu'il ne pensait pas que c'était nécessaire: *«J'ai fait l'Hémoccult. Le reste non je n'en ai pas besoin pour l'instant, et je fais les vaccins qui sont à jour. Mais je ne crois pas être une si mauvaise patiente que ça (rire).»* MG10.

Le MG8 a expliqué lui ne pas avoir besoin d'effectuer tous les dépistages du fait de sa grave pathologie: *«Je n'ai pas fait la coloscopie mais elle n'a pas lieu d'être du fait de mes antécédents.»*

Ces résultats indiquent que sur le plan du dépistage et des vaccins, les médecins généralistes interrogés sont **globalement assez attentifs et observants sur les recommandations** puisque tous ceux compris dans les tranches d'âge concernées en ont au moins effectué un.

Si l'on compare ces réponses avec celles enregistrées pour le traitement des pathologies (aiguës ou chroniques) ou les arrêts de travail, on constate une bonne attitude globale des médecins sur le plan des dépistages et vaccins ainsi que leurs conséquences.

On remarque également que sur les 6 médecins généralistes de sexe masculin interrogés, tous ont effectué le dépistage du cancer de la prostate, sans exception.

VIII- Le mode de vie

Le thème du mode de vie m'a paru important à aborder, car il est directement corrélé à la santé des praticiens généralistes, comme de n'importe quelle autre personne. En effet le mode de vie avec tous ses aspects impacte directement la santé par le retentissement sur l'organisme en termes d'activité, de stress, de repos, de sommeil, ou de facteurs de risques de survenue de pathologies.

A- Le temps de travail

Le sujet concernant le temps et les horaires de travail, souvent abordé dans la vie courante lorsque l'on parle des médecins et de leur temps de travail très lourd, a bien sûr là aussi trouvé écho avec tous les généralistes interrogés.

Les réponses enregistrées ont été assez variables selon les différents médecins, avec une amplitude relativement importante entre les horaires travaillés.

a- Horaires lourds

J'ai pu constater que parmi les généralistes que j'ai enregistrés, certains avaient des horaires en effet très lourds.

C'est le cas par exemple du MG2: *«Je travaille du Lundi au Samedi de 8h30 à 21h les jours de semaine, et ça peut même aller plus tard. Et le Samedi de 9h à 17h. Mais je vais ralentir la cadence sur le Samedi, ça devient difficile.»*

On constate que le MG2 travaille environ 70 heures par semaine 6 jours sur 7, et ce depuis des années. Il avoue par la suite que ces horaires deviennent difficiles pour lui, en termes de rythme tout d'abord. Cela peut conduire à une majoration des fragilités, qu'elles soient physiques ou psychiques, et donc le mettre en danger.

Il est le praticien généraliste avec les horaires les plus lourds parmi ceux que j'ai rencontrés.

«Les horaires en général en comptant consultations + visites + administratif je fais en gros du 8h30 le matin jusqu'à 20h45 le soir tous les jours du Lundi au Vendredi, et pas de weekend.» MG12.

Là aussi, plus de 60 heures de travail hebdomadaire pour le MG12.

b- Horaires intenses

J'ai également interrogé un certain nombre de généralistes qui avaient des horaires de travail moins chargés, tout en restant supérieurs à 45 heures hebdomadaires.

L'exemple en est le MG6: *«Une semaine classique je fais du 8h-12h/12h30 et normalement 14h30-19h, en théorie puisque l'après-midi c'est sans rendez-vous et je*

finis souvent plus tard comme vous avez pu le voir. Et ça c'est sans compter l'administratif, et je ne travaille qu'en semaine, pas de weekend.»

En effet le jour où je suis allé l'interroger, je suis venu le voir à 19h, heure théorique de la fin des consultations, et je n'ai pu m'entretenir avec lui qu'à 21h en raison du grand nombre de patients en salle d'attente. Ce médecin dépasse donc aisément les 45 heures de travail hebdomadaires.

«Je ne travaille pas le weekend. Je commence à 8h le matin jusqu'à 11h30 et ensuite les visites jusqu'à 13h, et l'après-midi je fais du 14h-18h30, sauf le Vendredi où je ne travaille pas l'après-midi. Il faut ensuite rajouter le travail de gestion administrative.» MG1.

«En fonction des visites ça peut commencer à 7h30 jusqu'à 19h30 et ce le lundi, mardi, jeudi et vendredi.» MG7.

«Tous les jours 8h par jour minimum. Tout compris j'oscille entre 45 et 50 heures par semaine de travail.» MG8.

«Le matin en visite de 8h à 12h30 et l'après-midi 14h00-18h30 sans rendez-vous, et du lundi au vendredi. Je ne travaille pas le weekend.» MG9.

Lorsque l'on fait le décompte des 12 médecins généralistes interrogés, on constate que plus de la moitié des praticiens a des horaires de travail supérieurs à bien supérieurs à la moyenne nationale.

c- Horaires moyens

D'autres généralistes interrogés ont eux des horaires dans la moyenne :

«9h-18h en théorie avec 1h de pause à midi, 4 jours par semaine, je ne consulte pas le Mercredi, c'est du temps pour la prise de rendez-vous, le suivi de dossiers etc...Je ne dépasse pas les 40 heures par semaine.» MG5.

Comme dans chaque cas il faut se placer dans le contexte particulier du médecin, et le MG5 est mère de 3 jeunes enfants et a volontairement adapté ses horaires afin de pouvoir s'en occuper.

«Lundi sans RDV 10-18h mais en réalité je termine à 21h. Mardi 8-12h, en réalité je suis au cabinet jusqu'à 13h30-14h. Mercredi 8-20h avec 30min de pause le

midi et je termine réellement le soir à 21h30. Jeudi sans RDV 8h-12h et je termine vraiment à 14h.» MG4.

Ce médecin a un temps de travail hebdomadaire moyen de 36h30, mais on peut constater la répartition de son temps de travail avec un weekend commençant le Jeudi midi et des journées de travail avec des horaires lourds.

d- Horaires allégés

«Je suis proche de la retraite alors j'ai ralenti mon activité. Avant j'étais à 50 heures par semaine. Maintenant je fais Lundi Mercredi Vendredi de 9h à 12h-12h30 et le Mardi Jeudi de 14h à 18h-18h30. Après c'est suivant la patientèle, s'il n'y a personne à 18h au revoir.» MG11.

Ce généraliste proche de la retraite a choisi de se mettre à mi-temps avec son associé afin de réduire son temps de travail, qui fut pendant une trentaine d'années autour de 50 heures hebdomadaires.

«Mes horaires sont plutôt calmes: Lundi 13h30-20h30. Mardi 8h30-12h30 et 13h30-16h30. Mercredi 8h30-12h30. Jeudi 13h30-20h30. Vendredi 8h30-14h.» MG3.

«En ce qui concerne les horaires, je fais les Lundi, mardi, jeudi, vendredi, 9h30-12h et 15h-18h.» MG11.

Les MG3 et MG11 ont justifié leurs horaires par la suite en expliquant vouloir profiter des à-côtés du travail, que ce soit de leurs familles, leurs amis, avoir du temps pour des loisirs...

e- Synthèse

Sur ce sujet du temps de travail:

- **7 des médecins interrogés ont expliqué avoir un temps de travail supérieur voire bien supérieur à la moyenne nationale**, avec 2 généralistes travaillant 60 heures hebdomadaires ou plus, et 5 travaillant plus de 45 heures.
- 2 ont des horaires dans la moyenne.
- 3 ont des horaires allégés.

On observe également une grande disparité dans la répartition des jours et des heures de travail.

B- Loisirs

L'un des aspects essentiels constituant le mode de vie sont les loisirs, incluant toutes les activités pratiquées hors du cadre professionnel. Ont été évoquées en particulier les activités sportives, composante importante d'un mode de vie sain et équilibré, plus protecteur face à la survenue de pathologie.

Les praticiens ont tous des activités diverses en dehors de leur travail, leur permettant au minimum de se détacher de leur activité professionnelle.

a- Pratique sportive

9 médecins généralistes sur les 12 interrogés ont dit pratiquer une activité physique régulière, à des intensités différentes.

Certains ont une pratique à haute intensité comme le MG4: *«Je fais beaucoup de sport, avant je ne travaillais pas le mercredi, je faisais du sport le mercredi ce qui me coupait un peu la semaine. Aujourd'hui avec l'emploi du temps que j'ai, je fais moins de chose pendant la semaine mais je suis à fond dans le week-end.»*

Également le MG1: *«Pas mal de sport le weekend, planche à voile, bateau, tennis, un peu de rando.»*

D'autres ont une pratique plus modérée mais néanmoins régulière et hebdomadaire: *«Je fais du sport, en particulier du vélo tous les weekends.»* MG10.

«Je fais 2 heures de sport par semaine et je m'y tiens ça me fait vraiment du bien. Je me vide la tête et je me dépense, je me sens mieux après.» MG5.

«Je vais courir une fois par semaine, le plus souvent 2 fois.» MG2.

«Je varie en fonction de mes envies mais je fais du sport toutes les semaines.» MG3.

On constate une activité physique qui peut être tout de même relativement importante malgré la charge de travail hebdomadaire, puisque le MG2 qui travaille 70 heures par semaine arrive à faire 2 séances de sport dans ce laps de temps, et 75% des médecins interrogés ont une activité physique.

Il est aussi intéressant de noter que les 3 généralistes ne pratiquant pas une activité physique ont plus de 60 ans. Si on se réfère au tableau de synthèse le MG9, le MG11 et le MG12, qui sont les médecins concernés, ont respectivement 68 ans, 63 ans et 60 ans.

«Je ne fais plus de sport, j'aime bien la montagne tout ça, marcher, le ski de temps en temps. Et le rugby le soir, mais à la télé ou au stade hein.» MG11.

b-Autres activités

Les autres activités pratiquées en dehors de l'exercice physique sont variées, et peuvent aussi se rapprocher de la pratique du sport.

En effet s'il a expliqué ne pas avoir d'activité physique régulière, le MG11 a aussi mentionné qu'il marchait régulièrement, comme le MG2, en plus des séances de course à pied: *«J'aime bien déambuler en ville, le Vieux-Port, Saint-Victor, le MuCEM, les Catalans, la Corniche, Longchamp enfin bref j'adore ma ville et la parcourir de long en large (sourire).»*

Les médecins interrogés profitent des moments hors de la vie professionnelle pour se relâcher et se ressourcer: *«Mes loisirs sont bien évidemment surtout le weekend, avec le cinéma, restaurant, balade en ville, ou rester à la maison en profitant de ma femme et ma fille.» MG6.*

«Je vais au cinéma et au théâtre, j'essaie de stimuler le corps et l'esprit et je me sens bien comme ça.» MG10.

«Pour parler des à-côtés du sport, je suis un bon vivant donc cinéma, un bon resto de temps en temps et voyager... surtout dans les îles (rires). Et puis je lis pas mal, un peu de tout. Je pense avoir quand même un mode vie assez sain.» MG1.

«Je prends également des cours d'Italien le mardi soir, et j'adore voyager alors je pars régulièrement, je m'aère l'esprit et c'est toujours le même bonheur.» MG4.

«Le Dimanche matin c'est perso c'est-à-dire que je fais toujours quelque chose qui me fait plaisir, qui me relaxe. Cela peut être une promenade, aller dans un musée, au cinéma ou un brunch face à la mer.» MG12.

À la lecture de l'ensemble des réponses sur le sujet des loisirs, les médecins généralistes interrogés tentent autant que possible d'avoir des activités. Elles sont

physiques, culturelles ou intellectuelles, et leur permettent de **relâcher la pression inhérente à leur travail** et profiter au maximum des à-côtés de leur métier.

Ce mode de fonctionnement leur permet de **se protéger mentalement mais aussi physiquement**, en prenant un peu de temps pour laisser le corps et l'esprit se relâcher afin d'être plus efficaces dans leur travail.

C- Addictions

a- Aucune addiction

Lors des discussions sur le thème des addictions, 6 des médecins interrogés ont déclaré n'en avoir aucune. Parmi ceux-ci, 3 n'en ont jamais eu, les MG5, 6 et 8.

«Les addictions par exemple, je n'en ai pas: 0 médicament, 0 tabac, alcool modérément avec des amis ou pour les fêtes, pas plus que recommandé.» MG6.

«Sur ce sujet ça va être rapide, je n'en ai aucune et je n'en ai jamais eu.» MG5.

«Je n'ai aucune addiction, n'en ai jamais eu, et fais tout pour ne pas en avoir.» MG8.

Sur ce thème, j'ai ressenti une certaine tension et fermeté lors des réponses des MG5 et MG8, et une volonté de vite passer à un autre sujet. Ils m'ont fait comprendre qu'ils ne souhaitent pas s'attarder sur un sujet encore tabou pour eux.

Les 3 autres généralistes ayant expliqué ne pas avoir d'addiction mais en avoir eu par le passé sont les MG2, 3 et 7. Ils se sont plus longuement étendus sur ce sujet en expliquant la raison principale qui les y a poussés.

«Aucune, j'ai un peu fumé il y a des années, en période de stress au début de mon activité mais j'ai arrêté depuis longtemps. Sinon alcool modéré, pas de médicament ni autre substance à usage récréatif...purent illégale... (Clin d'œil).» MG2.

«Je n'en ai plus, mais j'en ai eu longtemps: tabac, me ronger les ongles. J'étais très angoissée et ça m'aidait.» MG3.

«Plus aucune addiction aujourd'hui, j'ai fumé mais j'ai arrêté il y a plusieurs années et sinon aucune drogue.» MG7.

C'est principalement **le stress dû au travail** qui a poussé ces 3 généralistes vers la consommation de tabac. Le fait de se ronger les ongles pour le MG3 est d'ailleurs révélateur d'une anxiété certaine. Ils ont par la suite su mieux gérer leur stress et stoppé leur addiction.

b- Tabagisme

Seulement 2 des praticiens interrogés ont un tabagisme actif: le MG9 et le MG11 :

«Je fumes 3 cigarettes par jour et je suis bien comme ça, plus serein.» MG9.

«Le tabac c'est...tout à fait heu...c'est addictif sans l'être. C'est surtout dans les périodes de stress. Enfin pas le stress, l'énerverment...l'énerverment!» MG11.

Cependant si l'on y ajoute les MG2, 3 et 7 déjà cités plus haut, et qui ne présentent plus d'addiction aujourd'hui, on constate que **6 des médecins ont eu une consommation tabagique par le passé**. En effet les MG1, 10 et 12 ont également été fumeurs :

«J'ai eu fumé mais j'ai arrêté depuis 20 ans.» MG1.

«J'ai arrêté de fumer il y a plusieurs années.» MG10.

«J'ai fumé mais je me suis arrêté il y a 15 ans et depuis je ne regrette pas (sourire).» MG12.

Ces réponses nous révèlent donc que 2 praticiens sont fumeurs, 6 l'ont été, ce qui donne un résultat de **2/3 des généralistes interrogés ayant ou ayant eu une intoxication tabagique à un moment de leur vie**.

c- Addiction médicamenteuse

Les médecins ayant une addiction médicamenteuse sont au nombre de 3 :

«Je prends une petite benzo régulièrement quand je suis vraiment stressé où que je n'arrive pas à dormir.» MG1.

«Je prends de l'Ergystress sommeil, peut-être parce que j'avance dans l'âge. C'est quand même plus sain que des benzos.» MG4.

«Enfin si, excusez-moi, pour gérer le stress je prends ¼ de Lexomil en début d'après-midi avant la consultation, parce que au bout d'une heure je m'énerve un peu.» MG12.

Ces addictions sont toutes pour des médicaments contre l'anxiété et le sommeil, principalement des benzodiazépines et de la mélatonine.

d- Alcool

Un seul généraliste a avoué avoir une consommation d'alcool régulière, le MG10: *«J'ai une consommation d'alcool de 2 verres de vin par jour.»*

Ce comportement n'a pas été critiqué par le praticien concerné.

Au cours des entretiens, 3 des praticiens interrogés ont aussi expliqué consommer de l'alcool à usage récréatif, comme le MG7: *«L'alcool c'est de temps en temps avec les copains histoire de me satisfaire le palet (sourire), ou pendant les fêtes.»*

e- Synthèse

En parcourant les différentes réponses des généralistes sur leurs addictions éventuelles, il apparaît que **la première et principale raison en est la gestion du stress, et principalement celui dû à leur travail.**

DISCUSSION

I- Limites de l'étude

En raison du sujet de l'étude, la méthodologie employée ou mon statut d'interne en médecine, plusieurs limites ont été identifiées, incluant un certain nombre de biais.

A- Biais de sélection

Lors de cette étude, j'ai sélectionné uniquement des médecins généralistes installés. Ce souhait de m'orienter vers cette population précise était réfléchi: je voulais en premier lieu m'intéresser à cette population des généralistes installés, qui sont les piliers du système de santé français. Je souhaitais aussi ne pas m'éparpiller en choisissant une population trop disparate, d'où la volonté de me concentrer sur des praticiens avec une activité de médecine générale classique.

Ce choix implique nécessairement un biais de sélection. De nombreux généralistes n'ont pas été inclus dans l'étude parce qu'ils étaient remplaçants ou avaient une activité hors du champ de la médecine générale habituelle, telle la naturopathie ou l'homéopathie.

De plus les témoignages étaient basés sur la base du volontariat, un nombre important de praticiens ont refusé de participer à l'étude, ne voulant pas dévoiler leur intimité, constituant un biais de recrutement.

Autre élément du biais de sélection, les participants sont des médecins généralistes exerçant une médecine de ville, et vivant tous en zone urbaine. Ils ne sont donc pas représentatifs de l'ensemble des praticiens de France ni des pratiques de médecine rurale.

B- Biais d'implication

Du fait du sujet évoqué, impliquant de **se dévoiler de manière intime**, le biais d'implication est forcément présent. Parler de ses problèmes de santé et exposer ses fragilités est un processus difficile et très personnel. Il implique une introspection importante et peut faire remonter des émotions intenses.

Plusieurs médecins n'ont pas souhaité s'étendre sur certains thèmes afin de ne pas s'exposer. D'autres ont volontairement éludé certains sujets, ce qui est tout à fait compréhensible. Ceci constitue un biais déclaratif.

Cependant au cours des entretiens, plusieurs généralistes ont montré des signes d'émotion importants, marqués par des soupirs, des silences, et même des pleurs lors de 2 entretiens. Ceci illustre leur implication importante dans cette étude, et je les en remercie.

C- Limites liées à la méthode

a- Biais d'interprétation

La méthodologie d'une étude qualitative est basée sur un processus inductif ou subjectif, aboutissant à une interprétation des déclarations des participants. Ceci implique inévitablement un biais d'interprétation.

Afin de limiter ce biais, durant les entretiens j'ai demandé aux praticiens participant à l'étude de préciser leur pensée lorsque leurs déclarations étaient ambiguës ou difficiles à comprendre. Ceci dans le but de laisser le moins de place possible au doute et donc à l'interprétation sur ce qu'ils venaient de dire.

b- Biais lié aux entretiens

Les entretiens étaient semi-dirigés, le but étant de laisser au maximum parler les médecins tout en restant dans un certain cadre. Le guide d'entretien a été rédigé dans le but de ne pas être trop directif dans la manière d'aborder les sujets, avec des questions ouvertes, neutres et sans a priori personnel apparent.

Les participants ont pu cependant être influencés par la manière dont j'ai posé les questions, et ainsi ne pas avoir répondu de la façon dont ils l'auraient fait avec un autre interrogateur.

J'ai également remarqué au cours de plusieurs entretiens, lorsqu'une certaine confiance s'était installée, qu'une vraie discussion s'engageait avec des interventions plus fréquentes de ma part. Cet élément a également pu influencer leurs réponses.

c- Biais lié à mon statut d'interne

À plusieurs reprises mon statut de médecin en formation a pu influencer sur les réponses des participants: un praticien n'a pas souhaité me dévoiler certaines choses, car mes connaissances pouvaient me faire établir certains liens. Un autre m'a également dit qu'il n'irait pas plus loin dans l'évocation de ses pathologies devant un futur confrère.

Ceci a constitué un frein à certains entretiens qui n'ont pas été aussi approfondis qu'avec les autres médecins.

J'ai également été plusieurs fois confronté à un sentiment d'identification aux participants, pouvant mieux comprendre ce qu'ils vivaient, en raison de mon statut de médecin en formation.

d- Nombre réduit de participants

La méthodologie qualitative avec entretiens semi-dirigés inclut un nombre réduit de personnes interrogées. Seulement 12 médecins généralistes ont été interviewés pour mener à bien cette thèse, ce qui est peu en comparaison d'autres études, notamment quantitatives. Les résultats obtenus mériteraient d'être validés par des études menées à plus grande échelle, afin d'augmenter le niveau de preuve.

II- Réflexion

Les réflexions personnelles qui ont découlé de mon ressenti de l'étude sont exposées ci-après.

La partie que je vais développer ici résulte essentiellement des discussions que j'ai pu avoir avec les médecins en plus des entretiens proprement dit, et des réflexions qu'elles ont provoquées chez moi.

a- Le sujet est intéressant mais je ne participerai pas

Tout d'abord au commencement de l'étude, lorsque j'ai contacté les généralistes par téléphone, il m'a été plusieurs fois répondu que ce sujet les intéressait mais beaucoup ont refusé de participer. Il m'est donc apparu que les pathologies des médecins généralistes restaient un sujet difficile à évoquer. Il

apparaît un certain paradoxe dans cette manière de faire: ils trouvent ce sujet intéressant et important à aborder, mais chez les autres.

b- Un vécu différent sur chaque entretien

J'ai eu plusieurs ressentis différents en sortant de chaque entretien. Ceux-ci ont été en fonction de la personnalité de mon interlocuteur et du cadre de l'entretien essentiellement, qui ont été les 2 éléments principaux de l'atmosphère des interviews. Je me suis senti plus à l'aise avec certains généralistes plutôt qu'avec d'autres.

c- Difficile de se livrer sur certains thèmes

Une des principales difficultés que j'ai rencontrées a été la réticence à aborder certains sujets. Au cours des entretiens, quelques praticiens qui avaient pourtant accepté de participer ont eu du mal à se dévoiler sur plusieurs aspects. J'ai eu ce sentiment en particulier à l'évocation des pathologies graves ou chroniques ainsi que les addictions. Il y a eu des réponses très courtes sur certains points tandis que d'autres s'étaient étalées sur plusieurs minutes. J'ai compris que ces sujets étaient sensibles. J'ai pourtant fait le maximum pour les mettre à l'aise en leur laissant le choix de la date, de l'heure et du lieu de l'entretien. Le but était de créer un climat apaisé et de confiance afin de pouvoir discuter en toute quiétude. Durant les entretiens, je leur ai laissé du temps pour parler, je n'ai pas été trop pressant ni directif. À la fin des entretiens, même si j'ai réussi à obtenir des réponses sur chaque sujet, j'ai senti plusieurs fois que l'on ne m'avait pas tout dit.

d- La volonté d'aider un confrère

Les participants ont tous été bienveillants à mon égard. J'ai senti une réelle volonté d'aider un futur médecin généraliste en répondant à ses questions, ce qui a été très plaisant et agréable à vivre pour moi. Ils m'ont tous encouragé, poussé à continuer et dit que je touchais au but. Des discussions se sont engagées sur mon

futur mode d'exercice et la manière dont je voyais mon métier. Ces échanges ont été passionnants, et ce sont parfois poursuivis tard.

e- La correspondance à mes attentes

Lorsque je me suis lancé dans ce travail, mon but était d'échanger avec les médecins sur leur manière de se soigner et découvrir en quoi ils différaient de la population générale. Ce travail a globalement correspondu à ce à quoi je m'attendais en débutant mes recherches. Je me suis beaucoup enrichi de l'expérience de mes futurs confrères.

f- L'impact de l'étude sur moi

Le sujet de cette étude et les personnes interrogées, qui sont des futurs confrères, ont eu indiscutablement plusieurs conséquences sur moi.

Tout d'abord j'ai vraiment réalisé que face à la maladie nous avons tous nos fragilités et nos faiblesses, que l'on soit docteur en médecine ou non. Même si les pathologies des praticiens généralistes est le sujet que j'ai choisi, connaître les notions théoriques est une chose, y être confronté en pratique en est une autre. Je me suis trouvé face aux fragilités de futurs collègues, qui malgré leurs longues études et leurs connaissances ont été confrontés à la maladie. Cela m'a fait comprendre que personne n'est à l'abri.

Une autre chose qui m'a marquée au cours des entretiens est que je me suis mis à la place de mes futurs confrères. J'ai eu plusieurs fois le sentiment d'être à leur place quand ils partageaient leurs angoisses, leurs craintes. Cela m'a parfois donné le sentiment d'être hypocondriaque, d'avoir été touché par leurs pathologies. Je me suis efforcé de ne jamais être dans le jugement par rapport à leurs attitudes et leurs manières de penser, mais au contraire dans la compréhension et l'empathie. Ceci conduit à la dernière partie de ma réflexion.

En effet certains entretiens ont été plus difficiles à vivre que d'autres à cause des pathologies évoquées et de leurs conséquences. Au cours de 2 d'entre eux les médecins ont pleuré, ce qui montre l'intensité des émotions remontées à la surface.

Ils m'ont poussé à réfléchir à ce qui se passerait si cela m'arrivait. Comment vais-je réagir? Comment vais-je me traiter? Comment pourrais-je protéger mes proches? Suis-je prêt à sacrifier ma santé pour mon travail? Je n'ai pas encore toutes les réponses et j'espère ne jamais avoir à les chercher concrètement. Mais cela a eu le mérite de pousser ma réflexion à un niveau auquel je ne m'attendais pas.

III- Les causes principales des pathologies

A- Le temps de travail

L'un des éléments centraux lié à la santé des médecins est le temps qu'ils accordent à leur travail. Ce thème est revenu à chaque entretien mené au cours de cette étude. Le nombre d'heures accordées chaque jour aux patients, les week-ends et les jours fériés travaillés sont souvent mis en avant pour expliquer le mauvais état de santé et les prises en charges moyennes à médiocres des pathologies des professionnels de santé. Le rapport «L'emploi du temps des médecins libéraux» publié par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees) en 2010 dresse le constat qu'«il n'est pas rare de trouver des journées de 10 à 12 heures de travail». Ce rapport mentionne également que «à cela, il faut ajouter des activités professionnelles possibles en soirée (groupe de travail, formation professionnelle continue, dossiers des patients, etc.)».

On peut alors comprendre que leur santé n'est pas leur priorité, faute de temps. Lors de l'enquête de l'Ordre des médecins de 2017 intitulée «La Santé des médecins», les premiers résultats ont montré que «les départements où les médecins ont été les plus nombreux à se dire malade sont les départements où il y a le plus de déserts médicaux!»

Ce constat posé il faut rappeler, comme l'a justement fait remarquer le *MG4*, que les médecins généralistes ne sont pas la seule catégorie socioprofessionnelle à avoir de tels horaires de travail et de telles contraintes. Cette assertion s'applique également à l'ensemble des spécialités du corps médical.

Un autre problème est également le **temps non médical de plus en plus conséquent**. Le système médical français actuel connaît une baisse du nombre de praticiens généralistes. Ceci entraîne un nombre plus élevé de patients par médecin et donc une augmentation sensible de cette part du travail, souvent considérée comme la moins passionnante. De plus, comme l'a mentionné le rapport de la Drees, le nombre d'activités hors du cadre du soin peut également être important, comme les groupes de travail ou les formations professionnelles continues. Il faut ajouter à cela le travail de gestion de cabinet, que ce soit la gestion administrative ou l'achat de matériel.

Ces différentes activités, ayant toutes pour but une optimisation de la qualité des soins délivrés aux patients, augmentent la quantité de travail hebdomadaire de manière non négligeable.

Toutes ces composantes du temps de travail médical augmentent la difficulté pour les médecins à prendre du temps pour leur propre santé. Il est en effet difficile pour eux d'interrompre tout cela, même pour un temps court, dans le but de se soigner. Cette mise de côté de leur vie professionnelle engendrerait pour eux un nombre de contraintes importantes, et malheureusement ils sont souvent non disposés à les subir.

B- Le stress professionnel

a- Le contexte

Les médecins sont en permanence soumis à une pression importante liée à leur travail. Elle est due aux responsabilités qu'ils endossent, à la difficulté de gérer un nombre important de patients avec des pathologies différentes, aux situations difficiles et parfois dramatiques, aux demandes de soins et de résultats auxquels ils doivent constamment faire face...

Ce stress constant qu'ils vivent au quotidien retentit sur leur état de santé, ainsi que sur leur manière de se prendre en charge. Dans sa thèse intitulée «**Stress chez les internes en médecine générale: une étude qualitative**» soutenue le 14

Mars 2014, **Marion Lestienne Cremiere** explique qu'outre les conséquences psychologiques, «les conséquences organiques du stress sont dominées par les maladies cardiovasculaires avec le risque coronaire, le syndrome métabolique et les risques accrus d'AVC». Le retentissement potentiel de ce stress professionnel est très important, et les médecins ont du mal à s'en protéger, que ce soit au niveau psychologique ou somatique. Ceci favorise la survenue de pathologies de gravité variable, et expose indubitablement les praticiens généralistes à des risques supplémentaires.

b- Les comportements

Les comportements adoptés pour gérer ce stress peuvent également s'avérer dangereux, mais les médecins semblent en majorité s'en prémunir. Dans les résultats de l'étude, nous avons vu que le stress professionnel avait entraîné des consommations tabagiques, qui ont pour la plupart été stoppées. Pour corroborer cela, le rapport de l'Inpes «Tabagisme des professionnels de santé en France» d'Octobre 2017, explique que «contrairement à ce qui est observé en population générale, la prévalence du tabagisme est en forte baisse parmi les médecins généralistes, passant de 29% en 2003 à 16% en 2015».

On a également constaté une consommation de benzodiazépines, qui est cependant minoritaire et bien loin de la consommation très élevée observée dans la population générale française.

Si le stress professionnel semble donc être un élément incontournable fragilisant la santé des médecins généralistes, les comportements addictifs pouvant en résulter ne sont pas retrouvés chez la majorité d'entre eux, ce qui constitue un élément plutôt positif à prendre en compte.

C- L'oubli au profit des patients

Pour les praticiens, la santé des patients passe bien souvent avant la leur. Cette manière de penser n'est pas anodine. Elle vient de leur longue formation et de la nature même du métier du médecin, qui consiste avant tout à prendre soin des autres. Mais cette attitude altruiste peut s'avérer potentiellement dangereuse. En

effet, à vouloir trop prendre soin des autres, les généralistes en viennent à s'oublier eux-mêmes, à ne plus s'écouter.

Cela entraîne une moins bonne perception de leur propre santé. Dans l'étude de la Drees publiée en Juin 2010 «La santé physique et psychique des médecins généralistes», il est dit que «quels que soient l'âge et le sexe, la proportion de médecins se déclarant régulièrement fatigués est presque 2 fois plus élevée que celle des cadres et professions intellectuelles supérieures.» Dans cette étude ils en viennent à ignorer les signaux d'alarme telle la fatigue répétée. Toujours dans l'étude la Drees de Juin 2010 «D'une manière générale, la perception de la santé est étroitement liée à la déclaration de signes ou de symptômes répétés sur les 12 derniers mois: plus les médecins estiment être en mauvaise santé, plus ils déclarent ressentir de tels symptômes et inversement.»

Ils sont alors exposés à des risques de survenue de pathologies plus élevés, avec une prise en charge qui sera de moins bonne qualité car retardée ou éloignée des recommandations. Le but est alors de rester le plus efficace possible ou de le redevenir rapidement, au profit du soin des patients.

Il est alors important une fois ce constat fait d'y remédier de la manière la plus rapide et la plus efficace possible. Le Docteur Thierry Lardenois, président de la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF) a expliqué dans une interview à Medscape en Décembre 2017 qu'il était nécessaire de mieux protéger les médecins «en promouvant leur propre éducation à la santé, et en multipliant les actions de dépistage et de prévention».

Plusieurs solutions sont envisagées et envisageables afin d'y parvenir, nous en parlerons dans une autre partie développée plus loin.

IV- La prise en charge du médecin/malade

A- Médecin traitant

Dans le système de santé français le rôle d'un médecin traitant est central dans la prise en charge de la santé d'un patient sous tous ces aspects. Il est donc important et même primordial d'en avoir un. Selon les chiffres de l'Irdes «en 2006 8 Français sur 10 ont déclaré un médecin traitant à la Sécurité Sociale».

Cette statistique est bien différente pour la population des médecins généralistes. Comme nous l'avons vu dans les résultats de l'étude, tous les praticiens interrogés sont leur propre médecin traitant. Cela dit un résultat obtenu sur une population aussi réduite doit être interprété avec prudence. Mais un tel chiffre interpelle. Il convient alors de réaliser une analyse plus poussée afin de voir si ces chiffres sont extrapolables à l'ensemble de la population des médecins généralistes français en activité.

A l'occasion du colloque «Soigner les soignants» d'Avril 2017, le Docteur Jacques Morali, président de la Commission nationale d'entraide du CNOM a présenté les résultats de l'analyse préliminaire de l'enquête sur la santé des médecins. Ces résultats portent sur 2786 médecins en mauvaise ou moyenne santé et sont édifiants. En effet le Docteur Morali souligne que «à la question «Avez-vous un médecin traitant?», seuls 30% répondent positivement. Et encore, ce sont des médecins qui se déclarent en mauvaise santé, dans la population générale des médecins, le chiffre est encore plus bas et il n'a pas fait beaucoup de progrès.»

Au vu des déclarations du Docteur Morali et selon le CNOM lors du lancement de la campagne «Dis doc, t'as ton doc?» **80% des médecins généralistes exerçant en France n'ont pas de médecin traitant déclaré.** Ceci veut dire que plus des trois quarts des praticiens de médecine générale sont leur propre médecin traitant aujourd'hui, et par extension s'automédiquent.

Même si ce chiffre est inférieur à celui retrouvé dans l'étude, il reste très élevé et inquiétant. Il est surtout très différent de celui des déclarations de médecin traitant

dans la population générale française. Les raisons en sont simples: les médecins estiment ne pas avoir besoin de recourir à un confrère pour une chose qu'ils peuvent très bien faire eux-mêmes. Cela constitue pour eux une perte de temps de travail ou de temps qu'ils utiliseraient pour eux, voire une perte d'argent. Il existe aussi une part de fierté à ne pas vouloir aller voir un confrère pour qu'il les prenne en charge, alors qu'ils ont les mêmes diplômes.

Le thème du médecin traitant est l'un des grands points noirs de la prise en charge des pathologies des médecins généralistes. Les conséquences de tels agissements ne sont pas à négliger. Lorsque l'on est son propre médecin traitant, on se retrouve exposé à des problèmes importants qui retentissent sur la prise en charge: automédication, subjectivité, minimisation de symptômes ou syndromes, erreurs diagnostiques, retards de prise en charge. Ce sont donc des risques supplémentaires directement liés à leur statut de médecin auxquels ils sont confrontés. Cette situation peut aboutir par la suite à des mises en danger de la santé des praticiens.

B- Automédication

Comme nous l'avons vu dans les résultats, les médecins interrogés pratiquent tous l'automédication pour le traitement des pathologies aiguës. Cette attitude conditionnée par leurs connaissances est une source potentielle de mauvaise qualité de soins. Dans sa thèse «**Étude de l'autoprescription médicamenteuse chez les médecins généralistes de Rhône-Alpes**» soutenue le 19 Septembre 2013, **Guillaume Labeille** souligne que «l'autoprescription d'un traitement concernait 88,9% des médecins prenant un traitement régulier». Ceci étaye les résultats de cette étude, avec une très grande majorité de généralistes sujets à cette pratique.

L'automédication est également une pratique courante dans la population générale. Dans sa thèse intitulée «**Le médecin/malade: Un patient comme les autres?**» soutenue le 5 Juillet 2011, **Sandra Bonneaudeau** explique que «l'automédication a toujours existé chez les patients. Elle est une constante du comportement humain face à la maladie».

En ce qui concerne les médecins, cette pratique est également en lien direct avec le fait d'être son propre médecin traitant. En effet selon le rapport du CNOM de Février 2001 intitulé «L'automédication», «le recours à l'automédication peut être mis sur le compte de l'absence de dialogue de la part du médecin qui n'a pas averti son patient des risques de cette pratique, oubli, omission, tout particulièrement en négligeant l'existence d'éventuelles consultations auprès d'autres praticiens».

Cet aspect est négligé par le médecin généraliste qui grâce à son savoir s'exonère de cette part de dialogue et se prescrit lui-même ses examens et traitements. **Un sentiment d'immunité rentre en jeu du fait du statut du médecin.** Le docteur Marc Garcia, fondateur de l'association Inter.Med dont l'objectif est de prendre en charge la santé des soignants dans le Gard, souligne que «Je suis du bon côté du bureau donc je ne peux pas être malade. De plus je fais l'autruche face à la maladie parce que je sais par où passent les patients: examens complémentaires agressifs, traitements lourds...»

La peur face à la maladie et aux traitements ainsi que le manque d'objectivité dont on peut alors faire preuve vis-à-vis de soi-même est un danger et peut conduire à des attitudes inadaptées qui sont hors du champ des recommandations. L'accès facile aux ordonnances peut entraîner des sur-prescriptions d'examens complémentaires, des traitements inadaptés avec notamment des antibiothérapies aberrantes et non nécessaires ou des antalgies importantes (morphiniques).

L'automédication est en revanche nettement diminuée lorsque l'on aborde les pathologies chroniques. Le suivi des pathologies est en majorité assuré par des spécialistes, et les libertés alors prises par les généralistes sont tout de même moindres, comme nous allons le voir.

C- Un patient à part

En ce qui concerne la prise en charge et le suivi des pathologies chroniques, les résultats de l'étude ont montré que les praticiens se conformaient plus aux bonnes pratiques que pour les pathologies aiguës. En effet ils n'hésitent pas à avoir recourt à un spécialiste qui diagnostique la pathologie, puis organise et planifie une

prise en charge adaptée et conforme aux recommandations. Cela assure aux généralistes une prise en charge de qualité par une tierce personne avec un avis objectif sur leur état de santé et la meilleure prise en charge possible. L'angoisse et le sentiment de solitude face à la maladie étant les mêmes pour eux que pour la population générale, ce recours au spécialiste joue un rôle rassurant et anxiolytique.

Toutefois, le statut de docteur en médecine et les connaissances qui vont avec rendent particulière cette relation médecin/malade, et font du généraliste un patient à part. Plusieurs aspects sont à prendre en compte dans cette relation.

a- Le changement de statut

Le médecin/malade se trouve dans une position inhabituelle, **celle du patient**. Il passe de l'autre côté du bureau. Comme l'a dit le Docteur Sylvie Froucht-Hirsch dans son livre «Le temps d'un cancer», reprise par Sandra Bonneau dans sa thèse sur «Le médecin/malade: Un patient comme les autres?», le terme de médecin/malade n'est pas approprié mais celui de **malade/médecin** l'est plus. Ce changement de statut peut être difficile à vivre pour le médecin touché par la maladie. Il doit vivre la situation en étant cette fois le demandeur de soins, celui qui espère du médecin une solution à ses problèmes.

De plus, ce changement est doublement difficile à vivre car dans la manière de penser du généraliste le savoir qu'il possède devrait le prémunir de la survenue de pathologies. Il peut avoir le sentiment d'être un mauvais médecin, car incapable d'avoir vu les signes avant-coureurs, les symptômes, et donc incapable de se soigner lui-même. Ceci rajoute une dimension psychologique à prendre en compte dans le soin du médecin/malade.

b- Une relation médecin/malade particulière

Le savoir que possède le médecin généraliste instaure un dialogue spécifique entre le spécialiste et lui. Dans une relation médecin/malade classique, on a une relation qui n'est pas d'égal à égal. Le patient, en souffrance et en demande de soins, vient voir le médecin, qui possède les connaissances qui vont aider le patient.

Dans cette **relation verticale**, le **docteur en médecine se trouve clairement en position dominante** face au patient démunie face à la maladie.

Mais lorsque le patient est un médecin généraliste, les choses sont différentes. Le praticien généraliste connaît les us et coutumes du corps médical, les manières de parler, les examens, les traitements, les prises en charge. Malgré sa pathologie, il ne se place pas en position totalement passive face au spécialiste. La **relation** devient **horizontale** avec **une participation bien plus active du médecin/patient** par rapport au reste de la patientèle.

Le dialogue qui s'instaure dans cette relation, grâce au langage commun partagé par le médecin et le malade, est plus fourni avec des explications plus poussées du spécialiste qui sait que son patient comprend.

Grâce à ses connaissances, le médecin généraliste/patient est également plus enclin à intervenir de manière active dans sa prise en charge. Cela peut se traduire par des **tentatives de négociation** de prises en charge, de traitements ou d'examens comme nous l'avons vu dans l'étude. Le généraliste peut également adapter lui-même ses traitements, modifier une ou des posologies, se prescrire des bilans complémentaires etc...sans en avertir le spécialiste.

Ces différents aspects spécifiques à la **relation médecin/malade-médecin** font du généraliste un patient particulier. Il peut être difficile à gérer pour un autre médecin, en comparaison de la population générale. Dans le but d'optimiser les prises en charge, **son statut ne peut être négligé** au moment de prendre en considération l'ensemble de sa personnalité afin de donner les meilleurs soins possibles. Comme l'a souligné Sandra BONNEAUDEAU dans sa thèse «Le médecin/malade: un patient comme les autres?», «ils ont peur du jugement du confrère soignant mais aussi d'une perte de crédibilité à exercer leur métier correctement».

D- L'absence de recours à un autre généraliste

L'un des éléments qui m'a le plus frappé au cours des entretiens est que lorsque les participants sont allés consulter un confrère, il s'agissait à chaque fois d'un spécialiste. **Aucun des 12 médecins généralistes inclus dans l'étude ne consulte un autre généraliste.** On peut mettre ceci en relation avec le fait que la grande majorité des généralistes sont leur propre médecin traitant, comme nous l'avons vu. Mais outre le fait de ne pas prendre un confrère comme médecin traitant, cette absence totale de recours à un autre médecin généraliste interpelle.

Il y a d'abord une part de fierté à ne pas aller voir une personne qui possède la même formation, le même bagage intellectuel. Cela inclurait que le médecin se prend mal en charge et ne sait pas se soigner correctement. Les médecins généralistes ne voient donc pas l'intérêt de perdre du temps pour ce qu'ils pourraient très bien faire eux-mêmes, comme nous l'avons déjà dit.

On sait que 80% des généralistes n'ont pas de médecin traitant déclaré. On peut aisément extrapoler ce chiffre aux consultations chez un confrère généraliste, ce qui traduit un vrai problème de santé publique concernant les médecins généralistes, mais également toute la population médicale.

C'est à la vue de ces chiffres que l'on peut prendre conscience du pouvoir et des possibilités d'agir des généralistes. **Se considérant comme son propre patient**, le praticien se prescrit ses examens et bilans complémentaires ainsi que ses traitements. Et comme le parcours de soin le veut, s'il se trouve hors de ses champs de compétence, il s'adressera alors lui-même à un confrère spécialiste, sans jamais être allé voir un autre généraliste. Si l'on considère que le médecin est son propre patient, il est alors plus facile de comprendre l'absence de recours à un autre généraliste.

Nous sommes donc ici dans une situation complexe, nécessitant un travail de fond sur un changement de mentalité des médecins.

E- Les arrêts de travail

Le sujet des arrêts de travail est assez symptomatique des problèmes soulevés par les soins de santé des praticiens généralistes. Au cours de l'étude, les résultats ont montré que **seulement 3 médecins soit ¼ des participants ont pris un arrêt de travail quand la situation le demandait**. 5 praticiens ont pris des arrêts contraints et forcés à cause de pathologies chirurgicales ou de pathologies aiguës sévères, et ont cherché à avoir des arrêts les plus courts possibles. Et enfin 4 généralistes n'ont jamais pris d'arrêt de travail. En comparaison, dans la population générale «40% des salariés du privé et des entreprises publiques ont été arrêté au moins une fois rien qu'au cours de l'année 2016» selon une étude des instituts Rehalto et BVA.

Ce constat brut fait, il est important de se demander pourquoi il en est ainsi. Les réponses sont à mettre en lien avec les réflexions précédentes: continuer son activité quoiqu'il en soit, **maintenir une continuité des soins**. Il est également important de prendre en compte le fait que la CARMF n'indemnise les médecins en arrêt qu'après le 90e jour non travaillé.

Les conséquences en sont flagrantes: dans une étude publiée dans la revue Impact médecine en 2003 intitulée «Comment les docteurs se soignent» et reprise également par Sandra Bonneaud dans sa thèse «Le médecin/malade: un patient comme les autres?» en 2011, il est écrit que «dans le cas où ils sont atteints d'une pathologie équivalente à celle d'un patient pour lequel ils prescrivent un arrêt, **81% des généralistes continuent à exercer.**»

Cette statistique montre bien qu'un travail important reste à faire en termes de prévention et d'information des médecins. Des solutions existent, mais ont leurs inconvénients.

La première est bien sûr de **se faire remplacer** en cas d'arrêt, afin que le cabinet continue son bon fonctionnement. On voit bien aujourd'hui que beaucoup de généralistes recherchent des remplaçants, que ce soit pour pallier un départ en

vacances ou un arrêt maladie. De plus en plus de jeunes généralistes débutent leur activité par le remplacement. Mais selon le lieu et le mode d'exercice, trouver un remplaçant n'est pas si facile. Cette solution paraît la plus évidente pour l'avenir, mais il pèse toujours l'incertitude de ne pas trouver de remplaçant, ou tout du moins pas celui que l'on souhaiterait. Il faut également évoquer le problème de la confiance des patients envers un médecin généraliste qu'ils ne connaissent pas. Il importe donc de faciliter les remplacements afin que cette mesure devienne une solution facile et rapide pour les médecins généralistes ayant besoin de s'arrêter.

La seconde porte sur le mode d'indemnisation des médecins en arrêt. La CARMF ne débute l'indemnisation des praticiens arrêtés qu'au-delà du 90^e jour. Cependant, les médecins peuvent souscrire des assurances complémentaires. L'inconvénient est ici le coût important que cela entraîne. La solution la plus évidente serait, comme l'a également souligné Sandra Bonneaudeau dans sa thèse «Le médecin/malade: un patient comme les autres» de «majorer l'information sur ces assurances complémentaires mais aussi sur la nécessité de leur actualisation, afin de limiter le délai de carence et éviter des ennuis financiers parfois importants».

Les arrêts de travail restent donc encore un sujet problématique dans la prise en charge des pathologies des médecins généralistes.

F- Le suivi gynécologique

Les résultats de l'étude ont montré que sur les 6 praticiennes interrogées, seulement 2 avaient un suivi optimal selon leurs dires. 2 autres ont un suivi de mauvaise qualité car trop laxiste, avec des visites irrégulières et des frottis et mammographies trop espacés. Et enfin les 2 dernières ont un suivi trop interventionniste avec des frottis et des mammographies réalisés tous les ans, ce qui ne correspond pas aux recommandations.

Pour rappel, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande **un frottis cervico-vaginal (FCV) tous les 3 ans entre 25 et 65 ans** après 2 frottis consécutifs sans anomalie à un an d'intervalle. Le dépistage organisé du cancer du sein prévoit

lui un examen clinique des seins et **une mammographie tous les 2 ans** entre 50 et 74 ans.

Selon le dernier rapport de l'Institut National du Cancer du 25 Janvier 2018 : «en 2016, le taux de participation brut de la population cible de ce dépistage du cancer du sein était de 50,7% ». Sur les 6 femmes interrogées, 4 pratiquent régulièrement des mammographies soit les deux-tiers, ce qui est plus élevé que la population générale. Mais 2 praticiennes le font à une fréquence trop importante par rapport aux recommandations et à la population générale.

Pour le FCV, le rapport de la HAS « État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France » de Juillet 2010 explique que « sur la période 2006-2008, le taux de couverture du FCV triennal est estimé à 56,6% pour les femmes âgées de 25 à 65 ans, stable autour de 57% depuis 6 ans ». 4 des praticiennes interrogées pratiquent un FCV régulier, chiffre là aussi plus élevé que dans la population générale. Mais là aussi on trouve 2 femmes avec une pratique trop interventionniste car elles pratiquent un FCV tous les ans, sans anomalie décelée, ce qui ne correspond pas aux recommandations de la HAS.

Si le nombre de médecins de sexe féminin interrogé est bien sûr trop faible pour tirer des conclusions définitives, il importe de se demander pourquoi certaines praticiennes ont une conduite trop agressive sur leur suivi gynécologique. Les mammographies sont 2 fois plus fréquentes que dans la population générale et les FCV 3 fois plus fréquents pour 2 d'entre elles.

Les médecins sont directement confrontés aux pathologies de leurs patients, et les femmes sont directement concernées par les pathologies gynécologiques. Une anxiété peut prendre forme à force d'effectuer des dépistages de cancer du sein ou du col de l'utérus, ou d'être confrontées à des patientes porteuses de ces maladies. Il peut également y avoir des antécédents familiaux ou dans l'entourage. Afin de s'exonérer de cette angoisse du cancer, et grâce à leur accès facilité aux soins, certaines praticiennes peuvent être tentées de pratiquer un dépistage plus intensif

que la population générale. Ces données seraient très intéressantes à approfondir par des études ciblées sur cette population.

V- Le mode de vie

A- Des horaires de travail disparates

Comme nous l'avons déjà dit, le temps de travail médical est important. «Les médecins déclarent en moyenne travailler 52 à 60 heures par semaine» selon le rapport de l'Irdes «Le temps de travail des médecins généralistes» de Juillet 2009.

Cependant il est important de noter que ces horaires sont très variables en termes de quantité et de répartition. «Difficile de parler d'horaires tant la forme des journées appartient à chacun. Néanmoins, un constat assez général s'impose: les journées travaillées sont longues» nous dit le rapport sur l'Emploi du temps des médecins libéraux publié par la Drees en 2010.

Ces horaires propres à chaque praticien sont l'illustration de modes de vie différents selon les cas. On n'obtiendra pas les mêmes quantités de travail chez un médecin célibataire que chez un médecin marié avec des enfants, à cause des priorités données par chacun à leur vie extra-professionnelle.

De plus certains éléments propres ou non à l'évolution de la population médicale sont à prendre à compte: le vieillissement des médecins avec un grand nombre de départ à la retraite dans les prochaines années, la féminisation de la profession, l'évolution de la vie professionnelle avec la loi sur le temps de travail.

a- Une différence générationnelle

De nombreux médecins généralistes sont appelés à cesser leur activité dans les prochaines années, ou l'ont déjà fait. Le remplacement de ce grand nombre de départs à la retraite se fait difficilement et voit l'arrivée d'une nouvelle génération de médecins, avec un mode de vie et des priorités différentes par rapport à leurs aînés.

Ces jeunes généralistes qui finissent leur internat ont grandi dans le monde de l'assouplissement du temps de travail, la semaine de 48 heures, l'obligation du repos de garde. Cet environnement est bien différent de celui qu'ont connu leurs aînés et maîtres. Les généralistes joignables 24 heures sur 24 et 7 jours par semaine se font de plus en plus rares, au profit de jeunes médecins qui certes accordent une grande importance à leur travail, mais veulent également une vie personnelle heureuse et comblée. Leur temps de travail est de fait moins important.

Finalement, à l'image de l'évolution de la société française, les jeunes médecins généralistes cherchent aussi une qualité de vie qui soit la meilleure possible.

b- La féminisation de la profession

La féminisation des professions médicales dans leur ensemble est un fait incontestable depuis maintenant de plusieurs années. Ceci se vérifie également avec la médecine générale puisque selon le rapport de la Drees «La féminisation des professions de santé en France: données de cadrage» de 2005, «56% des médecins de moins de 35 ans sont des femmes», tendance qui est appelée à s'accroître.

Cette féminisation de la profession modifie également la manière de travailler. Lorsque l'on devient docteur en médecine générale, l'âge se situe globalement entre 27 et 30 ans. Au cours de cette période ou peu après, un nombre important de femmes deviennent mère, avec tous les changements de vie que cela implique invariablement. Les priorités ne sont plus uniquement la médecine et le soin des patients, mais la vie de famille et les enfants.

L'exemple du *MG5* au cours de l'étude en est parlant: cette jeune mère de famille de moins de 40 ans a adapté ses horaires de travail afin de pouvoir passer du temps avec ses enfants et son époux. De plus, au cours des entretiens, sur les 7 praticiens ayant des horaires supérieurs à 45 heures hebdomadaires, seulement 2 sont des femmes.

Le nombre croissant de femmes dans la profession médicale, selon le rapport de la Drees en 2005 cité plus haut «les femmes devraient être majoritaires parmi les médecins peu après 2020 et atteindre 52% des actifs de la profession en 2025» est donc un facteur important à prendre en compte au moment d'évoquer la santé et le mode de vie des généralistes. Comme le souligne Marie GILLARD dans sa thèse «La Santé des Généralistes», «cette féminisation devrait induire un réaménagement indispensable des conditions de travail des médecins: regroupement des cabinets, diminution du nombre d'heure effectuées par semaine...».

Il résulte de cette féminisation une diminution des horaires de travail, donc une diminution du nombre de patients examinés chaque jour par les généralistes.

B- Les loisirs

Impossible d'évoquer le mode de vie des généralistes sans évoquer les loisirs, qui prennent une part de plus en plus importante dans leur vie. Au cours des entretiens, les professionnels interrogés ont quasiment tous évoqué leur recherche d'évasion à un quotidien professionnel difficile et générateur de stress. Cette échappatoire que constituent les loisirs est propre à chacun, néanmoins certains thèmes centraux sont revenus.

a- La pratique sportive

La pratique du sport est un élément important d'un mode de vie sain. Au cours de l'étude, les $\frac{3}{4}$ des médecins interrogés ont déclaré faire du sport au moins une fois par semaine, ce qui est un point très positif. Malgré leur charge de travail, ils arrivent à se dégager du temps pour la pratique sportive. Cela a un effet à la fois au niveau somatique mais surtout psychologique pour les généralistes. Ils peuvent ainsi évacuer le stress accumulé quotidiennement dans le cadre professionnel.

Ceci leur permet de maintenir un niveau de forme physique et psychologique nécessaire pour endurer des semaines de travail souvent éprouvantes avec des journées à rallonge et des situations psychologiquement éprouvantes. C'est donc un moyen de s'évader mais également de se protéger. Les sports pratiqués par les praticiens sont vastes: course à pied, vélo, randonnée, sports aquatiques, ski...

Toutefois le manque de données sur la pratique sportive des médecins est dommageable et il serait intéressant d'étudier ce facteur de manière plus poussée afin d'obtenir des données concrètes.

b- Les divertissements

La recherche de divertissements reste une préoccupation pour les généralistes. Elle se retrouve dans diverses activités, fréquemment retrouvées au cours des entretiens: se rendre au restaurant, boire un verre, aller se promener (en ville ou à la campagne), visiter des musées, aller au cinéma, et bien sûr l'évasion en vacances.

Il apparaît que les médecins, que ce soit à travers le sport ou les divertissements, recherchent le plaisir et la détente au maximum, dans le but de se maintenir dans un état de santé aussi bon que possible.

VI- Ouverture: quelles solutions pour améliorer la prise en charge ?

A- Avoir un médecin traitant déclaré

La première solution envisagée serait que les médecins généralistes aient tous un médecin traitant déclaré, autre qu'eux-mêmes bien sûr. L'Ordre des médecins travaille depuis de nombreuses années à ce sujet et plusieurs solutions ont déjà été proposées ou sont en cours d'application.

a- Faire agir le législateur

La première solution, comme l'explique le Docteur Jacques Morali, président de la Commission nationale d'entraide du CNOM lors du colloque «Soigner les soignants» en Avril 2017 était que «L'Ordre avait préconisé que le médecin ne puisse plus être son médecin traitant et demandé au législateur d'agir dans ce sens». Le problème qu'avait alors soulevé cette initiative fut d'ordre juridique. Le Docteur Jacques Morali poursuit «mais le Conseil d'État avait répondu qu'il s'agissait là d'une atteinte à la liberté individuelle.»

Cette solution avait de fait été immédiatement abandonnée. Légiférer sur une telle mesure pour une profession libérale en France s'avère bien difficile et d'autres solutions ne passant pas par le domaine du législateur pourraient s'avérer bien plus efficaces.

b- Sensibiliser les médecins généralistes

Prendre le parti d'une politique répressive en contraignant les médecins généralistes à choisir un médecin traitant peut être fortement contre-productif. Il paraît plus sage de s'orienter vers des initiatives incitatives, qui pourraient produire de bien meilleurs résultats auprès de l'ensemble de la population des généralistes français. Comme le dit le Docteur Jacques Morali «À nous de convaincre nos confrères de choisir un médecin traitant».

Comme l'explique le rapport du CNOM du 03 Mai 2017, un bon exemple en est la campagne nationale «**Dis doc, t'as ton doc?**» lancée par la commission Santé des médecins anesthésistes réanimateurs au travail du Collège Français des anesthésistes réanimateurs (CFAR). L'objectif de cette campagne lancée en 2017 est «interpeller les médecins et leur rappeler que le choix d'un médecin généraliste personnel est important pour notre propre santé et la qualité de nos soins». Cette campagne de sensibilisation est dédiée à tous les médecins, pas seulement les généralistes. De nombreux partenaires sont impliqués dans cette grande campagne nationale dont le ministère de la Santé, le CNOM, le Collège de médecine générale, les organisations syndicales etc. Cela montre l'implication de toutes les composantes du système de santé français afin de résoudre ce problème de santé publique. Le Docteur Morali «espère que cette campagne va faire bouger les choses».

Cette campagne illustre l'importance de la mobilisation qui est sans précédent autour de ce thème du médecin traitant. Il est donc à espérer qu'elle ne soit pas vaine et qu'elle portera ses fruits.

Il est important d'arriver à faire évoluer les mentalités pour le bien du plus grand nombre. Cette campagne de grande ampleur peut y contribuer, mais d'autres

initiatives doivent voir le jour. Avoir un médecin traitant pour chaque praticien serait une garantie de meilleure prise en charge des pathologies des généralistes, et donc un gage de meilleure santé. Les dépistages seraient effectués de manière systématique, le suivi gynécologique optimisé, la prise en charge des addictions assurée. **Un médecin en bonne santé est plus efficace dans son travail et la prise en charge des patients est donc de meilleure qualité.** Nous rentrerions alors dans un cercle vertueux qui aboutirait à l'amélioration de la qualité des soins délivrés aux patients.

B- Développer des réseaux de soins dédiés aux praticiens

Au cours de son activité un médecin généraliste développe un réseau de professionnels de santé autour de lui. Le but est de garantir une prise en charge rapide et efficace des différents problèmes de santé de ses patients. Ce réseau est composé de différents médecins spécialistes, infirmiers, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, professionnels médico-sociaux.

Le développement de réseaux similaires à destination des médecins est une solution qui paraît censée et d'avenir. Des professionnels de santé dédiés à la prise en charge des généralistes, et par extension de tous les médecins, permettraient de poser un cadre de prise en charge simple et adapté de leurs problèmes.

a- L'aide ordinale

Certaines solutions existent déjà, mais sont malheureusement très méconnues des professionnels de santé. Comme l'explique le Docteur Jacques Morali lors du colloque «Soigner les soignants» de 2017 «L'Ordre National des médecins propose et paye des bilans de compétences depuis 10 ans. Très peu de médecins en ont connaissance et en bénéficient. La preuve, **l'Ordre national n'en réalise que 3 par an.** Probablement aussi que l'on communique très mal». Cette première solution, si elle ne règle pas directement les problèmes de santé, permettrait déjà aux médecins de se mettre en relation avec l'Ordre National et de leur faire part de leurs problèmes.

Mais l'enquête sur «la Santé des médecins» menée par le CNOM en 2017 a montré que les médecins connaissaient très mal l'entraide ordinale, que ce soit au niveau départemental ou national. Le Docteur Morali de rajouter «**L'Ordre ne règle pas que des problèmes de discipline, c'est aussi un pourvoyeur de conseils**».

Les médecins généralistes sont donc encore trop isolés et coupés des principales instances médicales, qui pourraient leur apporter conseils et solutions. Une meilleure communication entre les 2 parties semble indispensable afin d'améliorer la prise en charge des différents problèmes et pathologies rencontrés par les généralistes.

b- Des réseaux de professionnels pour les professionnels

Si l'on veut que la prise en charge des pathologies soit optimale, les généralistes doivent pouvoir bénéficier d'interlocuteurs dédiés et facilement joignables. La constitution de réseaux dédiés aux généralistes et à tous les professionnels de santé est aujourd'hui indispensable au niveau national, régional et départemental.

Le 22 Novembre 2017 le CNOM a signé avec la CARMF et le Centre National de Gestion (CNG) **une convention de partenariat pour l'entraide des médecins en France**, dans le but de «mettre en application un programme élargi d'entraide médico-psychologique des médecins en difficulté, en promouvant leur éducation à la santé, et en multipliant les actions de dépistage et de prévention». Cette convention d'une durée de 4 ans consiste en une prise en charge **des problèmes psychologiques** rencontrés par les médecins essentiellement, mais constitue une première étape essentielle d'identification des médecins en difficultés et de désenclavement des professionnels de santé. Le but est d'organiser une prise en charge rapide, accessible facilement grâce à «un numéro de téléphone unique, et le médecin en difficulté sera mis en relation avec un référent, pour assurer une prise en charge optimisée» selon le Docteur Thierry Lardenois, président de la CARMF.

Cette initiative d'ampleur nationale vise à ne laisser aucun médecin en difficulté, même si encore une fois il s'agit essentiellement de prise en charge

psychologique. Des établissements dédiés aux professionnels ont même vu le jour, avec «des psychiatres formés aux soins des soignants, totalement différents des soins de la population standard».

Cette convention nationale constitue un premier pas dans la bonne direction, et appelle au développement de telles initiatives pour assurer aux praticiens une prise en charge somatique et psychologique de leurs problèmes de santé.

C- La reconversion professionnelle

Lorsque certaines pathologies sont invalidantes ou causées par le travail, que ce soit par les efforts que cela demande ou le stress généré, une reconversion professionnelle est envisagée par le généraliste en collaboration avec son patient. Dans ce cas pourquoi cette solution ne serait-elle pas envisageable pour les médecins?

Justement, selon le Docteur Thierry Lardenois «Jusqu'à présent, nous ne pouvions rien proposer à un confrère qui n'était plus en capacité d'exercer son métier (...) Le CNG devrait maintenant proposer des reconversions aux libéraux.»

Le but de cette mesure est d'aider du mieux possible les confrères ne pouvant plus, essentiellement pour des raisons psychologiques, poursuivre leur activité. Cette ouverture du CNG vers les médecins libéraux est déjà effective, en lien avec la CARMF.

L'idée est alors d'étendre cette mesure à la prise en charge de tous les problèmes de santé des généralistes et de leur apporter toute l'aide possible. Une telle mesure aurait par contre pour conséquence une baisse des effectifs de médecins généralistes. Mais ne vaut-il pas mieux 2 médecins généralistes en bonne santé et aptes à exercer leur activité que 3 généralistes en mauvaises santé? Cela serait sans doute une meilleure chose pour les patients.

D- Développer les associations de généralistes

Le mode de travail en association est un modèle qui s'est développé de manière importante depuis 20 ans. Selon le rapport «La dynamique de regroupement

des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009» publié par l'Irdes en Septembre 2010 : «la part des médecins généralistes libéraux déclarant travailler en groupe est passée de 43% à 54% en 2009».

Les cabinets de groupe sont un moyen d'assurer une continuité de soins de qualité tout en ayant la possibilité de réduire son rythme de travail, et par là d'avoir plus de temps pour soi-même. Il peut permettre de se prémunir de la survenue de pathologies en augmentant la qualité de vie, permettre la pratique du sport, avoir du temps pour aller consulter un confrère. Toujours selon le rapport de l'Irdes «Le regroupement semble par ailleurs transformer le rythme de travail hebdomadaire des généralistes sans pour autant modifier leur volume d'activité dans la semaine : les généralistes exerçant en groupe déclarent en effet travailler plus souvent moins de cinq jours mais réaliser plus d'actes par jour que les médecins exerçant seuls».

Ce mode d'exercice, déjà majoritaire, semble appeler à se développer davantage pour permettre aux généralistes de bénéficier d'une meilleure qualité de vie, tout en maintenant un niveau d'activité optimal pour leur cabinet.

CONCLUSION

Nous arrivons à la fin de cette étude sur la prise en charge des propres pathologies des médecins généralistes. Au moment de conclure cette thèse passionnante ayant nécessité plusieurs mois de travail, il est important d'insister sur certains points clés.

Les médecins généralistes français sont soumis à rythme de vie très intense, avec de nombreuses responsabilités et un gros rythme de travail. Ils peuvent alors en payer le prix au niveau de leur santé, qui n'est pas une priorité pour eux. Les solutions adoptées pour maintenir une santé optimale et ainsi rester efficaces dans leur travail sont multiples et dépendent du contexte.

L'automédication pour les pathologies aiguës reste la solution principale. Elle est pratiquée par 100% des participants de l'étude. Il faut aussi rappeler que tous les médecins interrogés sont leur propre médecin traitant, et 80% des généralistes français n'ont pas de médecin traitant. Ces chiffres les placent bien loin de la population générale et de ce qu'ils font pour leurs patients au quotidien. Ceci constitue un vrai problème de santé publique. Il y a un travail important à mener pour que les praticiens en viennent à se choisir un médecin traitant. Il a déjà débuté, notamment avec la campagne «Dis doc, t'as ton doc?» mais sera long et fastidieux. Faire évoluer les mentalités est un processus qui prend beaucoup de temps et demande de la pédagogie.

En ce qui concerne les pathologies chroniques ou aiguës sévères, les médecins sont plus proches de la pratique courante et sont suivis par un spécialiste. Mais cette relation médecin/malade est particulière car le généraliste n'est pas un patient comme les autres. Le fait de se retrouver en position de patient induit des difficultés morales pour le praticien qui peut se considérer comme un mauvais médecin car il est malade. Passer de l'autre côté du bureau peut être difficile à vivre. Ses connaissances et son expérience rendent le discours à lui tenir différent, suggérant une approche spécifique. La prise en compte de son statut de docteur en médecine est alors impérative pour garantir une prise en charge d'une qualité optimale.

En ce qui concerne les arrêts de travail, les médecins généralistes sont là aussi éloignés de leur pratique quotidienne et des recommandations. Un grand nombre d'entre eux ne prennent pas d'arrêt de travail alors qu'ils arrêteraient leurs patients pour le même motif. S'ils sont arrêtés, la plupart du temps ils y sont contraints et forcés et font en sorte que l'arrêt soit le plus court possible. Sur ce point-là aussi, une réflexion est à mener et des solutions à trouver.

Les participants à l'étude sont en revanche assez observants sur les dépistages et les vaccins. En revanche le suivi gynécologique d'un certain nombre de praticiennes est trop interventionniste et hors recommandations. Il montre une angoisse certaine de ces femmes face aux pathologies gynécologiques.

L'Ordre des médecins, en association avec la CARMF et le CNG, est sérieusement préoccupé par ces problèmes et des solutions ont déjà été envisagées et mises en pratiques: centres spécialisés dans le soin des soignants, bilans de compétences et conseils donnés par l'Ordre. Ces structures sont essentiellement des réponses aux problèmes psychologiques des médecins pour l'instant, mais sont appelées à évoluer vers une prise en charge somatique également.

Le problème majeur se situe dans la méconnaissance de ces structures par les médecins. Les médecins libéraux sont éparpillés et plus difficiles à contacter dans leur ensemble que des médecins de structures hospitalières. Il est donc impératif pour les organismes nationaux **d'améliorer leur communication et l'information des médecins** pour qu'aucun généraliste ne se retrouve isolé.

Cette étude inclut néanmoins un nombre restreint de participant. Afin de valider les résultats et obtenir un tableau plus large de l'état de santé des généralistes et de leur prise en charge, des études avec un nombre plus important de participants sont à mener. L'étude sur la «Santé des médecins» de 2017 est un très bon exemple. Mais il est à approfondir car il constitue surtout un état des lieux dicté par la croissance et la médiatisation des suicides et burn-out de médecins. À nous, médecins, de trouver les pistes d'amélioration.

Cette prise en charge est un enjeu de santé publique. Pour qu'un système de santé soit efficace, la santé de ses médecins généralistes et par extension de tous ses soignants doit être optimale. Les instances nationales ont pris conscience de l'ampleur du problème et commencent à agir en conséquence. Ce travail prendra du temps mais est indispensable, pour le bien de tous.

BIBLIOGRAPHIE

1. Santé des médecins : premiers résultats de l'enquête de l'Ordre [Internet]. Medscape. [cité 25 mars 2018]. Disponible sur: <http://français.medscape.com/viewarticle/3603207>
2. Santé des médecins : premiers résultats de l'enquête de l'Ordre [Internet]. [cité 25 mars 2018]. Disponible sur: <https://français.medscape.com/voirarticle/3603207>
3. Rédiger un guide d'entretien semi-directif [Internet]. [cité 24 janv 2017]. Disponible sur: <https://www.expertmemoire.com/guide-entretien/>
4. Quand le médecin devient malade [Internet]. [cité 7 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.medecine.parisdescartes.fr/?p=29813>
5. Médecins en souffrance : l'entraide médicale se fédère et prend forme [Internet]. Medscape. [cité 25 mars 2018]. Disponible sur: <http://français.medscape.com/viewarticle/3603767>
6. Le programme de dépistage organisé - Dépistage du cancer du sein | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 25 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise>
7. Le médecin malade (CNOM) - Santé-Médecine [Internet]. [cité 7 déc 2016]. Disponible sur: <http://sante-medecine.journaldesfemmes.com/contents/175-le-medecin-malade-cnom>
8. Encyclopédie de L'Agora | Le médecin malade [Internet]. [cité 7 déc 2016]. Disponible sur: http://agora.qc.ca/documents/medecin--le_medecin_malade_par_maurice_thibault
9. En 2025, la France aura perdu un médecin généraliste sur quatre en vingt ans [Internet]. [cité 29 nov 2016]. Disponible sur: http://www.lemonde.fr/sante/article/2016/06/02/le-manque-de-medecins-generalistes-s-accentue_4930689_1651302.html
10. Dis Doc, T'as ton Doc ? [Internet]. CFAR. [cité 25 mars 2018]. Disponible sur: <https://cfar.org/didoc/>
11. 22 consultations par jour de 17 minutes en moyenne : comment travaillent les généralistes [Internet]. Le Quotidien du Médecin. [cité 25 mars 2018]. Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2017/05/02/22-consultations-par-jour-de-17-minutes-en-moyenne-comment-travaillent-les-generalistes_847151

12. « Quels soutiens pour les médecins en détresse ? » s'interroge la CARMF [Internet]. Medscape. [cité 25 mars 2018]. Disponible sur: <http://francais.medscape.com/viewarticle/3602688>
13. Pourquoi les médecins se soignent-ils si mal? [Internet]. 2017 [cité 25 mars 2018]. Disponible sur: <http://sante.lefigaro.fr/article/pourquoi-les-medecins-se-soignent-ils-si-mal/>
14. Décret n° 2015-1260 du 9 octobre 2015 relatif au temps de travail des médecins, pharmaciens et odontologistes des établissements publics de santé. 2015-1260 oct 9, 2015.
15. Rédiger un guide d'entretien semi-directif [Internet]. 2015 [cité 24 janv 2017]. Disponible sur: <https://www.expertmemoire.com/guide-entretien/>
16. MERIEUX C. UNIVERSITE CLAUDE BERNARD- LYON. :95.
17. Darmon D, Sauvart R, Staccini P, Letrilliart L. Which functionalities are available in the electronic health record systems used by French general practitioners? An assessment study of 15 systems. *Int J Med Inform.* janv 2014;83(1):37-46.
18. Thèse Médecin Malade - 3583_These_Medecin_Malade-Bonneaudeau-05juil11.pdf [Internet]. [cité 29 nov 2016]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3583_These_Medecin_Malade-Bonneaudeau-05juil11.pdf
19. Synthese_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf [Internet]. [cité 25 mars 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/synthese_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf
20. SOMMAIR - lemedecinmalade.pdf [Internet]. [cité 29 nov 2016]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/lemedecinmalade.pdf>
21. Qes144.pdf [Internet]. [cité 25 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes144.pdf>
22. Guide entretien semi-dirigé 1 [Internet]. [cité 24 janv 2017]. Disponible sur: <http://crulh.univ-lorraine.fr/sites/crulh.univ-lorraine.fr/files/documents/Tiphaine%20Godefroid.pdf>
23. Fiche de projet de thèse.pdf [Internet]. [cité 15 déc 2016]. Disponible sur: https://ametice.univ-amu.fr/pluginfile.php/837324/mod_resource/content/1/Fiche%20de%20projet%20de%20th%C3%A8se.pdf
24. DR GILLARD - machaons_2007_these_gillard.pdf [Internet]. [cité 29 nov 2016]. Disponible sur: http://www.urps-med-idf.org/iso_upload/machaons_2007_these_gillard.pdf

25. Document.pdf [Internet]. [cité 25 mars 2018]. Disponible sur:
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01100440/document>
26. Dans un premier temps, il s'agit de la méthodologie utilisée par le GRIJA depuis une dizaine d'années, qui produit des connaissances pertinentes reconnues autant dans les milieux d'intervention que dans celui de la recherche - hs-15-Meliani.pdf [Internet]. [cité 4 nov 2017]. Disponible sur: http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hs-15/hs-15-Meliani.pdf
27. automedication.pdf [Internet]. [cité 25 mars 2018]. Disponible sur:
<https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/automedication.pdf>
28. 1810.pdf [Internet]. [cité 25 mars 2018]. Disponible sur:
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1810.pdf>
29. • - GMTQuali.pdf [Internet]. [cité 4 nov 2017]. Disponible sur:
<https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf>

ANNEXES

Annexe 1- Abréviations

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

AM : Automédication

AVC : Accident vasculaire cérébral

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

CNG : Centre National de Gestion

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

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

FCV : Frottis Cervico-Vaginal

HAS : Haute Autorité de Santé

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé

MG : Médecin généraliste

NSN : Nombre de Sujets Nécessaire

Annexe 2- Guide d'entretien

I- Présentation

1) Bonjour je m'appelle Pierre COATMEUR, interne en médecine générale. Je réalise ma thèse sur la prise en charge des propres pathologies des médecins généralistes. Merci de bien avoir voulu répondre à mes questions.

2) Le but n'est pas de faire interrogatoire, mais de vous laisser parler le plus possible. Si certaines questions vous gênent, je ne serai pas insistant. N'hésitez pas à me faire part de vos remarques.

3) Les questions sont juste une base de discussion, vous pouvez dire ce que vous voulez sur le sujet et je recentrerai le débat en cas de besoin.

3) L'entretien est confidentiel et anonyme, votre nom et vos coordonnées n'apparaîtront nulle part.

II- Question brise-glace

- Depuis combien de temps exercez-vous ?

- Quelle est votre type d'activité ?

III- Les thèmes abordés

1) Le médecin traitant

a- Quelle est l'identité de votre médecin traitant ?

b- Quelles sont les raisons qui vous y ont poussé ?

2) Les pathologies aiguës

a- Quelle est votre démarche lorsque vous êtes atteint d'une pathologie aiguë ?

1. 3) Les pathologies chroniques

a- Quelle est votre prise en charge lorsque vous êtes atteint d'une pathologie chronique ?

4) Le suivi gynécologique

a- Comment s'organise votre suivi au niveau gynécologique ?

5) Les arrêts de travail

a- Avez-vous déjà eu un arrêt de travail ?

b- L'avez-vous pris et pourquoi ?

6) Les dépistages

a- Comment vous organisez-vous en ce qui concerne les dépistages et les vaccins ?

6) Le temps de travail

a- Quels sont vos horaires de travail ?

b- Les avez-vous adaptés au cours de votre carrière et comment ?

7) Le mode de vie

a- Quel est votre mode de vie hors du travail ?

b- Quels sont vos loisirs ?

8) Les addictions

a- Avez-vous ou avez eu des addictions ?

b- Sont-elles ou étaient-elles en lien avec le travail ?

IV- Conclusion de l'entretien

Je vous remercie d'avoir participé à cette étude. Cet entretien a-t-il été intéressant pour vous ? Qu'en retirez-vous ? Avez-vous des remarques ou des suggestions à me faire ?

Annexe 3- Tableau de synthèse des entretiens

Médecins	Age	Sexe	Type d'exercice	Lieu d'entretien	Pathologies évoquées
MG1	65	Masculin	Cabinet seul	Cabinet	Aiguës (Automédication (AM)), Accident Voie Publique (AVP) (Spécialiste)
MG2	58	Masculin	Cabinet de groupe	Cabinet	Aiguës (AM), AVP (Spécialiste)
MG3	61	Féminin	Cabinet seul	Cabinet	Aiguës (AM), aiguës sévères et chroniques (Spécialiste)
MG4	55	Féminin	Cabinet seul	Cabinet	Aiguës (AM)
MG5	37	Féminin	Cabinet seul	Cabinet	Aiguës (AM)
MG6	52	Masculin	Cabinet seul	Cabinet	Aiguës (AM)
MG7	46	Féminin	Cabinet de groupe	Cabinet	Aiguës (AM), aiguës sévères (spécialiste)
MG8	57	Féminin	Cabinet de groupe	Cabinet	Aiguës (AM), chroniques (Spécialiste)
MG9	68	Masculin	Cabinet de groupe	Cabinet	Aiguës (AM), aiguës sévères et chroniques (Spécialiste)
MG10	52	Féminin	Cabinet de groupe	Hôpital de la Conception	Aiguës (AM)
MG11	63	Masculin	Propre domicile	Domicile du médecin	Aiguës (AM), aiguës sévères (spécialiste)
MG12	60	Masculin	Cabinet de groupe	Restaurant le Naka (Marseille)	Aiguës (AM), chroniques (Spécialiste)