

**UNIVERSITE DE TOULOUSE III
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE**

ANNEE 2014

Thèse n° 2014-TOU3-1017

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
SPECIALITE MEDECINE GENERALE
(Décret du 07 avril 1988)**

Présentée et soutenue publiquement
Le 03 avril 2014 à Toulouse
par
Madame Laurianne GALLICE
Né le 23 mars 1984 à Papeete (98)

**LA SANTE DES MEDECINS GENERALISTES
LIBERAUX FRANCAIS**
A partir d'une étude de la littérature de 2003 à 2013.

Composition du jury :

Président :

Membres :

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC
Monsieur le Professeur Jean-Marc SOULAT
Monsieur le Professeur Marc VIDAL
Monsieur le Docteur Serge BISMUTH (Directeur de thèse)
Monsieur le Docteur Philippe ABOUT (Membre invité)

**TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2013**

Professeurs Honoraires

| | | | |
|----------------------|-----------------|------------------------------|--------------------|
| Doyen Honoraire | M. LAZORTHES Y. | Professeur Honoraire | Mme PUEL J. |
| Doyen Honoraire | M. CHAP H. | Professeur Honoraire | M. GOUZI |
| Professeur Honoraire | M. COMMANAY | Professeur Honoraire associé | M. DUTAU |
| Professeur Honoraire | M. CLAUX | Professeur Honoraire | M. PONTONNIER |
| Professeur Honoraire | M. ESCHAPASSE | Professeur Honoraire | M. PASCAL |
| Professeur Honoraire | Mme ENJALBERT | Professeur Honoraire | M. SALVADOR M. |
| Professeur Honoraire | M. GEDEON | Professeur Honoraire | M. BAYARD |
| Professeur Honoraire | M. PASQUIE | Professeur Honoraire | M. LEOPHONTE |
| Professeur Honoraire | M. RIBAUT | Professeur Honoraire | M. FABIÉ |
| Professeur Honoraire | M. SARRASIN | Professeur Honoraire | M. BARTHE |
| Professeur Honoraire | M. ARLET J. | Professeur Honoraire | M. CABARROT |
| Professeur Honoraire | M. RIBET | Professeur Honoraire | M. DUFFAUT |
| Professeur Honoraire | M. MONROZIES | Professeur Honoraire | M. ESCAT |
| Professeur Honoraire | M. DALOUS | Professeur Honoraire | M. ESCANDE |
| Professeur Honoraire | M. DUPRE | Professeur Honoraire | M. PRIS |
| Professeur Honoraire | M. FABRE J. | Professeur Honoraire | M. CATHALA |
| Professeur Honoraire | M. DUCOS | Professeur Honoraire | M. BAZEX |
| Professeur Honoraire | M. GALINIER | Professeur Honoraire | M. VIRENQUE |
| Professeur Honoraire | M. LACOMME | Professeur Honoraire | M. CARLES |
| Professeur Honoraire | M. BASTIDE | Professeur Honoraire | M. BONAFÉ |
| Professeur Honoraire | M. COTONAT | Professeur Honoraire | M. VAYSSE |
| Professeur Honoraire | M. DAVID | Professeur Honoraire | M. ESQUERRE |
| Professeur Honoraire | Mme DIDIER | Professeur Honoraire | M. GUITARD |
| Professeur Honoraire | M. GAUBERT | Professeur Honoraire | M. LAZORTHES F. |
| Professeur Honoraire | M. GUILHEM | Professeur Honoraire | M. ROQUE-LATRILLE |
| Professeur Honoraire | Mme LARENG M.B. | Professeur Honoraire | M. CERENE |
| Professeur Honoraire | M. BES | Professeur Honoraire | M. FOURNIAL |
| Professeur Honoraire | M. BERNADET | Professeur Honoraire | M. HOFF |
| Professeur Honoraire | M. GARRIGUES | Professeur Honoraire | M. REME |
| Professeur Honoraire | M. REGNIER | Professeur Honoraire | M. FAUVEL |
| Professeur Honoraire | M. COMBELLES | Professeur Honoraire | M. FREXINOS |
| Professeur Honoraire | M. REGIS | Professeur Honoraire | M. CARRIERE |
| Professeur Honoraire | M. ARBUS | Professeur Honoraire | M. MANSAT M. |
| Professeur Honoraire | M. PUJOL | Professeur Honoraire | M. BARRET |
| Professeur Honoraire | M. ROCHICCIOLI | Professeur Honoraire | M. ROLLAND |
| Professeur Honoraire | M. RUMEAU | Professeur Honoraire | M. THOUVENOT |
| Professeur Honoraire | M. BESOMBES | Professeur Honoraire | M. CAHUZAC |
| Professeur Honoraire | M. GUIRAUD | Professeur Honoraire | M. RIBOT |
| Professeur Honoraire | M. SUC | Professeur Honoraire | M. DELSOL |
| Professeur Honoraire | M. VALDIGUIE | Professeur Honoraire | M. ABBAL |
| Professeur Honoraire | M. BOUNHOURS | Professeur Honoraire | M. DURAND |
| Professeur Honoraire | M. PONTONNIER | Professeur Honoraire | M. DALY-SCHVEITZER |
| Professeur Honoraire | M. CARTON | Professeur Honoraire | M. RAILHAC |

Professeurs Émérites

| | |
|-----------------------------|--------------------------|
| Professeur JUSKIEWENSKI | Professeur JL. ADER |
| Professeur LARROUY | Professeur Y. LAZORTHES |
| Professeur ALBAREDE | Professeur L. LARENG |
| Professeur CONTÉ | Professeur F. JOFFRE |
| Professeur MURAT | Professeur J. CORBERAND |
| Professeur MANELFE | Professeur B. BONEU |
| Professeur LOUVET | Professeur H. DABERNAT |
| Professeur SARRAMON | Professeur M. BOCCALON |
| Professeur CARATERO | Professeur B. MAZIERES |
| Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL | Professeur E. ARLET-SUAU |
| Professeur COSTAGLIOLA | Professeur J. SIMON |

| P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe | | P.U. - P.H. 2ème classe | |
|--|--|-----------------------------------|---------------------------------------|
| M. ADOUE D. | Médecine Interne, Gériatrie | Mme BEYNE-RAUZY O. | Médecine Interne |
| M. AMAR J. | Thérapeutique | M. BIRMES Ph. | Psychiatrie |
| M. ARNE J.L. (C.E) | Ophthalmologie | M. BUREAU Ch | Hépatogastro-Entéro |
| M. ATTAL M. (C.E) | Hématologie | M. CALVAS P. | Génétique |
| M. AVET-LOISEAU H | Hématologie, transfusion | M. CARRERE N. | Chirurgie Générale |
| M. BLANCHER A. | Immunologie (option Biologique) | Mme CASPER Ch. | Pédiatrie |
| M. BONNEVIALLE P. | Chirurgie Orthopédique et Traumatologie. | M. CHAIX Y. | Pédiatrie |
| M. BOSSAVY J.P. | Chirurgie Vasculaire | Mme CHARPENTIER S. | Thérapeutique, méd. d'urgence, addict |
| M. BRASSAT D. | Neurologie | M. COGNARD C. | Neuroradiologie |
| M. BROUSSET P. (C.E) | Anatomie pathologique | M. DE BOISSEZON X. | Médecine Physique et Réadapt Fonct. |
| M. BUGAT R. (C.E) | Cancérologie | M. FOURCADE O. | Anesthésiologie |
| M. CARRIE D. | Cardiologie | M. FOURNIE B. | Rhumatologie |
| M. CHAP H. (C.E) | Biochimie | M. FOURNIÉ P. | Ophthalmologie |
| M. CHAUVEAU D. | Néphrologie | Mme GENESTAL M. | Réanimation Médicale |
| M. CHOLLET F. (C.E) | Neurologie | M. LAROCHE M. | Rhumatologie |
| M. CLANET M. (C.E) | Neurologie | M. LAUWERS F. | Anatomie |
| M. DAHAN M. (C.E) | Chirurgie Thoracique et Cardiaque | M. LEOBON B. | Chirurgie Thoracique et Cardiaque |
| M. DABERNAT H. | Bactériologie-Virologie | M. MAZIERES J. | Pneumologie |
| M. DEGUINE O. | O. R. L. | M. MOLINIER L. | Epidémiologie, Santé Publique |
| M. DUCOMMUN B. | Cancérologie | M. PAOLI J.R. | Chirurgie Maxillo-Faciale |
| M. FERRIERES J. | Epidémiologie, Santé Publique | M. PARANT O. | Gynécologie Obstétrique |
| M. FRAYSSE B. (C.E) | O.R.L. | M. PATHAK A. | Pharmacologie |
| M. IZOPET J. (C.E) | Bactériologie-Virologie | M. PAUL C. | Dermatologie |
| Mme LAMANT L. | Anatomie Pathologique | M. PAYOUX P. | Biophysique |
| M. LANG T. | Biostatistique Informatique Médicale | M. PAYRASTRE B. | Hématologie |
| M. LANGIN D. | Nutrition | M. PORTIER G. | Chirurgie Digestive |
| M. LAUQUE D. | Médecine Interne | M. PERON J.M. | Hépatogastro-Entérologie |
| M. LIBLAU R. | Immunologie | M. RECHER Ch. | Hématologie |
| M. MAGNAVAL J.F. | Parasitologie | M. RONCALLI J. | Cardiologie |
| M. MALAVALD B. | Urologie | M. SANS N. | Radiologie |
| M. MANSAT P. | Chirurgie Orthopédique | M. SOL J-Ch. | Neurochirurgie |
| M. MARCHOU B. | Maladies Infectieuses | Mme WEBER-VIVAT M. | Biologie cellulaire |
| M. MONROZIES X. | Gynécologie Obstétrique | | |
| M. MONTASTRUC J.L. (C.E) | Pharmacologie | | |
| M. MOSCOVICI J. | Anatomie et Chirurgie Pédiatrique | | |
| Mme MOYAL E. | Cancérologie | | |
| Mme NOURHASHEMI F. | Gériatrie | | |
| M. OLIVES J.P. (C.E) | Pédiatrie | P.U. | |
| M. OSWALD E. | Bactériologie-Virologie | M. OUSTRIC S. | Médecine Générale |
| M. PARINAUD J. | Biol. Du Dévelop. et de la Reprod. | | |
| M. RASCOL O. | Pharmacologie | | |
| M. RISCHMANN P. (C.E) | Urologie | | |
| M. RIVIERE D. (C.E) | Physiologie | | |
| M. SALES DE GAUZY J. | Chirurgie Infantile | | |
| M. SALLES J.P. | Pédiatrie | | |
| M. SERRE G. (C.E) | Biologie Cellulaire | | |
| M. TELMON N. | Médecine Légale | | |
| M. VINEL J.P. (C.E) | Hépatogastro-Entérologie | | |

| P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe | | P.U. - P.H. 2ème classe | |
|--|---|-----------------------------------|--|
| M. ACAR Ph. | Pédiatrie | M. ACCADBLE D. F. | Chirurgie Infantile |
| M. ALRIC L. | Médecine Interne | Mme ANDRIEU S. | Epidémiologie |
| M. ARLET Ph. (C.E) | Médecine Interne | M. ARBUS Ch. | Psychiatrie |
| M. ARNAL J.F. | Physiologie | M. BERRY A. | Parasitologie |
| Mme BERRY I. | Biophysique | M. BONNEVILLE F. | Radiologie |
| M. BOUTAULT F. (C.E) | Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale | M. BROUCHET L. | Chir. Thoracique et cardio-vasculaire |
| M. BUSCAIL L. | Hépto-Gastro-Entérologie | M. BUJAN L. | Uro-Andrologie |
| M. CANTAGREL A. | Rhumatologie | Mme BURA-RIVIERE A. | Médecine Vasculaire |
| M. CARON Ph. (C.E) | Endocrinologie | M. CHAYNES P. | Anatomie |
| M. CHAMONTIN B. (C.E) | Thérapeutique | M. CHAUFOUR X. | Chirurgie Vasculaire |
| M. CHAVOIN J.P. (C.E) | Chirurgie Plastique et Reconstructive | M. CONSTANTIN A. | Rhumatologie |
| M. CHIRON Ph. | Chirurgie Orthopédique et Traumatologie | M. DELOBEL P. | Maladies Infectieuses |
| Mme COURTADE SAIDI M. | Histologie Embryologie | M. COURBON | Biophysique |
| M. DELABESSE E. | Hématologie | M. DAMBRIN C. | Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire |
| Mme DELISLE M.B. (C.E) | Anatomie Pathologie | M. DE BOISSEZON X. | Médecine Physique et Réadaptation |
| M. DIDIER A. | Pneumologie | M. DECRAMER S. | Pédiatrie |
| M. ESCOURROU J. (C.E) | Hépto-Gastro-Entérologie | M. DELORD JP. | Cancérologie |
| M. FOURTANIER G. (C.E) | Chirurgie Digestive | M. ELBAZ M. | Cardiologie |
| M. GALINIER M. | Cardiologie | M. GALINIER Ph. | Chirurgie Infantile |
| M. GERAUD G. | Neurologie | M. GARRIDO-STÓWHAS I. | Chirurgie Plastique |
| M. GLOCK Y. | Chirurgie Cardio-Vasculaire | Mme GOMEZ-BROUCHET A. | Anatomie Pathologique |
| M. GRAND A. (C.E) | Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention | M. GOURDY P. | Endocrinologie |
| Mme HANAIRE H. | Endocrinologie | M. GROLEAU RAOUX J.L. | Chirurgie plastique |
| M. LAGARRIGUE J. (C.E) | Neurochirurgie | Mme GUIMBAUD R. | Cancérologie |
| M. LARRUE V. | Neurologie | M. HUYGHE E. | Urologie |
| M. LAURENT G. (C.E) | Hématologie | M. KAMAR N. | Néphrologie |
| M. LEVADE T. | Biochimie | M. LAFOSSE JM. | Chirurgie Orthopédique et Traumatologie |
| M. MALECAZE F. (C.E) | Ophthalmologie | M. LEGUEVAQUE P. | Chirurgie Générale et Gynécologique |
| Mme MARTY N. | Bactériologie Virologie Hygiène | M. MARQUE Ph. | Médecine Physique et Réadaptation |
| M. MASSIP P. | Maladies Infectieuses | Mme MAZEREEUW J. | Dermatologie |
| M. PESSEY J.J. (C.E) | O. R. L. | M. MINVILLE V. | Anesthésiologie Réanimation |
| M. PLANTE P. | Urologie | M. MUSCARI F. | Chirurgie Digestive |
| M. RAYNAUD J-Ph. | Psychiatrie Infantile | M. OTAL Ph. | Radiologie |
| M. REME J.M. | Gynécologie-Obstétrique | M. ROLLAND Y. | Gériatrie |
| M. RITZ P. | Nutrition | M. ROUX F.E. | Neurochirurgie |
| M. ROCHE H. (C.E) | Cancérologie | M. SAILLER L. | Médecine Interne |
| M. ROSTAING L (C.E). | Néphrologie | M. SOULAT J.M. | Médecine du Travail |
| M. ROUGE D. (C.E) | Médecine Légale | M. TACK I. | Physiologie |
| M. ROUSSEAU H. | Radiologie | M. VAYSSIERE Ch. | Gynécologie Obstétrique |
| M. SALVAYRE R. (C.E) | Biochimie | M. VERGEZ S. | O.R.L. |
| M. SAMII E K. (C.E) | Anesthésiologie Réanimation | Mme URO-COSTE E. | Anatomie Pathologique |
| M. SCHMITT L. (C.E) | Psychiatrie | | |
| M. SENARD J.M. | Pharmacologie | | |
| M. SERRANO E. (C.E) | O. R. L. | | |
| M. SOULIE M. | Urologie | | |
| M. SUC B. | Chirurgie Digestive | | |
| Mme TAUBER M.T. | Pédiatrie | | |
| M. VELLAS B. (C.E) | Gériatrie | | |

| M.C.U. - P.H. | | M.C.U. - P.H. | |
|-----------------------|------------------------------------|-------------------------|--|
| M. APOIL P. A | Immunologie | Mme ABRAVANEL F. | Bactério. Virologie Hygiène |
| Mme ARNAUD C. | Epidémiologie | Mme ARCHAMBAUD M. | Bactério. Virologie Hygiène |
| M. BIETH E. | Génétique | M. BES J.C. | Histologie - Embryologie |
| Mme BONGARD V. | Epidémiologie | M. CAMBUS J.P. | Hématologie |
| Mme CASPAR BAUGUIL S. | Nutrition | Mme CANTERO A. | Biochimie |
| Mme CASSAING S. | Parasitologie | Mme CARFAGNA L. | Pédiatrie |
| Mme CONCINA D. | Anesthésie-Réanimation | Mme CASSOL E. | Biophysique |
| M. CONGY N. | Immunologie | Mme CAUSSE E. | Biochimie |
| M. CORRE J. | Hématologie | M. CHASSAING N | Génétique |
| M. COULAIS Y. | Biophysique | Mme CLAVE D. | Bactériologie Virologie |
| Mme COURBON | Pharmacologie | M. CLAVEL C. | Biologie Cellulaire |
| Mme DAMASE C. | Pharmacologie | Mme COLLIN L. | Cytologie |
| Mme de GLISEZENSKY I. | Physiologie | M. DEDOUIT F. | Médecine Légale |
| Mme DELMAS C. | Bactériologie Virologie Hygiène | M. DELPLA P.A. | Médecine Légale |
| Mme DE-MAS V. | Hématologie | M. EDOUARD T | Pédiatrie |
| M. DUBOIS D. | Bactériologie Virologie Hygiène | Mme ESQUIROL Y. | Médecine du travail |
| Mme DUGUET A.M. | Médecine Légale | Mme ESCOURROU G. | Anatomie Pathologique |
| Mme DULY-BOUHANICK B. | Thérapeutique | Mme GALINIER A. | Nutrition |
| M. DUPUI Ph. | Physiologie | Mme GARDETTE V. | Epidémiologie |
| Mme FAUVEL J. | Biochimie | M. GASQ D. | Physiologie |
| Mme FILLAUX J. | Parasitologie | Mme GRARE M. | Bactériologie Virologie Hygiène |
| M. GANTET P. | Biophysique | Mme GUILBEAU-FRUGIER C. | Anatomie Pathologique |
| Mme GENNERO I. | Biochimie | Mme INGUENEAU C. | Biochimie |
| Mme GENOUX A. | Biochimie et biologie moléculaire | M. LAHARRAGUE P. | Hématologie |
| M. HAMDI S. | Biochimie | M. LEANDRI R. | Biologie du dével. et de la reproduction |
| Mme HITZEL A. | Biophysique | M. LEPAGE B. | Biostatistique |
| M. IRIART X. | Parasitologie et mycologie | M. MARCHEIX B. | Chirurgie Cardio Vasculaire |
| M. JALBERT F. | Stomato et Maxillo Faciale | Mme MAUPAS F. | Biochimie |
| Mme LAPEYRE-MESTRE M. | Pharmacologie | M. MIEUSSET R. | Biologie du dével. et de la reproduction |
| M. LAURENT C. | Anatomie Pathologique | Mme PERIQUET B. | Nutrition |
| Mme LE TINNIER A. | Médecine du Travail | Mme PRADDAUDE F. | Physiologie |
| M. LOPEZ R. | Anatomie | M. RIMAILHO J. | Anatomie et Chirurgie Générale |
| M. MONTOYA R. | Physiologie | M. RONGIERES M. | Anatomie - Chirurgie orthopédique |
| Mme MOREAU M. | Physiologie | M. TKACZUK J. | Immunologie |
| Mme NOGUEIRA M.L. | Biologie Cellulaire | M. VALLET P. | Physiologie |
| M. PARIENTE J. | Neurologie | Mme VEZZOSI D. | Endocrinologie |
| M. PILLARD F. | Physiologie | | |
| Mme PRERE M.F. | Bactériologie Virologie | | |
| Mme PUISSANT B. | Immunologie | | |
| Mme RAGAB J. | Biochimie | | |
| Mme RAYMOND S. | Bactériologie Virologie Hygiène | | |
| Mme SABOURDY F. | Biochimie | | |
| Mme SAUNE K. | Bactériologie Virologie | | |
| M. SOLER V. | Ophtalmologie | M. BISMUTH S. | M.C.U. Médecine Générale |
| Mme SOMMET A. | Pharmacologie | Mme ROUGE-BUGAT ME | Médecine Générale |
| M. TAFANI J.A. | Biophysique | | |
| M. TREINER E. | Immunologie | | |
| Mme TREMOLLIERES F. | Biologie du développement | | |
| M. TRICOIRE J.L. | Anatomie et Chirurgie Orthopédique | | |
| M. VINCENT C. | Biologie Cellulaire | | |

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.

Dr ESCOURROU B.
Dr BISMUTH M.
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC, Professeur des universités, médecin généraliste. Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de notre respect et de notre reconnaissance.

A Monsieur Serge BISMUTH, Maître de conférences universitaire de médecine générale, médecin généraliste. Vous m'avez fait l'honneur de diriger ma thèse. Je vous remercie pour vos conseils et l'attention que vous avez portée à mon travail. Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Marc VIDAL, Professeur associé de médecine générale, médecin généraliste. Vous me faites l'honneur d'accepter de juger mon travail. Soyez assuré de ma reconnaissance et de ma respectueuse gratitude.

A Monsieur le Professeur Jean-Marc SOULAT, Professeur des universités et praticien hospitalier de médecine du travail. Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ce travail. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Philippe ABOUT, médecin généraliste. Je vous remercie de l'attention que vous me portez en participant à ce jury et l'honneur que vous me faites de juger ce travail, recevez l'expression de ma sincère reconnaissance.

Merci à tous les médecins et équipes paramédicales qui ont croisé mon chemin au cours des stages d'externat et d'internat et qui m'ont aidée à devenir le médecin que je suis aujourd'hui.

Un merci particulier au Dr Delga, qui m'a invitée dans son quotidien et m'a inspiré ce sujet de thèse, aux Dr Henryot, Dr Chouvet, Dr Alric et Dr Torres qui m'ont fait confiance et beaucoup enseigné dans mes premiers pas de médecin généraliste libéral. Au Dr Caunes, et à Carole Notrel, points de repère précieux en oncologie palliative. Au Dr Madaule, dont la gentillesse et la compétence éclairent le monde obscur de la médecine interne...

Et merci aux médecins qui me font confiance au quotidien au sein de leur cabinet. J'espère répondre à vos attentes.

Merci à Aurélien,
pour ton amour inconditionnel, ton soutien de chaque jour tout au long de ces années d'étude, ta confiance en moi, ton optimisme, et pour le chemin parcouru à tes cotés et l'horizon vers lequel nous nous dirigeons...

Merci à mes parents, mes frère et sœurs,
pour votre soutien depuis toujours, l'intérêt que vous avez porté à mes travaux et l'insufflation de motivation que vous m'avez apporté. Merci aussi bien sûr pour votre amour et tous les précieux instants de vie passés à vos cotés.

Merci à mes grands-parents d'ici et au-delà, pour les valeurs que vous m'avez transmises. Papi Jean, tu es parti trop tôt pour me voir Docteur, toi qui t'intéressais tant à la santé... J'espère être digne de tes espérances. Annette, tu es aussi partie trop vite, toi qui te montrais si forte...

Merci à toute la famille, et la belle-famille, pour tous les moments partagés ensemble. Merci à ma marraine la fée et mon parrain, pour votre belle philosophie et votre gentillesse.

Merci à mes amis du lycée, de médecine, de l'eigsi, et ailleurs, pour tous les moments de joie et d'amitié partagée.

Merci à Caroline Cab et Sophie pour votre amitié et votre gentillesse débordante.

Merci à mes co-internes, Lucile, Samah, Raphi, Katerina, Marie-Anne, Anne-Sophie et Delphine... vous rencontrer m'a beaucoup apporté, sur le plan personnel et professionnel. Un merci particulier à Nelly et Sabrine pour votre soutien et votre aide jusqu'au derniers instants de cette thèse et pour tous les échanges que l'on a pu avoir autour de l'exercice complexe de la médecine générale.

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances.

Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

SOMMAIRE

| | |
|--|----|
| SOMMAIRE | 1 |
| INTRODUCTION | 4 |
| MATERIEL ET METHODE | 5 |
| RESULTATS..... | 6 |
| 1 Evaluation de sa propre santé..... | 7 |
| 1.1 Evaluation globale | 7 |
| 1.2 Prise en charge et suivi..... | 7 |
| 1.3 Statut de médecin-patient | 8 |
| 1.4 Vécu des symptômes, vécu de la maladie..... | 9 |
| 2 Comportement général face au système de soin : | 10 |
| 2.1 Médecin traitant :..... | 10 |
| 2.2 Consultations..... | 11 |
| 2.3 Honoraires..... | 11 |
| 2.4 Arrêts de travail..... | 12 |
| 2.5 Autoprescription | 12 |
| 2.6 Assurances..... | 14 |
| 3 Prévention | 15 |
| 3.1 Vaccination | 15 |
| 3.2 Hygiène de vie | 15 |
| 3.2.1 Tabac | 15 |
| 3.2.2 Alcool..... | 16 |
| 3.2.3 Activité physique | 17 |
| 3.2.4 Alimentation..... | 18 |
| 3.3 Facteurs de risque cardiovasculaire | 18 |
| 3.3.1 Dyslipémie, hyperglycémie et tension artérielle..... | 18 |
| 3.3.2 Poids | 19 |
| 3.4 Dépistage systématique des cancers | 19 |
| 3.4.1 Cancer colo-rectal..... | 19 |
| 3.4.2 Cancer du col de l'utérus..... | 20 |
| 3.4.3 Cancer du sein | 20 |
| 3.5 Dépistages sérologiques :..... | 21 |

| | | |
|-------|--|----|
| 4 | Santé somatique..... | 21 |
| 4.1 | Problèmes de santé chronique ou à caractère durable..... | 21 |
| 4.1.1 | Médecins atteints..... | 21 |
| 4.1.2 | Traitements au long cours..... | 22 |
| 4.2 | Evènement médical ponctuel..... | 24 |
| 5 | Santé psychique..... | 24 |
| 5.1 | Troubles « psychosomatiques »..... | 24 |
| 5.2 | Stress perçu chronique..... | 24 |
| 5.3 | Anxiété et dépression..... | 25 |
| 5.4 | Addictions et consommation médicamenteuse..... | 25 |
| 5.5 | Troubles psychiatriques..... | 26 |
| 5.6 | Epuisement psychique..... | 26 |
| 5.7 | Burn-out..... | 27 |
| 5.7.1 | L'épuisement émotionnel (EE)..... | 28 |
| 5.7.2 | La dépersonnalisation (DP)..... | 28 |
| 5.7.3 | L'accomplissement personnel (AP)..... | 28 |
| 5.8 | Suicide..... | 29 |
| | DISCUSSION..... | 30 |
| 1 | Evaluation de sa santé..... | 31 |
| 1.1 | Evaluation globale..... | 31 |
| 1.2 | Suivi..... | 31 |
| 1.3 | Vécu de la maladie..... | 31 |
| 2 | Comportement face au système de soin..... | 32 |
| 2.1 | Médecin traitant..... | 32 |
| 2.2 | Qui consultent-ils ?..... | 32 |
| 2.3 | Arrêts de travail..... | 33 |
| 2.4 | Autogestion..... | 33 |
| 2.5 | Assurances..... | 34 |
| 3 | Prévention..... | 34 |
| 3.1 | Vaccinations..... | 34 |
| 3.2 | Hygiène de vie..... | 34 |
| | Tabac..... | 35 |
| | Alcool..... | 35 |
| 3.3 | Facteurs de risque cardiovasculaires..... | 36 |
| | Poids..... | 36 |
| | Lipémie, glycémie, tension artérielle..... | 36 |

| | | |
|-----|---|----|
| 3.4 | Dépistage systématiques des cancers..... | 36 |
| | Cancer colorectal..... | 36 |
| | Cancer du col de l'utérus..... | 37 |
| | Cancer du sein..... | 38 |
| 3.5 | Sérologies..... | 38 |
| 4 | Santé somatique..... | 38 |
| 5 | Santé psychique..... | 39 |
| | CONCLUSION..... | 43 |
| | BIBLIOGRAPHIE..... | 45 |
| | ANNEXES..... | 49 |
| A. | Annexe A : Orientations de carrière..... | 49 |
| B. | Annexe B : le burn-out..... | 49 |
| C. | Annexe C : Evaluation du bien-être et de la détresse psychologique..... | 52 |
| D. | Annexe D : Les structures d'aide..... | 52 |
| | Abréviations et sigles..... | 55 |

INTRODUCTION

« La bonne santé n'est pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité mais un état de complet bien-être physique, mental et social. »

La santé des médecins semble de plus en plus intéresser la communauté scientifique, tant au sujet des conséquences personnelles sur le praticien que sur ses répercussions pour la santé de ses patients et le bon fonctionnement du système de soin. En effet, plusieurs études ont déjà été menées, et les internes en fin de cursus semblent y attacher de l'importance, si l'on en juge le nombre croissant de thèses menées sur ce sujet ces dernières années. Le thème de la santé des médecins, et en particulier l'épuisement professionnel, est également régulièrement relayé par les médias.

Dans cette étude, nous nous sommes intéressés à la santé des médecins généralistes libéraux français, au travers de travaux réalisés en France depuis dix ans.

Nous verrons d'abord comment le médecin généraliste en activité libérale évalue sa propre santé puis comment il s'intègre dans le système de soins. Ensuite, nous analyserons ses habitudes en termes de prévention et son comportement en cas de maladie somatique et psychique.

MATERIEL ET METHODE

Nous avons recherché les documents faisant référence à la santé au sens large des médecins généralistes libéraux français au travers des bases de données suivantes : Banque de recherche Internet *Google* et *Google scholar*, *Pubmed*, *BDSP* (Banque de Données de santé Publique), *SUDOC* (Système Universitaire de Documentation), *BIU* (Bibliothèque interuniversitaire) et les sites des *Universités de médecine*.

Nous avons sélectionné les documents dont le titre ou le résumé faisait référence aux médecins généralistes libéraux français et dont la publication datait des années 2003 à 2013 afin d'obtenir des données récentes.

Ont été incluses les études faites par les instances scientifiques (ORS, DREES, CDOM) ou publiées dans les revues scientifiques (la presse médicale, santé publique...) ainsi que les études faites dans le cadre de thèse d'exercice de médecine générale. Ont été incluses les études quantitatives et qualitatives. Ont été exclus les documents issus des médias de masse.

L'ensemble des documents sélectionnés ont été lus et les données extraites ont été regroupées par sujet (vaccin, médecin traitant...), les données comparables étant rassemblées dans des tableaux.

RESULTATS

Les recherches effectuées ont permis de retenir 27 documents :

- 8 enquêtes : « Santé physique et psychique des médecins généralistes » réalisée par la DREES (1) et son panel des Pays de la Loire « Vie professionnelle, vécu du travail et état de santé des médecins généralistes des Pays de la Loire » réalisé par l'ORS et l'URML des Pays de la Loire (2) ; « Enquête sur la santé des médecins libéraux de Haute-Normandie » réalisées par les CDOM de Seine-Maritime et de l'Eure, l'URML de Haute-Normandie et le CHU de Rouen (3); « Influence du tabagisme des médecins généralistes sur leur pratique de conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac » réalisée par Underner et Al. (4); le « Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003 » (5) et le « Baromètre santé médecins généralistes 2009 » de l'INPES dirigé par A.Gautier (6); « l'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives » réalisée par l'URML d'Ile de France coordonnée par E.Galam (7); « Epuisement professionnel chez les médecins généralistes » écrit par P.Cathébras et Al. (8); et enfin « Epuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants » écrit par H.Dumesnil et Al (9).
- 17 thèses de médecine générale dont les auteurs sont : F.Nouger (10), L.Gillard (11), R.Suty (12), A.L.Verjus (13), A.Gombert (14), S.Ammor (15), S.Bonnaudeau (16), L.Volle (17), G.Labeille (18), D.Portalier (19), J.Chapusot (20), M.Prod'homme (21), M.Lhote (22), G.Hiltbrand (23), S.Chanteau (24), C.Zeter (25) et C.Vaquin (26).
- Et enfin le rapport de la commission nationale permanente du CNOM « Le médecin Malade » (27), et les statistiques de la CARMF (28).

Dans un souci de clarté des tableaux, les références ne seront pas mentionnées à côté des noms des auteurs et seuls les taux (en %) ont été inscrit, le nombre de répondants étant mentionné sous le nom de l'auteur (N).

1 Evaluation de sa propre santé

1.1 Evaluation globale

Selon plusieurs études (1,3,10,12-14) environ 3/4 des médecins se considèrent en bonne santé (cf. tableau 1).

Tableau 1 Evaluation globale par les médecins généralistes de leur propre santé.

| | | Nouger 2004 N=255 | Gillard 2005 N=386 | Suty 2006 N=286 | Desprès 2008 N=1900 | CDOM HN* 2008 N=552 | Vergus 2012 N=639 | Gombert 2012 N=100 | Ammor 2012 N=98 |
|---|-------------------------------------|-------------------------|--------------------------|-----------------------|---------------------------|------------------------------|-------------------------|--------------------------|-----------------------|
| Taux de médecins s'estimant en bonne santé | | 78% | 75% | 75% | 79% | 71% | 90-94.3% | 75% | 85% |
| Taux de médecin estimant leur état de santé : | Identique à celui de leurs patients | 33.3% | NR | 41% | NR | NR | NR | NR | NR |
| | Moins bon | 57.3% | | 44.6% | | | | | |

* CDOM de Haute-Normandie.

L'étude d'A-L.Verjus établit que 94% de médecins se considèrent en bonne santé physique et 90% en bonne santé psychique (13).

Il existe une relation entre l'état de santé déclaré et l'âge, le temps de travail hebdomadaire et nombre de semaines de congés par an, mais pas de relation avec le sexe ou les caractéristiques d'installation (10,12,13)

1.2 Prise en charge et suivi

Environ 4 médecins sur 10 estiment ne pas du tout prendre en charge leur santé ou bien estiment avoir une « mauvaise » prise en charge. (10,12-14).

Tableau 2 Taux de médecins généralistes évaluant la prise en charge de leur santé incorrecte.

| | Nouger 2004 N=255 | Suty 2006 N=286 | Vergus 2012 N=639 | Gombert 2012 N=100 |
|----------------------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------|--------------------------|
| Prise en charge incorrecte | 39.2% | 39.1% | 42.5% | 38% |

Tableau 3 Taux de médecins généralistes évaluant la régularité de leur suivi médical.

| | | Nouger 2004 N=255 | Volle 2012 N=35 |
|-------------------------------|------------|-------------------------|-----------------------|
| suivi des maladies chroniques | régulier | 67.6% | 57.1% |
| | irrégulier | 32.4% | NR |

Les médecins interrogés par L.Gillard considèrent à 44% avoir un « bon » suivi, 36% un suivi « moyen », et 17% un « mauvais », sans que soit évoquée la régularité (11). J.Chapusot donne quelques exemples : « *il pourrait y avoir mieux au niveau de la prévention* » (Dr K) ou « *c'est assez aléatoire* » (Dr I) (29).

Figure 1 Déclaration des médecins généralistes malades chroniques concernant leur suivi dans l'étude de F.Nouger (10).



1.3 Statut de médecin-patient

Selon les études, les médecins se décrivent tantôt comme de bons patients, obéissants et observants (19,29) (80% estiment avoir une observance « équivalente » ou « meilleure » que leurs propres patients dans l'étude de R.Suty (12)), tantôt comme mauvais patients, peu observants et voulant prendre les commandes (19,29).

Même s'ils sont nombreux à trouver que leur profession leur facilite l'accès aux spécialistes (par leur statut et leur réseau de connaissances, qui leur permet d'être parfois prioritaires) (19,29) les médecins généralistes évoquent de nombreux freins à une bonne relation de soin avec les autres soignants (10,12).

Tableau 4 Taux de médecins généralistes évaluant leur statut de médecins comme un avantage ou un inconvénient dans la relation avec les soignants.

| | Nouger 2004 N=255 | Suty 2006 N=286 |
|--------------|-------------------------|-----------------------|
| avantage | 37.6% | 36% |
| inconvénient | 36.1% | 36% |

On trouve un éventail de ces freins dans l'étude qualitative de M.Prod'homme (21):

- En tant que soigné :

- Gêne à consulter un confrère ; honte ; peur de déranger ; difficulté à se confier ;
- Négligence de sa santé ; manquer de temps ;
- Aptitude à l'autogestion ;
- Mauvaises expériences ;
- Peur de se confronter à la maladie.

- Vis-à-vis du soignant :

- Doute des compétences des confrères ;
- Crainte de ne pas être considéré comme un patient comme les autres ;
- Négligence de la part de ceux qu'ils consultent, un manque de disponibilité ;
- Manque de soutien ou d'empathie ; une crainte du jugement ;
- Manque de respect du secret.

- Du fait du système :

- Manque de référents ;
- Manque d'anonymat ;
- Gestion de l'arrêt de travail ;
- Gratuité et de l'accès à l'auto-prescription ;
- Frein culturel (habitude).

1.4 Vécu des symptômes, vécu de la maladie

Dans l'étude de D.Portalier, les médecins, malgré leurs connaissances scientifiques, oscillent entre refus des symptômes/déni de la maladie et la crainte immédiate d'un diagnostic grave (19). Et dans la thèse de J.Chapusot, si deux tiers des médecins pensent être objectifs pour les interpréter, un tiers pense au contraire avoir un regard subjectif sur ses symptômes, le plus souvent en les minimisant, parfois en les exagérant « *au départ on minimise...quand ça dure...on voit le mal partout...* » (Dr M) (29).

Face à des symptômes nouveaux, les médecins interrogés par J.Chapusot déclarent en général un délai de prise en charge plus long (négligence, attentisme ou manque de temps) que les autres patients (29).

Dans cette même étude, si les médecins évoquent facilement les problèmes somatiques, il n'en est pas de même pour les problèmes psychiques. Un seul médecin sur 15 a abordé la question spontanément. La plupart du temps les médecins ont semblé mal à l'aise et ont adopté une attitude défensive pour éluder la question (29).

2 Comportement général face au système de soin :

2.1 Médecin traitant :

Avant la réforme de 2004, environ 9/10 médecins n'avaient pas de médecin référent (10,11). Depuis, seuls 2/10 n'en n'ont pas déclaré, mais la majorité se sont auto-déclarés (cf. Tableau 5 et Figure 2). Parmi ceux ayant désignés un confrère, environ la moitié ou plus ont choisi un proche (ami, associé), et en général davantage un médecin généraliste qu'un spécialiste (14,16).

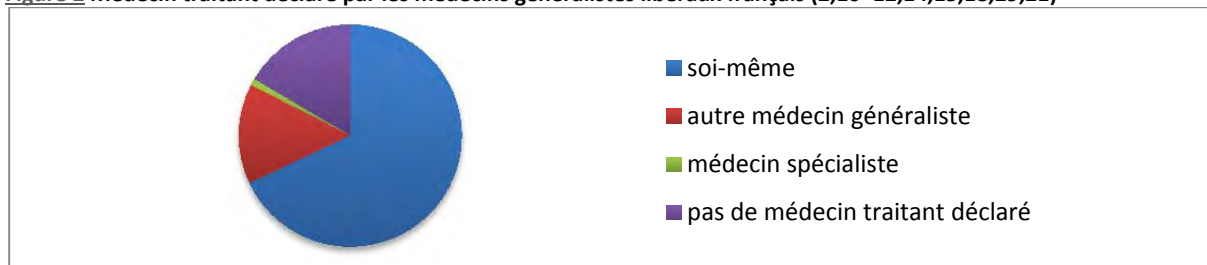
Tableau 5 Médecin traitant déclaré par les médecins généralistes.

| | Nouger 2004 N=255 | Gillard 2005 N=386 | Suty 2006 N=286 | ORS PDL* 2008 N=440 | Labeille 2012 N=529 | Gom-bert 2012 N=100 | Ammor 2012 N=98 |
|---------------------------------|-------------------------|--------------------------|-----------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------------|
| aucun | 85.9% | 90% | 21.5% | 26% | 7% | 21% | 12% |
| soi-même | NR | NR | 69.7% | 62% | 69% | 63% | 86% |
| Autre médecin généraliste | NR | NR | 8.1% | 13% | 24% | 16% | 14% |
| Médecin spécialiste | NR | NR | 0.7% | NR | NR | | NR |

* Etude de l'ORS et URML Pays de la Loire.

Les facteurs associés au choix d'un médecin généraliste autre que soi-même sont : le genre féminin, âge plus jeune et l'exercice en groupe (26% vs 13%) (18), le nombre de semaines de congés annuels et un épuisement émotionnel bas ou moyen (2)...Les raisons évoquées dans la thèse de J.Chapusot sont : « *c'est plus simple* », « *plus pratique* », « *par gain de temps* », « *j'ai pas de problème de santé majeur* », « *pas envie de faire appel à quelqu'un d'autre* » (29).

Figure 2 Médecin traitant déclaré par les médecins généralistes libéraux français (2,10-12,14,15,18,29,21)



2.2 Consultations

La grande majorité des médecins ne consultent pas de confrère généraliste pour prendre en charge leur santé, quelque soit leur médecin traitant désigné (cf. Tableau 6) (12,13,16,21). A l'image de ce médecin, interrogé par D.Portalier : « *Pour la petite pathologie bénigne qui fait 80% de notre activité, je ne consulte pas, je me débrouille tout seul* » et « *J'ai déclaré comme médecin traitant mon cardiologue, mais en réalité, je ne vais pas le voir* » (19).

Tableau 6 Taux de consultation d'un médecin généraliste pour un problème de santé quelconque chez : lui-même, un autre médecin généraliste ou un médecin spécialiste.

| | Suty 2006 N=286 | Vergus 2012 N=639 |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------|
| soi-même | 94.5% | NR |
| Autre médecin généraliste | 4.7% | 2.8% |
| Médecin spécialiste | 39.6%* | 58.8% |

*sauf psychiatre et gynécologue.

En cas de problème de santé aigu comme de maladie chronique, les médecins se dirigent préférentiellement vers les spécialistes (cf. Tableau 6 et 7) (10,12,13,16,21).

Tableau 7 Taux de consultation d'un médecin généraliste chez : lui-même, un médecin généraliste ou un spécialiste, en cas de problème de santé chronique.

| | Nouger 2004 N=255 | Vergus 2012 N=639 |
|---------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Soi-même | 39.2% | NR |
| Autre médecin généraliste | 4.3% | 3.4% |
| Médecin spécialiste | 56.5% | 40.7% |

2.3 Honoraires

En ce qui concerne les honoraires, la majorité des médecins consultants ne sont pas amenés à les régler, par soucis de confraternité. Pourtant 2/3 sont gênés (se sentent redevables) (21). Dans la thèse de M.Lhote, 13 médecins-soignants font payer les honoraires habituels, 2 refusent catégoriquement (22). Cette question est soulevée par l'ordre des médecins qui souligne que « *payer un confrère ne va pas à l'encontre des principes hippocratiques* » (27).

2.4 Arrêts de travail

62% des médecins interrogés par F.Nouger n'ont jamais eu d'arrêt de travail (10) et on observe dans l'étude réalisée par les CDOM de Haute-Normandie une moyenne de 4.5 jours d'arrêt pour maladie par médecin et par an (3). Parmi les médecins interrogés par R.Suty, 8.83% se sont arrêté de travailler au cours des 12 derniers mois (chirurgie 28%, maternité 16%, traumatologie 16%, néoplasie 8%,...) pour une durée moyenne de 50 jours (12). Ils sont deux fois plus dans l'étude de G.Labeille (16.3%) (18). En cas de maladie chronique, les médecins font en sorte de les gérer sur leurs jours de congés (19), mais nombreux sont ceux qui doivent être arrêtés (7/13 dans l'étude de S.Bonneaudeau et 74.3% dans celle de L.Volle (16,17)).

Les arrêts de travail sont donc en général plus rares, plus courts et surtout mal vécus par les médecins généralistes libéraux (19). Les causes évoquées sont :

- difficultés à se faire remplacer ou à assumer de surcharger le travail des associés.
- Problème de finances, de relais par les assurances.
- Crainte d'une mauvaise image auprès des patients (10).

Sur le site de la C.A.R.M.F (28), on trouve les résultats suivants concernant les arrêts de travail pour l'année 2012 :

- Arrêt de travail pour incapacité temporaire : « *affections cancéreuses 32,69%, psychiatriques 18,88% et les lésions traumatiques 8,79%. Les affections cardiovasculaires représentent 8,79%* ».

- Arrêt de travail pour invalidité : « *affections psychiatriques 41,42%, cardiovasculaires 10,69% et neurologiques 14,01%, affections cancéreuses 10,39% et les lésions traumatiques 7,08%* ».

2.5 Auto-prescription

Pour prendre en charge leur santé, les médecins optent largement pour l'auto-prescription. Ils s'auto-prescrivent à la fois des examens de dépistage (57% (11)), des mesures préventives (vaccins 51% (11)), des examens complémentaires et des mesures curatives, pour des symptômes aigus ou chroniques, en prescription initiale ou en renouvellement (26% s'auto-médiquent « toujours », 30% « souvent », 21% « rarement » et seulement 2% « jamais » dans l'étude réalisée en Haute-Normandie (3)) (3,11,17–19,29).

L'étude de G.Labeille établit que 60% des médecins généralistes estiment que l'auto-prescription peut se faire de manière objective (18).

Tableau 8 Médecins généralistes ayant recours à l'auto-prescription médicamenteuse, de façon générale ou en situation chronique.

| | Nouger 2004 N=255 | Gillard 2005 N=386 | Volle 2012 N=35 | CDOM HN 2008 N=552 | Labeille 2012 N=529 |
|-------------|-------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|---------------------------|
| globalement | NR | NR | NR | 60% | 41% |
| chronique | 59% | 60% | 59% | NR | 66% |

Selon l'étude de L.Gillard, l'auto-prescription est plus pratiquée chez les hommes, et moins dans cabinets de groupe et il n'y a pas de différence liée à l'âge (11). Selon G.Labeille l'âge intervient en ce qui concerne l'auto-prescription pour insomnie, épuisement professionnel (plus âgés) et céphalées (plus jeunes). Le fait d'avoir un médecin traitant autre que soit même diminue l'auto-prescription (18).

La thèse de G.Labeille (18), consacrée à l'auto-prescription médicamenteuse, apporte de nombreuses précisions : un traitement régulier est pris par 46.1% des médecins (32.5% si l'on exclut les contraceptifs oraux (CO) et traitements hormonaux substitutifs (THS)), et 88,9% d'entre eux le prescrivent eux-mêmes (66% sans CO et THS).

Tableau 9 Taux de médecins généralistes ayant pris en auto-prescription dans les 12 mois précédents l'enquête les médicaments cités. * Antidiabétiques oraux.

| | Taux de consommants | Taux d'auto- initiation | Taux d'auto- renouvellement |
|------------------------------|------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| Tous traitements | 46.1% | 62% | 67% |
| Contraception orale | 31.5% | 35.6% | 57.7% |
| Antiulcéreux | 11,5% | 78.7% | 60.7% |
| Anti-hypertenseur | 7.9% | 52.4% | 85.7% |
| Hypolipémiant | 7% | 75% | 86.5% |
| Anxiolytiques | 6.6% | 85.7% | 60% |
| THS | 5.8% | 43.8% | 62.5% |
| hypnotiques | 5.7% | 86.7% | 66.7% |
| Corticoïdes | 5.7% | 86.7% | 43.3% |
| Antidépresseurs | 5.5% | 55.1% | 69% |
| Anticoagulants/antiagrégants | 2.6% | 14.3% | 100% |
| ADO* ou insuline | 1% | 60% | 80% |

En ce qui concerne l'auto-prescription occasionnelle, elle était pratiquée « souvent » ou « toujours » en cas d'infection ORL (80,8%), de diarrhée aiguë (80,1%), de céphalée (77,5%), de toux gênante (73,9%), de rachialgie ou arthralgie (75,7%), d'épigastralgie (71,1%), d'infection génito-urinaire (67,1%), d'insomnie (51,6%), d'épuisement professionnel (29,5%).

Dans l'ordre croissant, les médicaments les plus auto-prescrits dans les 12 mois précédant l'enquête sont : les AINS (71.1% des médecins s'en sont auto-prescrits), les antibiotiques (52%), les antitussifs (40.6%), les anti-émétiques (40.1%) et les antalgiques de niveau 2 (35%)...(18). Dans l'étude de R.Suty, 40% des médecins ont consommé des antibiotiques au cours de l'année précédente (12).

21% des médecins déclarent leur auto-prescription non-conforme dans sa durée. 49.5% des médecins perçoivent un risque important de retard diagnostique et 35.7% un risque important sur le plan addictogène (18). A titre d'exemple, voici les propos d'un médecin interrogé dans la thèse qualitative de D.Portalier « *Je prenais tout et n'importe quoi pour calmer la douleur (...). J'ai été obligée de me mettre sous corticoïdes (...), j'ai arrêté brutalement (...) et j'ai fait un syndrome de sevrage (Dr C)* » (19).

2.6 Assurances

Tableau 10 Taux de médecins généralistes ayant souscrit une assurance complémentaire.

| | Suty 2006 N=286 | Ammor 2012 N=98 | Volle 2012 N=35 |
|-------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Complémentaire santé | 97.9% | 94% | NR |
| Mutuelle pré-carmf | NR | 80% | 82.9% |
| Couverture des Frais professionnels | NR | 48% | 57.1% |
| Couverture invalidité-décès | NR | 78%/83% [°] | 88.3% |
| Couverture dépendance | NR | 21% | 25.2% |
| Couverture AT/MP* | NR | 18% | NR |

[°] invalidité/décès. *Accident de travail/maladie professionnelle

Dans l'étude de S.Ammor, pour leur régime prévoyance invalidité, 78% des médecins ont basé leur contrat sur un barème professionnel et 11% sur un barème fonctionnel. Pour le contrat prévoyance dépendance, 72% ont opté pour une rente mensuelle à vie et 28% pour un capital (15). A noter que dans l'étude de L. Volle, sur 10 médecins généralistes devenus « malades chroniques », 1 a obtenu la modification de son contrat et 5 n'ont pas pu (17).

3 Prévention

3.1 Vaccination

Tableau 11 Taux de médecins généralistes à jour de leurs vaccins.

| Vaccin | Nouger 2004 N=255 | Gillard 2005 N=386 | Suty 2006 N=286 | CDOM HN 2008 N=552 |
|---------------------------------|-------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| DTP° | NR | NR | 92.7% | 80% |
| Diphtérie | 76.5% | 87% | NR | NR |
| Tétanos | 84% | 89% | NR | NR |
| Polyomyélite | 80.4% | NR | NR | NR |
| BCG°° | 66.3% | NR | NR | NR |
| Hépatite B | 67.8% | 84% | 86.5% | 82% |
| grippe | NR | 67% | 81.4%* | NR |
| ROR°°° chez les femmes médecins | NR | 76% | NR | NR |

° Diphtérie Tétanos Polyomyélite, °° Bacille de Calmette et Guérin, °°°Rougeole Oreillon Rubéole* année de la grippe aviaire.

3.2 Hygiène de vie

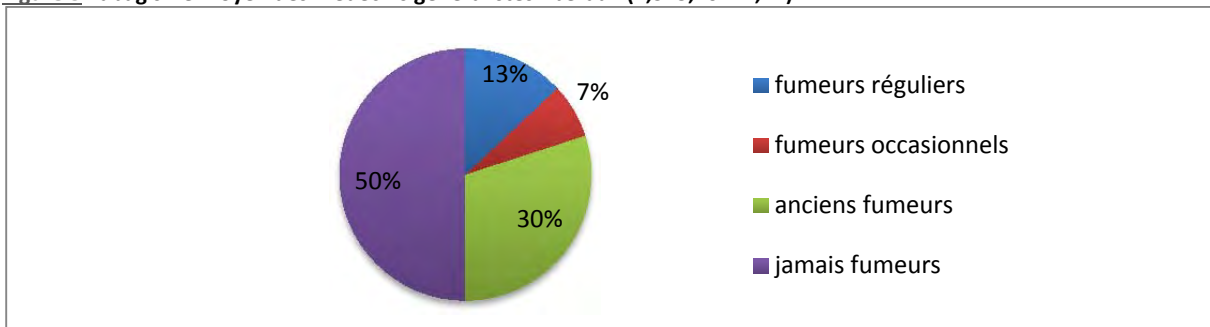
Selon l'étude de R.Suty, la moitié des médecins estiment leur hygiène de vie « meilleure » ou « nettement meilleure » que celle de leurs patients. Un quart la considèrent « équivalente » et un quart « moins bonne » ou « nettement moins bonne » (12).

3.2.1 Tabac

Tableau 12 Taux de médecins généralistes fumeurs et non fumeurs.

| | Baro- mètre 2003 N=2057 | Under- ner 2003 N=257 | Nouger 2004 N=255 | Gillard 2005 N=386 | Suty 2006 N=286 | Desprès 2008 N=1900 | CDOM HN 2008 N=552 | Gom- bert 2012 N=100 |
|-----------------|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------|--------------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Taux de fumeurs | 28.8% | 26% | 14.5% | 21% | 18.6% | 18% | 21% | 12% |
| Réguliers | NR | 16% | NR | 14% | 10.9% | 14% | NR | NR |
| occasionnels | NR | 10% | NR | 7% | 7.7% | 4% | NR | NR |
| Anciens fumeurs | NR | 31% | 32.9% | 79% | 26.3% | 34% | 33% | 29% |
| Jamais fumeur | NR | 44% | 51% | | 55.1% | 48% | 46% | 59% |

Figure 3 Tabagisme moyen des médecins généralistes libéraux (1,3–5,10–12,14).



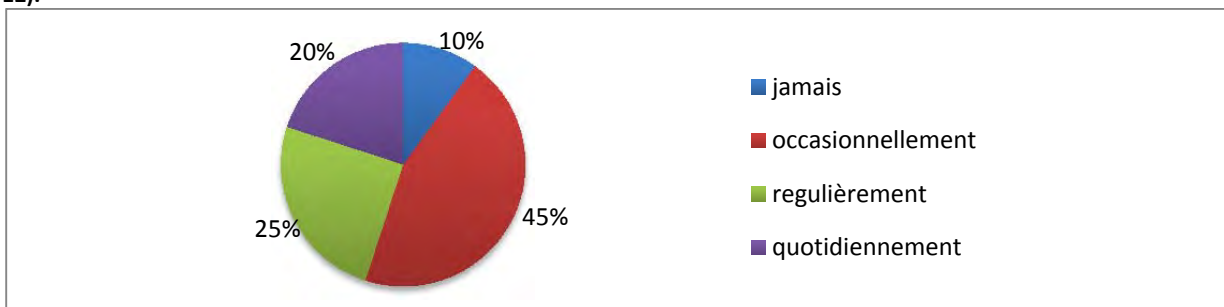
Dans l'étude de L.Gillard, parmi les médecins fumant quotidiennement, 40% déclarent fumer plus de 10 cigarettes par jour (11). Selon une autre étude, la consommation médiane des fumeurs réguliers est de 15 cigarettes par jour (4).

Les médecins hommes fument davantage que les femmes. En revanche, l'âge, la zone géographique d'installation, le mode d'exercice et la durée de travail hebdomadaire n'ont pas de lien avec ces comportements (1).

Les médecins qui se déclarent satisfaits de leur profession et ceux pratiquant un mode d'exercice particulier sont proportionnellement moins nombreux à fumer que les autres (5,14).

3.2.2 Alcool

Figure 4 Fréquence moyenne de consommation de boissons alcoolisées par les médecins généralistes libéraux (1,3,5,10–12).



Environ 6% des médecins ont une consommation excessive (plus de 21 verres par semaine pour les hommes et plus de 14 verres par semaine pour les femmes, selon la définition de l'O.M.S) (1,3,6,10–12).

Tableau 13 taux de médecins généralistes consommant ou non des boissons alcoolisées.

| | Baro- mètre 2003 N=2057 | Nouger 2004 N=255 | Gillard 2005 N=386 | Suty 2006 N=286 | Desprès 2008 N=1900 | CDOM HN 2008 N=552 |
|-----------------|----------------------------------|-------------------------|--------------------------|-----------------------|---------------------------|--------------------------|
| Jamais | NR | NR | 10% | 10.2% | 10% | NR |
| Quotidiennement | 17.4% | 16.9% | 18% | 7.5% | NR | 28% |
| Excès chronique | NR | 5.8% | 6%/4% | 1.57%* | 6-11% | 7%/6%° |

° hommes/femmes. *Suty utilise comme critère de consommation excessive une consommation supérieure à 28 verres par semaine.

Dans l'étude de R.Suty, le nombre moyen de verres consommés par semaine est de 5 (12).

Les médecins généralistes hommes consomment plus d'alcool que les femmes (1,5,12); et plus l'âge augmente, plus la consommation est fréquente et plus le nombre de consommateurs à risque chronique pour la santé augmente (1,5,12,14). L'alcoolisation excessive est également plus fréquente chez les médecins exerçant en groupe ou ceux travaillant moins de 45 heures par semaine (2). On trouve aussi des différences de consommation selon les régions mais on n'observe pas d'écart significatif selon la zone d'exercice, rurale ou urbaine (1).

Il existe un lien entre les consommations d'alcool et de tabac puisque 42 % des médecins généralistes qui fument quotidiennement ont une consommation d'alcool à risque pour la santé, contre 26 % pour leurs confrères selon l'étude du panel des Pays de la Loire (2).

3.2.3 Activité physique

Sur le plan de l'activité physique, plus de la moitié des médecins a une activité physique régulière, c'est-à-dire une fois par semaine ou plus (10–12) et davantage les hommes que les femmes (cf. Tableau 14). Dans l'étude des C.D.O.M. de Haute-Normandie (3) 23% des médecins seulement font l'équivalent de 30 minutes de marche par jour ou plus.

Tableau 14 Taux de médecins généralistes exerçant un sport régulièrement ou non.

| | Nouger 2004 N=255 | Gillard 2005 N=386 | Suty 2006 N=286 | CDOM HN 2008 N=552 |
|----------------|-------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| Sport régulier | 55.3% | 59% | 51.4% | 54% |
| Jamais | NR | 17% | 43.6% | NR |

3.2.4 Alimentation

La majorité des médecins généralistes libéraux disent faire attention sur le plan alimentaire (70% dans l'étude de F.Nouger, et 60% dans l'étude des C.D.O.M de Haute-Normandie). Pourtant, moins de la moitié (43%) consomment au moins 5 fruits et légumes par jour dans l'étude de F.Nouger et 36% avouent faire des repas irréguliers ou sauter des repas dans l'étude réalisée en Haute-Normandie (3,10).

3.3 Facteurs de risque cardiovasculaire

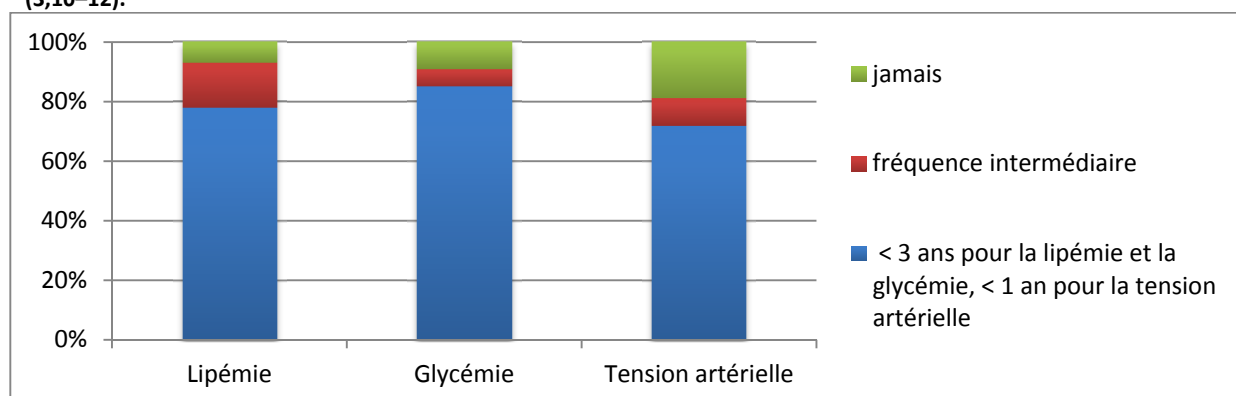
3.3.1 Dyslipémie, hyperglycémie et tension artérielle

Une grande majorité des médecins généralistes libéraux recherchent régulièrement leurs anomalies lipidiques, glucidiques ou tensionnelles (cf. Tableau 16) (3,10–12).

Tableau 15 Taux de médecins généralistes ayant recherché une dyslipémie, une hyperglycémie ou une hypertension artérielle (HTA).

| | | Nouger 2004 N=255 | Gillard 2005 N=386 | Suty 2006 N=286 | CDOM HN 2008 N=552 |
|------------|--------|-------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| Dyslipémie | Jamais | 7.1% | NR | 6.5% | NR |
| | <3ans | 81% | 82% | 78.8% | 68% oui |
| Diabète | Jamais | 12.2% | NR | 5.4% | NR |
| | <3ans | 86.6% | 85% | 83.5% | NR |
| HTA | Jamais | 27.5% | NR | 10.9% | NR |
| | <1an | 83.8% | 80% | 62.5% | 60% oui |

Figure 5 Fréquence de surveillance de la lipémie, glycémie et tension artérielle par les médecins généralistes libéraux (3,10–12).



3.3.2 Poids

Tableau 16 Taux de médecins généralistes en surpoids.

| | Nouger 2004 N=255 | Gillard 2005 N=386 | Suty 2006 N=286 | Desprès 2008 N=1900 | CDOM HN 2008 N=552 |
|---------------|-------------------------|--------------------------|-----------------------|---------------------------|--------------------------|
| 25 < IMC < 30 | 31.4% | 30% | 37% | 27% | 35% |
| IMC >30 | 3.9% | 4% | 5.3% | 7% | |

La surcharge pondérale est corrélée au sexe (hommes 4/10 vs femmes 2/10 à structure par âge identique), à l'âge (surcharge pondérale chez 2.5/10 chez les praticiens de moins de 46 ans et 4/10 chez les plus de 54 ans) et au temps consacré au travail dans l'étude réalisée par la DREES (1).

Les praticiens déclarant un état de santé altéré, un problème de santé chronique ou une limitation fonctionnelle sont aussi plus souvent exposés au surpoids (environ 5/10 vs 3/10) (1).

3.4 Dépistage systématique des cancers

3.4.1 Cancer colo-rectal

Tableau 17 Taux de médecins généralistes de plus de 50 ayant réalisés des examens à la recherche d'un cancer colorectal.

| | Baro- mètre 2003 N=2057 | Nouger 2004 N=255 | Gillard 2005 N=286 | Suty 2006 N=286 | Des- près 2008 N=1900 | ORS PDL 2008 N=440 | CDOM HN 2008 N=552 | |
|------------|----------------------------------|-------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----|
| Hemocult° | <2ans | 11.9% | 14.1% | NR* | NR | 35% | 31% | NR |
| | jamais | NR | 85.9% | NR | 63.6% | NR | NR | 66% |
| Coloscopie | | NR | 26.3% | 33% | NR | NR | NR | NR |

*Gillard renseigne sur le taux de médecins de moins de 45 ans ayant réalisé un hémoducult il y a moins de 3 ans (10%).

Dans l'étude de F.Nouger, 15% des médecins interrogés ont un antécédent familial de cancer colo-rectal. Presque 1/3 des médecins généralistes de plus de 50 ans et 1/10 des moins de 50 ans ont déjà eu une coloscopie, davantage les hommes que les femmes. 44% des médecins ayant un antécédent ont fait la coloscopie (10,11).

3.4.2 Cancer du col de l'utérus

Tableau 18 Taux de femmes médecins généralistes ayant fait réaliser leur frottis cervico-utérin il y a moins de 3 ans.

| | Baro- mètre 2003 N=2057 | Nouger 2004 N=255 | Gillard 2005 N=386 | Suty 2006 N=386 | Desprès 2008 N=1900 | ORS PDL 2008 N=440 | CDOM HN 2008 N=552 |
|-------|----------------------------------|-------------------------|--------------------------|-----------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| F.C.U | 80.9% | 88.6% | 78% | 79.8% | 79% | 80% | 84% |

Dans l'étude de F.Nouger, les femmes généralistes sont 24% à déclarer réaliser habituellement leur F.C.U tous les 3 ans, comme cela est recommandé. 53% déclarent le réaliser habituellement plus fréquemment et 19% de manière plus espacée (10).

Le taux de femmes réalisant cet examen dans un délai de 3 ans diminue avec l'âge.

Tableau 19 Taux de femmes médecins généralistes ayant fait réaliser leur FCU il y a moins de 3 ans en fonction de leur tranche d'âge.

| FCU | Baromètre 2003 N=2057 | Suty 2006 N=286 | Desprès 2008 N=1900 |
|-----------|-----------------------------|-----------------------|---------------------------|
| <40 ans | 87.5% | 81% | 88% |
| 41-50 ans | 85.1% | | NR |
| 51-60 ans | 62.9% | 60% | NR |
| >60ans | | | 66% |

Le taux de femmes réalisant le F.C.U tous les 3 ans augmente si elles exercent en cabinet de groupe (84.7% vs 76.1%), ont un mode d'exercice particulier, ou réalisent moins de 21 actes par jour (69.9% vs 59%) (1,5,6,11,12).

3.4.3 Cancer du sein

Tableau 20 Taux de femmes médecins généralistes de plus de 50 ans ayant réalisé une mammographie il y a moins de 2 ans.

| | Baro- mètre 2003 N=2047 | Nouger 2004 N=255 | Gillard 2005 N=386 | Suty 2006 N=286 | Desprès 2008 N=1900 | CDOM HN 2008 N=552 |
|--------------|----------------------------------|-------------------------|--------------------------|-----------------------|---------------------------|--------------------------|
| mammographie | 62.9%* | 85.7% | 79%* | 76.9% | 83% | 95% |

* la fréquence retenue pour ces études est 3 ans.

Des femmes médecins de plus de 50 ans n'ont jamais réalisé de mammographie (14.2% dans l'étude de F.Nouger (10) et 11.5% dans l'étude de R.Suty (12). Inversement, certaines en réalisent une annuellement (21.4% dans l'étude de F.Nouger (10)). Et de

nombreuses femmes médecins de moins de 50 ans ont déjà bénéficié d'une mammographie (cf. Tableau 21).

Tableau 21 Taux de femmes médecins généralistes de moins de 50 ans ayant réalisé une mammographie.

| | Nouger 2004 N=255 | Gillard 2005 N=386 | Baromètre 2003 N=2057 | Desprès 2008 N=1900 | ORS PDL 2008 N=440 | |
|-----------|-------------------------|--------------------------|-----------------------------|---------------------------|--------------------------|-----|
| <40 ans | 23.1% | 39% | 29.8% | 44% | NR | |
| 41-44 ans | 63.2% | 76.5% | 84% | | 77.1% | 60% |
| 45-49 ans | 89.3% | | | | | |

3.5 Dépistages sérologiques :

La profession de médecin expose à la contamination par les virus comme ceux de l'hépatite C et le V.I.H, notamment par le biais d'instruments souillés.

Tableau 22 Taux de médecins généralistes ayant réalisé les sérologies VIH et hépatite C.

| | Baromètre 2003 N=2057 | Nouger 2004 N=255 | Gillard 2005 N=386 |
|------------|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|
| VIH | 69.2% | 69.8% | 80% |
| Hépatite C | 48% | 42.4% | NR |

Le contrôle sérologique V.I.H est davantage réalisée par les femmes (78% vs 66.8%), les moins de 50 ans et lorsque le nombre d'actes quotidien augmente (6,11). La prévalence de celle de l'hépatite C augmente avec le nombre d'actes quotidiens et hors région parisienne (6).

4 Santé somatique

4.1 Problèmes de santé chronique ou à caractère durable.

4.1.1 Médecins atteints

Tableau 23 Taux de médecins généralistes déclarant une pathologie chronique.

| | Nouger 2004 N=255 | Suty 2006 N=286 | Desprès 2008 N=1900 | Gombert 2012 N=100 | Ammor 2012 N=98 | Volle* 2012 N=35 |
|-------------------------------|-------------------------|-----------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------------|------------------------|
| Pathologie(s) chronique(s) | 26.7% | 30.5% | 35% | 38% | 45% | 31.5% |

*n'étudie que des médecins malades.

Les maladies récurrentes sont les dyslipémies, l'hypertension artérielle, et autres pathologies cardiovasculaires, les problèmes ostéo-articulaires, digestifs,... (3,10–12). La fatigue (58%), les troubles du sommeil (quantitatifs 51%, qualitatifs 17%) ou le stress chroniques sont aussi rapportés.

Tableau 24 Taux de médecins généralistes par type de pathologie

| | | Nouger 2004 N=255 | Gillard 2005 N=386 | Suty 2006 N=286 | Volle* 2012 N=35 | CDOM HN** 2008 N=552 | Labeille ° 2012 N=529 |
|--|------------|-------------------------|--------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| Facteurs de risque cardiovasculaires | dyslipémie | 14.1% | 15% | 10% | 16% | NR | 8.3% |
| | HTA | 9.8% | 11% | 10% | | NR | 7.1% |
| | diabète | NR | 3% | 2.5% | | NR | 1% |
| Pathologies Cardiovasculaires (coronaropathie, Insuffisance veineuse, arythmie, myopathie) | | 2.8% | NR | 5.7% | | 18% | 7.6% |
| Pathologies osteoarticulaires | | 1.6% | NR | NR | 9% | 64% | 47.8% |
| Pathologies digestives | | 1.2% | NR | NR | 3% | 31% | 10.8% |
| Neurologiques (migraine, épilepsie) | | 1.2% | NR | NR | 2% | 23% | 21.2% |
| Pathologies endocrinologiques | | 1.6% | NR | 2.5% | 2% | NR | 4.5% |
| Pathologies O.R.L | | 0.8% | NR | 2.5% | NR | NR | NR |
| Autres pathologies (allergiques, dermatologique, ophtalmologiques) | | 2.8% | NR | 12.2% | 12% | NR | 46.1% |
| Santé mentale | | 0.8% | NR | 2.1% | 2% | NR | 25% |

*n'étudie que des médecins malades. **étudie les pathologies aiguës et chroniques. ° étudie les antécédents.

Dans l'étude de F.Nouger, les femmes ont moins de problèmes de santé chronique que les hommes (17.7% vs 30.7%). Par exemple, la dyslipémie concerne 19.3% des hommes et 2.5% des femmes et l'HTA 13.1% des hommes et 2.5% des femmes (10). 9% des hommes et 6% des femmes médecins généralistes déclarent être en ALD dans le panel des 5 régions (1).

4.1.2 Traitements au long cours

Environ un tiers des médecins prennent un traitement régulier, ce qui correspond au taux de médecins souffrant de pathologie(s) chronique(s)... Quand la question est posée spécifiquement aux médecins malades, le résultat s'ajuste à près de 90% des médecins (10–12,14,17,18).

Tableau 25 Taux de médecins généralistes déclarant prendre au moins un traitement au long cours.

| | Nouger* 2004 N=255 | Gillard 2005 N=386 | Suty 2006 N=286 | Volle* 2012 N=35 | Gombert 2012 N=100 | Labeille 2012 N=529 |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Traitement au long cours | 89% | 33% | 33.6% | 88.6% | 42% | 32% |

* n'étudie que les médecins avec pathologie chronique.

Dans l'étude de L.Gillard, 10% des médecins généralistes souffrant de maladies chroniques déclarent prendre irrégulièrement leur traitement et certains médecins considérant que leur état de santé nécessite un traitement régulier ne suivent aucun traitement (11).

Les traitements réguliers les plus utilisés relevés dans les études de R.Suty et G.Labeille sont rassemblés dans le tableau suivant (à l'exclusion des médicaments psychotropes, qui sont étudiés plus loin) (12,18):

Tableau 26 Taux de médecins généralistes déclarant consommer au long court chaque classe thérapeutique.

| | Suty 2006 N=286 | Labeille 2012 N=529 |
|--|-----------------------|---------------------------|
| Antihypertenseurs | 19% | 7.9% |
| Hypolipémiantes | 20% | 7% |
| Autres traitements cardiovasculaires | 15% | 15.6% |
| Corticoides | NR | 5.7% |
| Antidiabétiques | 3% | 1% |
| Autres traitements endocriniens | 8% | NR |
| Digestifs | 6% | 15.5% |
| Uronéphrologiques | 4% | NR |
| Contraception Orale (femmes) | NR | 31.5% |
| Traitement Hormonal Substitutif (femmes) | NR | 5.8% |
| Autres traitements | 11% | NR |

Dans l'étude de M.Prod'homme, si la maladie peut limiter les activités quotidiennes (1/10 cas) et est décrite comme un facteur aggravant pour l'exercice (57.1%), elle semble avoir peu d'influence sur la pratique professionnelle sur les facteurs suivants : exercice en cabinet de groupe, secrétariat, durée de travail, nombre de consultations et visites, vacances, gardes (même si d'avantage de médecins malades sont exemptés de gardes : 34% vs 7.9%), jours de formation, et gestion de la patientèle en cas d'arrêt de travail (21). 65.7% des médecins généralistes souffrant de maladies chroniques interrogés par L.Volle disent être satisfaits de leur exercice actuel, vs 81.9% de l'ensemble des médecins généralistes interrogés dans le baromètre santé 2009 et 58% dans l'étude des CDOM de Haute-Normandie (3,6,17).

4.2 Evènement médical ponctuel

Dans la thèse de L.Gillard, « *face à un évènement préoccupant, 23% n'ont pris ni avis auprès d'un collègue ni réalisé d'examens complémentaires* » et environ la moitié prennent un avis spécialisé. Par exemple, parmi les médecins généralistes confrontés à un accident d'exposition au sang (43%), 73% ont réalisé une sérologie, 15% ont pris un avis médical et 26% n'ont rien fait. Devant un naevus suspect : 14% ne prennent pas d'avis spécialisé (11).

5 Santé psychique

Les médecins ont globalement une attitude défensive face à la santé psychique. Ils évoquent avec pudeur les répercussions néfastes de leur profession sur leur santé psychique (29).

5.1 Troubles « psychosomatiques »

Dans le panel des Pays de la Loire, 43% des médecins interrogés se plaignent de troubles du sommeil, 79% ont exprimé ressentir de manière répétée de la fatigue, 33% des brûlures d'estomac et/ou un reflux gastro-œsophagien sur les 12 derniers mois. Le cumul de symptômes répétés est plus fréquent chez les femmes (22% vs 15%), pour un temps de travail hebdomadaire important et si le médecin travaille seul (21% vs 14%). Il n'y a pas d'influence directe du lieu d'exercice (2).

Dans l'étude réalisée par les C.D.O.M de Haute-Normandie, 62% des généralistes interrogés déclarent être en état de fatigue, 19% en état d'épuisement physique, 51% avoir des troubles du sommeil quantitatifs et 18% qualitatifs en période de travail (3).

5.2 Stress perçu chronique

Dans l'étude de F.Nouger, 2/3 des médecins déclarent être stressés au quotidien (dont 35% « très stressés » et 60.3% « plutôt stressés ») (10). Parmi les médecins du panel des Pays de la Loire 2/3 disent avoir ressenti du stress de manière répétée, sans évoquer la fréquence (2).

5.3 Anxiété et dépression

32% des médecins généralistes interrogés en Haute-Normandie déclarent avoir une pathologie anxio-dépressive ou un burn-out, dont plus de 2/3 non suivi et 1/4 traitée. Au cours des 12 mois précédents l'enquête, 1/4 des médecins hauts-normands interrogés déclare avoir eu « parfois » à « très souvent » des épisodes dépressifs (dont 1/3 en lien avec le travail) (3).

5.4 Addictions et consommation médicamenteuse

L'étude de l'URML en Ile de France montre une surconsommation d'alcool, de tabac et de médicaments chez les médecins menacés par le burn-out (14.6% pour alcool-tabac et 15.7% pour les médicaments) par rapport aux médecins non menacés (respectivement 3.5% et 5.1%). Et la prise de médicaments, la consommation d'alcool et de tabac sont des moyens de faire face au stress pour respectivement 15.4% et 11.5% des médecins interrogés (7).

De nombreuses études relèvent une consommation d'anxiolytiques, bêtabloquants, hypnotiques et antidépresseurs chez les médecins généralistes en réponse à leur stress. Dans l'étude de F.Nouger, le recours aux médicaments est un moyen de gérer le stress pour 17.1% des médecins généralistes (dans 57.9% des cas un anxiolytique ou une benzodiazépine) (10). Durant les 12 mois précédant l'enquête : parmi les généralistes interrogés dans l'étude de R.Suty, 8.6% auraient consommé un antidépresseur, 23.6% des somnifères/tranquillisants (12); dans le baromètre santé médecins/pharmaciens de 2003, 24.6% auraient consommé un tranquillisant (10% plusieurs fois par mois) (5) ; dans l'étude de la DREES sur la santé physique et psychique des médecins généralistes (1), 20% auraient consommé des anxiolytiques ou hypnotiques, 5% des antidépresseurs (12% de manière irrégulière). Parmi eux, 92% déclarent avoir pris les anxiolytiques et hypnotiques de leur propre chef, 60 % pour les antidépresseurs dans l'étude du panel de Pays de la Loire (2). Dans l'étude de L.Gillard 84% des médecins ayant consommé des psychotropes se les ont auto-prescrits (11). Dans l'étude des CDOM de Haute-Normandie, 7% des généralistes déclarent prendre 4 fois par semaine ou plus un anxiolytique ou un hypnotique et 11% un antidépresseur (3).

Cette consommation est moins importante chez les hommes, les médecins qui ont une grande satisfaction personnelle et/ou un « exercice particulier », et les médecins qui travaillent en groupe (16% vs 27% chez ceux qui travaillent seuls)(2).

5.5 Troubles psychiatriques

Les affections psychiatriques sont les premières causes d'invalidité définitive à la C.A.R.M.F. (40.31% des bénéficiaires en 2012) et la deuxième cause d'indemnités journalières après les affections cancéreuses (20.47% en 2012) (28).

5.6 Epuisement psychique

Selon les études, 10 à 28% des médecins généralistes interrogés disent être au moment de l'enquête en état de détresse psychologique (définition : cf. annexe C) (1-3), et plus de la moitié avoir eu des épisodes plus ou moins fréquents d'épuisement dans l'année précédant l'enquête (3,23). Dans l'étude du panel des Pays de la Loire, 39% des médecins généralistes déclarent avoir eu des difficultés à se sentir calme et détendu, 27% à se sentir heureux et 18% avoir eu le sentiment d'être très nerveux au cours des 4 semaines précédant l'enquête. Les femmes et les médecins ayant une durée de travail hebdomadaire importante sont davantage concernés (1,2). Par ailleurs, 46% des médecins déclarent se sentir totalement épuisés à la fin d'une journée de travail, 26% vidés nerveusement par leur travail, 13% avoir l'impression d'être au bout du rouleau et 11% disent craquer à cause de leur travail (2).

Dans l'étude de G.Hiltbrand, quand on demande aux médecins s'ils sont à risque de burn-out, 35.5% répondent « plutôt oui » et 9.1% « totalement ». Les médecins déclarent que leurs difficultés sur le plan professionnel les ont amenés à consulter dans 14.3% des cas, et à consommer des médicaments « occasionnellement » dans 24.2% des cas et au « long court » dans 6.9% des cas (23).

5.7 Burn-out

Selon l’O.M.S. il s’agit « d’un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d’incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail » (un historique et une définition sont apportés en annexe B).

Le burn-out a été ici évalué selon les trois dimensions du Malach Burn-out Inventory (MBI) : l’épuisement émotionnel (EE), la dépersonnalisation ou déshumanisation de la relation à l’autre (DP) et l’accomplissement personnel (AP). Voici le taux de médecins généralistes libéraux répondants ayant un score élevé, moyen ou bas pour chacune de ces dimensions dans les différentes études (8,9,24–26):

Tableau 27 Taux (en %) de médecins généralistes ayant un score élevé, moyen ou bas pour chacune des dimensions du Malach Burn-out Inventory (EE, DP, AP) et taux de médecins généralistes ayant 0, 1 ou 3 dimensions pathologiques.

| | Truchot 2004 n=307 (Loire) | Truchot 2004 n=515 (Poitou) | Chanteau 2004 n=57 (Tahiti) | Zeter 2004 n=32 (Poitou) | Dumesnil 2007 n=511 (paca) | Vaquin 2007 n=69 (Corse) | Vaquin 2007 n=152 (continent) |
|----------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--|
| EE élevé | 26 | 40.3 | 7.2 | 34 | 23 | 36.2 | 23 |
| EE moyen | 34 | NR | 21.4 | 31 | 30.8 | 34.8 | 21.1 |
| EE bas | 40 | NR | 71.4 | 35 | 46.2 | 29 | 55.9 |
| DP élevé | 34 | 43.7 | 12.5 | 40 | 19.6 | 39.1 | 29.6 |
| DP moyen | 30 | NR | 21.4 | 26 | 30.1 | 30.4 | 30.9 |
| DP bas | 36 | NR | 66.1 | 34 | 50.3 | 30.4 | 39.5 |
| AP élevé | 56 | NR | 64.3 | 24 | 69.7 | 39.1 | 48 |
| AP moyen | 25 | NR | 12.5 | 32 | 19.7 | 30.4 | 26.3 |
| AP bas | 19 | 43.9 | 23.2 | 44 | 10.6 | 30.4 | 25.7 |
| 0 dimension pathologique | 16 | NR | NR | NR | NR | 36.2 | 54.2 |
| 1 dimension pathologique | 40-47 | | NR | NR | NR | 31.9 | 21.1 |
| 3 dimensions pathologiques | 5 | | NR | NR | 1 | 10.1 | 7.2 |

E.Galam indique que 60.8% des médecins généralistes libéraux déclarent être menacés par le burn-out, dans le sens où ils ont au moins une des trois composantes atteinte (7). L’étude de G.hiltbrand questionne directement les médecins généralistes pour savoir s’ils ont des signes d’épuisement professionnel : 60.2% répondent « parfois » et 22.1% « souvent » ou « très fréquemment » (23). La question posée par les CDOM de Haute-Normandie est la même mais concernant les 12 derniers mois et la réponse est « rarement ou parfois » à 58% et « souvent à très souvent » à 16% (3). Les médecins sont plus touchés s’ils exercent en secteur 1, ont moins de 60 ans, sont célibataires, réalisent des visites à

domicile, consultent sans rendez-vous et ont un exercice libéral exclusif. Il ne semble pas y avoir d'influence du sexe (7).

Selon l'étude de D.Truchot, l'orientation de carrière du médecin influence aussi son état psychique : l'« artisan » est protégé de l'épuisement professionnel, l'« activiste » peut avoir un léger burn-out mais l'AP reste élevé. Le « carriériste » peut avoir un burn-out avec l'EE et la DP élevés mais l'AP correct. L'« égoïste » est le plus touché avec un burn-out élevé avec l'EE et la DP élevé et l'AP faible (30).

En moyenne, les médecins interrogés dans l'étude de C. Vaquin ont un EE moyen, une DP moyenne, et un AP moyen (26).

Dans l'étude du burn-out réalisée en Bourgogne, Champagne-Ardenne et Poitou-Charentes par D.Truchot, le taux de médecins généralistes avec un EE élevé est 43%, une DP élevée 40% et un AP faible 30% (26).

5.7.1 L'épuisement émotionnel (EE)

D'après les réponses du panel des Pays de la Loire, les médecins ayant une EE élevée sont davantage en situation de détresse psychologique (29% vs 5%), cumulent davantage les symptômes « psychosomatiques » (33% vs 10%) et ont plus recours aux anxiolytiques et hypnotiques (28% vs 16%) (2).

5.7.2 La dépersonnalisation (DP)

Dans le panel des Pays de la Loire: 17% disent que depuis leurs débuts, ils sont devenus nettement moins sensibles envers leurs patients, 6% ne se soucient pas de ce qui peut arriver à leurs patients, 4% traitent certains patients comme s'ils étaient des objets impersonnels (2).

5.7.3 L'accomplissement personnel (AP)

Sur les sept études qui détaillent les scores de l'accomplissement personnel, cinq trouvent une majorité de médecins avec un score élevé (8,9,24–26).

5.8 Suicide

La plupart des données sur le suicide retrouvées dans les différentes études concernent les médecins en général. En ce qui concerne les généralistes, 4% à 6% disent avoir présenté des idées suicidaires au cours des 12 mois précédents dans les études réalisées en Haute-Normandie et dans le panel des Pays de la Loire (2,3) et 13% avoir déjà envisagé le suicide dans l'étude réalisée dans le département de la Loire par P.Cathébras et D.Truchot (8).

DISCUSSION

D'après les déclarations des médecins interrogés dans ces différentes études au sujet de leur santé, nous pouvons établir un profil du médecin généraliste libéral français.

Celui-ci est satisfait de sa santé et évalue sa prise en charge correcte. Il est son propre médecin traitant et lorsqu'il consulte un confrère, il se tourne davantage vers un spécialiste. Il s'arrête peu en cas de maladie et il a largement recours à l'auto-prescription, en situation aiguë ou chronique. Ses vaccins sont à jour.

Il ne fume pas et consomme des boissons alcoolisées de manière occasionnelle. Il est attentif aux facteurs de risques cardiovasculaires, tant sur le plan biologique qu'en termes de surveillance tensionnelle. Son IMC est normal. Il ne réalise pas le dépistage systématique du cancer colo-rectal par Hemocult (parfois au profit de la coloscopie). La femme médecin généraliste libérale réalise dans les délais ses FCU et ses mammographies (parfois même tous les ans), mais abandonne progressivement avec l'âge.

Si le médecin généraliste libéral français a une pathologie organique chronique, il s'agit plutôt d'un problème cardiovasculaire, ostéoarticulaire ou digestif. En ce qui concerne la santé psychique, le médecin ressent de manière récurrente du stress, de la fatigue, et moins souvent des épisodes dépressifs. Il est confronté à l'épuisement psychique et se sent au bord du burn-out, davantage sur le plan de l'épuisement émotionnel et de la dépersonnalisation que de l'accomplissement personnel qui reste élevé. Pour faire face à cela, il consulte peu et opte pour le traitement médicamenteux, en premier lieu les anxiolytiques et hypnotiques, qu'il consomme de façon irrégulière.

Pour mettre en perspective cet état de santé, voici quelques précisions et comparaisons concernant les différents domaines abordés dans les résultats de notre travail.

1 Evaluation de sa santé

1.1 Evaluation globale

Les médecins généralistes se considèrent plutôt en bonne santé et pourtant ils déclarent avoir une altération de leur état de santé presque deux fois plus souvent que les professionnels libéraux et cadres supérieurs et proche de celle de la population active française (après standardisation sur la structure par âge et sexe des généralistes (1,2,31–33).

1.2 Suivi

L'évaluation de leur propre suivi est complexe d'autant plus qu'il semble que tous les médecins ont une appréhension différente de ce que signifie le terme « suivi », comme l'explique J.Chapusot dans sa thèse : « *les médecins entendent derrière ce mot les notions suivantes : antécédents, dépistage, bilans médicaux, vaccination, traitement, etc...* » (29). Les médecins attribuent les défauts de prise en charge à la négligence et la minimisation des symptômes, au manque de temps, à l'absence de médecine du travail, aux difficultés à se confier à un confrère (10). Ils ont aussi la sensation, parfois justifiée, de pouvoir s'autogérer et s'automédiquer (21). De plus, leur prise en charge est compliquée par leurs difficultés à se libérer rapidement et/ou à se faire remplacer dans l'urgence et impliquent souvent un mauvais vécu des hospitalisations et de l'incapacité de travail (14).

1.3 Vécu de la maladie

Concernant leur propre santé : certains médecins sont plutôt sereins, grâce à leurs connaissances qui leurs donnent certains repères, alors que d'autres semblent d'autant plus angoissés qu'ils connaissent les pathologies graves et les évolutions défavorables vues au cours de leur exercice (29). C'est le cas également pour les étudiants (34).

Sur un plan plus pratique, cette expérience de la maladie bouleverse chez les médecins les notions de temps, d'attente, de confort, de pudeur, de douleur...(19). Comme chez tout autre individu, le médecin malade peut ressentir choc, déstabilisation, régression, révolte, peur, etc. (16) avec un manque de recul par rapport à sa situation. Ce sentiment d'expérience difficile est confirmé par les étudiants puisque pour 47.1% de ceux interrogés

dans la thèse de T.Lequintrec, le passage au statut de patient est « difficile » ou « très difficile » (35).

2 Comportement face au système de soin

2.1 Médecin traitant

Les médecins généralistes ont respecté la mise en place du médecin traitant mais la grande majorité s'est auto-déclarée (2,10-12,14,15,18). Le médecin perd par là même les bénéfices d'un examen clinique, d'interaction et d'objectivité d'une tierce personne. Les médecins généralistes remplaçants ont davantage déclaré des confrères généralistes comme médecin traitant (36). S'agit-il d'un « reste » de leur vie étudiante ou y a-t-il réellement un changement d'habitudes au sein de la profession ? Les études qualitatives relèvent que les médecins, de manière générale, ont conscience de la nécessité d'un interlocuteur objectif et à l'écoute, mais ils n'en ressentent pas l'utilité personnelle. Certains pensent qu'ils n'en ont tout simplement pas besoin, d'autres avouent une certaine négligence, mais aussi, au-delà du manque de temps et de la difficulté à choisir le confrère, beaucoup ont peur de déranger, ont honte, ou peur du jugement de leurs compétences. Enfin, d'autres avancent le manque de distance thérapeutique avec une difficulté à se confier et une crainte du manque de confidentialité au sein de la profession (16,19,29,21). Le rapport du Conseil National de l'Ordre s'exprime à ce sujet en ces termes : « *Nous croyons nécessaire de "ré-assainir" la prise en charge médicale des médecins à travers un encouragement, pour ne pas dire une incitation, de nos confrères à ne pas se choisir comme propre médecin traitant.* » (27).

2.2 Qui consultent-ils ?

En définitive, même les médecins qui ont déclaré des confrères généralistes les consultent finalement assez peu (29,21), par manque de confiance et à cause de leur domaine de compétences similaire au leur (21). Et lorsqu'ils sont sollicités, les confrères généralistes réalisent des consultations souvent informelles, inadaptées... et ont plus souvent un rôle de conseil, d'avis complémentaire décisionnel (16) ou un rôle de « spécialiste » (ostéopathie...) (21).

Le médecin généraliste préfère donc consulter en première intention un confrère spécialiste (16), chez qui il recherche une compétence, une expertise, une technicité qui dépassent ses propres connaissances. Ils ont davantage confiance et souhaitent « déléguer ». Et même si la consultation est ici plus « traditionnelle », le spécialiste reste un proche, ami ou correspondant habituel (29), induisant un potentiel manque d'objectivité.

Les proportions sont différentes chez les médecins remplaçants puisqu'ils consultent deux fois plus les médecins généralistes que spécialistes, même si en réalité ces consultations sont marginales puisqu'à l'instar des médecins généralistes installés, les remplaçants assurent eux-mêmes leur suivi (36).

2.3 Arrêts de travail

Les médecins généralistes libéraux tentent de limiter les arrêts de travail en nombre et en durée et essaient de gérer leurs soucis de santé sur leurs jours de congés, lorsque cela est prévisible (17). D'une part par culpabilité vis-à-vis de leurs collègues et leur patientèle, mais aussi parce que l'organisation du cabinet et la gestion financière en leur absence est difficile (16,17,19-21).

2.4 Autogestion

Pour avoir le moins recours à leurs confrères et aux arrêts de travail, et grâce à leur statut et leurs connaissances, les médecins généralistes libéraux optent largement pour l'auto-prescription (3,16,18,19,29). Il s'agit évidemment de la prescription des médicaments (en situation aiguë ou chronique), mais également des examens biologiques, d'imagerie, ou la réalisation de certificats... C'est une pratique également largement répandue chez les étudiants puisque dans l'étude de T. Le Quintrec, 77% semblent y avoir recours (35).

Le rapport de la commission nationale permanente du 28/07/2008 intitulé « le médecin malade » relève malheureusement qu'un certain nombre de « *prescriptions sont inadaptées, avec notamment des médicaments trop actifs, trop importants ou stimulants* » (27). En effet, il ressort des études analysées dans notre travail, que les médecins généralistes s'auto-prescrivent largement, en dehors des traitements au long cours pour problèmes chroniques (anti-hypertenseurs, hypolipémiants, antiacoagulants, antidiabétiques), des anxiolytiques, des hypnotiques et des corticoïdes (18).

2.5 Assurances

Les médecins généralistes libéraux semblent conscients de l'importance des assurances complémentaires facultatives, en particulier concernant les frais médicaux et les indemnités journalières ainsi que la couverture invalidité-décès (12,15,17,20). Peu d'entre eux cependant sont au courant des modalités concernant ces couvertures (rente, capital, complément ou remplacement de revenu, barème professionnel ou fonctionnel pour l'invalidité...) et de la nécessité de leur réévaluation régulière, qui est conseillée tous les 5 ans (15,29).

3 Prévention

3.1 Vaccinations

Sur le plan préventif, la couverture vaccinale que les médecins généralistes déclarent est correcte, mais pas parfaite. Pourtant sensibilisés dans leur rôle auprès de la population en termes de santé publique, ils n'appliquent pas strictement pour eux-mêmes les recommandations.

La couverture vaccinale DTP et hépatite B chez les médecins généralistes est inférieure à celle retrouvée en milieu hospitalier (19,37). L'information de prévention y est-elle meilleure ou est-ce parce que le lieu est plus propice à la contraction du virus ? Concernant la vaccination antigrippale saisonnière, les médecins généralistes libéraux ont une meilleure couverture qu'en milieu hospitalier (37). Les étudiants et remplaçants ont une meilleure couverture vaccinale obligatoire que les médecins installés, certainement parce qu'elle est vérifiée au moment de l'inscription en deuxième année et encore à jour au moment de l'enquête. La sensibilisation semble chez les étudiants s'étendre aux vaccinations comme le ROR et la coqueluche mais la vaccination hivernale antigrippale semble beaucoup moins systématique (35,36).

3.2 Hygiène de vie

Les médecins généralistes libéraux semblent avoir une meilleure hygiène de vie que le reste de la population. La moitié estime qu'elle est meilleure que celle de leurs patients (1/3 chez les médecins remplaçants (36)). Pourtant, la thèse de R.Suty met en évidence que

« parmi les médecins généralistes qui cotent leur hygiène de vie « nettement meilleure », un est fumeur à 30 PA, est en surpoids et ne fait pas de sport, et un autre s'est placé hors catégorie en notant son hygiène de vie à 6 (plus que « nettement meilleure ») bien que buvant 28 verres d'alcool par semaine, étant fumeur et en surpoids » (12). Ceci témoigne de la subjectivité de la santé perçue.

Tabac

Les résultats sur le taux de médecins généralistes fumeurs sont peu concordants, mais globalement les médecins sont moins nombreux à fumer que les cadres supérieurs, la population active et la population générale (2,30,32,37). On trouve par exemple dans l'analyse de l'étude du panel des 5 régions un taux de fumeurs de 17.5%, 23.1% pour les professions libérales et cadres supérieurs en activité, 24.7% pour la population active (2). Ils fument aussi moins qu'avant (37.9% en 1998 vs 28.8% en 2003 (6,11). On trouve chez les médecins remplaçants un taux de fumeurs de 21%, soit un taux à peu près équivalent aux médecins généralistes installés (36).

Par ailleurs, dans une étude concernant l'influence du tabagisme du médecin sur son exercice, il est mis en évidence que les médecins fumeurs appliquent moins le conseil minimal (fumez-vous ? si oui, envisagez-vous d'arrêter ?) que les non fumeurs ou ex-fumeurs. Et malgré tout, les médecins fumeurs pensent que leur statut n'a pas d'influence sur le contact avec le patient, voire un impact positif, ce qui n'est pas l'avis des non-fumeurs et encore moins des ex-fumeurs... (4).

Alcool

Concernant la consommation de boissons alcoolisées des médecins généralistes libéraux, les résultats varient aussi beaucoup d'une étude à l'autre avec une tendance majoritaire à la consommation occasionnelle (1,3,5,10-12). Cette consommation est plus importante chez les hommes et augmente avec l'âge. Les résultats obtenus chez les médecins remplaçants interrogés dans l'étude de V.Braka le confirment si l'on considère que leur moyenne d'âge est inférieure, puisque 90% déclarent consommer des boissons alcoolisées « occasionnellement » ou « pas du tout » et 2.6% de manière excessive. Cette consommation d'alcool est moins fréquentes pour les praticiens que pour les cadres

supérieurs et l'ensemble de la population active (2,30,37). Pour exemple, la consommation à risque chronique est détaillée pour les différentes catégories de population dans l'étude du panel des 5 régions : 4.8% chez les médecins, 11.8% chez les cadres supérieurs et 12.9% dans la population active globale (2).

3.3 Facteurs de risque cardiovasculaires

Poids

Les médecins généralistes libéraux apparaissent moins exposés aux problèmes de surpoids que les cadres et professions intellectuelles supérieures ainsi que l'ensemble de la population active (respectivement 47% et 40%) et la population générale (2). Dans l'étude de l'ESPS 2008, 26.8% de la population générale est en surpoids et 11% obèse, et respectivement 23.3% et 5.9% chez les cadres et professions intellectuelles (31).

Lipémie, glycémie, tension artérielle

Le dépistage des anomalies lipidiques et glycémiques ne répond pas à des recommandations précises, mais l'HAS et l'URCAM proposent un dosage chez les sujets avec un ou plusieurs risques cardiovasculaires ou à partir de 45 ans chez l'homme et 55 ans chez la femme (ou la femme ménopausée), à réaliser tous les 3 ans en cas de normalité, à moduler en fonction des autres risques cardiovasculaires (39). Dans la population de médecins généralistes analysée dans ce travail, 79 à 87% ont fait ces recherches dans les 3 dernières années (3,10–12), taux qu'il serait intéressant de comparer au nombre de médecins répondant aux critères sus-cités.

3.4 Dépistage systématiques des cancers

Cancer colorectal

Le dépistage systématique du cancer colorectal consiste à rechercher de sang occulte dans les selles (Hemocult®) chez le sujet de 50 à 74 ans sans facteur de risque qui est invité à réaliser un test tous les deux ans. Généralisé en 2007, l'objectif est d'atteindre un taux de couverture de 50% (1). Selon la D.R.E.E.S, environ 1/3 des médecins de plus de 50 ans

auraient fait le dépistage du cancer colorectal par Hemocult° dans les 2 ans qui précèdent, ce qui est supérieur aux cadres et à la population générale (1,33). Par exemple dans le sous-groupe des hommes de 60 à 64 ans, on trouve les taux suivants : 39% pour les médecins généralistes, 34% pour les cadres et professions intellectuelles supérieures et 32% pour l'ensemble de la population active (1). Dans l'étude ESPS 2008, 64% de la population générale n'a jamais réalisé d'Hemocult° et 60% des cadres et professions intellectuelles (31). Cette pratique est plus fréquente chez les hommes que les femmes, « *en toute logique au regard du risque plus élevé chez les hommes du développement du cancer colorectal* » (5).

Si ce dépistage, malgré les recommandations, n'est pas optimal, on remarque que la réalisation d'une coloscopie hors recommandation est largement répandue. Il existe notamment un nombre non négligeable de médecins ayant bénéficié d'une coloscopie de dépistage alors qu'ils n'avaient pas de facteur de risque (10). Cela est-il en lien avec une crainte de la maladie grave, à une accessibilité plus grande aux examens ?

Cancer du col de l'utérus

Les objectifs associés à la loi du 9 Aout 2004 relative à la politique de santé publique préconisent d'atteindre un taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus de 80% pour les femmes de 25 à 65 ans durant les 3 années précédentes. Les femmes médecins généralistes sont un peu moins nombreuses que les cadres supérieurs à respecter les recommandations puisqu'elles sont respectivement 80 % et 86 % à l'avoir fait dans les 3 dernières années (2). La comparaison avec l'ensemble de la population féminine active ne montre pas de différence significative (2,5,33). Le respect des délais du F.C.U semble similaire voire un peu meilleur parmi les étudiantes et les remplaçantes que parmi les médecins installés (respectivement 81.9% et 84%) (35,36). Lorsqu'on leur pose la question plus précisément sur la fréquence à laquelle elles ont l'habitude de demander un F.C.U, plus de la moitié des femmes généralistes déclarent le faire plus fréquemment que recommandé (10). On peut également observer chez les généralistes comme dans le reste de la population, une diminution de la réalisation des F.C.U avec l'âge (80 à 90% avant 50 ans et 60 à 70% après) (1,5,12,32), ce qui est préoccupant car l'incidence du cancer du col de l'utérus reste importante après 50 ans (INVS 2002).

Cancer du sein

Les femmes généralistes déclarent dans une proportion équivalente à celle des cadres supérieurs avoir réalisé une mammographie dans les deux ans. Cette proportion est un peu plus faible pour l'ensemble de la population active féminine (2,5,32,33). Cependant, certaines femmes médecins pèchent par défaut (2 à 4/10 selon les études), d'autres par excès (2/10 des plus de 50 ans font une mammographie tous les ans ; 4 à 8/10 des moins de 50 ans en ont déjà fait, selon les études). Pourtant il n'y a pas de recommandation en ce sens, et la multiplication des examens radiologiques augmentent par ailleurs le nombre de faux positifs et le taux d'irradiation mammaire (1,10). Qu'il s'agisse des femmes médecins ou de celles de la population générale, la réalisation des mammographies de dépistage diminue avec l'âge. Pourtant, le cancer du sein a une incidence qui augmente avec l'âge (32).

3.5 Sérologies

Près de 50% des médecins ont déjà fait un dépistage sérologique pour l'hépatite C. Le dépistage se généralise avec 10 points de plus depuis la dernière enquête (5). Les internes en médecine générale sont moins nombreux à avoir fait le dépistage du VIH et les médecins généralistes remplaçants plus nombreux (respectivement 59.8% et 89%) (35,36). Cela s'explique difficilement par le risque d'exposition, qui paraît plus important en milieu hospitalier, mais qui peut s'expliquer par l'âge, le médecin plus âgé ayant été plus exposé pendant ses années de carrière qu'un étudiant.

4 Santé somatique

Environ un tiers des médecins généralistes libéraux français interrogés dans les études analysées dans ce travail déclarent souffrir d'un problème de santé chronique ou à caractère durable (1,3,10–12,14,15,17,18). Cette prévalence semble moins importante que chez les cadres et professions intellectuelles supérieures et la population active (1,31). L'étude de la DREES signale la probabilité que « *ces différences [puissent être] liées au fait que les médecins appréhendent leur santé de façon différente à la population générale* » (1). Dans plusieurs études, le nombre de médecins prenant un traitement régulier est supérieur au nombre de médecins déclarant souffrir d'un problème de santé chronique. Cette différence est aussi présente dans l'étude de V.Braka, puisque 13% des médecins

remplaçants interrogés déclarent avoir un problème de santé chronique et 40% prennent un traitement au long cours (36). Un élément d'explication peut être donné à travers les études de R.Suty et F.Nouger, puisque certains médecins annoncent avoir une tension artérielle trop haute ou une hypercholestérolémie sans considérer pour autant avoir un problème de santé chronique. Ces chiffres comprennent peut-être aussi la contraception orale... Ou alors les questions ou les notions abordées dans ces études sont-elles trop abstraites ?... (10,12).

5 Santé psychique

« La médecine est une maladie qui frappe tous les médecins de manière inégale. Certains en tirent des bénéfices durables. D'autres décident un jour de rendre leur blouse parce que c'est la seule possibilité de guérir - au prix de quelques cicatrices. Qu'on le veuille ou non, on est toujours médecin. Mais on n'est pas tenu de le faire payer aux autres, et on n'est pas non plus obligé d'en crever. » M. Winckler, La maladie de Sachs.

Les données déclaratives des médecins concernant leur santé somatique sont déjà largement soumises à leur subjectivité. En ce qui concerne leur santé psychique, à la subjectivité s'ajoute la gêne, voir le déni, et une frontière plus abstraite entre santé et maladie.

Dans les travaux analysés ici, les problèmes de santé psychique sont intimement reliés à l'exercice de la profession de médecin, ce qui semblait intéresser davantage les auteurs que les troubles psychiques inhérents à tout individu. Dans ce contexte, on peut évoquer la notion de « risque psychosocial », qui correspond au danger qu'un contexte de travail fait peser sur la santé psychologique d'un travailleur (40). Selon l'INRS, « *les facteurs de risques deviennent nuisibles quand ils s'inscrivent dans la durée, s'accumulent, sont subis et/ou sont incompatibles* » (41).

Au-delà des problématiques concrètes concernant le quotidien des médecins généralistes, il y a aussi la désillusion qui accentue le mal-être du soignant. P.Cathébras conclue dans l'article de Presse Médicale: « *Une partie de la souffrance des soignants provient de la rencontre entre l'utopie d'une santé parfaite et la réalité de l'homme souffrant. De ce point de vue, la confrontation quotidienne avec les limites de l'efficacité médicale, associées à l'érosion de la reconnaissance sociale du médecin de famille, contribue*

dans doute au « malaise » des généralistes, placés en première ligne face aux attentes irréalistes de la société vis-à-vis de la médecine » (8).

Dans le panel des Pays de la Loire, l'état de détresse psychologique est moins fréquent pour les médecins généralistes que pour l'ensemble de la population active (12 % vs 16 % dans l'enquête HSM et 20 % dans l'enquête ESPS). Les praticiens sont presque deux fois plus nombreux que l'ensemble de la population active, et que la catégorie des cadres supérieurs à déclarer « avoir ressenti de manière répétée au cours des douze derniers mois de la fatigue » (79 % vs 44 % pour l'ensemble de la population active et 39 % pour les cadres), des « troubles du sommeil » (43 % vs 27 % et 24%), des « brûlures d'estomac ou reflux gastro-œsophagien et les palpitations ou de la tachycardie ». La différence est moindre pour le stress ressenti (66 % vs 45 % et 52%) (2).

L'étude de la DREES sur la santé physique et psychique des médecins réalisée en 2008 dit que même si 19% des femmes et 10% des hommes médecins sont en détresse psychologique, ces chiffres restent inférieurs à ceux de la population active (entre 1 et 5 point de moins selon la classe d'âge, sauf pour les femmes médecins de moins de 45 ans qui semblent plus touchées que les non médecins) (1).

Inversement, dans cette même étude, on peut observer que la consommation de substances psychotropes durant les 12 derniers mois chez les médecins est supérieure à celle de la population générale (1). Le baromètre santé 2005 confirme en effet que le recours à ces médicaments anxiolytiques et hypnotiques au cours des douze derniers mois concerne 20 % des médecins généralistes contre 15 % des cadres supérieurs et 11 % de l'ensemble de la population active (32,42). « Pour les antidépresseurs, dont le recours répond à une problématique différente [...] et dont l'usage ne doit pas être ponctuel, la fréquence de consommation des médecins généralistes est équivalente à celle déclarée par l'ensemble de la population active et par les cadres supérieurs » (2).

Une détresse psychologique moins présente et une consommation de psychotropes supérieure au reste de la population...Cela pose question quant à la capacité des médecins à se prendre en charge seuls. L'étude de K.Lherminier confirme que l'accessibilité aux moyens (comme c'est le cas pour tout médecin prescripteur) est un facteur d'abus de médicaments, puisque son étude, réalisée en milieu psychiatrique hospitalier sur tous les employés, trouve : « 15% consomment des médicaments psychotropes sur prescription médicale et 12% consomment sans prescription médicale (anxiolytiques 5.5%, hypnotiques 9.2%, dont

respectivement 64% et 74% sans jamais avoir eu de prescription médicale) » (43). L'étude de la DREES sur la santé des médecins généralistes relève à juste titre que « l'autoprescription n'est pas un phénomène anodin, en particulier lorsqu'il s'agit de molécules psycho-actives destinées à soigner une pathologie mentale potentiellement lourde de conséquences comme une dépression » (1).

Le burn-out, évalué dans les différentes études par le biais du Malach Burn-out Inventory, semble concerner entre 5 et 10% des médecins généralistes français interrogés, avec des variabilités interrégionales. Les médecins dits « menacés par le burn-out » sont ceux ayant une ou deux composantes atteintes et sont évalués entre 45% et 82% (8,26).

Chez les médecins libéraux, le burn-out est particulièrement élevé, notamment l'EE et la DP, par rapport aux autres corps de métiers (infirmiers, travailleurs sociaux, pompiers, aides soignantes...). En revanche, les médecins maintiennent globalement un bon accomplissement personnel par rapport à ces professions (30). Tout est relatif, car si l'EE et la DP ne sont pas différentes selon le statut de médecin généraliste ou spécialiste, l'AP en revanche est plus faible chez les médecins généralistes (34.28% vs 36.16%) avec un moindre sentiment d'auto efficacité et une perception amoindrie de leurs compétences (ou de leur utilisation) (26,30).

Le danger, c'est qu'à l'instar des médecins hospitaliers de l'étude SESMAT, les médecins libéraux en épuisement professionnel ne soient que quelques-uns (15% dans l'étude SESMAT) à l'identifier. « Cette mésestimation par les acteurs de santé traduit un défaut d'éducation, d'information et d'évaluation mais aussi une impossibilité d'entendre pour soi-même des signes d'alerte que les praticiens reconnaissent pour autrui » (44).

Ainsi, le burn-out s'installe insidieusement et peut aboutir à l'autodestruction. En effet, le taux de suicide est plus élevé chez les médecins que dans le reste de la population où il est estimé à 5.6% des décès, avec un risque relatif par rapport à la population générale variable selon les études (1,4 à 2,5) (45,46). Par ailleurs, ce taux est plus élevé que dans les autres groupes professionnels à statut équivalent (47). Il n'y a pas de données précises à ce sujet pour les seuls médecins généralistes.

Déjà, les internes en médecine générale interrogés par A.Letourneur et V.Komly se sentent menacés par le burn-out (46.5%) et 7% sont en état de burn-out. On trouve une tendance à l'augmentation au cours de l'internat des indicateurs d'épuisement

professionnel, et pour les mêmes motifs que les médecins généralistes libéraux (charge de travail, manque de reconnaissance, responsabilité...). Certains ont eu recours aux hypnotiques, aux antidépresseurs, à la psychothérapie et certains déclarent avoir eu des idées suicidaires. Certains se questionnent déjà sur leur orientation (34,48).

EVALUATION

Ce travail au sujet de la santé des médecins généralistes libéraux a permis de faire la synthèse de nombreux travaux déjà faits sur ce thème, afin d'avoir une vision concrète tant sur leur santé (organique et psychique) que sur son évaluation et son intégration dans le système de soin actuel.

Les références sont essentiellement basées sur des thèses de médecine générale, dont les études rétrospectives sur des données déclaratives induisent nécessairement un biais dans le recueil d'informations.

Cependant, leurs résultats sont la plupart du temps concordants et appuyés par des études nationales avec des cohortes importantes. Leur nombre permet d'étendre la quantité de régions françaises représentées. Quant aux données déclaratives, même si elles ne permettent pas de donner strictement une vision objective de leur santé, et sont empreintes de subjectivité, elles sont le témoin de leur ressenti, et n'est-ce pas par ce biais là que les interventions sont possibles ?

Cette étude s'intègre en tout cas tout à fait dans l'actualité puisque le mal-être des médecins, dans un contexte de diminution programmée du nombre de médecins libéraux, est régulièrement relayé par les médias. De même, de nombreuses structures voient le jour pour aider les médecins en difficulté, témoins d'une prise de conscience de la profession.

CONCLUSION

Une recherche bibliographique effectuée à partir d'études réalisées entre les années 2003 et 2013, nous permet de définir un profil de la santé des médecins généralistes libéraux français durant cette période.

En termes de prévention et de santé physique, les médecins ont une prise en charge correcte, notamment en comparant les résultats observés pour la population générale et même pour les personnes de même niveau socioprofessionnel, même s'ils déclarent plus souvent une altération de leur état de santé. Ils sont conscients de la nécessité du regard objectif d'un autre médecin mais favorise tout de même l'auto-gestion. Leur couverture vaccinale est moins bonne qu'en milieu hospitalier. Ils ont une meilleure hygiène de vie (tabac, alcool, alimentation) que les professions intellectuelles supérieures et la population générale. En termes de dépistage systématique des cancers, on voit qu'ils réalisent peu celui du cancer colorectal mais toutefois plus que les professions intellectuelles et la population générale. Concernant le cancer du sein, les résultats semblent équivalents entre les différentes populations, et la tendance s'inverse pour le dépistage du cancer du col de l'utérus. Concernant les pathologies chroniques ou les symptômes à caractère durable, les médecins généralistes en déclarent moins que les cadres et professions intellectuelles et la population générale. L'autogestion de leur santé par ces médecins semble leur réussir même si elle pourrait être améliorée. Dans certains cas en améliorant un défaut de prise en charge, (par exemple à propos du dépistage de certains cancers), dans d'autres cas il faudrait corriger un excès de certaines prescriptions (par exemple concernant les corticoïdes).

En revanche, les résultats concernant la santé psychique sont plus inquiétants. Ces professionnels, habitués à tourner leur regard vers les autres, oublient de prendre soin d'eux-mêmes. Et dans ce système où il fonctionne en autonomie, le médecin généraliste libéral a peu de ressources. Le stress, la fatigue, les troubles du sommeil, les symptômes « psycho-somatiques » semblent plus présents que dans la population active et le burn-out est plus fréquent que dans les autres professions d'aide.

La consommation d'anxiolytiques et d'hypnotiques est plus importante parmi les médecins généralistes libéraux, en particulier chez les femmes. Ces résultats sont inquiétants quand on sait que le taux de décès par suicide est plus important chez les médecins que dans le reste de la population active.

Face à cette réalité, il existe depuis quelques années des solutions, tant sur le plan personnel que professionnel et institutionnel. Un certain nombre d'actions semblent applicables sur les « agents stresseurs » et leurs conséquences, pour une amélioration de la santé au travail, comme le développement des associations comme M.O.T.S. Des réflexions sont aussi menées pour des améliorations en amont, pour tenter de limiter l'exposition à ces « agents stresseurs ». Il s'agit notamment de la sensibilisation des soignants à ces problématiques et aux particularités de la prise en charge d'un autre soignant ainsi que l'information aux internes relative aux spécificités de l'exercice de la médecine générale libérale.

Ces solutions doivent être connues de tous les médecins généralistes libéraux.

BIBLIOGRAPHIE

1. Desprès P, Grimbert I, Lemery B, Bonnet C, Aubry A, Colin C. « Santé physique et psychique des médecins généralistes » DREES, Etudes et résultats n°731; [Internet]. 2010 juin. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er731.pdf>
2. ORS Pays de la Loire, URML Pays de la Loire. « Vie professionnelle, vécu du travail et état de santé des médecins généralistes des Pays de la Loire en 2008 ». Vague d'enquête 4. [Internet]. 2010 juin. Disponible sur: http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/documents/ORS/ORS_pdf/panelMG/2010panel1_V4_rapport.pdf
3. Maupas J-L, Hurtebize P, Marx A, Martinez J-L. CDOM de Haute-Normandie. Enquête sur l'état de santé des médecins libéraux de Haute-Normandie. Résultats. [Internet]. 2008 déc. Disponible sur: <http://www.cdom76.com/doc/enquete.pdf>
4. Underner M, Ingrand P, Allouch A, Laforgue AV, Migeot V, Defossez G, et al. Influence du tabagisme des médecins généralistes sur leur pratique du conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac. *Rev Mal Respir.* nov 2006;23(5, Part 1):426-429.
5. Gautier A, dir. Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003 [Internet]. 2005 [cité 25 mars 2014]. 276 p. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/793.pdf>
6. Gautier A, dir. Baromètre santé médecins généralistes 2009 [Internet]. Saint-Denis: inpes; 2011 [cité 25 mars 2014]. 266 p. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf>
7. Galam E, URML Ile de France. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens: témoignages, analyses et perspectives. *Comm Prév Santé Publique* [Internet]. juin 2007 [cité 25 mars 2014]; Disponible sur: http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf
8. Cathébras P., Begon A., Laporte S., Bois C., Truchot D. Epuisement professionnel chez les médecins généralistes. *Presse Med.* 2004;(33):1569-74.
9. Dusmesnil H, Saliba Serre B, Régi J-C, Leopold Y, Verger P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. *Santé Publique.* 5 oct 2009;Vol. 21(4):355-364.
10. Nouger F. Les médecins généralistes et leur santé, ou « Docteur, comment prenez-vous en charge votre santé? »: enquête sur les médecins généralistes libéraux installés dans le département de la Vienne [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie; 2004.
11. Gillard L. La santé des médecins généralistes. [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Ile de France; 2006 [cité 25 mars 2014]. Disponible sur: <http://www.urml-idf.org/upload/these/gillard.pdf>
12. Suty R. Attitude des médecins généralistes envers leur propre santé: enquête menée auprès de 530 médecins libéraux du département de Meurthe-et-Moselle [Reproduction de]. [France]: Université Henri Poincaré-Nancy 1. Faculté de médecine; 2006.
13. Verjus AL. Médecins libéraux des Savoie et Isère: étude épidémiologique des besoins d'un système de soins dédié à leur propre santé [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2012.

14. Gombert A. Les attentes des médecins généralistes concernant leur prise en charge médicale sont-elles en adéquation avec les interventions proposées?: Etude quantitative par questionnaire sur un échantillon de 100 médecins généralistes du Maine-et-Loire [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2012.
15. Ammor-Durot S. La couverture sociale du médecin généraliste libéral en Midi-Pyrénées: enquête auprès de 98 médecins généralistes libéraux [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2012.
16. Bonneaudeau S. Le médecin malade: un patient comme les autres ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2011.
17. Volle-Couderc L. Les répercussions de la maladie chronique du médecin généraliste sur son exercice: enquête auprès de 111 médecins généralistes libéraux [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2012.
18. Labeille G. Etude de l'autoprescription médicamenteuse chez les médecins généralistes de Rhône-Alpes [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2013.
19. Portalier Gay D. Les médecins: des patients comme les autres [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2008.
20. Chapusot-Filipozzi J. Attitude des médecins généralistes vis-à-vis de la prise en charge de leur santé: étude qualitative auprès de 15 médecins généralistes lorrains. [Internet] [Thèse d'exercice]. [Nancy]; 2012 [cité 27 mars 2014]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2012_CHAPUSOT_FILIPOZZI_JULIE.pdf
21. Prod'homme M. Attentes et avis des médecins du Poitou-Charentes concernant la mise place d'un réseau de soins destiné aux soignants: enquête par entretiens individuels auprès de 11 médecins du Poitou-Charentes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2013.
22. Lhote M. Soigner un médecin malade: quelles spécificités ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2011.
23. Hiltbrand G. Etude comparative des conditions de vie et de la qualité de vie des médecins généralistes en Rhône-Alpes, selon leur lieu d'exercice [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2008.
24. Chanteau-Chan Li S. Le burn-out des médecins généralistes libéraux de Tahiti [Thèse d'exercice]. Paris;
25. Zeter C. Burnout, conditions de travail et reconversion professionnelle chez les médecins généralistes de la région Poitou-Charentes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie; 2004.
26. Vaquin. Thèse_Burnout.doc - these_burnout. [Internet]. [cité 25 mars 2014]. Disponible sur: http://www.urps-corse-ml.org/enquetes/burnout/these_burnout.pdf
27. Leriche B, Biencourt M, Bouet P, Carton M, Cressard P, Faroudj J, et al. Le Médecin Malade. Rapport de la commission nationale permanente du conseil national de l'ordre des médecins [Internet]. 2008. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/lemedecinmalade.pdf>
28. CARMF. Nature des affections des bénéficiaires des indemnités Invalidité-Décès 2012 [Internet]. [cité 25 mars 2014]. Disponible sur: <http://www.carmf.fr/chiffrescles/Stats/2013/nature-affections.htm>

29. Chapusot-Filipozzi Julie. Attitude des médecins généralistes vis-à-vis de la prise en charge de leur santé: étude qualitative auprès de 15 médecins généralistes lorrains. [Internet] [Thèse d'exercice]. [Nancy]; 2012
30. Truchot D. Le burn-out des médecins libéraux de Champagne-Ardenne. Rapport de recherche pour l'URML Champagne-Ardenne. [Internet]. 2002. Disponible sur: http://internat.martinique.free.fr/biblio/rapport_burn_t_medecin_ca.pdf
31. Allonier C, Dourgon P, Rochereau T. Enquête sur la santé et la protection sociale 2008 [Internet]. 2010 juin. Report No.: 547. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2010/rap1800.pdf>
32. Lanoë J-L, Makdessi-Raynaud Y. L'état de santé en France en 2003: santé perçue, morbidité déclarée et recours aux soins à travers l'enquête décennale santé. DREES Etudes Résultats. oct 2005;(436):1-12.
33. Montaut A. Santé et recours aux soins des femmes et des hommes - Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008. DREES Etudes et Résultats. févr 2010;(717):1-8.
34. Tholin Pellarin S. Les étudiants en médecine: entre accomplissement et épuisement [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2008.
35. Le Quintrec T. Le suivi médical des étudiants en diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine à la Faculté d'Angers [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2013.
36. Braka-Cohen V. Les médecins remplaçants généralistes d'Ile-de-France: profil, cursus étudiant, projet professionnel, prise en charge de leur santé et satisfaction [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2010.
37. Guthmann J-P, Fonteneau L, Ciotti C, Bouvet E, Pellissier G, Levy-Bruth D, et al. Couverture vaccinale chez les soignants des établissements de France. Enquête VAXISOIN. 2009 [cité 25 mars 2014]; Disponible sur: <http://www.infectiologie.com/site/medias/JNI/JNI11/CL/JNI2011-Vaxisoins-Abiteboul.pdf>
38. Beck F., Guignard R., Léon C., Richard J-B. Atlas des usages de substances psychoactives 2010 - Analyses régionales du Baromètre santé de l'Inpes. Etudes santé Territoires. [Internet]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1479.pdf>
39. ANAES, Service d'évaluation des technologies et service d'évaluation économique. Principes de dépistage du diabète de type 2. [Internet]. 2003 févr. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/diabete_rap_2003.pdf
40. Lefebvre B, Poirot M. Stress et risques psychosociaux au travail: comprendre, prévenir, intervenir. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2011.
41. INRS. RPS ou risques psychosociaux. Adapter les approches et les outils aux besoins des entreprises. [Internet]. 2013 [cité 26 mars 2014]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/accueil/inrs/themes-travail/rps.html>
42. AFFSAPS. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France. Rapport d'expertise. [Internet]. 2012 janv. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/3f1dc4756b5bc091879c9c254d95e05c.pdf
43. Lherminier-Mihara K. Étude transversale de la consommation de psychotropes hors prescription au sein du personnel d'un centre hospitalier psychiatrique de la région toulousaine [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Purpan; 2012.

44. Estryn-Béhar M, Doppia M-A, Aune I. Résultats préliminaires de l'enquête SESMAT. Communiqué de presse du 10 septembre 2007. [Internet]. Disponible sur: <http://www.amuf.fr/images/stories/File/cp/CPSESMAT070910.pdf?PHPSESSID=af82078c8bd189453656698313a97693>
45. Suicide chez les médecins : enquête descriptive auprès des psychiatres de Loire-Atlantique [Internet]. [cité 26 mars 2014]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=e197b918-18c5-47ac-ac1c-ed21daf6b848>
46. Léopold Y. Le suicide des médecins.ppt [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://www.arspg.org/datas/docs/13020136111.pdf>
47. Galam E. Burn out des médecins libéraux. Deuxième partie: une identité professionnelle remise en question. Vie Prof. 2007;3(10):474-7.
48. Le Tourneur A, Komly V. Burn out des internes en médecine générale: état des lieux et perspectives en France métropolitaine [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2011.
49. Hoffman A, Fédération des méaisons médicales. Le burn-out...quand s'ouvrent les portes du vide. Cah Santé Conjug. avr 2005;(32):23-93.
50. Soulard A. Le burn out chez les médecins généralistes libéraux français. Master professionnel d'ergonomie. [conservatoire national des arts et métiers]; 2010
51. Imhotep Haute-Normandie [Internet]. [cité 25 mars 2014]. Disponible sur: <http://imhotepn.blogspot.fr/>
52. AAPML [0826 004 580] - Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux - Accueil [Internet]. [cité 25 mars 2014]. Disponible sur: <http://www.aapml.fr/index2.php?m=1>
53. Association M.O.T.S. [Internet]. [cité 25 mars 2014]. Disponible sur: <http://www.association-mots.org/>
54. APSS [Internet]. [cité 25 mars 2014]. Disponible sur: <http://www.apss-sante.fr/>
55. Réseau ASRA [Internet]. [cité 25 mars 2014]. Disponible sur: <http://www.reseau-asra.fr/>

ANNEXES

A. Annexe A : Orientations de carrière

D. Truchot relève l'influence sur le burn-out des différentes « orientations de carrière » des professionnels concernés. Initialement décrites par Cherniss, les définitions suivantes sont directement issues du travail de D.Truchot sur le Burnout des médecins libéraux de Champagne-Ardenne (30) :

- L'activiste social ou militant : « critique à l'égard d'une profession qu'il espère transformer, il cherche tout autant, à travers son travail, à amener un changement social qu'à améliorer la situation de ses patients ».
- Le carriériste : « cherche le succès conventionnel. Prestige, responsabilité, sécurité financière, reconnaissance sociale, etc., alimentent et dirigent ses efforts ».
- L'artisan : « valorise le développement de ses compétences. Cherche à maîtriser de nouvelles capacités, acquérir de nouvelles connaissances, maintenir une certaine indépendance, tester de nouvelles méthodes. Le contenu de l'activité professionnelle, ses qualités intrinsèques, doivent permettre de satisfaire leurs aspirations ».
- L'égoïste : « cherche à satisfaire sa vie personnelle, hors travail. La sphère privée, familiale, les loisirs prennent le pas sur le travail qui n'est qu'un moyen instrumental de faire fructifier la vie privée. Il en résulte peu d'engagement dans leur travail ».

B. Annexe B : le burn-out

« Syndrome d'épuisement professionnel caractérisé par une fatigue physique et psychique intense, générée par des sentiments d'impuissance et de désespoir » Larousse.

Le burn-out ou syndrome d'épuisement professionnel, d'abord associé aux professions d'aide, a été rapidement élargi aux personnes psychologiquement engagées dans leur travail (49). Selon l'O.M.S. il s'agit « d'un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail ».

En 1969, Harold.B Bradley est la première personne à désigner ce stress particulier lié au travail sous le terme de burn-out. Ce terme est repris en 1974 par le psychanalyste

Herbert J. Freudenberger ("*Je me suis rendu compte [...] que les gens sont parfois victimes d'incendie, tout comme les immeubles. Sous la tension produite par la vie dans notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consommer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte*"). Il observe ce phénomène chez les bénévoles qui s'occupent de patients toxicomanes dans les « free clinics ». Puis c'est la psychologue Christina Maslach qui le définit en 1976 comme étant « *un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui* » et qui y associe un outil de mesure validé, le MBI : Maslach Burn-out Inventory (dans le Maslach Burnout Inventory Manual de Susan Jackson, Michael Leiter, Christina Maslach,) (45,50).

Le MBI est donc tridimensionnel et constitué de vingt-deux items, chaque item étant coté de 1 à 6 selon la fréquence des symptômes :

1. Epuisement émotionnel (EE) : fatigue psychologique, avec une sensation de vide, d'abattement et d'irritabilité. 9 items : 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20. Le score est bas pour un total inférieur à 17 et haut au-delà de 30 points.
2. Dépersonnalisation (DP) ou deshumanisation de la relation à l'autre : détachement, perte d'intérêt envers les patients, considérés comme des objets impersonnels. Mise à distance de l'Autre. 5 items : 5, 10, 11, 15, 22. Le score est bas pour un total inférieur à 5 et haut au-delà de 12 points.
3. Accomplissement personnel (AP) : sentiment d'inefficacité, d'incapacité, de frustration dans son travail qui peut aboutir à une dévalorisation, une culpabilité et une démotivation. 8 items : 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. Le score est bas pour un total inférieur à 33 et haut au-delà de 40 points.

| Item | Fréquence |
|--|---------------|
| 1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 2. Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une nouvelle journée de travail | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 8. Je sens que je craque à cause de mon travail | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 12. Je me sens plein(e) d'énergie | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 13. Je me sens frustré(e) par mon travail | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 14. Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 16. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 18. Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail, j'ai été proche de mes malades | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 20. Je me sens au bout du rouleau | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes | 0 1 2 3 4 5 6 |

Une dimension atteinte correspond à un score élevé d'EE ou de la DP ou un score bas d'AP. Le degré de burn-out est faible lorsque 1 dimension est pathologique, est moyen si 2 dimensions sont pathologiques et est élevé si les 3 dimensions sont pathologiques. Pourtant, d'un point de vue clinique, la définition du burn-out correspond à une atteinte des 3 dimensions. C'est sur cette base que nous nous exprimerons dans ce travail.

Il est également important de signaler que le syndrome de burn-out manque d'homogénéité et d'unité, qu'il faut être vigilant face aux symptômes peu spécifiques qu'il recouvre, afin de ne pas le confondre avec des troubles anxieux, dépressifs, psychosomatiques, de la personnalité ou avec l'insatisfaction au travail.

C. Annexe C : Evaluation du bien-être et de la détresse psychologique

Cette évaluation est réalisée à l'aide du questionnaire MH5 (Mental Health 5), composé de cinq questions portant sur les quatre dernières semaines :

- Vous êtes vous senti(e) très nerveux(se) ?
- Vous êtes vous senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ?
- Vous êtes vous senti(e) calme et détendu(e) ?
- Vous êtes vous senti(e) triste et abattu(e) ?
- Vous êtes vous senti(e) heureux(se) ?

Cet outil permet le calcul d'un score qui, lorsqu'il est inférieur ou égal à 52/100, identifie une personne présentant un état de détresse psychologique (1).

D. Annexe D : Les structures d'aide

Qu'il s'agisse de santé physique ou psychique, de prévention, de dépistage ou de prise en charge de la maladie, les médecins ont conscience que des modifications peuvent être apportées au système de santé actuel. Mais entre les idées et la pratique, il y a de nombreux freins.

Lorsqu'on leur demande s'ils sont favorables à la création d'une structure spécialisée dans la prise en charge des médecins, une grande majorité y semblent favorable (65 à 80%) (6,14,21). Mais dès lors que l'on parle d'adhésion, les regards fuient (14,21). Il faut dire que les médecins sont exigeants et ne manquent pas d'idées sur les conditions d'utilisation de telles structures: nécessité d'une prise en charge globale et régulière, avec soutien médical (dépistage, hygiène de vie, vaccins, « médecine du travail » mais sans mesures décisives sur la capacité à travailler), psychologique, juridique et administrative. Ils exigent de pouvoir choisir leur structure, qu'elle soit indépendante des organismes et associations, que la confidentialité y soit respectée et qu'il y ait une certaine liberté dans la prise de rendez-vous, compatible avec leurs horaires. Ils souhaitent pouvoir choisir leurs thérapeutes, dont ils veulent être sûrs qu'ils soient bien formés aux spécificités de la prise en charge des soignants mais objectifs et neutres quant à leur statut, disponibles, et dignes de confiance (13,14,21).

Dans son travail, A.Gombert (14) met bien en évidence les besoins des médecins concernant une éventuelle structure ou les points qui leur paraissent inutiles:

| BESOINS RESENTIS | |
|---|-----|
| parler du burn out lors de la consultation | 84% |
| prise de rendez vous libre dans la structure | 84% |
| indépendance de la structure | 83% |
| s'intéresser au bien être au travail lors de la consultation | 79% |
| vérification des dépistages | 79% |
| absence de mesure décisive sur la capacité à exercer | 73% |
| intérêt pour l'hygiène de vie lors de la consultation | 72% |
| consultations ciblées si nécessaire | 71% |
| fréquence adaptée à l'existence de pathologies | 70% |
| vérification des vaccinations | 68% |
| le lieu de consultation serait dans le département | 63% |
| les consultations régulières seraient globales | 61% |
| POINTS INUTILES | |
| la structure serait dédiée aux médecins libéraux | 70% |
| il y aurait une indemnisation lors de la consultation dans la structure | 60% |
| la consultation pourrait avoir lieu au cabinet médical | 76% |
| le lieu de consultation serait hors département | 81% |
| la consultation pourrait avoir lieu au domicile | 89% |

Tableau 28 : Taux de médecins estimant certains critères nécessaires ou inutiles au sujet d'une potentielle structure d'aide aux soignants dans la thèse de A.Gombert (14).

Toutes ces demandes sont légitimes, mais compliquées à mettre en œuvre, comme le relèvent les opposants à la création de ce type de structure : possibilité et suffisance de l'autogestion, manque de temps, couteux...et certains craignent l'engagement, la visite d'inaptitudes et ses conséquences financières, le manque de confidentialité, le jugement... (13,14,21). Dans la pratique, ces difficultés sont rencontrées par une structure qui a vu le jour en Haute-Normandie en 2010, gérée par l'association IMHOTEP, et qui malgré la forte demande de création (80% des médecins interrogés y étaient favorables), n'a vu que 20% d'adhésion et peine à trouver les moyens financiers pour être pérenne (3,51).

Une alternative proposée à ce genre de structure est la création d'une permanence téléphonique pour assurer un soutien psychologique aux médecins en souffrance. Une telle solution a été mise en place en Ile-de-France par l'A.A.P.M.L, qui propose, en sus des consultations téléphoniques avec des psychologues formés, et si cela s'avère nécessaire, d'orienter les médecins vers un suivi plus constant et prolongé auprès de psychologues cliniciens du département (21,52).

En Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon et Limousin, l'association M.O.T.S. qui permet aux médecins «une évaluation ergonomique et psycho sociale de leur exercice professionnel, avec l'aide d'un médecin spécialiste en ergonomie et santé du travail » (53).

L'A.P.S.S. quant à elle, « vise à promouvoir toutes les actions de prévention en matière de pathologie psychique et addictive chez nos confrères, à en envisager la prise en charge médicale et sociale, à favoriser l'ouverture de centres de soins dédiés à ces malades particuliers » (54).

L'association A.S.R.A. en Rhone-Alpes, fonctionne avec « Un réseau de confrères de soutien volontaires [qui] assure une astreinte téléphonique 24h/24, 7j/7 avec, en appui, un réseau de personnes ressources (psychiatres, addictologues, avocats, conseillers juridiques et fiscaux) pour répondre, dans des délais bref, au confrère en difficulté » (55).

Abréviations et sigles

A.A.P.M.L : Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux

A.E.S : Accident d'Exposition au Sang

A.I.N.S : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

A.L.D : Affection Longue Durée

AP : Accomplissement personnel

A.P.S.S : Association pour la Promotion des Soins aux Soignants

A.S.R.A : Aide aux Soignants de Rhône-Alpes

A.T : Accident du travail

B.C.G : Bacille de Calmette-Guérin : bactérie responsable de la tuberculose et utilisé pour la vaccination de celle-ci.

C.A.R.M.F : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

C.D.O.M : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

C.H.U : Centre Hospitalo-Universitaire

C.N.O.M : Conseil National de l'Ordre des Médecins

C.O : Contraception Orale

C.P.A.M : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DP : Dépersonnalisation

D.R.E.E.S : Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques

D.T.P : Vaccin contre la Diphtérie, le Tétanos et la Poliomyélite

ESPS : Enquête sur la Santé et la Protection Sociale

EE : Epuisement Emotionnel

F.C.U : Frottis cervico-Utérin

H.A.S : Haute Autorité de Santé

H.T.A : HyperTension Artérielle

HSM : (Enquête) Handicap-Santé (volet) Ménage

I.M.V. : Intoxication Médicamenteuse Volontaire

I.N.P.E.S : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

I.N.R.S : Institut National de recherche et de Sécurité

M.B.I : Malach Burnout Inventory

M.O.T.S : Organisation de Travail et Santé du Médecin

MP : Maladie Professionnelle

O.M.S : Organisation Mondiale de la Santé

O.R.S : Observatoire Régional de la Santé

ROR : Rougeole Oreillon Rubéole

SESMAT : Etude sur la Santé Et la Satisfaction Au Travail

T.H.S : Traitement Hormonal Substitutif

U.R.C.A.M : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

U.R.M.L : Union Régionale des Médecins Libéraux

V.I.H. : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Auteur : Laurianne GALLICE

Titre : La santé des médecins généralistes libéraux français. A partir d'une étude de la littérature de 2003 à 2013.

Résumé

De nombreux travaux ont été réalisés sur la santé des médecins en général. Une recherche dans la littérature française concernant les médecins généralistes libéraux français a permis de déterminer leur façon de prendre en charge leur santé en termes de prévention, dépistage, santé somatique et santé psychique.

Des analyses quantitatives et qualitatives ont été étudiées.

Résultats : 17 thèses, 8 enquêtes et 2 documents divers ont été analysés. Les médecins sont globalement satisfaits de leur santé (75%) mais beaucoup estiment leur prise en charge mauvaise (40%) et éprouvent une gêne concernant leur statut de patient. 2/10 n'ont pas de médecin traitant, 6-7/10 se sont auto-déclarés, traduisant un recours fréquent à l'auto-prescription (au moins 60% des cas). Les vaccinations sont plutôt à jour, 80% des femmes médecins réalisent régulièrement leurs examens de dépistage, mais 75% font leur FCU trop fréquemment et 80% des 40-49ans ont déjà réalisé une mammographie. Seuls 10 à 30% des plus de 50 ans ont réalisé le dépistage du cancer colorectal. 20% des médecins ont un tabagisme actif et 5% une consommation excessive d'alcool. Un tiers des médecins ont des problèmes de santé somatique chroniques, en particulier sur le plan cardio-vasculaire (10-20%). Deux tiers des médecins sont stressés au quotidien et 5 à 10% souffrent de burn-out à un stade élevé. Pour y faire face : les anxiolytiques et hypnotiques (20% des médecins), la demande d'aide (peu utilisée), etc. Des pistes préventives sont aussi explorées. Des réflexions sont justement menées et des associations ont développé des programmes d'aide aux médecins en difficulté

Les résultats de ces études sont concordants et montrent que la plupart des médecins généralistes, prennent eux-mêmes en charge leur santé. En termes de prévention, de dépistage et de santé somatique, les chiffres sont plutôt satisfaisants au regard des résultats retrouvés en population générale. Certains comportements sont peu rationnels, notamment les dépistages, ou la surconsommation médicamenteuse résultant de l'auto-prescription. Il apparaît une inquiétante détresse psychologique parmi les médecins. Les programmes d'aide sont les bienvenus.

Mots-clés : santé, médecin généraliste, prévention, comportement, santé somatique, santé psychique.

Discipline : Médecine générale