Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2013 **Thèse n°**

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 21 juin 2013 à Poitiers
par Mélanie PROD'HOMME
née le 20 janvier 1983 à Les Lilas

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)

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA

Membres : Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON
Monsieur le Docteur Eric BEN-BRIK

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur François BIRAULT

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le Doyen,

Année universitaire 2012 - 2013

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, cancérologie - radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie
15. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
16. EUGENE Michel, physiologie
17. FAURE Jean-Pierre, anatomie
18. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
19. FROMONT-HANKARD Gaëlle, anatomie et cytologie pathologiques
20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
29. HANKARD Régis, pédiatrie
30. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
31. HERPIN Daniel, cardiologie
32. HOUETO Jean-Luc, neurologie
33. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
34. IRANI Jacques, urologie
35. JABER Mohamed, cytologie et histologie
36. KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation **(détachement)**
38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino- Laryngologie
40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
43. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
44. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique **(surnombre)**
45. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie **(surnombre)**
46. MARECHAUD Richard, médecine interne
47. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
48. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
49. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
50. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
51. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
52. NEAU Jean-Philippe, neurologie
53. ORIOT Denis, pédiatrie
54. PACCALIN Marc, gériatrie
55. PAQUEREAU Joël, physiologie
56. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
57. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
58. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
59. POURRAT Olivier, médecine interne
60. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
61. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
62. RICHER Jean-Pierre, anatomie
63. ROBERT René, réanimation
64. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
65. ROBLOT Pascal, médecine interne
66. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
67. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
68. SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
69. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
70. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
71. TOUCHARD Guy, néphrologie
72. TOURANI Jean-Marc, cancérologie
73. WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
13. HURET Jean-Loup, génétique
14. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
15. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
16. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
17. MIGEOT Virginie, santé publique
18. ROY Lydia, hématologie
19. SAPANET Michel, médecine légale
20. THILLE Arnaud, réanimation
21. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

SCEPI Michel, thérapeutique et médecine d'urgence

Maîtres de Conférences associés de Médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VALETTE Thierry

Professeur certifié d'Anglais

DEBAIL Didier

Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, bactériologie - virologie

Professeurs émérites

1. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales
2. DABAN Alain, cancérologie radiothérapie
3. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
4. GIL Roger, neurologie
5. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
7. BOINOTCatherine, hématologie - transfusion
8. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex émérite)
9. BURIN Pierre, histologie
10. CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
11. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
12. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
13. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
14. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
15. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
16. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
17. GOMBERT Jacques, biochimie
18. GRIGNON Bernadette, bactériologie
19. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
20. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
21. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
22. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
23. MARILLAUD Albert, physiologie
24. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
25. PATTE Dominique, médecine interne
26. PATTE Françoise, pneumologie
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur José GOMES,
Professeur des Universités de Médecine Générale.

Vous nous faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.
Vous nous avez permis l'acquisition de compétences en médecine générale et inculqué les valeurs de la profession.
Soyez assuré de notre estime et de notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON,
Professeur des Universités, Chef de service de Psychiatrie Adulte du Centre Hospitalier et Universitaire de Poitiers.

Vous nous faites l'honneur de siéger à notre jury.
Votre regard de psychiatre est essentiel à l'évaluation de ce travail.
Veuillez recevoir le témoignage de notre gratitude.

A Monsieur le Docteur Eric BEN-BRIK,
Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier en Médecine du Travail.

Votre participation en tant que médecin du travail nous a paru indispensable.
Je vous remercie de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger cette thèse.

A Monsieur le Docteur François BIRAULT,
Maître de Conférences Associé de Médecine Générale.

Votre intérêt pour le sujet et vos conseils m'ont été précieux.
Je vous remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse, et de faire partie de son jury.

Aux membres du Département de Médecine Générale de Poitiers,
Pour vos conseils tout au long de cette étude, et la qualité de votre travail.

A Xavier,
Merci pour ton aide, NVivo n'est plus du chinois pour moi, grâce à toi !

A tous les médecins enquêtés,
Merci pour ce temps précieux que vous m'avez accordé, j'espère avoir su rester fidèle à vos pensées…

Aux enseignants,
De la faculté de Clermont-Ferrand, et du COGEMS de Poitiers, merci à vous pour la transmission de vos connaissances.

A mes maîtres de stages,
Docteurs Anne KERHARO, Vincent Brunet, Christophe BONNET, Bernard FRECHE, Bernard BATEJAT, et Anne BOTTET, merci pour votre patience et votre dévouement.

Aux équipes de soins,
Des urgences, de médecine interne et de pédiatrie de La Rochelle, de médecine B de Pointe à Pitre, merci pour ces moments partagés, prenez soin de vous.

A mes collègues,
Yannick, Virginie, Sylvie, je ne garderai que les bons souvenirs du Marais !

A ma famille,

Maman, Papa, vous m'avez toujours soutenue et avez toujours cru en moi, merci pour votre amour sans faille qui m'a amenée jusque-là.

Josselin, je suis si fière d'avoir un petit frère comme toi, merci pour toutes ces années où tu m'as « supportée », et pour notre complicité actuelle ; Hélène, ma belle-sœurette, ta présence ce jour me touche énormément, merci de rendre heureux mon frérot, et merci à vous d'avoir fait de moi une tata poule ! Morgan, tu es mon petit soleil, ne grandis pas trop vite, et sois le meilleur des grands frères…

Mamie Isabelle, que tu sois là ou pas aujourd'hui, je sais que tu penses à moi, et ça me suffit ; Papy Yves, merci d'être venu jusqu'ici, j'espère que ton nouveau chez toi te plaira ; Une pensée à Mamie Jacqueline, qui aurait été fière de moi, et à Papy Robert.

A Monique, Jean-Michel, Hélène, Nicolas, et Maxime, pour m'avoir accueillie dans votre famille, et pour tous les bons moments passés et à venir !

A mes amis,

Séb, ces 25 années d'amitié sont un cadeau rare de la vie ! Merci d'exister et d'avoir toujours été là, quoi qu'il arrive… Et surtout merci mille fois pour ton aide et tes conseils, sans toi, ce travail aurait une toute autre allure !

Elsa, Chloé, Maud, Sof, que vivent les pipettes ! Je vous aime !

Marion, merci d'avoir croisé mon chemin un jour ; Nanou, E.T. est toujours resté prêt de moi…

Tom, toutes ces années d'études auraient été bien plus fades sans toi ! La bise à Chantal !

Leila, un océan nous sépare, mais je pense très fort à toi, bon courage pour la dernière ligne droite… !

Babeth, je me suis trompée le premier jour, mais je sais à présent que tu es une des personnes les plus généreuses que j'ai connues, merci pour ton amitié si sincère.

Marjo, ma collègue adorée, merci pour tous ces beaux souvenirs, j'espère de tout cœur ne jamais te perdre de vue, je vous souhaite le meilleur à toi, Christophe et Léonie.

Julie, 당신을 사랑 합니다 내 좋아하는 플 라 멩 코 댄서!

Oliv et Mél, merci pour votre soutien cette année, prenez soin de votre petite Anna !

A Pierre,

Pour ton soutien, ta sérénité, (et ta patience !) Merci d'être toi.

ABREVIATIONS

AAPML : Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux

AFSP: American Foundation for Suicide Prevention

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

APSS : Association pour la Promotion des Soins aux Soignants

ARS : Agence Régionale de Santé

ASSPC : Association pour les Soins aux Soignants en Poitou-Charentes

BMA : British Medical Association

BMJ : British Medical Journal

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNOM: Conseil National de l'Ordre des Médecins

DMG: Département de Médecine Générale

EAPH: European Association for Physician Health

PAIMM : Programme d'Attention Intégrale pour le Médecin Malade

PAMQ : Programme d'Aide aux Médecins du Québec

ReMed : Réseau de soutien pour les Médecins

Réseau ASRA : Réseau d'Aide aux Soignants de Rhône-Alpes

SESMAT : Santé Et Satisfaction de Médecin Au Travail

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

SOMMAIRE

INTRODUCTION ET OBJECTIF 12
I. Avant-propos..... 12
II. La santé des médecins..... 13
A. Le médecin s'autogère..... 13
B. L'arrêt de travail..... 14
C. La souffrance des médecins 15
III. Le médecin qui soigne ses confrères..... 16
IV. « Médecin, guéris-toi toi-même »..... 16
V. Quelles solutions ?..... 18
A. A l'étranger 18
B. Au niveau national..... 20
C. L'association pour la Santé des Soignants en Poitou-Charentes..... 23
VI. Objectif et question de recherche..... 24

METHODE..... 26
I. Une étude qualitative..... 26
II. Echantillonnage..... 26
III. Entretiens..... 27
A. Guide d'entretien 27
B. Recueil de données..... 28
IV. Analyse..... 29

RESULTATS..... 30
I. Caractéristiques de l'échantillon et des entretiens..... 30
A. Données générales des entretiens..... 30
1. Durée 30
2. Lieu 30
B. Données générales de l'échantillon..... 31
1. Age et sexe 31
2. Exercice 31
II. Quand les médecins sont des patients..... 32
A. Suivi médical..... 32
1. Déclaration d'un médecin référent 32
2. Autogestion 33
3. Par des confrères 34
B. Accès aux soins 37
1. Avantages 37
2. Freins 38
a. Dus au patient-médecin 38

b. Dus au soignant consulté 39
c. Dus au système 41
C. Attentes en termes de soins…… 42
1. De la part des soignants 42
2. Du système 44
D. Résumé…… 45
III. Quand les médecins soignent des soignants…… 46
A. Aspects positifs…… 46
B. Difficultés…… 47
1. Dues au soignant-patient 47
2. Dues au soignant de soignant 48
C. Comparatifs…… 49
D. Motifs de consultation…… 49
E. Soigner des médecins…… 50
1. Constats 50
2. Quels médecins ? 50
3. Quelle prise en charge ? 51
F. Résumé…… 52
IV. Attentes d'un réseau de soins pour les soignants…… 53
A. Organisation…… 53
B. Offre de soins …… 54
C. Garanties du réseau…… 55
D. Intervenants du réseau…… 56
E. Résumé…… 57
V. Avis concernant le projet de réseau…… 59
A. Etonnement…… 59
B. Favorables…… 59
C. Scepticisme…… 60
D. Défavorables…… 60
E. Grands thèmes…… 61
1. Alias anonyme 61
2. Ligne téléphonique 63
3. Consultation de prévention 64
4. Médecine du travail 64
5. Tiers-payant intégral 65
6. Tutorat professionnel 66
7. Signalement 66
8. Formation de soignant de soignant 67
F. Adhérer au réseau …… 68
1. En tant que patient 68
2. En tant que soignant de soignant 69

G. Résumé 70

DISCUSSION..... 71
I. De la méthode..... 71
A. Echantillonnage..... 71
B. Recrutement..... 71
C. Méthode de recueil..... 72
D. Guide d'entretien..... 72
E. Réalisation des entretiens..... 72
F. Analyse des données..... 73
II. Des résultats..... 74
A. Un projet conforme aux besoins des médecins..... 74
1. Médecin référent 74
2. Suivi médical et prévention 75
3. Médecine du travail 75
4. Assistance téléphonique 76
5. Formation des soignants 76
B. Un réseau qui doit s'adapter aux attentes.....78
1. Accès au réseau 78
2. Offre de soins 79
3. Médecine du travail et consultation de prévention 80
4. Anonymat 81
5. Paiement des honoraires 82
6. Signalement 82
C. Un projet qui a des limites 83
1. Faisabilité 83
2. Adhésion des médecins 84
3. Des attentes hors de portée du réseau ? 86
CONCLUSION..... 88
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES..... 90
ANNEXES..... 95
Annexe 1 : Dispositifs de soins pour les médecins dans le monde..... 95
Annexe 2 : Guide d'entretien..... 101
Annexe 3 : Entretiens (format CD)
Annexe 4 : Analyse thématique des entretiens (format CD)

RESUME..... 103

Aux Soignants,

et à ceux qui les soignent,

INTRODUCTION ET CONTEXTE

I. Avant-propos

En France, une surveillance médicale est prévue pour les médecins salariés, par des services de santé au travail. Pour les médecins libéraux, en revanche, il n'existe aucune démarche nationale de suivi médical, à part pour le cas des travailleurs non-salariés susceptibles d'être exposés à un risque dû aux rayonnements ionisants (1).

Ces dix dernières années, de nombreuses thèses de doctorat de médecine ont étudié, de manière quantitative ou qualitative, la façon dont les médecins prennent en charge leur santé en France. Les résultats se rejoignent d'une région à l'autre. Le médecin ne déclare que rarement un médecin référent autre qu'un de ses associés ou lui-même, et s'il le fait, cela se limite le plus souvent à une démarche administrative (2–4). Il ne consulte pas ou très rarement son confrère généraliste, et préfère le plus souvent avoir recours à l'auto-surveillance et à l'auto-prescription, avant de se diriger vers un spécialiste d'organe (3,5).

Les recommandations de prévention semblent être suivies par les médecins de manière équivalente voire plus favorable que la population générale (6). Mais en cas de maladie, organique ou psychique, on assiste à des retards de diagnostic et de prise en charge majeurs, pouvant avoir des conséquences sur la santé du praticien, mais également sur ses capacités à exercer (3).

Le Conseil de l'Ordre des Médecins a souligné le problème à plusieurs reprises (7–9), et a proposé des solutions, s'inspirant de modèles étrangers (9). Une prise de conscience semble apparaitre en France, qui s'illustre par la mise en place de dispositifs d'assistance et de soins aux médecins (10–14).

II. La santé du médecin

A. Le médecin s'autogère

Depuis 2004, en France, la loi prévoit qu' *« Afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans ou plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci. (…) Le médecin traitant choisi peut être un généraliste ou un spécialiste. Il peut être un médecin hospitalier.»* (15). L'article n'évoque pas le cas des médecins, et ne leur interdit donc pas l'auto-déclaration.

F. Nouger, en 2004, a analysé par le biais de questionnaires, la prise en charge de la santé de 255 médecins généralistes de la Vienne (16). Seulement 13,3% d'entre eux avaient déclaré un médecin traitant. Dans sa thèse, D. Portalier a interviewé, en 2008, 15 médecins généralistes de la région Rhône-Alpes ayant été confrontés à la maladie (5). Parmi eux, 12 étaient leur propre médecin traitant, 2 avaient déclaré un spécialiste d'organe, et 1 son associé. Ils avançaient comme explications une gêne à consulter leurs confrères, un manque de temps, ou la crainte d'un défaut de confidentialité. Ils regrettaient le fait de ne pas être «*des patients normaux*», et de ne pas pouvoir s'arrêter de travailler facilement.

En 2011, S. Bonneaudeau et M. Lhôte ont travaillé conjointement sur le thème de la santé des médecins, en réalisant une double étude qualitative (3,17). La première s'est intéressée à la façon dont 13 médecins de la région Ile de France ont pris en charge leur santé au cours d'une maladie (3). Les principales difficultés que ces professionnels ont rencontrées dans leurs rapports avec leurs confrères soignants ont été : le manque de confiance (*« Il faut encore que je fasse du travail pour faire confiance à des médecins extérieurs et que je connaitrais pas comme ami »*), le manque de temps: (*« Les jours où il recevait ne convenait pas à mes horaires »*), la peur de gêner (*« Je voulais pas les embêter »*), et la difficulté à choisir un soignant (*« C'est difficile de se trouver un confrère, est-ce qu'on va voir quelqu'un qu'on connait dans le réseau que vous croisez par ailleurs ? Est-ce que vous allez voir un médecin qui est complètement ailleurs avec qui vous aurez jamais à faire en tant que confrère ? C'est délicat ».*)

Sur les 13 médecins interviewés en entretiens individuels, 4 s'étaient auto-déclarés médecin référent, 4 autres avaient déclaré un ami ou un conjoint, 2 un associé, et 3 un médecin extérieur. Seuls 3 d'entre eux consultaient leur médecin traitant. Pour expliquer cela, un informateur a déclaré : *« On prend des nouvelles l'un l'autre, on a une relation qui est trop*

intime même si on ne s'appelle pas tous les jours, on dîne pas ensemble, mais on a dépassé une bonne distance thérapeutique».

B. l'Arrêt de travail

En cas de maladie, l'arrêt de travail est souvent tardif et difficile à prendre pour le médecin, pour plusieurs raisons (3,5).

Le médecin libéral doit s'organiser, parfois dans l'urgence, pour être remplacé, afin de garantir le suivi de ses patients, et d'éviter une surcharge de travail à ses confrères. La CARMF ne prévoit le versement d'indemnités journalières qu'à partir du 90ème jour d'arrêt de travail (18). Chaque praticien doit souscrire une prévoyance pour être indemnisé convenablement.

En 2001, une enquête qualitative nord-irlandaise a été réalisée auprès de 27 médecins généralistes, interviewés afin d'étudier leurs attitudes en cas de problème personnel de santé, et en cas de maladie de leurs confrères (19). Une « conscience professionnelle » envers leurs patients et leurs confrères semblait expliquer leur tendance à poursuivre leur exercice malgré la maladie, et à en attendre de même de leurs associés. Les thèmes issus de l'analyse des entretiens individuels et collectifs ont permis l'élaboration d'un «*contrat informel»*, qui a été présenté aux médecins interviewés :

« Je m'engage à protéger mes associés des conséquences de mes maladies. Ceci inclut de devoir me couvrir et payer des remplaçants. Je protégerai mes associés en travaillant malgré n'importe quelle maladie jusqu'au point d'être incapable de marcher. Si je dois m'arrêter de travailler, je reviendrai le plus tôt possible. Je m'attends à ce que mes associés fassent de même et me réserve le droit de les mettre mal à l'aise s'ils violent ce contrat.

Pour respecter le contrat, j'agirai en supposant que tous mes associés sont assez sains pour travailler à tout moment. Ceci peut signifier que de temps en temps il est approprié d'ignorer l'évidence de leur détresse physique et mentale et méconnaître certaines menaces à leur santé. Je m'attendrai aussi à ce que mes associés ne me signalent pas ma propre détresse quand je travaille en étant malade. »

Certains participants ont nié leur accord avec ce contrat, et dénoncé sa destructivité. D'autres se sont reconnus comme en étant de possibles corédacteurs, mais se sentaient

impuissants à le changer. Le document a été par la suite présenté à quatre autres groupes de médecins généralistes, qui ont confirmé qu'il reflétait leur quotidien.

C. La souffrance des médecins

En 2008, une enquête a étudié la santé des médecins généralistes de cinq régions françaises (20). D'après les résultats, plus d'un généraliste sur dix était en détresse psychologique et les idées et projets de suicide ne variaient pas selon l'âge, mais étaient plus fréquents parmi les médecins exerçant seuls. En 2009, selon le rapport de la CARMF, la première cause d'invalidité chez les médecins en France était représentée par les affections psychiatriques à 39,76 %, et 17,4% des médecins ayant touché des indemnités journalières étaient atteints de troubles mentaux (21). En Poitou-Charentes, sur les 44 médecins bénéficiant d'indemnités journalières en 2011, la première place revenait aux 10 praticiens souffrant de troubles mentaux et du comportement, soit 22,7% (*source CARMF*). Une revue de la littérature étrangère concernant le suicide des médecins a retrouvé un taux de suicide élevé par rapport à la population générale, en particulier chez les femmes (22). Le Docteur Léopold, médecin généraliste conseiller ordinal des médecins du Vaucluse et vice-président de la CARMF, a recensé en 2003 le nombre de suicides survenus en 5 ans sur une population de 42 137 médecins actifs de 26 départements (23). Il en a dénombré 69 sur 492 décès, soit une incidence de 14%. L'incidence du suicide dans la population générale était de 5,6% pour la population d'âge comparable (35-65 ans) en 1999. Les marqueurs de risque qu'il a identifiés sont les conduites addictives (alcool et médicaments essentiellement), le divorce, les difficultés financières (dont retard de paiement des cotisations à l'Ordre ou à la CARMF), les contentieux administratifs, judiciaires ou ordinaux (subis ou provoqués) et la maladie (physique ou mentale). L'*AFSP* (*American Foundation for Suicide Prevention*) a établi un profil du médecin à haut risque suicidaire la même année, qui retrouvait les mêmes facteurs (24,25).

Suite à son étude, le Dr Léopold a proposé quelques pistes pour lutter contre la souffrance des médecins : mettre en place des structures de soins réservées aux médecins, permettre aux professionnels de se soigner et reprendre le travail dans des conditions acceptables, créer une médecine du travail libérale.

III. Le médecin qui soigne ses confrères

Parallèlement, un médecin, lorsqu'il se retrouve face à un confrère malade, est le plus souvent gêné par la situation. M. Lhôte a réalisé, en parallèle du travail de S. Bonneaudeau, une étude qualitative qui a permis de repérer les difficultés rencontrées par 20 praticiens d'Ile de France de différentes spécialités, exerçant en ville ou à l'hôpital, et qui avaient eu l'occasion de soigner des confrères malades (3,17). Ils ont évoqué des problèmes de connivence (*« quand ça touche un confrère, il y a aussi une question de proximité. Un confrère c'est quelqu'un qui nous ressemble, dont on est plus proche, donc quelque part ça nous touche plus »*), d'interférence du savoir (*« quand c'est des médecins en activité, comme il y a un partage du savoir, il y a une difficulté supplémentaire »*), de distanciation (*« donc je ne veux pas le traiter comme un patient X ou Y »*), de crainte du jugement (*« d'avoir un médecin en face de soi, on se sent jugé(…) on sait qu'il « nous attend au tournant »*), et d'identification à l'autre, de transfert (*«moi je suis l'autre puisque l'autre est comme moi, ce qui est une difficulté supplémentaire de soigner un autrui semblable »*).

Le Professeur Charles Msika, chirurgien orthopédique à Paris, interrogé sur le sujet par le Quotidien du Médecin en 2006, a expliqué que «*soigner, opérer un confrère est souvent difficile*». «*Il y a une charge émotionnelle forte, c'est comme si on soignait un membre de la famille.*» (26)

IV. « Médecin, guéris-toi toi-même »

Le mot *Médecin* provient du latin *Medicus* qui signifie « *apte à guérir* ». Un médecin doit donc être capable de soigner son prochain, mais cela implique-t-il qu'il peut, ou qu'il doit être apte à se guérir lui-même, à assurer son propre suivi médical et, en cas de maladie, à établir lui-même un diagnostic et décider de son traitement ?

En 1794, dans son ouvrage intitulé *Medical Ethic,* Thomas Percival, médecin anglais, a considéré que: *« Un médecin atteint de maladie est habituellement un juge incompétent de sa propre situation »* (27). Deux-cents ans plus tard, le Docteur Gatt, médecin israélien, a donné sa réponse à la question dans la revue *BMJ*, après avoir relaté sa propre expérience et

celle de son supérieur hiérarchique face à la maladie : « *Un médecin qui se soigne lui-même a un mauvais docteur* » (28).

Si on reprend les résultats de la thèse de F. Nouger, en 2004, 39,2% des 255 médecins qu'il a interrogés par questionnaire pensaient ne pas prendre correctement en charge leur santé, et 57,3% d'entre eux considéraient avoir une prise en charge moins bonne (39%), voire nettement moins bonne (19,2%) que celle de leurs patients (16). Dans la thèse de M. Gillard, en 2006, seulement 44% des 386 médecins franciliens ayant répondu au questionnaire estimaient avoir un bon suivi médical (29). 36% des médecins considéraient leur suivi médical comme étant moyen et 17% comme mauvais.

Dans le travail en binôme de S.Bonneaudeau et M.Lhôte, les constats des médecins ayant été malades, et de ceux qui avaient soigné des médecins malades se recoupaient (3,17). Ils ont évoqué:

- Un retard dans la prise en charge : (i) un médecin malade *: « J'ai vécu longtemps avec mes symptômes sans m'apercevoir que c'était une dépression »* ; (ii) un médecin de médecin : *« Il y a eu un retard indiscutable à la prise en charge initiale, parce qu'il se négligeait, parce qu'il n'a pas fait la démarche d'aller consulter, il a laissé trainer… »*
- Un manque d'objectivité : un médecin malade : *« On va banaliser les symptômes ou au contraire on va tout de suite penser au pire »*
- Menant à la multiplication des examens complémentaires par auto-prescription *:* un médecin de médecin *: « j'ai vu plusieurs des docteurs qui arrivent en consultation avec un gros dossier sous le bras, m'expliquant qu'ils ont tel ou tel symptôme, et qu'ils se sont fait faire tel, tel et tel examen »*
- Ou à la négligence des symptômes : (i) un médecin malade *: « J'aurais encore décalé d'une semaine et comme c'était un copain il m'a pris sans RDV » ;* (ii) un médecin de médecin *: « il se plaint de douleurs thoraciques, mais lui-même se dit que ce n'en est pas un, qu'il n'y croit pas trop, du genre « ça n'est probablement pas grand-chose » avec une grande négligence de sa part des symptômes »*
- Voire au déni de la maladie: (i) un médecin malade *: « J'ai fait l'autruche »* ; (ii) un médecin de médecin *: « un problème psychologique, là les choses sont souvent plus compliquées parce que le médecin est dans le déni »*

Suite à l'expérience de la maladie, certains médecins interviewés disaient faire preuve d'une vigilance accrue (*« Je serai plus méfiant, j'irai voir un collègue un peu plus facilement*

maintenant »). Ils avaient compris les limites de l'autogestion *: « J'ai pas de stéthoscope assez long pour m'ausculter le dos moi-même ».*

V. Quelles solutions ?

A. A l'étranger (Annexe 1)

Des initiatives ont été prises dans de nombreux pays étrangers, sous la forme de programmes de soins, destinés en particulier aux médecins souffrant de troubles psychiatriques, ou addictifs.

Au Québec, le *Programme d'Aide aux Médecins du Québec (PAMQ*) est un organisme autonome à but non lucratif, qui propose depuis 1990 une aide aux étudiants en médecine, résidents, médecins, et dans certains cas aux membres de leur famille proche, souffrant d'addictions ou de problèmes d'ordre psychologique (30). Les médecins peuvent contacter par mail ou téléphone leurs confrères du *PAMQ* pour leur demander une intervention d'aide et de soins auprès d'eux s'ils sont malades, ou des conseils pour assister des confrères en souffrance. Selon le rapport d'interventions du *PAMQ*, l'organisme a répondu à 593 nouvelles demandes entre 2010 et 2011, et cela de manière gratuite et strictement confidentielle (31). Une étude s'est intéressée aux opinions des utilisateurs du Programme, et 90% des enquêtés l'ont jugé bon à excellent (32).

Les services européens dédiés à la santé des médecins sont rassemblés par *l'European Association for Physician Health* (*EAPH*), créée en 2009 (33). L'EAPH vise à encourager le soutien pour les médecins en difficulté à travers l'Europe en fournissant un forum pour : partager des expériences et pratiques sur la prise en charge des médecins par des médecins ; influencer et encourager le développement de services de santé pour les médecins ; entreprendre des recherches sur la santé et le bien-être des médecins.

En Espagne, depuis 1998, le *Programme d'Attention Intégrale pour le Médecin Malade (PAIMM),* créé par le Conseil de l'Ordre des Médecins de Barcelone, par le Département de Santé et de Sécurité Sociale de la Generalitat de Catalogne et le Service Catalan de Santé, intervient également en écoutant et portant assistance aux médecins souffrant de problèmes psychiques ou de comportements addictifs (34). L'objectif de ce dispositif est de permettre aux médecins malades de poursuivre leur exercice dans les meilleures conditions

possibles, en suivant un traitement adapté, et d'assurer ainsi la sécurité des patients. À partir de l'expérience du *PAIMM*, le Conseil de l'Ordre des Médecins de Catalogne créa la *Fondation Galatea* dans le but de, non seulement gérer le *PAIMM*, mais aussi de porter à terme l'analyse et l'étude de situations liées à la santé du médecin et d'autres professionnels de santé (35). Le *PAIMM* peut proposer aux médecins une prise en charge en ambulatoire, mais aussi un accueil en hôpital de jour ou en hospitalisation dans un service privé, réservé aux médecins, dont le nom et l'adresse sont gardés secrets afin de garantir la plus grande confidentialité.

En Grande-Bretagne, la *British Medical Association* (*BMA*) a mis en place un service téléphonique de conseils aux médecins et aux étudiants en médecine (36). A côté de cela, de nombreux services indépendants ont créé leur propre réseau d'écoute, de soutien téléphonique, ou de prise en charge des médecins malades. Le site *Health for Health Professionals* tient à jour la liste des différents organismes, en les classant selon qu'ils concernent la prise en charge des troubles mentaux, des troubles musculo-squelettiques et cutanés d'origine professionnelle, ou les addictions (37).

En Suisse, une enquête a été menée en 2002 par un petit groupe de médecins libéraux qui s'est intéressé à la santé des médecins de premier recours en Suisse (38). Elle a démontré que s'ils se portaient encore assez bien par rapport à d'autres études internationales, les médecins de premiers recours étaient inquiets pour leur avenir et exposés à un certain niveau de stress favorisant l'épuisement professionnel. Les recommandations tirées de cette étude ont préconisé la prévention et le dépistage précoce des symptômes du burnout et la mise en place de structures d'entraide, ainsi que de programmes de formation continue sur la santé des médecins. Cinq ans plus tard, le Réseau pilote *ReMed (Réseau de soutien pour les Médecins)* a ouvert (39). Il propose depuis fin 2010 un soutien à l'ensemble des médecins suisses en détresse, grâce à une équipe de soignants formés à l'écoute de leurs confrères, joignables 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 par le biais d'un numéro d'appel gratuit. En 2011, plus de cent praticiens ont demandé de l'aide au réseau.

En Norvège, une clinique réservée aux médecins, *Villa Sana*, a ouvert ses portes en 1998. Elle est gérée par l'Association Médicale Norvégienne, et propose aux médecins en souffrance psychologique de passer une journée entière en tête à tête avec un conseiller ou un séjour

d'une semaine par groupe de huit. Le médecin a le choix de venir seul ou accompagné de son conjoint. Une étude a prouvé son utilité en démontrant que ce programme parvient à atteindre la population médicale qui a le plus besoin d'aide (40).

B. Au niveau national

- Conseil de l'Ordre des Médecins

En, 2000, au terme de son rapport « *L'aptitude à l'exercice médical et la santé du médecin*», le Docteur Delga insistait sur trois points : (i) l'impérieuse nécessité d'une évaluation de l'aptitude physique et mentale des étudiants en médecine avant qu'ils ne s'engagent dans l'irréversible voie du troisième cycle ; (ii) l'intérêt d'un suivi médical du médecin en exercice, pour sa propre sécurité comme pour la sécurité des patients dont il a la charge, (iii) que le médecin malade puisse être pris en charge comme tous les patients, en particulier avec confidentialité totale… *« Et il n'est pas illusoire d'envisager une structure régionale qui pourrait veiller à la santé du médecin, faciliter son exercice professionnel en cas de difficultés, et protéger matériellement sa famille »* (8).

Huit ans plus tard, le Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 28 juin 2008, intitulé « *Le médecin malade* », a précisé que ces conclusions étaient encore d'actualité, et a proposé des solutions à l'amélioration de la prise en charge de la santé des médecins : (i) encadrer et limiter l'auto-prescription ; (ii) convaincre les médecins à déclarer un confrère comme médecin traitant et de le consulter ; (iii) former des médecins à assister leurs confrères, en créant une cellule de soutien auprès de laquelle le signalement d'un médecin malade serait possible ; (iv) rendre obligatoire la souscription d'une prévoyance et la révision régulière de celle-ci par les assurances ; (v) créer une visite médicale régulière et/ou obligatoire auprès de médecins formés à soigner leurs confrères (9).

Pour aller plus loin, ils ont envisagé la création : (i) d'un service social national de soutien professionnel ; (ii) d'un « bouclier prévoyance » pour compléter les contrats d'assurance individuels ; (iii) d'une évaluation professionnelle ayant pour objectif un reclassement ou une réorientation professionnelle ; (iv) d'une banque d'emplois potentiels régionale ; (v) d'une structure de dépistage précoce et de soutien formée de médecins volontaires.

- Associations françaises (Annexe 1)

En France, un net retard par rapport à nos voisins étrangers peut être constaté. Le Docteur Galam en a donné une explication : « *Un médecin malade est en quelque sorte un «traître» aux critères d'exigence qui fondent son entrée dans la confrérie. De plus, le médecin craint d'être ridiculisé voire discrédité s'il avoue ses difficultés de santé… »* (41).

Martin Winckler a tendu une perche à l'ensemble de ses pairs en brisant le tabou sur la souffrance des médecins (42). Dix ans plus tard, le Professeur Hammel a fait le récit du vécu de sa maladie et de son expérience face au cancer (43). Le Docteur Estryn-Behar, médecin du travail, a étudié de près la santé des soignants tout au long de sa carrière. Elle a fait une revue des études réalisées au niveau international au sujet de la santé des médecins (44). En conclusion, elle a remarqué que si de nombreuses enquêtes mettaient en avant des problèmes de santé dans la population médicale, la question restait très sous-estimée en France. Elle a précisé que la création d'une structure de prévention des risques professionnels des médecins était nécessaire, et que le développement d'une médecine du travail dédiée aux médecins aurait beaucoup d'avantages.

Progressivement, une prise de conscience de la souffrance psychologique des médecins, et de leur détresse en cas de maladie a commencé à apparaitre. Grâce à cela, des dispositifs d'aide et de soins aux médecins ont été créés sur le territoire français ces dix dernières années.

L'*AAPML* (*Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux*) a mis en place en 2005 le premier dispositif d'écoute téléphonique, d'accompagnement et de soutien psychologique spécialement dédié aux médecins libéraux d'Ile-de-France (10). Grâce à des fonds publics (Agence Régionale de Santé Ile de France) et au soutien de plusieurs URML (Unions Régionales des Médecins Libéraux), l'offre s'est étendue depuis peu à l'ensemble des médecins libéraux de France et aux chirurgiens-dentistes d'Ile de France. L'objectif à terme est de pouvoir répondre à l'ensemble des professionnels de santé en France. Une collaboration avec la PSYA, société spécialisée dans l'assistance psychologique, a permis la mise en place d'une plate-forme d'écoute accessible 24h/24 et 7j/7, garantissant anonymat et confidentialité aux appelants grâce à un identifiant communiqué lors du premier appel. Des psychologues cliniciens, formés au soutien et à l'accompagnement par téléphone,

répondent aux médecins en détresse et peuvent les orienter si besoin vers des professionnels adaptés. L'*AAPML* organise également des interventions auprès d'étudiants en médecine ou de professionnels en exercice pour parler de la souffrance et de la santé des soignants et faire la promotion de l'association.

L' *APSS* (*Association pour la Promotion des Soins aux Soignants*), créée en 2009 par la CARMF, le CNOM et le Groupe Pasteur Mutualité, vise à promouvoir les actions de prévention en matière de pathologie psychique et addictive chez les médecins, à en envisager la prise en charge médicale et sociale, et à favoriser l'ouverture de centres de soins dédiés à ces malades. L'association regroupe comme membres actifs les différents Ordres professionnels de santé, et syndicats médicaux, dentaires et infirmiers (11).

Le premier service de médecine préventive pour les médecins libéraux a ouvert en 2010 en Haute-Normandie (14). *IMHOTEP* est une association de loi 1901, à but non lucratif, indépendante, et garante de confidentialité. Elle propose aux médecins libéraux de consulter un médecin de prévention pour se prêter à une évaluation de leurs facteurs de risque personnels et professionnels, à un examen clinique complet, et si besoin, à des examens complémentaires et à des rappels de vaccination. En cas de nécessité, une orientation vers un spécialiste généraliste ou d'organe, ou vers des paramédicaux peut être prescrite ou conseillée.

Depuis le début du mois de mai 2012, le *Réseau ASRA* (Réseau d'Aide aux Soignants de Rhône-Alpes), association régie par la loi de 1901, a mis à la disposition des médecins de la région une ligne téléphonique et un contact email, qui leur donne la possibilité d'être écoutés, 24h/24 et 7j/7, par des confrères volontaires (13). A ce jour, 38 « confrères de soutien » assurent le relai téléphonique et email, et peuvent diriger leurs confrères en souffrance professionnelle ou personnelle vers 49 personnes ressources (psychologues, addictologues, avocats, conseillers juridiques) en cas de besoin.

- Projet inabouti

Le Professeur Carayon, médecin retraité et président de l'*ANPAA* (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie), a lancé en 2003, à la demande du Conseil de l'Ordre, le projet de la première structure d'addictologie réservée aux professionnels de santé (45). Elle aurait dû ouvrir ses portes en 2010 au CHU de Besançon. Elle devait être constituée de 32 lits de post-cure dont la moitié aurait été ouverte à tous, et l'autre réservée aux soignants, ainsi que de 10 lits de cure qui auraient pu être utilisés par les uns et les autres. Une équipe soignante composée d'un médecin addictologue, de psychologues, de kinésithérapeutes et d'un art-thérapeute, tous formés à la prise en charge des soignants, avait été envisagée. Une première estimation des besoins en 2006 avait évalué à environ 300 le nombre de médecins français susceptibles de faire appel à une telle structure. A ce jour, le projet n'a toujours pas abouti, faute de financement.

C. L'Association pour la Santé des Soignants en Poitou-Charentes

Au sein de la région Poitou-Charentes, un projet de Réseau de Soins est en cours d'élaboration. Il est soutenu par les différents Ordres professionnels des médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes, pédicures-podologues, et par l'ARS (Agence régionale de santé). Le but final est de créer un *Réseau de soin régional* destiné *à l'ensemble des soignants*.

En voici le projet :

- Pour devenir *Patient* au sein du réseau, chaque soignant devrait : (i) être inscrit à un Ordre professionnel ; (ii) choisir un médecin référent au sein du réseau ; (iii) se rendre à des consultations obligatoires de prévention au prêt de son médecin traitant, et de médecine du travail.
- Il bénéficierait : (i) de la possibilité de consulter sur rendez-vous son médecin référent qui pourrait l'orienter vers des spécialistes d'organe ou paramédicaux du réseau; (ii) d'un alias anonyme ; (iii) d'un système de tiers-payant intégral ; (iv) de l'aide d'un tuteur pour son organisation professionnelle ; (v) et d'un dispositif d'écoute téléphonique 24h/24 et 7j/7.

- Le « *soignant de soignant »*, pour intégrer le réseau, devrait : (i) être inscrit à un Ordre professionnel ; (ii) suivre une formation initiale et continue de soignant de soignant ; (iii) pratiquer le tiers-payant intégral ; (iv) utiliser le matériel informatique mis à sa disposition ; (v) être patient du réseau.
- Il bénéficierait : (i) d'une formation rémunérée ; (ii) du règlement des consultations par un tiers-payant et selon une nomenclature spécifique ; (iii) de la mise à disposition des outils informatiques du réseau.

Le 21 janvier 2013, le premier conseil d'administration de l'*ASSPC* a procédé à l'élection de son bureau. L'Association de loi 1901 a été inscrite au Journal Officiel le 16 février 2013.

Dans un premier temps, elle s'adressera à tous les médecins, quelles que soient leurs conditions d'exercice, ainsi qu'aux retraités. L'association va œuvrer pour proposer un numéro d'appel unique aux médecins de la région Poitou-Charentes. Selon leur demande, l'association devra apporter une réponse adaptée. Si elle est d'ordre médical, elle fera appel à des médecins généralistes ou spécialistes volontaires, ayant signé la charte proposée par l'association, et qui seront formés à soigner les soignants. La charte est destinée à assurer au soigné une confidentialité absolue dans sa prise en charge, et à lui garantir une prise en charge de qualité de la part des soignants. Elle met l'accent sur l'importance de la *formation*, de la *rémunération* et de l'*évaluation* des soignants de soignants.

VI. Objectif et question de recherche

De nombreuses thèses se sont penchées sur la santé des médecins, et sur les freins qui les empêchent de consulter leurs confrères (2–5,16,17,29,46). Peu de travaux se sont consacrés à la recherche et l'étude de solutions pouvant améliorer le suivi et la prise en charge des soignants (47–49).

Un séminaire intitulé « *Epuisement professionnel : l'éviter pour mieux soigner*», organisé à Poitiers en mai 2011, a réuni une vingtaine de médecins généralistes de la région Poitou-Charentes. Au cours de la deuxième journée, les participants, répartis par 3 ou 4, ont été invités à imaginer les caractéristiques d'un réseau de soin destiné à la prise en charge des médecins. Dans un deuxième temps, chaque groupe a présenté ses idées collectivement, et une discussion générale a permis de mettre en avant les attentes de ces soignants d'un

réseau qui leur serait dédié. Pour finir, après que les grandes lignes du *projet* existant de « Réseau de Soignants de Soignants » aient été présentées à l'ensemble des participants, chacun a pu s'exprimer et donner son avis à son sujet. Les réactions ont été très variées. Si certains professionnels se sont montrés très enthousiastes, d'autres ont fait preuve d'un plus grand scepticisme, mais ils se sont dans l'ensemble montrés intéressés et se sont investis sur le sujet.

A partir de ces constatations, il a paru essentiel de créer un réseau qui répondrait au mieux aux attentes de ses acteurs principaux : le médecin en tant que *Soigné*, et le médecin en tant que *Soignant*, en répondant à cette question : ***En quoi et comment un réseau de soins dédié aux soignants peut-il répondre aux attentes des médecins de la région Poitou-Charentes ?***

Pour répondre à cette question de recherche, et adapter une organisation aussi novatrice aux expectatives des médecins, il semblait indispensable de connaitre leurs besoins en termes de soins et d'analyser leurs attentes et opinions concernant un tel projet. L'objectif de ce travail est donc de ***déterminer les attentes et les avis des médecins du Poitou-Charentes concernant la création d'un Réseau de Soins pour les Soignants***.

METHODE

I. Une étude qualitative

L'objectif de ce travail n'est pas de mesurer une variable ou de tester une hypothèse, mais bien d'explorer les pensées des médecins et de mettre à jour leurs attentes et avis concernant un projet de Réseau de Soignants de Soignants (50). La recherche qualitative permet de générer une hypothèse à partir de faits observés, par une démarche interprétative et inductive (50). Impliquant un contact personnel des chercheurs avec les sujets de la recherche, elle s'est révélée être la plus adaptée pour comprendre et interpréter les comportements et représentations des acteurs de soin (51).

La question de recherche implique le développement d'une théorie, à partir de l'analyse de données récoltées sur le terrain (théorisation ancrée, ou « grounded theory ») (50). Plusieurs types de recueil de données existent en recherche qualitative (observation, entretien individuel ou de groupe). La première méthode envisagée a été celle des entretiens collectifs ou « focus group ». Après discussion au sein de l'équipe de recherche du Département de Médecine Générale (DMG) de Poitiers, une récolte de données par entretiens individuels semi-directifs a été finalement adoptée. L'étude traitant d'un sujet pouvant amener l'enquêté à parler de sa vie privée, il a été considéré que les entretiens de groupe risquaient de limiter la prise de parole d'informateurs peu enclins à évoquer la prise en charge de leur santé devant leurs confrères (50).

II. Echantillonnage

L'échantillonnage en recherche qualitative consiste à sélectionner un certain nombre de cas considérés comme prometteurs pour l'étude en cours (52). Il ne recherche pas une représentativité statistique, et peut évoluer au cours de l'étude (50). Ainsi, il a été décidé, après deux premiers entretiens de médecins généralistes libéraux, d'étendre l'étude aux autres spécialités, aux médecins retraités et non installés, ainsi qu'aux salariés. La population cible était donc *l'ensemble des médecins exerçant ou ayant exercé dans la région Poitou-Charentes*. L'échantillonnage a été réalisé en variation maximale (échantillonnage

théorique), afin de recueillir les perceptions et opinions des médecins les plus diversifiées possibles (50).

Les variables d'échantillonnage, et leurs classes respectives, parues pertinentes sont :

- l'âge du praticien, classes : < 40 ; 40 à 60 ; > 60 ans ;
- le sexe ;
- la spécialité : médecin généraliste ; spécialiste d'organe
- le mode d'exercice : libéral ; salarié ; mixte
- le mode d'installation : seul ; en groupe ; remplaçant ; retraité
- le lieu d'exercice : rural ; semi-rural ; urbain
- le département d'exercice : les 4 départements du Poitou-Charentes
- la durée d'exercice : <10 ans ; 10 à 20 ans ; >20 ans
- le rythme de travail : < 30h ; 30 à 40 h ; > 40h

La première méthode de recrutement choisie, et qui a permis la réalisation des quatre premiers entretiens, a été l'envoi d'un courrier aux médecins sélectionnés. Cette lettre expliquait très succinctement l'étude et son objectif, et annonçait l'appel téléphonique du chercheur dans les jours à venir. Les inconvénients coût et temps ont décidé, par la suite, l'enquêteur à recruter directement les potentiels participants par téléphone.

III. Entretiens

A. Guide d'entretien (Annexe 2)

Pour étudier et comprendre ce qu'attend la population médicale de la mise en place d'un réseau de soins s'adressant aux médecins, et l'amener à se représenter en tant que médecin soigné, ou médecin soignant au sein du réseau, plusieurs questions méritent d'être posées.

Tout d'abord, il est nécessaire de savoir comment les médecins prennent en charge leur santé. Consultent-ils des confrères, lesquels, et selon quels critères les choisissent-ils ? Ont-ils un médecin référent, et pourquoi ? Qu'est-ce qui les freine à demander un avis extérieur?

D'autre part, il est intéressant de connaitre leurs expériences en tant que soignant de soignant. Ont-ils eu l'occasion d'être consultés par d'autres soignants, y compris d'autres

médecins ? Comment établissent-ils ces relations de soins ? Quel ressenti ont-il de ces consultations ?

Ensuite, il parait pertinent de laisser les intéressés imaginer une organisation de soins spécialisée à leur prise en charge. Peuvent-ils concevoir un système de soins régional pour les médecins ? Qu'en attendraient-ils, et comment est-ce que cela pourrait fonctionner?

Dans un dernier temps, après leur avoir présenté le projet de réseau, il est essentiel de connaitre l'avis des enquêtés à son sujet. Que pensent-ils du projet et de ses différents termes ? Quels en sont pour eux les avantages ? Et les inconvénients ? Seraient-ils prêts à y adhérer ? En tant que patient ? En tant que soignant de soignant?

Cette démarche de questionnement a permis l'élaboration d'un premier guide d'entretien, basé sur des questions ouvertes. Après la première interview, il a été sensiblement modifié, principalement au niveau de l'ordre des questions, au cours d'une autre réunion du DMG. Au lieu d'interroger l'informateur sur la prise en charge de sa santé, il a semblé plus subtil de l'inviter en premier lieu à parler de ses expériences en tant que soignant de soignant. Bien-sûr le canevas de questions a pu être adapté à chaque informateur entendu, au cours des entretiens.

B. Recueil de données

Le chercheur, rédacteur de ce travail, a réalisé la récolte de données lors d'entretiens individuels. Chaque entretien a été réalisé en tête à tête, en lieu et date choisis par le médecin informateur, sous enregistrement audio averti et autorisé. Le lieu de travail a été privilégié, mais des rencontres ont eu lieu également au domicile du praticien, ou en extérieur, dans un café. Les propositions d'entretien téléphonique ont été refusées, estimant que la mise en confiance de l'informateur et la qualité de l'analyse en seraient limitées. Une première série d'entretiens a été menée entre le 30 mars et le 11 avril 2012, puis une seconde entre le 03 juillet 2012 et le 05 février 2013. La récolte de données a été stoppée à saturation, c'est-à-dire au moment où le chercheur a réalisé que des entretiens supplémentaires n'apporteraient rien de nouveau à son travail de recherche (52).

IV. Analyse

La retranscription des enregistrements sous forme de verbatims a été réalisée par le chercheur à l'issue même des entretiens, au mot près, en tenant compte des silences, rires, ou exclamations des informateurs. Chaque verbatim a été rendu anonyme dans l'immédiat, par la suppression des noms de personnes ou de lieux. Ils ont été désignés par la lettre E pour « Enquêté », suivie d'un chiffre attribué dans l'ordre chronologique (E1, E2, E3…). Les interventions de l'enquêteur ont été notées « MP ». (Annexe 3)

Après plusieurs relectures du texte retranscrit, une analyse thématique en continu a été réalisée, dans les jours suivants la réalisation de chaque entretien, à l'aide du logiciel NVivo 9 puis 10. Elle a permis la transposition du corpus en un certain nombre de thèmes représentatifs, en rapport avec la problématique (51). Le tracé de parallèles et de divergences entre les thèmes, ou codage axial, a permis l'obtention progressive de l'arbre thématique(51). L'analyse concomitante de plusieurs chercheurs a été possible grâce à la participation d'un docteur en écologie aquatique.

RESULTATS

I. Caractéristiques de l'échantillon et des entretiens

Tableau I- Caractéristiques des entretiens (min : minutes ; h/sem : heures par semaine)

Caractéristiques	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E 10	E11
Durée entretien (min)	67	50	15	16	38	18	49	55	25	21	37
Lieu d'entretien	Extérieur	Lieu de travail	Lieu de travail	Domicile	Lieu de travail	Lieu de travail	Domicile	Lieu de travail	Domicile	Domicile	Lieu de travail
Sexe	Femme	Homme	Femme	Femme	Homme	Homme	Homme	Homme	Homme	Femme	Homme
Age (années)	59	59	53	41	63	37	67	60	63	34	63
Spécialité	Généraliste	Généraliste	Généraliste	Généraliste	d'Organe	Généraliste	Généraliste	d'Organe	Généraliste	Généraliste	d'Organe
Mode d'exercice	Libéral	Libéral	Libéral	Libéral	Salarié	Salarié	Libéral	Mixte	Libéral	Salarié	Libéral
Mode d'installation	Groupe	Seul	Groupe	Groupe	Hopital	Hopital	Retraité	Seul	Remplaçant	Hopital	Groupe
Secteur d'exercice	Semi-rural	Rural	Urbain	Rural	Urbain	Urbain	Rural	Urbain	Urbain	Urbain	Urbain
Département	Charente-Maritime	Deux-Sèvres	Charente-Maritime	Vienne	Charente-Maritime	Charente-Maritime	Vienne	Charente-Maritime	Charente-Maritime	Charente	Charente-Maritime
Durée d'exercice (années)	33	34	24	11	33	5	36	27	34	2	28
Rythme de travail (h/sem)	30 à 40	> 40	> 40	> 40	30 à 40	30 à 40	0	> 40	< 30	> 40	> 40
Déclaration d'un médecin traitant	Autodéclaration	Autodéclaration	Autodéclaration	Autodéclaration	Autodéclaration	Aucune	Autre médecin	Autodéclaration	Autodéclaration	Aucune	Autodéclaration

A. Données générales des entretiens

Onze entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés par le chercheur sur deux périodes : du 30 mars 2012 au 3 juillet 2012, puis du 22 octobre 2012 au 5 février 2013.

1. Durée

Les entretiens ont duré de 15 à 67 minutes. La durée moyenne des entretiens est de 36 minutes. Leur durée totale a été de 6 heures et 31 minutes (Tableau I).

2. Lieu

Six médecins ont été rencontrés sur leur lieu de travail (cabinet médical ou hôpital). Quatre autres ont choisi d'être interrogés à leur domicile (deux médecins actifs, le médecin retraité et le médecin remplaçant). Un informateur a souhaité un entretien en milieu neutre extérieur : la terrasse d'un café. (Tableau I)

B. Données générales de l'échantillon

1. **Age et sexe des informateurs** (Tableau I)

Sept hommes et quatre femmes, d'âge compris entre 34 et 67 ans ont été enquêtés (Figure 1).

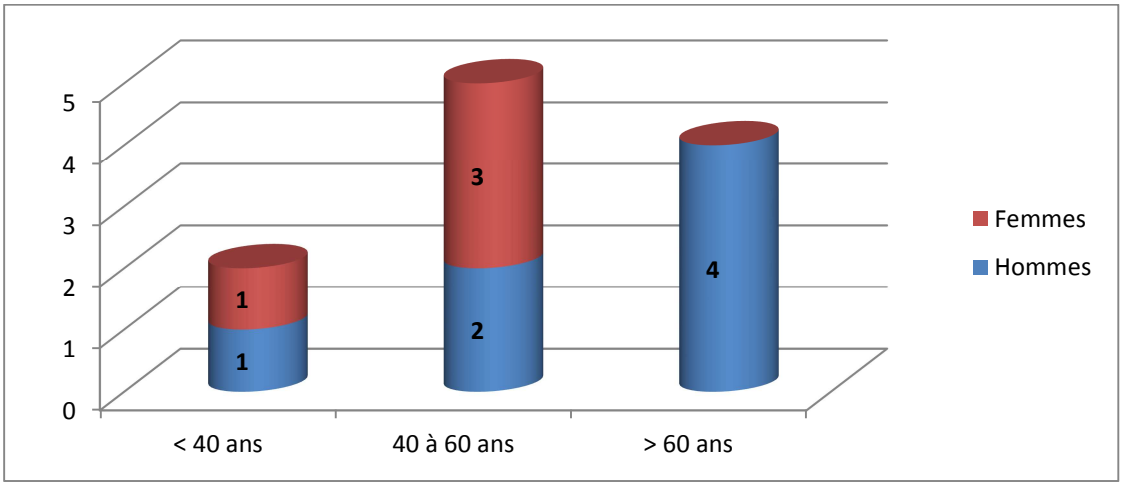

Figure 1 : Age et sexe des informateurs

2. **Exercice des informateurs** (Tableau I)

Spécialité : huit médecins étaient généralistes, et trois spécialistes d'organe, dont un cardiologue, un psychiatre, et un gériatre. Le dernier a été auparavant médecin généraliste puis médecin du travail (Figure 2).

Mode d'exercice : sept médecins avaient ou avaient eu un exercice exclusivement libéral. Trois exerçaient exclusivement en tant que salariés ; parmi eux, deux avaient été auparavant médecins libéraux. Un médecin avait un statut mixte : il exerçait en secteur libéral et avait un emploi salarié (Figure 2).

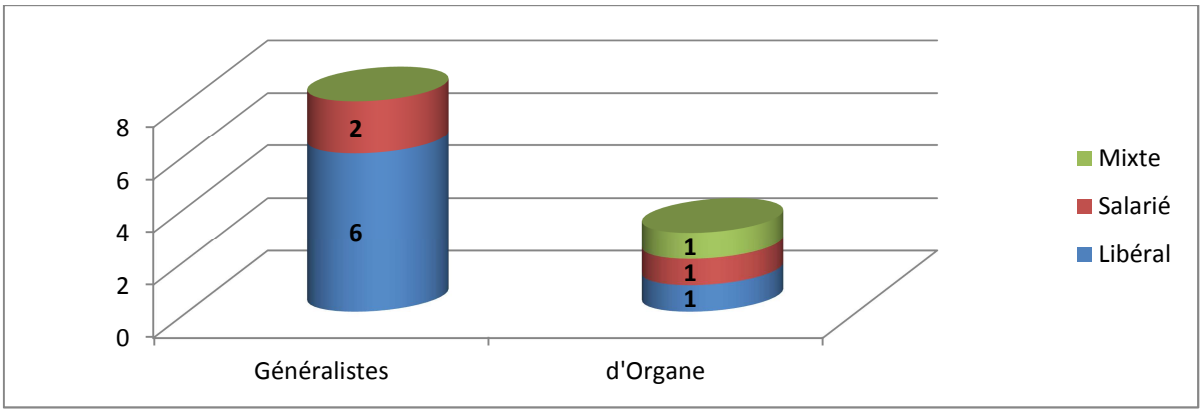

Figure 2 : Spécialité et mode d'exercice

Mode d'installation : quatre médecins interrogés exerçaient en cabinet de groupe, deux étaient installés seuls. Trois travaillaient à l'hôpital, un était remplaçant, un était retraité.
Lieu d'exercice : un médecin travaillait en Charente, un dans les Deux-Sèvres, deux dans la Vienne, et sept en Charente-Maritime. Sept exerçaient en milieu urbain, trois exerçaient ou avaient exercé en milieu rural, et un en semi-rural.
Durée d'exercice : la notion de « durée », a été préférée à celle d' « ancienneté », rapport au praticien retraité. Deux informateurs avaient exercé moins de 10 ans, quatre de dix à trente ans, cinq plus de trente ans.

II. Quand les médecins sont des patients

A. Suivi médical

1. Déclaration d'un médecin référent

Parmi les onze médecins interrogés, huit ont dit s'être **auto-déclarés** (E1, E2, E3, E4, E5, E8, E9, E11) ; (E1 *« je n'ai pas justement de médecin, je suis mon médecin traitant, bien sûr »,* E3 *« je me suis déclarée moi-même, comme médecin référent... »,* E4 *«Moi (rires) »,* E9 *« Ben moi, ouais, je me suis auto-déclaré ! »*). Deux n'avaient **pas déclaré** de médecin référent au moment des entretiens: (E6 *« Euh… Non, je n'ai pas de médecin référent. »* ; E10 *« en changeant de région, je suis pas sure d'avoir un médecin traitant en fait »)*. Ils comptaient s'en charger, (E6 *« faut que j'en reprenne un autre »)*, en déclarant un autre médecin pour l'un ; (E6 *« il va falloir, effectivement heu… prendre un médecin à part »)*, en s'auto-déclarant à nouveau pour l'autre (E10 *« voilà, en attendant ça serait moi mon propre médecin. »*). Un des médecins avait déclaré **un confrère** spécialiste d'organe (E7 « *qui est gastro-entéro, et qui est mon médecin généraliste, heu, qui est mon médecin traitant, je veux dire »)* depuis qu'il était à la retraite (E7 *« non, non, seulement quand j'ai pris ma retraite, avant j'avais pas forcément…non, j'avais pas de médecin traitant »).* Il le consultait régulièrement pour son suivi médical (E7 *« c'est lui qui me fait tous mes examens, heu… systématiques, et je pense que ça se passe pas mal du tout. »*).

L'un des interviewés, a dit qu'il déclarerait lui aussi un médecin traitant autre que lui-même lorsqu'il cesserait son activité (E5 « *peut être la retraite, ou peut-être la retraite, quand je vais passer à la retraite peut-être… »),* ou s'il se retrouvait dans l'incapacité de s'occuper de sa santé (E5 *«une déchéance de mes facultés intellectuelles en fait… oui … »)*. Pour d'autres, seule

l'interdiction à l'auto-déclaration pourrait les contraindre à choisir un confrère (E4, E10, E11) (E4 « *j'aurais pas pu être mon propre médecin peut être que voilà j'aurais dû y passer* » ; E10 *« ben évidement si on (rires), si on nous interdit d'être son propre médecin traitant, effectivement j'en serais du coup obligée »*).

Médecin traitant- Les médecins dans l'ensemble s'étaient auto-déclarés ou n'avaient pas déclaré de médecin référent. Un seul avait déclaré un confrère. La retraite, l'incapacité à l'autogestion, ou l'interdiction à l'auto-déclaration pourraient les inciter à déclarer un confrère.

2. Autogestion

L'ensemble des médecins entendus pratiquait couramment **l'auto-prise en charge**. Ils prenaient personnellement en main leur suivi médical (E4 *« j'essaie de faire ma propre, voilà, mon propre fichier médical et de pas oublier heu, mes deux ans… » ;* E6 *« je me fais une prise de sang, de temps en temps, du cholestérol tous les 3 ans »*; E7 *« Et il me dit « mais pourquoi tu… », et j'lui dis « non, j'ai aucun problème, mais je viens pour que tu me fasses une colo »»*), leur diagnostic en cas de maladie (E9 *« Je me suis fait faire une échographie »;),* et la prescription de leur traitement (E1 *« je suis allée chercher mon RU 86, là, ou 486»* ; E2 *« en gros, hein, je fais de l'auto-prescription, quand j'ai besoin, je me fais une ordonnance et puis je vais à la pharmacie, heu… puis c'est tout, hein en fait. » ;* E11 *« Et quand j'ai besoin de quelque chose je me le prescris. Un médicament je me le prescris »*).

Pour six d'entre eux, l'autogestion faisait partie des aptitudes des médecins (E1, E2, E4, E5, E7, E11) (E1 *« quand même par rapport au pékin moyen, enfin au pékin, et aux profanes, j'pense qu'on sait quand même déjà dans quel heu…système on a des problèmes » ;* E5 *« Je me sens assez sur de moi heu… et c'est pas présomptueux, je connais ma valeur si je puis dire, je me sens assez sur de moi pour pouvoir, pour le moment en tous cas, heu… cerner le problème »* ; E11 *« Pour le moment j'ai pas eu de soucis qui était hors de mes… hors de mon analyse, quoi »*). Mais ils ont expliqué aussi s'arranger comme ils le peuvent par l'auto prescription (E1, E2, E4) ; (E1 *« et je me débrouille quoi, hein »* ; E2 *«comme c'était compliqué pour voir l'ophtalmo, je vous avoue franchement je vais chez l'opticien, je lui fais contrôler ma vue, je lui fais une prescription pour les verres, et puis…je me débrouille avec ça » ;* E4 *« pour la bobologie ben je me débrouille toute seule »*).

Deux des médecins ont évoqué des habitudes de vie qui leur permettaient de rester en bonne santé, comme la pratique du sport, de loisirs (E1 *« faire de la gym tous les jours, heu moi*

j'fais du golf maintenant, d'la natation, » ; *« qu'est-ce que j'ai trouvé pour bien me soigner : le piano, […] et on s'éclate avec le piano, en chantant, et c'est exaltant, voilà »*), la lutte contre les facteurs de risque cardio-vasculaires : (E11 *« mon boulot c'est essentiellement ça, donc, c'est la lutte contre les facteurs de risque, donc je suis un petit peu, ben je suis un peu vigilent pour moi-même aussi »*), mais aussi l'aménagement de leur temps de travail (E1 *« on fait des tas de subterfuges pour rester en bonne santé, voilà, c'que j'fais, c'est-à-dire : ne pas trop travailler heu, ça c'est fini, (rires) »* ; E11 *« Je travaille longtemps mais je ne vois pas beaucoup de patients en fait, donc je travaille à mon rythme »*).

Quatre médecins ont dit considérer être de mauvais soignants pour eux-mêmes (E3, E6, E8, E10) (E6 *« ben c'est sûr, moi j'ai un médecin qui s'est soigné tout seul, il s'est tué avant tout le monde hein… il s'est tué avant tout le monde… »* ; E8 *« je me soigne mal ! Je me soigne mal, c'est évident ! »* ; E10 *« parce que je pense qu'en termes de prévention on est complètement à côté »)*. Un des médecins a expliqué être parfois incapable de s'autogérer (E8 *« puis je sais plus moi me prescrire des produits pour la gorge, les angines, etc… »*). Certains pensaient ne pas pouvoir toujours rester objectifs quand il s'agissait de leur santé (E1, E3, E5, E8) (E3 « *on n'est pas bon juge de ce qu'on a »* ; E5 *« parce que là on est toujours mal placé »* ; E8 *« Parce que quand on a des, des symptômes, ben on… on n'est pas très objectif ! Hein ? Moi je suis un peu anxieux, donc soit on exagère, soit on ne les voit pas d'une façon objective »*). Un autre ressentait une certaine gêne à pratiquer l'auto-prescription (E 10 *« je trouve que c'est toujours plus difficile de se, de se présenter à une pharmacie avec sa propre ordonnance »*).

Autogestion – Plus de la moitié des médecins se sentait apte à s'autogérer, s'auto-diagnostiquer et s'auto-prescrire. Toutefois certains ont dit «se débrouiller» comme ils pouvaient, parfois en adoptant une démarche préventive. D'autres ont condamné cette attitude parfois gênante et son manque d'objectivité, ou s'en sentaient incapables.

3. Par des confrères

Deux-tiers des médecins interrogés ne consultaient jamais leurs **confrères généralistes** (E1, E2, E3, E4, E7, E9, E11) (E1 *« Généraliste non jamais »* ; E4 *« Un médecin généraliste, non. »* ; E7 *« non (réfléchit) heu…. Médecin généraliste dans ma vie…. Non, non. »)*. Quand ils les avaient consultés (E5, E6, E8, E10), c'était pour une demande de certificat (E5 *« En particulier pour passer la fonction publique y a des certificats pour heu… médecine du travail y a besoin de certificats de bonne santé, mais autrement, non. »*), des médecines alternatives (E6

«Enfin, c'est surtout un ostéopathe. »),ou des pathologies aigues bénignes (E6, E8) (E8 *« Quand j'ai une espèce de grippe, ou de machin, ou de.. »*). Ils pratiquaient habituellement le nomadisme médical (E6, E8) (E6 *« non je change. »;* E8 « *ben je téléphone à un ou deux généralistes que je connais »*). Si l'un des informateurs a reconnu avoir besoin du généraliste (E6 *« mais je pense qu'il me faudrait un médecin généraliste heu… régulier »*), la plupart d'entre eux ont expliqué ne pas consulter leur confère en raison d'une absence de besoin (E1, E4, E5, E11) (E1 *« Non, je, j'ai pas besoin du généraliste, quoi » ;* E4 *« de passer par le généraliste pour aller voir un confrère spécialiste, heu…non. » ;* E5 *« Je vais pas faire pour le coup du cocorico mais je pense que…. il peut rien m'apporter un collègue généraliste*)*;* et d'un manque de confiance en lui (E1, E8, E11) (E8 *« si c'est un truc un petit peu sérieux, je vais lui….je vais douter un peu de (rire), de sa compétence* » ; E11 *« Puis le médecin généraliste, pour vous dire franchement, quand j'ai commencé, j'avais plutôt tendance à m'en… je m'en méfiais, quoi. »*).

Dix médecins interviewés ont dit consulter des collègues **spécialistes d'organe** (excepté E6) (E1 *« il m'est arrivé d'aller chez le neurologue, il m'est arrivé d'aller chez le psy,… il m'est arrivé d'aller heu chez le cardiologue beaucoup ;* E11 *«le gastro… gastro, Orl, bon c'est essentiellement les spécialistes que j'ai consulté, bon. »*), plus ou moins régulièrement (E2 *« si j'ai vu un ophtalmo y a vingt ans, et puis, et puis ben c'est tout quoi !»* ; E3 *"Ben j'ai vu y a dix ans des spécialistes quand j'étais malade, mais après, non, pas depuis"*), mais systématiquement en accès direct, sans passer par le généraliste (E4 *« j'ai un accès du coup après direct si j'ai un problème, avec mes confrères spécialistes »* ; E5 « *J'ai vu un cardiologue dans le cadre des bilans pré sportifs,[…], je suis pas passé par le généraliste »* ; E8 *« Et puis alors je fais partie de ceux, de ces citadins qui n'ont pas de médecin euh… généraliste. Qui vont voir un coup le cardio, un coup le ci, ou coup le ça »*). Certains enquêtés ont exprimé leur besoin de consulter des spécialistes d'organe (E1, E11) (*E1 « j'ai eu besoin du neurologue »* ; *E11 « à chaque fois que j'ai besoin d'un spécialiste »*). Deux des femmes entendues ont insisté sur l'importance du rôle de leur gynécologue, qu'elles consultaient régulièrement, et qui leur assurait un suivi médical (E1 *« et puis évidemment gynéco j'ai une gynéco… » ;* E3 *« Ouais, enfin c'est ma gynécologue qui fait office de médecin par ailleurs. Que je vois tous les ans. »*). Un de leur confrère a lui aussi évoqué l'utilité d'un suivi par le gynécologue pour ses consœurs (E6 *« alors on voit pas de docteur du tout, alors que les filles bon à la rigueur elles ont un suivi, puis des fois y a des gynécologues qui font de la médecine, et donc elles voient quand même un docteur ! »*).

Le plus souvent les médecins choisissaient des confrères parmi **leurs connaissances :** des proches pour plusieurs, amis ou famille (E1, E3, E5, E6, E7, E8) (E1 *« j'ai un mari spécialiste mais qui connait la médecine générale donc vraiment quand j'ai eu besoin de me faire ausculter, heu…c'est lui »* ; E3 *« et les gens que j'ai consulté qui étaient plutôt des amis »* ; E5 *« j'ai appelé le rhumato qui était un copain »* ; E6 *« c'est mon ex-femme qui était mon médecin référent (rires) »*), le réseau professionnel pour un autre (E1 *« Oui, et heu bon comme souvent c'est des spécialistes avec qui j'bosse »*).

S'ils demandaient l'avis de leurs confrères, les médecins le faisaient parfois dans un premier temps par téléphone, ou lors d'une rencontre dans le couloir, **entre deux portes**, sans bénéficier d'un réel interrogatoire et examen clinique. (E1, E3, E5, E6, E8) (E1 *« Alors, j'ai rencontré F., qui est neurologue, je lui ai dit : « écoute, voilà ce qui m'est arrivé l'autre jour, franchement ça m'a fait peur, parce que… » »* ; E3 *« sauf ma collègue X. à qui parfois j'ai déjà demandé son avis, mais c'était pas formalisé avec une vraie consultation. Hum. »* ; E8 *« je lui téléphonais, je lui disais « qu'est-ce que t'en penses ? »*).

Le **règlement des honoraires** a été abordé par neuf des médecins enquêtés (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E8, E9, E10). La règle de la gratuité entre médecins consultés et consultants, pouvait-être gênante pour les deux-tiers (E3, E4, E5, E6, E9, E10) (E3 *« sinon on se sent redevable et après on n'ose plus y aller. »* ; E5 *« Alors, c'est parfois un peu gênant, en apparence, parce qu'on se dit « merde je vais être obligé de lui offrir une bouteille, n'importe quoi » »* ; E6 *« Le fait de pas payer ça me gêne »* ; E10 *« moi ça me met toujours mal à l'aise qu'on me fasse pas payer »*). Deux médecins disaient insister pour régler leurs consultations (E1 *« j'paye des mutuelles et la sécu, et que … y'a pas de raison »* ; E3 *« Moi je paye la gynéco, je paye en carte bleue et j'ai insisté heu, pour que ce soit comme ça »*), mais céder parfois face au refus du soignant (E1 *« ça marche pas toujours, y en a qui veulent pas, qui veulent absolument pas,… »*). Un des médecins ne trouvait pas normal de devoir payer certains *actes* (E5 *« Très, très longtemps les labos ne faisaient pas payer. Maintenant ils font payer, bon. T'as une mutuelle, t'as la SECU, vas-y. Mais bon. »*).

Les quatre praticiens ayant un statut salarié (E5, E6, E8, E10) ont parlé de leurs consultations de **médecine du travail**. L'un d'entre eux était insatisfait car il estimait ne pas être convoqué assez régulièrement (E6 *« moi ça fait huit ans que je suis à l'hôpital de R., j'ai vu une fois le médecin du travail ! Et je ne l'ai jamais revu ! »*). Un autre était partiellement satisfait,

avait trouvé ses consultations d'utilité inégale, et n'avait pas été convoqué pour l'ensemble de ses postes salariés (E10 *«Oui, alors pour un de mes deux postes, pour le deuxième non. (Rires) » ; « la première consultation c'était essentiellement pour vérifier un problème d'inaptitude donc ça a été plutôt rapide et sans grand intérêt. » ; « la consultation de médecine du travail pour moi était un peu plus adaptée. »*). Les deux derniers témoignaient d'une plus grande satisfaction, et de l'utilité du suivi par leur confrère médecin du travail (E5 *« qu'en médecine hospitalière, attendez, c'est médecine du travail tous les cinq ans, visite d'intégration, si y a un problème on les appelle, suivi des vaccins… »* ; E8 *« en tant que salarié, au CMPP, c'est rattaché à une association, on a une médecine du travail, j'y vais une fois par an, ben j'y suis allé trois, quatre fois, comme tous les autres, et… et c'est utile ! »*).

Suivi par des confrères –Les médecins consultaient rarement un généraliste par absence de besoin et manque de confiance. Le spécialiste d'organe, choisi parmi les proches, était consulté plus ou moins régulièrement. Le gynécologue et le médecin du travail assuraient le suivi de certains. La consultation était parfois informelle. La coutume de la gratuité était le plus souvent perçue comme gênante.

B. Accès aux soins

1. Avantages

Les médecins rencontrés ont évoqué des côtés positifs dans leurs rapports avec le système de santé et leurs confrères soignants (E1, E4, E5, E7, E9). Le fait d'être **prioritaire**, de pouvoir accéder directement à leurs confrères spécialistes d'organe, et souvent en évitant les délais habituels de rendez-vous, était satisfaisant pour certains (E1, E4, E5, E9) (E1 *«comme souvent c'est des spécialistes avec qui j'bosse ça va relativement vite. »* ; E9 *« là on m'a mis dans un box, et puis on m'a dit « Y en a pour deux heures d'attente, à peu près ». (…) et au bout de cinq minutes, y a quelqu'un qui est venu en me disant « Mais vous nous avez pas dit que vous étiez médecin ! » (Rire).*). Un des médecins entretenait **une bonne relation** avec son médecin traitant et les autres soignants qu'il consultait. (E7 *«pas de problème, c'est lui qui me fait tous mes examens, heu… systématiques, et je pense que ça se passe pas mal du tout*. »)

Avantages - Les médecins appréciaient en général d'être prioritaires dans le système de santé, et certaines bonnes expériences avec des confrères.

2. Freins

Pour plus de clarté, les obstacles à l'accès aux soins relevés ont été classés en trois grandes catégories : les freins ressentis par les médecins en tant que patients, les freins imputables aux soignants consultés, et les freins relatifs « au système de soins ».

a. Dus au médecin patient

Plus des deux-tiers ont dit ressentir une **gêne** à consulter des confrères (E1, E3, E5, E6, E7, E8, E10, E11). Parmi eux, trois informateurs ont parlé d'une difficulté à se confier en cas de nécessité (E3, E6, E10) ; (E10 *« mais je pense que c'est d'autant plus difficile, quand on est médecin, de se confier à un confrère, heu… »*), trois autres ont évoqué la peur qu'ils avaient de les déranger (E7, E8, E11) (E11 *« j'ai pas de maladies très compliquées… donc on va pas embêter les gens pour ça, quoi ! (Rire)»*) ; E7 et E8 craignaient de vexer des confrères en choisissant de consulter l'un plutôt que l'autre, ou en demandant un second avis (E7 *« mais pour vous dire si c'est difficile quelques fois, il m'est arrivé de me faire opérer heu, non pas à C. mais à P., uniquement parce qu'à C. j'avais trois chirurgiens qui faisaient la même chose, que je connaissais très bien et que j'aimais bien tous les trois, parce qu'ils étaient très compétents tous les trois (rires), j'ai dit ça va faire un pataquès, je vais aller à P.!* »). E1 avait déjà ressenti de la honte envers ses confrères ; (E1 *« Non, puis j'avais honte, quoi… J'avais honte »*). E5 a avoué une certaine réticence à consulter ses pairs. (E5 *« j'avoue que je suis, je pense que je suis comme beaucoup de médecins, très réticent à l'idée d'aller voir un collègue, on n'aime pas trop ça, hein ? (rires) »*). Deux médecins ont confirmé avoir déjà ressenti la gêne d'un patient-médecin (E8, E9) (E9 *« Il s'était excusé de m'avoir dérangé pour un truc qui n'avait pas d'importance… »*).

Six des médecins faisaient parfois preuve de **négligence** envers leur santé (E1, E2, E3, E6, E8, E9) ; (E1 *« J'attendrai de pas pouvoir marcher ! »* ; E3 *« qu'on est un peu négligent heu…par rapport aux vaccins, par rapport à… »* ; E6 « *j'ai une plastie cérébrale heu… j'ai jamais vu le neurologue ou le neurochirurgien depuis heu… très longtemps et… faudrait qu'il y ait un suivi mais… »*).

Six se considéraient **aptes** à l'autogestion, c'est-à dire à prendre en charge eux-mêmes leur santé, et à se diriger vers un spécialiste en cas de besoin (E1, E2, E4, E5, E7, E11) (*E5 « ça me servirait à rien d'aller voir mon collègue parce que à peu près une idée de ce qui se passe et, automatiquement… »*).

Comme évoqué précédemment au sujet des généralistes, quatre des informateurs ont avoué **manquer de confiance** et douter parfois des compétences de leurs confrères, en particulier

du généraliste pour E1 et E11, de l'ensemble d'entre eux pour E8 et E9 (E9 *« Et c'est vrai qu'on fait pas confiance ! Enfin, faut vraiment être très malade pour faire confiance, ouais, ouais ! (rires) »*).

Quatre ont dit **manquer de temps** pour s'occuper de leur santé, et consulter d'autres soignants (E1, E4, E8, E9) (E4 *«c'est vraiment un, enfin voilà, c'est du temps »* ; E8 *« quand vous finissez à… qu'est-ce que vous voulez aller foutre dans une salle de sport où tout le monde va à dix-huit heures ? »*).

E1, E8 et E9 ressentaient une **peur** de consulter, et une peur de la maladie et de ses conséquences (*E1 « d'abord on a toujours peur » ; E9 « « Surtout pas ! » (rires), je préfère mourir ici que d'aller me faire passer un scanner, un machin, et que de me retrouver comme un légume ! »*).

Deux médecins ont mentionné le **coût** inhérent aux soins et au temps pris pour s'occuper de leur santé (E1, E8) (E1 *« je suis allée voir un psychiatre ; heu qui m'a dit heu « vous avez une grande souffrance faut que vous veniez 3 fois par semaine ». 50, 54 euros la demi-heure!* » ; E8 *« pour aller consulter, c'est du temps que j'aurai en moins dans mon cabinet, qui me paye, qui va … ? »*).

Un des interviewés a fait part de ses **mésaventures relationnelles** avec un confrère (E6 *« y a un médecin qui s'est fâché, je lui ai pas dit et… à la fin il a insisté et j'ai dit que j'étais médecin, et il a cru que je le contrôlais en fait. »*).

Freins du médecin-patient – Les médecins étaient freinés par la gêne, la négligence, l'aptitude à s'autogérer, le manque de temps et de confiance, la peur, le coût, et de mauvaises expériences.

b. Dus au soignant consulté

Sept médecins sur les onze entendus ont émis des plaintes concernant la **qualité des soins** qu'ils recevaient de leurs confrères (E1, E2, E3, E6, E8, E9, E10).

Ils ont expliqué souvent souffrir de ne pas être considérés comme des patients lambdas (E1, E3, E6, E8, E9, E10) (E3 *« je pense qu'ils ont pas été objectifs en partie parce que j'étais, justement, médecin, et que, on dit pas les mêmes choses à un médecin qu'à quelqu'un, d'autre ! Et du coup heu, voilà, la, les relations étaient faussées ». ;* E6 *« Les difficultés c'est lorsqu'on est médecin on n'est pas pris comme n'importe qui, et ça c'est un peu… moi c'est ce qui me dérange. » ;* E10 *« moi j'ai toujours, j'ai souvent été un peu déçue heu… ben de pas être vue comme une patiente »*) ; par des soignants qui, parfois, encouragaient l'autogestion (E1, E6, E10) (E1 *« je me heurte à, heu généralement heu : « bah t'as qu'à te demander… », Ah oui, ça c'est très important ça, heu, « bah t'as qu'à te demander, heu, tu veux que je te fasse l'ordonnance ou heu… » ; Voilà, »*). Certains regrettaient un

manque d'empathie (E1, E10) ou de soutien (E2) de la part de leurs pairs (E10 *«Y a une partie de l'écoute qu'est pas du tout adaptée, quoi. » ;* E2 *« le soutien, bah a été absolument nul, ils ont même été… globalement, alors techniquement bien traités, mais psychologiquement y a un manque d'humanité… effrayant, effrayant, franchement. »*). Deux avaient ressenti une négligence de la part de leurs soignants envers leurs soucis de santé (E1, E8); (E8 *« Mais si c'est un petit peu particulier, il… soit il va me… négliger, un peu, prendre les choses un peu à la légère »*). E1 est allée plus loin en affirmant que les médecins ne savaient pas soigner leurs confrères (E1 *« moi je trouve que les médecins sont pas bon soignants de leurs confrères ou de leurs consœurs, quoi. Non. »*).

Cinq médecins constataient un **manque de disponibilité** de leurs confrères, qui proposaient de les recevoir « entre 2 », ou refusaient de les prendre en charge (E1, E3, E6, E8, E9) (E1 *« elle m'dit : « ben oui tu passes entre 2 !». Bon : « ben non, moi j'passe pas entre 2, j'voudrais une consultation quoi ! » » ;* E9 *« J'avais demandé à un cardiologue d'ici, là, de me faire une épreuve d'effort. Parce que je voulais reprendre un petit peu d'activité phys, sportive etc (…), et comme je fumais il m'a dit « ben c'est pas la peine, tu arrêtes de fumer, puis après on verra ». Alors donc j'ai laissé tomber »*).

E1, E2 et E10 avaient ressenti un **jugement** de la part de confrères qu'ils avaient consulté (E2 *« on peut, je le pense, si on tombe pas avec un interlocuteur avisé, ressentir, quelque part, peut être un jugement, tout simplement, qui freine le, le… le désir que peut-être certains peuvent avoir de consulter. »*).

Deux des médecins ont dit regretter le **changement des mœurs**, et des relations entre confrères (E2, E7) ; (E2 *«Mais pour vous dire, bon là j'avais soigné un… soignant aussi, hein ! Et puis bon ben, ça se faisait, je faisais le job (…) mais ça allait de soi ! Voilà, c'est ça que je veux dire, ça allait de soi. Et je regrette un petit peu que ça n'aille pas de soi maintenant.»*).

E1 a constaté un manque de **respect du secret** professionnel par certains confères; (E1 *« On dit : « il a…un petit truc », ça y est, han !!! Tout le monde le sait, c'est ahurissant, le secret ; et beaucoup de médecins, spécialistes, surtout les radiologues… »*). Il avait souvent été freiné par les **mauvais rapports** qu'il entretenait avec ses confrères, associés ou exerçant alentours (E1 *« Mais de toutes façons si j'avais abordé le sujet avec mes associés je me serais fait envoyer dans le mur. »*).

<u>Freins dus aux soignants</u>- Les médecins ont reproché la qualité des soins (ne pas être vu comme des patients lambdas, encouragement à l'autogestion, négligence, défaut d'empathie, de soutien), le manque de disponibilité, de confidentialité et de confraternité, et le jugement de leurs confrères.

c. <u>Dus au système</u>

Quatre des médecins interrogés ne sauraient pas **qui consulter** en cas de besoin ou de problème de santé, du fait de <u>l'absence de référent</u> (E3, E8, E9, E10) (E3 *« Ben pour avoir eu des problèmes de santé, moi j'ai manqué de solutions »* ; E9 *« Ben je sais pas, parce que je… parce que je sais pas qui j'irais voir si j'étais malade, j'en sais rien… J'en sais rien. (Silence).» ;* E10 *« j'ai pas encore heu… de réseau, je connais pas encore trop les médecins sur place, donc pour l'instant je… voilà, en attendant ça serait moi mon propre médecin »*).

Le fait de consulter des médecins <u>parmi leurs connaissances</u> freinaient les médecins, ils regrettaient de ne pas pouvoir consulter plus facilement dans l'**anonymat** (E2, E3, E6, E10) (*E2 « c'est pas forcément simple, les gens qui, les médecins qui sont proches, on les connait, on n'a pas forcément envie de les consulter »* ; E3 *« Donc heu, aller faire 50 km pour pas connaitre quelqu'un c'est un peu compliqué, (rires) donc finalement on ne le fait pas, quoi. »* ; E6 *« je trouve ça difficile, je trouve ça difficile parce qu'on n'est pas anonyme. »*).

Quatre des enquêtés pensaient que si le médecin ne se dirigeait pas vers son confrère c'était en raison d'un **frein culturel,** que cela ne faisait pas partie des <u>mœurs de la profession</u> (E4, E5, E6, E9) (E4 *« avant que le médecin se décide à se faire soigner, il va y avoir quand même un temps de latence certain »* ; E5 *« j'ai bien peur que quelqu'un, un médecin qui se sente pas bien psychologiquement il ira pas voir heu… un psychiatre, les collègues psychiatres, parce que ça c'est une défense naturelle… » ;* E9 *« Médecins… médecins euh, exerçant, non, hein en général aucun médecin exerçant ne se fait soigner, hein ? (rires) Si, y en a qui se font soigner ? »*). Cette réputation du médecin qui ne consulte pas et qui ne tombe pas malade semblait aussi encrée dans la <u>population générale</u> pour E1, E7 et E10 (E1 *« si on n'est jamais malade : « oui, elle est forte, elle est machin !», et si on est tout le temps malade : « oui, elle est hystérique, elle est folle heu… (grosse voix) » ;* E7 *« et il fallait pas que la clientèle le sache, parce que des fois qu'on sache, si on avait su que bon il avait des varices œsophagiennes, je vous passe les détails, et ben… »*).

La « règle de la gratuité » pouvait freiner à re-consulter E3, E6 et E10 (E10 *« ça me met toujours mal à l'aise qu'on me fasse pas payer, j'ose pas revenir forcément, voilà, et donc du coup ça peut être un frein effectivement à revenir consulter… »*).

La **difficulté à s'arrêter** en cas de maladie a été soulignée comme étant un frein à se soigner (E1, E8) (E1 *« vous pouvez vous arrêter 3 mois, alors vous avez p'têtre pas de sous qui rentrent, mais tous les matins faut qu'y en aient qui sortent* » ; E8 *« Un confrère malade, il a du mal à s'arrêter, euh… qu'est-ce qu'il fait de sa clientèle ? Une jeune femme qui est enceinte, elle reprend assez vite ses consultations, hein, elle prend pas… »*). E1 a insisté sur les <u>limites des prestations des assureurs privés</u>, et sur la <u>mauvaise couverture maladie</u> des médecins (E1 *«par exemple, chez moi, c'est la Z. qui quand-même, 40% je crois du corps médical est à la Z., c'est heu pas la lombalgie, et pas les troubles psychiatriques »* ; *« on entend parler que dans l'actualité de la couverture maladie, vous l'accès aux soins, vous, vous avez pas eu d'accès aux soins correct, vous êtes, vous avez failli en crever »*).

L'**accès à l'auto-prescription** d'examens et de traitements était une des raisons qui limitait l'accès de E6 à ses confrères (E6 *« on se soigne pas bien parce qu'on a la facilité de la prescription… »*).

<u>Freins dus au système</u>- Les médecins ont dit manquer parfois de référent, mais aussi d'anonymat pour consulter, et pouvaient difficilement s'arrêter de travailler. Le frein culturel, la gratuité des honoraires et l'accès à l'auto-prescription limitaient l'accès à leurs confrères.

C. <u>Attentes en termes de soins</u> (Figure 3)

1. De la part des soignants

Certains praticiens ont souligné l'importance de **pouvoir choisir** leur soignant (E2, E5, E10, E11) (E5 *« il vaut mieux choisir son collègue »* ; E10 *« moi j'ai besoin de temps pour heu… pour choisir.»*). Deux d'entre eux ne pourraient consulter des confrères sans les avoir choisis qu'en cas d'<u>urgence</u> (E2 *« il est certain que je ne pourrais pas ne voir qu'un technicien, sauf en cas d'urgence » ;* E5 *« et s'il m'arrive un gros pépin, ils seront pas là pour me protéger, ça peut être que le SAMU, hein. »*).

Parmi les critères de choix cités, cinq souhaitaient se sentir en confiance avec leur médecin (E2, E5, E7, E9 et E10) (E2 *« surtout quelqu'un en qui on a confiance » ;* E7 *« oui, enfin bon, en général c'était des gens en qui j'avais tout à fait confiance »*). Ils attendaient que leur soignant leurs fournisse des soins de qualité, autant sur le plan technique (E5 et E8) (E8 *«qui m'examine bien, qui est consciencieux »*, que sur le plan humain (E2, E5) (E5 *« des valeurs humaines, je veux dire humanistes, qui me conviennent bien »*), tout en étant disponibles (E8) (*« j'aime bien le premier, c'est quelqu'un de patient, de disponible »*).

Lorsqu'ils consultaient leurs confrères, c'était essentiellement pour avoir un **avis extérieur neutre** au leur (E1, E3, E5, E9) (E1 *« besoin d'un… complément de, d'investigations, ou de, de certitude : «est-ce que tu penses que je suis vraiment malade ou pas vraiment malade ? »»*). Dans ce cas, ils s'attendaient à être pris en charge comme tout autre patient (E1, E2, E3, E5, E6, E8, E10 et E11) (E2 *« on n'est pas plus…on n'est pas forcément plus… aguerri contre la maladie que ne peut l'être le patient classique»* ; E6 *« moi honnêtement, je voudrais être pris comme n'importe quel patient, pas de faveur particulière» ;* E10 *« alors qu'on a envie d'être vu un petit peu comme n'importe quel patient, quoi.»*. E11 *« Quand on parle de ses problèmes à soi de santé, on … on va, on dit « j'ai saigné », on dit pas « j'ai eu une épistaxis » ! On devient malade ! »*), et de façon complète, de « A à Z » (E1, E5, E6, E7, E10, E11) (E1 *« « bah oui tu me fais l'ordonnance ! » Parce que c'est pas moi qui viens, je viens pas me prescrire ou demander un conseil pour me prescrire, je viens me mettre dans les mains du médecin qui va s'occuper de moi »* ; E5 *« je vais, j'écoute ce qu'il me dit, hein, et je le laisse faire, parce que là je pense que c'est nécessaire, si on ne s'abandonne pas quand on est malade, et quelle que soit sa profession »* ; E7 *« ah oui, il me gère. » ;* E10 *« si moi je pouvais faire mon ordonnance, ben je serais pas venue consulter »*). Deux médecins ont insisté sur le besoin de recevoir une écoute adaptée (E1, E8) (E1 *« on a besoin d'être écoutés un peu, on a besoin heu…que ce soit dans l'autre sens plutôt que toujours écouter les gens et leur apporter »*). Deux médecins avaient déjà caché leur profession à leurs soignants, pour être considérés comme des patients lambdas (E1, E6) (E1*« je vais voir des spécialistes, je fais comme si j'étais heu… pas médecin »*).

Attentes/soignants- Sauf urgence, les médecins choisissaient leurs soignants selon certains critères (confiance, soins de qualité, disponibles). Ils souhaitaient leur avis objectif et neutre, une écoute, et être pris en charge globalement, comme un patient lambda.

2. Du système

Trois médecins interrogés ont exprimé leur désir de bénéficier de consultations de **médecine du travail** (E3, E6, E8) (E3 *« Ou un médecin du travail, par exemple.*). Deux autres ont souligné la différence entre la médecine libérale et salariée (E5, E10) (E5 « *moi j'ai fait quelques 22 années et quelques de libéral, si j'ai eu des bilans c'est moi qui me les demandais, mais j'ai jamais vu un médecin du travail, j'ai jamais été pris en charge de ce côté-là, c'était... donc là alors qu'en médecine hospitalière, attendez, c'est médecine du travail tous les cinq ans, visite d'intégration, si y a un problème on les appelle, suivi des vaccins, heu…. »*). Pour E8, il était nécessaire de mettre en place une médecine du travail spécialisée et obligatoire (E8 *« oui, une médecine, une médecine du travail spécialisée, comme y a… les pilotes de ligne c'est une médecine aéronautique ! Et puis obligatoire, oui ! »*). Il trouvait anormal qu'on ne propose pas de suivi de médecine du travail à l'ensemble de la population médicale (E8 « *j'ai fait mes études de médecine comme vous, j'ai passé la visite médicale la première année, et après plus jamais de visite médicale ! C'est-à-dire qu'on rentre comme dans un moulin dans un service hospitalier… »*).

Quatre médecins avaient consulté ou consulteraient pour bénéficier d'un **suivi régulier**, et réaliser les examens de dépistage standards (E6, E7, E8, E11) (E6 *« mais j'ai pas de suivi médical et c'est une erreur ! » ;* E7 *«j'y vais quand c'est le moment de faire le check-up quoi ! »* ; E11 *« je n'ai pas besoin de… d'examen bien particulier, bon à part les tests de dépistage standards »*). L'un d'eux a imaginé la mise en place d'un suivi des médecins par une équipe hospitalière ; (E8 *«faudrait que ce soit un travail d'équipe… euh, oui, il faudrait y réfléchir, je peux pas vous dire, ben peut-être des médecins hospitaliers, parce qu'après tout ce sont les médecins de référence »*).

Le besoin de consulter de façon plus **anonyme**, et de pouvoir se diriger vers des professionnels qu'ils ne connaitraient pas personnellement a été relevé à plusieurs reprises (E3, E6, E10) (E3 *« Quelqu'un que je ne connaitrais pas mais qui serait tout prêt, ce serait, ça, ça serait possible. » ; «* E10 *« parce que c'est toujours le problème, voilà, de se sentir plus ou moins anonyme, surtout si ça fait longtemps qu'on exerce dans un département »*).

Un désir de **reconnaissance** du médecin en tant que patient et potentiel malade ressortait des interviews (E1, E2, E8) (E2 *« vous savez, heu, on, les médecins ont le droit d'être malade aussi. » ;* E8 *«Bon, ben… je veux dire on n'est pas à égalité, y a une certaine injustice de ce côté-là, c'est qu'on n'est pas à égalité de pouvoir trouver du temps libre et de pouvoir se plaindre* »). Cela incluait la possibilité de prendre des arrêts de travail en cas de nécessité (E1, E8) (E1 *« n'empêche qu'il est cassé, il est fatigué…. Il a pas d'autre issue que de continuer, heu… et ça c'est*

pas normal, quoi. » ; E8 *« après tout, je leur en donne ! Après tout, ils me font vivre aussi ! Mais … eux ils me permettent de vivre, et moi je leur permets de bien vivre (rire), par des arrêts de travail ! »*), la reconnaissance des risques professionnels des soignants (E8) (*« Mais moi je voulais vous parler un peu des problèmes de santé, quand même, inhérents à notre profession ! Il faudrait que vous parliez un petit peu de tout ça ! »*), et l'amélioration de leur prise en charge par l'étude de la santé des professions médicales et paramédicales (E8) (*« il faudrait des groupes de réflexion sur la santé du médecin, enfin des soignants ! »*).

Attentes/système- Les médecins étaient demandeurs d'une médecine du travail, d'un suivi régulier, d'une possibilité de consulter dans l'anonymat, et du droit à la maladie (arrêt de travail, facteurs de risques professionnels reconnus, étude de la santé des médecins).

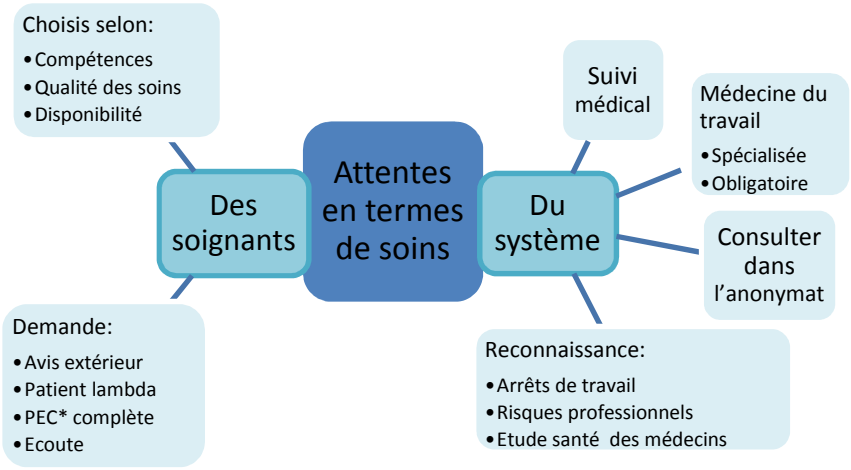

Figure 3: Les attentes des médecins en termes de soins (*PEC : prise en charge)

D. Résumé

La majorité des médecins n'avaient pas déclaré de référent autre qu'eux-mêmes et prenaient en charge leur santé de manière autonome. Ils pensaient être aptes à s'autogérer et à s'adresser vers des spécialistes d'organe en cas de besoin, sans passer par le généraliste. Pourtant, plus de la moitié a reconnu des lacunes à sa prise en charge.

Ils appréciaient d'être prioritaires dans leur accès aux soins.

Ils étaient souvent gênés, faisaient preuve de négligence, ressentaient une peur à consulter, et étaient freinés par un manque de confiance envers les soignants, un manque de temps, et les frais en conséquences.

Ils ont critiqué la qualité des soins reçus par leurs confrères qui ne les prenaient pas en charge comme des patients lambdas et qui pouvaient encourager l'autogestion, manquer d'empathie ou faire preuve de négligence. Ils ressentaient parfois un jugement de leur part. Certains ont regretté leur manque de disponibilité, le non-respect du secret médical, le manque de confraternité. Lorsqu'ils avaient consulté des soignants, qu'ils avaient choisis parmi leurs connaissances, ils s'attendaient à être en confiance, à recevoir des soins de qualité et une écoute appropriée. Ils ont exprimé leur souhait d'être pris en charge comme tout autre patient, par des soignants disponibles.

Au sein du système de soins, les médecins ne savaient pas toujours à qui s'adresser et ont dit désirer s'en remettre à des médecins qu'ils ne connaitraient pas. Ils étaient souvent gênés de ne pas régler leurs honoraires. Ils ont constaté qu'il était difficile de s'arrêter en cas de maladie. Ils ont fait part de la culture qu'ont les médecins de ne pas consulter leurs pairs, entretenue par les aprioris de la société sur la santé des médecins, par le droit à l'auto-déclaration et l'accès à l'auto-prescription. Ils ont revendiqué la reconnaissance du médecin en tant que malade potentiel, et l'accès à l'arrêt de travail. Plus du quart souhaitait bénéficier d'un suivi régulier et des tests de dépistages standards. Les ayant-droits étaient inégalement satisfaits de leur suivi par la médecine du travail, et plus du tiers des libéraux étaient demandeurs de son extension à l'ensemble de la population médicale.

III. Quand les médecins soignent des soignants

A. Aspects positifs

Certains trouvaient **valorisant** d'être consultés par leurs pairs, de leur donner un avis médical et de pouvoir les soigner (E2, E9, E11) (E9 *« non, ça veut dire qu'il reconnaissait en moi quelqu'un de bien, quoi, ça fait plaisir ! (rires) Ça fait plaisir. »*). D'autres ont parlé de leurs **bonnes expériences** (E7, E9, E11) (E11 « *Bon les, enfin les… médecins qui viennent me voir sont plutôt en confiance puisqu'ils viennent me voir donc c'est… Après bon ben c'est, ça devient plus facile, quoi.»*). Deux médecins **appréciaient** de prendre en charge des soignants (E5, E7) (E5 *« Ça m'a jamais*

dérangé, hein, ça m'a pas dérangé parce que je… par nature j'aime échanger avec les gens, expliquer. »).

<u>Avantages soins aux soignants</u>- Certains médecins trouvaient cela valorisant, appréciable, et avaient eu de bonnes expériences avec leurs patients-soignants.

B. <u>Difficultés</u>

Les médecins interviewés ont dans l'ensemble parlé des difficultés qu'ils pouvaient rencontrer dans leurs relations avec les patients-soignants (sauf E4) (E2 *«c'est vrai que l'approche est globalement un peu plus compliquée»* ; E7 *«C'est pas très facile, heu… c'est très compliqué »* ; E10 *« je me sens peut-être un petit peu plus mise en difficulté »* ; E11 *« par exemple on a déjà un problème relationnel, en fait, avec un confrère »*).

1. Dues au soignant-patient

Certaines de ces difficultés ont été rapportées au soignant qui venait consulter (E1, E2, E3, E5, E6, E8, E9, E10).

Les soignants ont été décrits comme des patients **exigeants** par E1, E8 et E9 (E8 *«les médecins veulent des réponses pratiques, des recettes, ils vont pas comprendre qu'on parte dans des choses compliquées » ;* E9 *« Non, sauf qu'ils sont chiants »*). Deux d'entre eux ont avoué <u>l'être également</u> (E1, E8) (E8 *« on pose la petite question de celui qui sait un petit peu, et puis qui va faire comprendre que, au médecin, qu'il faut quand même mettre… nous traiter un peu différemment ! »*).

Leur **savoir** dans le domaine médical ou paramédical leur permettait de réfléchir à leur prise en charge et de critiquer celle que leur proposait leur soignant (E2, E3, E8) (E3 *« j'avais p… l'impression que j'avais pas le droit de lui donner des consignes parce qu'il savait tout ça* » ; E8 *« ils sont d'un côté et de l'autre de la barrière »*).

Quatre des médecins ont dit trouver plus difficile de soigner des soignants **proches,** qu'ils connaissaient en tant que <u>collègues</u>, <u>amis</u> ou faisant partie de leur <u>famille</u> (E1, E5, E6, E10) (E5 *« Donc on a pris ce parti, globalement, sauf urgence, de ne pas prendre en charge de soignants ici » ; «sinon on peut pas les examiner, ça peut mener à des dérives extrêmement difficiles »* ; E10 *« Après là où ça m'est plus difficile c'est des soignants proches, amis ou famille, où là ça m'est plus difficile. »*).

<u>Difficultés dues aux patients</u> - Les médecins ont dit trouver les patients-soignants exigeants, détenteurs d'un savoir pouvant interférer avec le leur. Ils trouvaient plus difficile de soigner des soignants proches.

2. Dues au soignant de soignant

D'autres difficultés à soigner des soignants ont été attribuées au médecin dans le rôle du soignant (E1, E2, E3, E5, E7, E8, E9, E10) (E10 *« je pense qu'on a un peu des difficultés quand on est face à un confrère, à se positionner en tant que son médecin, quoi »*).

Six des onze médecins ont évoqué **une gêne** de leur part à soigner des soignants (E1, E3, E5, E8, E9, E10) (E1 *« y a des choses qu'on n'ose pas faire »* ; E3 *« Ben heu, bon j'étais un petit peu gênée parce que il était médecin »* ;E8 *« au début ils pouvaient être plus âgés, donc ça c'était plus gênant »* ; E9 *« des fois je lui demandais un petit peu son aval, et il me disait « Mais non, non, non, c'est vous ! » (rires) »*). L'un d'eux avait déjà <u>ressenti</u> cette gêne chez un de ses soignants (E8 « *il m'a fait une infiltration, il n'osait pas me dire que ça l'embêtait beaucoup d'en faire une deuxième »*).

Quatre d'entre eux ont dit avoir **peur de se tromper**, et être <u>plus en alerte</u> lorsqu'ils soignaient d'autres soignants (E1, E2, E9 et E10) (E2 *« mais c'est vrai que le fait d'avoir à faire à un autre heu… médecin, heu… nous oblige à avancer sûrement encore plus, avec plus de…de…un peu plus sur la pointe des pieds »* ; E10 *« Ben je me dis que bon ben si je me trompe ou voilà c'est… y a un petit peu plus… voilà, je me sentirais un peu plus impliquée forcément »*).

E8 et E9 se sentaient parfois surveillés et **jugés** par les soignants qu'ils recevaient en consultation (E9 *« Enfin moi je, j'avais une sensation quand je soignais mes soignants, que j'étais jugé à chaque fois »*).

Lorsqu'il se retrouvait face à un soignant malade, E1 s'**identifiait** à lui, et avait des difficultés à prendre du recul par rapport à la situation du patient (E1 *« quand on est soi-même médecin, l'empathie, c'est, c'est de la soi quoi, c'est soi-même, on se, hein, on se… on se retrouve, ça fait miroir, enfin, le malade ! »*).

Un médecin s'est remémoré des **expériences difficiles** de soins à des soignants (E7 *« Mais, ça fait partie des, des souvenirs heu… un petit peu aigres de mon travail »*).

<u>Difficultés dues au soignant</u>- Les médecins ressentaient une gêne à soigner des soignants, ils avaient peur de l'erreur, du jugement. Ils faisaient parfois un transfert ou avaient de mauvais souvenirs.

C. <u>Comparatifs</u>

Des informateurs ont comparé la prise en charge des soignants à la prise en charge de **leur propre famille** (E7) (« *y a des soignants par exemple avec qui, ou de la famille, je mets ça un petit peu sur le même plan !* »), **d'hommes d'importance** (E5, E7) ; (E5 *« Par contre autrefois, oui, quand j'étais installé généraliste j'ai pu soigner pas mal de, de confrères ou de gens du métier et des politiques, j'ai eu la chance de soigner des politiques… enfin je sais pas si c'est une chance, d'ailleurs. »*) ou de **patients aux croyances communes** (E5) (*« vous savez pas pourquoi brusquement, à un moment donné j'ai soigné pratiquement tous les témoins de Jéhovah de S. .Parce que j'ai dû soigner un jour un Témoin de Jéhovah à qui ça a bien plu, et bon… et les soignants c'est pareil, les infirmières de l'hôpital j'en avais un nombre relativement important, ainsi que leur famille bien sûr, pareil… par le bouche à oreille etc… »*).

D. <u>Motifs de consultation</u>

Trois médecins ont dit avoir accompagné des soignants en **fin de vie** (E1, E6, E7) (E7 *« Je peux même vous dire, j'ai même soigné le médecin que je remplaçais,… au stade terminal. »*).

Trois autres avaient pris en charge leurs pairs pour une plainte d'ordre **psychologique** (E2, E3, E8) (E2 *« Et donc avec globalement, un…un médecin, en tous les cas ceux auxquels j'ai été confronté, ce n'est pas arrivé si souvent, heu, les consultations ont aussi évolué comme ça. Avec, heu, ben une évolution vers les difficultés qu'ils avaient, eux, dans leur vie, dans leur vie, personnelle finalement ;* E3 *« Mais en même temps il était assez déprimé et je voyais qu'il avait quand même besoin d'aide »*).

Pour trois d'entre eux, quand les soignants les avaient consultés, c'était avant tout pour avoir un **avis extérieur** au leur (E1, E2, E11) (E2 *« il vient nous demander un autre regard,… et puis…. peut-être ce qu'on ferait, à sa place »*).

<u>Motifs de prise en charge</u>- Les médecins avaient soigné des soignants en fin de vie, pour problème psychologique, ou qui souhaitaient un avis extérieur.

E. Soigner des médecins

1. Constats

Au cours des entretiens, sept des interviewés ont fait des constats concernant la santé des médecins en général (E1 ; E2; E7; E8 ; E9; E10; E11).

Cinq d'entre eux ont évoqué le **suicide** des médecins, en relatant des faits dans leur entourage professionnel ou en évoquant les statistiques (E1, E2, E8, E9, E10) (E2 *« 14% des médecins se suicident, c'est quand même, ben heu, c'est quand même énorme, hein, finalement » ;* E9 *«Parce que les médecins sont des gens qui, il parait, qui sont… on parle des gens de Orange°, mais les médecins c'est assez important, aussi, hein ! »* ; E10 « *tous les événements que j'ai entendu, quand on entend un confrère qui se suicide »*).

Trois médecins ont souligné la fréquence ou évoqué des cas de **détresse psychologique** chez les médecins (E1 ; E8 ; E11) (E1 *« Enfin pour moi le problème de santé chez les médecins, heu… c'est plutôt psy »* ; E11 *«Le pauvre, il est en robe de chambre, il sort de chez lui pour aller à son cabinet… C'est terrible ! »*).

E1 et E7 ont parlé des **addictions** dont pouvaient souffrir la population médicale (E1 *« les pathologies rencontrées chez les médecins, bon y en a une c'est évident c'est ce dont je parlais tout à l'heure c'est l'addiction, au tabac, à la drogue, heu, oui à la drogue, hein, moi j'ai connu, voilà !* »).

Constats sur la santé des médecins- Les médecins ont parlé du suicide, de la souffrance et des addictions de la population médicale.

2. Quels médecins ?

Parmi les médecins rencontrés pour l'étude, trois ont dit n'avoir jamais pris en charge de confrère (E4, E6, E10) (E4 *«Alors leur famille, oui, mais pas… pas de confrère, non. »*). E10 imaginait qu'il était plus difficile de soigner un autre médecin qu'un paramédical (E10 *« je pense que je serais un peu plus en difficulté avec des confrères, enfin avec des médecins, avec des soignants paramédicaux heu… bon, ça va quoi »*).

Pour ceux qui avaient reçu des confrères en consultation, le plus souvent, il s'agissait **d'amis** (E1, E5, E7) (E5 *« dans mon boulot autrefois, généraliste, j'ai eu des collègues qui sont venus me voir, mais c'étaient des copains hein, enfin des confrères copains »* ; E7 *« Des soignants, heu, oui, j'en ai soigné, j'ai soigné un chirurgien qui était un ami »*), **de retraités** (E9) (*« Alors des vieux soignants,*

oui », « Médecins retraités y en avait d'autres aussi, y en avait un autre que je… », ou de médecins **de passage** (E3) (*« une fois un, une fois un médecin d'un autre département, oui ; c'était le fils de patients heu, heu, que je connaissais. »*). Souvent, ils ont dit avoir soigné **la famille** de leurs confrères (E1, E4, E5, E8) (E8 *« J'ai eu des enfants, alors là c'est plus facile parce que ben, de parler de son enfant, parce que c'est pas tout à fait soi, euh… après tout il ressemble aussi au mari, ou à l'épouse, c'est moi à 50%.... »*).

<u>Les médecins soignés</u> – Certains médecins n'avaient pas soigné de confrères. D'autres avaient soigné des amis, des médecins retraités ou de passage, ainsi que leur famille.

3. Quelle prise en charge ?

Deux médecins pensaient être en **devoir** de recevoir et de soigner leurs confrères (E5, E7) (E7 *« je pense qu'on n'a pas le droit non plus si quelqu'un … je trouve que c'est un peu facile aussi de se réfugier derrière le secret médical pour dire « Bon ben après tout je peux pas te soigner parce que t'es médecin… » »*).

Cinq des informateurs ont dit considérer les médecins comme **des patients normaux**, et pensaient les prendre en charge <u>comme tout autre patient</u> (E2, E7, E8, E9, E11) (E2 *«C'est comme çà en tous les cas que je le vis. Heu…la maladie, avec chacun, et puis bah, autant avec les médecins que les non médecins »* ; E9 *« Ah oui alors, ouais, je pense qu'on… c'est un patient comme un autre ! »* ; E11 *« j'essaye d'être le plus… le plus comme d'habitude avec les patients, c'est-à-dire avec la même… le même plan, la même rigueur »*), <u>en s'adaptant au patient</u> pour E7 (*« j'ai même soigné un psychiatre (rires), j'ai soigné des gens, bon heu… je veux dire que, c'est le médecin qui s'adapte bon, et c'est du coup par coup »*). Deux médecins ont dit <u>faire parfois régler</u> leurs confrères (E8, E11) (E11 *«c'est rare que les médecins… que les médecins ne me règlent pas, donc heu… Ils me demandent, moi je leur demande, parce que je préfère ça à avoir des bouteilles de whisky"*).

Six informateurs ont laissé entendre qu'ils adoptaient des **habitudes différentes** lorsqu'ils soignaient des confrères, et qu'ils <u>ne les prenaient pas en charge comme les autres patients</u> (E1, E2, E5, E7, E8, E9). Quatre des médecins ont dit <u>ne jamais faire régler</u> les consultations de leurs confrères (E1, E2, E5, E9) (E5 *«Moi je n'ai jamais fait payer un confrère, jamais, jamais, jamais.»* ; E9 *«Ben entre médecins, on se fait jamais payer, non, si ?).* Un cinquième appliquait « la règle de la gratuité » lors des <u>premières consultations</u> (E8) (*«Je les fais pas payer, du moins les*

premières fois »). E1 et E2 ne dérogeaient jamais à cette coutume, même lorsque le médecin-patient le demandait (E1 *« parfois ils me disent : « mais si, mais si ! », mais j'dis : « non, non, non, non, non »*). La prestation d'actes gratuits pour les confrères était une façon de valoriser le patient pour E2 (E2 *« l'autre peut aussi se considérer heu… valorisé par le fait que, ben non, y a pas, y a pas de… on va pas introduire une notion d'argent »*). Des médecins avaient d'autres moyens de privilégier leur patients-médecins (E1, E8) (E1 *« je vais chez lui, les jours où je bosse pas, et j'ai son, sa femme m'a donné, j'ai donné mon portable. »* ; E8 *« alors on essaye de faire ça un peu amicalement, quoi, hein, je sers pas le porto à chaque fois hein, mais voilà, hein, après ben y en a qu'on tutoie, hein ! »*). Certains ont dit soigner des « confrères » avant tout (E2, E5, E9) (E2 *« on est confrère, on se rend service, on se rend service, voilà »*). D'autres avaient soigné des médecins en secret (E1 *« bon ben là y en a un qu'est très, très malade, un ancien, heu…les autres sont pas au courant, c'est moi qui le soigne »* ; *E7 « Je lui faisais des transfusions… dans sa chambre. J'allais chercher le sang à Poitiers, et il fallait pas que la clientèle le sache»*).

Comment soigner les médecins- Les médecins pensaient se devoir de soigner leurs confrères. Certains considéraient les traiter comme des patients lambdas (même prise en charge, adaptation, acte payant). D'autres essayaient de valoriser ces relations (acte gratuit, privilèges, familiarité, soins en secret).

F. Résumé

Si plus du tiers des médecins trouvait gratifiant d'être consultés par des soignants, plus de la moitié a exprimé une gêne à soigner des patients parfois exigeants, qui partageaient leur savoir médical, et étaient en mesure de juger de leurs compétences, d'autant plus lorsque c'était des proches. Certains craignaient de se tromper, avaient tendance à s'identifier à ces patients ou avaient eu des expériences douloureuses. Les médecins avaient été consultés pour un avis extérieur, une prise en charge psychologique, ou en fin de vie. Ils ont comparé la prise en charge des soignants à celle de leur propre famille, d'hommes d'affaire ou de personnes appartenant à une secte.

Les informateurs ont constaté la fréquence du suicide, de la souffrance psychique et des addictions chez les médecins. S'ils avaient soigné des médecins, c'était des proches, des retraités ou des médecins de passage. Certains enquêtés se sentaient en devoir de recevoir

leurs confrères, et certains estimaient les soigner comme les autres patients, en leur apportant des soins identiques. Pourtant, plus de la moitié considéraient que la gratuité des actes auprès des confrères était une règle inviolable, ou accordaient à leurs patients-médecins certaines faveurs particulières.

IV. Attentes d'un réseau de soins pour les soignants

A. Organisation

La notion d'**adhésion** au réseau de soins a été évoquée (E5 *« il faut que chacun adhère, a un petit peu à la façon dont nos patients adhèrent à un médecin traitant, donc adhèrent à un système »*). Pour certains participants, elle devait être rendue obligatoire (E8, E10) (E10 *« Je pense qu'il faut passer par quelque chose de… ben je dirais de quasiment obligatoire, quoi, enfin… » ; « si c'est quelque chose qui est basé sur le volontariat, ça va… ça va pas marcher »*). Pour d'autres, cette adhésion devait être possible sans engagement de leur part, avec un accès libre en cas de besoin (E4) (« *si je peux avoir un avis ponctuel si un jour j'ai besoin, voilà ;* »).

Quatre des informateurs ont émis le souhait d'avoir un **accès direct et pratique** à ce réseau par le biais du téléphone, voire d'une adresse mail (E1, E4, E5, E7) (E1 *« oui ça peut être par mail, ou téléphoniquement* » **;** E5 « *Ben…Ça suppose un appel direct.* »). Deux des médecins s'attendaient à avoir à disposition un listing de professionnels (E3, E5) (E3 « *ça voudrait dire qu'il faudrait un annuaire* »). Un autre a précisé que les horaires d'accès devaient être adaptés au travail des médecins (E4 « *…et que ce sera soit tard le soir, soit par téléphone* »). Certains ont imaginé une organisation départementale (E3, E10) (E10 *« je pense qu'il faudrait quelque chose de départemental plutôt, pour que ce soit plus facile »*), avec une répartition de professionnels sur le territoire (E3, E4) (E3 « *Un maillage, plutôt. Parce que si c'est à un endroit ça va pas convenir à ceux qui sont loin, heu… mais d'avoir un, un listing sur chaque département de gens un petit peu… disséminés, oui, pour que tout le monde y ait accès. »*).

Deux des interviewés ont évoqué leur besoin de **pouvoir sortir du réseau** s'ils le souhaitaient, pour consulter des soignants extérieurs (E8, E11) (E8 *« Et puis il me dirait « Ben écoute mon vieux, pour ta prostate ou ton cœur, va voir le confrère du réseau », ben je pourrais aussi dire « Roh lui, je l'aime pas trop ! », et il me dirait « bon ben, va en voir un autre ! ». Oui, il faudrait aussi pouvoir sortir aussi un peu du réseau. »*).

Deux autres ont défini **les cibles** d'une telle organisation. La mise en place d'un système de soins pour les soignants serait une priorité pour les médecins libéraux, à qui on ne propose pas de suivi organisé (E5, E10) (E5 *« les libéraux ...probablement, parce qu'ils sont absolument pas pris en charge, pas de médecine du travail, pas de … y a rien de tout ça »* ; E10 *« Enfin je pense surtout aux médecins libéraux, parce que bon les médecins salariés, ils ont quand même des visites en médecine du travail »*), et pour les médecins retraités (E5); (« *Moi je pense que par contre pour des retraités, oui, parce que eux perdent le contact avec les autres, par définition leurs anciens collègues et copains sont partis à la retraite eux aussi »*), quelles que soient leur spécialité (E5) (*« Après tout, un psychiatre peut avoir besoin d'un confrère. Des psychiatres fous, on en a tous rencontré ! (rires) ...et des rhumatos avec des rhumatismes, on en a tous rencontrés aussi ! »*).

Organisation du réseau – Les médecins ont imaginé adhérer à un réseau leur donnant un accès simple (téléphone/mail) à un listing de professionnels répartis sur chaque département, à des horaires adaptés. Le réseau devrait s'adresser en priorité aux libéraux et retraités et rester ouvert (accès des patients aux soignants extérieurs).

B. Offre de soins

Concernant les **prestations**, des médecins ont imaginé pouvoir consulter au sein du réseau (E1, E2, E3) (E2 « *qu'il y ait une possibilité pour le médecin de consulter, oui, me parait quand même bien utile »*), ou recevoir une assistance téléphonique (E4) (*« Que je puisse avoir accès au téléphone et que ce soit sous forme, effectivement, heu…d'une aide ponctuelle, pourquoi pas »*). Un médecin a mentionné son désir de pouvoir évaluer ses compétences professionnelles au sein d'une telle organisation (E9) (*« Ben c'est de trouver si on agissait dans la normalité ou si on sortait du contexte habituel, euh…, c'est ça qui est toujours difficile »*).

Deux médecins ont envisagé un réseau qui leur proposerait une **prise en charge globale** (E3, E10) (E3 « *Ben c'est vrai que ça serait intéressant que ce soit pour d'autres choses que les problèmes psy, parce que pour ce qui me concerne ce serait d'autres choses qui m'intéresseraient »*; E10 « *je me dis que ce serait aussi une bonne idée que ce soit un petit peu pour tout »*), que ce soit par un suivi médical (E10) (« *quand on va dans ce centre c'est pas forcément qu'on a un souci psychologique en lien avec le travail, mais on peut consulter, je sais pas moi, pour son suivi gynéco, sur un autre suivi, enfin… »*), des conseils de prévention (E9, E10, E11) (E9 « *pour la prévention du burnout* » ; E11 *« Rappeler quelques éléments de prévention heu… qui sont… qui échappent un peu dans le temps,*

quoi… Je sais pas, les vaccins »), ou une médecine du travail adaptée aux médecins (E1, E8, E10) (E1 « *peut-être un médecin du travail* » ; E8 « *Par contre, un médecin du travail qui prend en compte la situation du, du médecin comme étant particulière, comme je sais pas moi euh… les agriculteurs, ou les employés dans la sidérurgie, ont des situations socio-professionnelles particulières, oui !* »).

Des informateurs ont pointé du doigt **certaines pathologies** des médecins qui mériteraient d'être prises en compte par le réseau. Cinq d'entre eux pensaient nécessaire la prise en charge des problèmes d'ordre psychologique (E1, E2, E6, E9, E10) (E1 « *oui qu'on a besoin de psychologues, on a besoin de psy* » ; E2 « *que les gens prennent quand même le temps de faire, d'écouter un petit peu la souffrance*» ; E10 « *mais effectivement oui, sur le plan psychologique quand on a besoin de verbaliser certaines choses, je pense que ce serait intéressant* »). Deux ont parlé de l'épuisement professionnel ou « burnout » des médecins (E9, E11) (E11 *« Je pense que ça fait un petit peu référence, un petit peu à tout ce qui s'est passé, à tout ce qui se passe éventuellement avec le burnout des médecins »*). La prise en charge des addictions devait faire partie des objectifs du réseau pour E1 et E5 (E5 « *Il peut y avoir des médecins qui soient paumés en termes de toxicomanie et qui auraient besoin d'aide* »).

Offre de soins- Les médecins voulaient avoir accès à des consultations et à une assistance téléphonique, à une évaluation professionnelle, à une prise en charge globale (suivi, prévention, médecine du travail) et ciblée (psychologique, épuisement professionnel, addictions).

C. Garanties du réseau

Pour E4, E8, E10 et E11, la **confidentialité** devait être garantie au sein de l'organisation, que ce soit par le respect du secret médical (E8 *« pour euh… que le médecin se fasse soigner ? Ben oui, bien sûr, il faut le secret quand même !* » ; E11 « *je sais pas si il faut une charte de… N'importe comment on est lié… on est lié intimement par le secret médical. Donc heu… et le secret, le secret médical il doit, il est pour tout le monde et, il est juridiquement pour tout le monde et c'est inviolable »*) ou par la possibilité de consulter des soignants sans les connaitre (E10 « *quand j'entends réseau régional, je me dis aussi que ça peut être pas mal, on peut se sentir un peu plus anonyme que sur un réseau départemental, heu, ça c'est vrai que ça peut être une idée »*).

Cinq médecins ont exprimé un sentiment de solitude dans leur profession, et un besoin d'**entraide** et de **solidarité** (E1, E2, E8, E9, E11) (E1 *« Ah ben ça me parait indispensable parce que…, toujours par rapport à cette solitude dans l'exercice, »* **;** E9 « *Montrer qu'on n'est pas les seuls dans cet état de souffrance, ça peut aider à faire réfléchir l'autre!* » **;** E11 *« On est effectivement un peu seuls, quoi, donc c'est vrai que ce genre de structure s'installant, c'est probablement quelque chose qui peut être intéressant* »). Certains espéraient trouver un soutien auprès des professionnels du réseau, en cas de besoin (E2, E9) (E2 « *Bin, de toute façon ce qu'on attend d'un médecin, c'est un soutien* ! » **;** E9 « *Y a des moments dans l'exercice où on se sent vraiment seul et on se demande à quoi se raccrocher, et effectivement si, si y a une facilité de le faire à ce moment-là c'est, c'est… ça serait sympa »*). L'un d'entre eux a imaginé pouvoir demander l'intervention du réseau auprès d'un confrère, si nécessaire (E4 *« est-ce que pour un confrère est-ce qu'on peut dire : «Tiens attention là ça va pas », voilà, peut-être que ça peut être aussi bien pour aider d'autres confrères qu'on voit en détresse ou quand y a besoin »*).

E11 a insisté sur l'importance du maintien de **valeurs humaines** au sein de l'organisation (E11 *« mais que ce soit pas une structure administrative, kafkaïenne, où on est en face plutôt d'administratifs que de … de problèmes administratifs que de problèmes humains, quoi. Alors qu'on est dans les problèmes humains. »*)

Garanties du réseau- Les médecins ont souhaité une garantie de confidentialité, d'entraide confraternelle (soutien, aide aux confrères), et le respect des valeurs humaines.

D. Les Intervenants du réseau

Les médecins ont à nouveau insisté sur l'importance pour eux de **choisir** les soignants qu'ils consulteraient, également au sein d'une organisation spécifique (E2, E8, E10, E11) (E2 « *ben oui, bon c'est vrai, je choisirais, j'irais pas voir n'importe, n'importe quel praticien, mais enfin…* » ; E11 «*Si y a que des gens dans le réseau qui ne vous plaisent pas trop, bon heu… On est obligé de choisir !* »). Trois d'entre eux ont imaginé choisir un référent (E5, E8, E11) (E5 « *je téléphone à un référent, parce que ça voudrait dire qu'il faudrait un annuaire, un référent heu…* » ; E8 « *puis si il faut un médecin référent, et ben je prendrais quelqu'un du réseau, oui !* »), travaillant en collaboration avec des soignants au sein d'une équipe (E3, E8) (E8 *« Le réseau serait meilleur si c'est un travail d'équipe ! Et qui communique bien … »*). Certains ont envisagé pouvoir se référer à

des **personnes ressources** (E3, E7) (E7 *« bon, alors par contre qu'il y ait une personne ressource qui soit désignée éventuellement pour dire «je suis à la disposition de, si quelqu'un a besoin »*).

Les médecins en tant que patients entendaient avoir à faire à des professionnels **compétents** dans ce réseau (E1, E2, E4, E8, E9) (E1 *« mais bon le médecin du travail il doit se rendre sur le lieu des gens qui travaillent, et je pense que tant qu'il a pas été généraliste au moins pendant 6 mois, il sait pas de quoi il ressort, faut plonger dedans pour comprendre comment ça marche hein, et quelles sont les difficultés »* ; E2 « *qu'il soit quand même, qu'il soit techniquement fiable »* ; E9 « *Parce que ce seraient des gens motivés, tandis que… d'aller voir un médecin tout venant… »*). E8 a émis l'idée d'une <u>formation</u> à soigner les soignants (E8 *« avec une formation continue dans la médecine des … des, des médecins, ou des soignants* »). Plus du tiers des informateurs a dit souhaiter recevoir des soignants du réseau un **avis neutre**, <u>extérieur et objectif</u> (E3, E7, E8, E11) (E3 *« on n'est pas bon juge de ce qu'on a et quand on a, enfin, c'est intéressant d'avoir un regard extérieur neutre »* ; E7 «*par exemple, pour les médecins qui auraient un problème heu… sérieux, et qui veulent justement, voir quelqu'un d'extérieur, qu'ils ne connaissent pas, bon éventuellement »* ; E11 «*des gens un petit peu en dehors de leur environnement qui soient neutres, enfin bon quelqu'un d'un peu neutre et d'extérieur* »). Pour deux des médecins entendus les intervenants du réseau devaient se montrer **disponibles** (E1, E2) (E1 « *un système avec heu… avec des intervenants disponibles heu…* » ; E2 « *moi c'est vrai que j'attends, j'attendrai pas qu'on passe deux heures avec moi, parce que bon ben je conçois bien que les gens n'ont pas le temps,…bon, ont d'autres heu… y a pas que moi à voir, mais que les gens prennent quand même le temps*… »).

<u>Intervenants</u>- Les médecins ont dit vouloir choisir un référent et des soignants travaillant en équipe ; avoir accès à des personnes ressources et à des professionnels compétents (formés), aptes à donner un avis neutre (objectif), et disponibles.

E. <u>Résumé</u>

Les médecins attendaient de pouvoir adhérer à un réseau qui leur proposerait un accès pratique, par téléphone ou mail, et à des horaires adaptés, à des professionnels répartis sur le territoire. Ils ont imaginé pouvoir choisir sur un listing un référent travaillant en équipe avec des soignants du réseau. Ils voulaient avoir la possibilité de consulter des soignants extérieurs au réseau. Certains souhaitaient une prise en charge globale, incluant un suivi médical, des consultations de prévention et une médecine du travail. D'autres

pensaient que des pathologies comme les troubles psychologiques, le burnout ou les addictions devraient être prises en compte. L'accès à des consultations, à une assistance téléphonique et à une évaluation professionnelle ont étés souhaités. Des garanties de confidentialité, de soutien, de solidarité, et d'humanité ont été espérées par les médecins. Les participants ont exprimé vouloir accéder à des intervenants du réseau, personnes ressources ou soignants, compétents (un médecin a parlé de formation spécifique), disponibles et leur apportant un regard neutre et objectif. Pour certains, le patient cible du réseau devait être le médecin libéral ou retraité, quelle que soit sa spécialité.

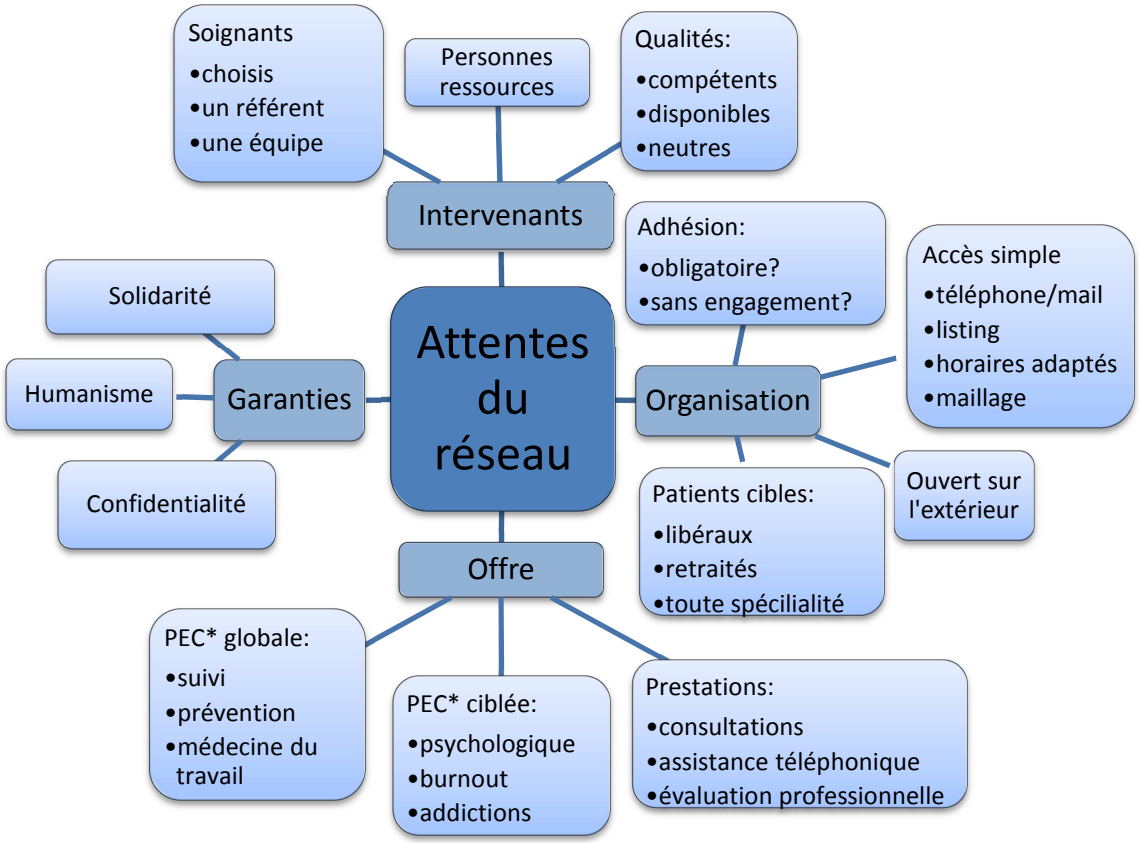

Figure 4 : Attentes des médecins d'un réseau potentiel (PEC : prise en charge)

V. Avis concernant le projet de réseau

La présentation du projet de « Réseau de soignants de soignants » tel qu'il était pensé avant le démarrage des entretiens individuels a suscité de nombreuses réactions chez les onze médecins entendus.

A. Etonnement

Deux informateurs ont été surpris par l'idée d'une organisation qui proposerait des soins aux médecins (E5, E7) (E5 « *C'est marrant ça me serait jamais venu à l'idée* » ; E7 « *Ah! Mais…pour se soigner lui !* »), et ont constaté un changement des relations entre confrères, (E5 « *parce qu'on a nos réseaux de copains également, hein, quand on est en ville, hein, on l'avait, c'est peut-être plus le cas, peut-être que ça a beaucoup bougé* » ; E7 *« d'un autre côté je trouve que c'est bien aussi qu'on essaie de remettre en place un réseau heu…pour ça, mais je trouve que c'est triste qu'on en soit arrivé là, quoi.* »).

B. Favorables

Neuf médecins ont exprimé des avis favorables concernant le dispositif (E1, E2, E3, E4, E5, E7, E9, E10, E11).

Les deux-tiers ont fait preuve d'**enthousiasme** (E3, E4, E5, E7, E9, E10, E11) (E3 « *Ouais, je trouve ça bien.* » ; E5 « *Ca va être intéressant à voir, hein. L'idée est belle, hein, l'idée est intéressante.* » ; E7 « *c'est grand temps que les médecins s'occupent des médecins, mais pas forcément qu'au niveau de leur santé je veux dire, au niveau de leur travail, au niveau du, du vécu, au niveau de…* » ; E10 « *Donc… oui, je pense que ça serait bien ! Hum !* » ; E11 « *c'est bien que y ait… une action pour raisonner un peu différemment ensemble, hein, ça, ça me parait une bonne chose*. »).

Plus du tiers a souligné la **nécessité** de mettre en place un tel réseau pour les médecins (E1, E2, E4, E9, E10) (E1 « *Moi, ça me parait indispensable*» ; E2 « *je pense que peut-être ça peut, ça peut être utile, hein, parce que quand quelqu'un est en détresse, ça, heu… quand un médecin est en détresse, ben il sait pas toujours où frapper* » ; E4 « *pour certains qui se soignent pas, je sais que apparemment y a un problème dans les soins des médecins donc, heu… c'est sûr que ça peut être utile et… et voilà, ne pas s'oublier ça peut être bien.* » ; E9 *« Moi je sais qu'il y a des moments où j'aurais bien aimé que ça existe* » ; E10 *« je pense que ce serait intéressant qu'il y ait heu… quelque chose de régional »*). Un des médecins interrogé consulterait plus aisément au sein d'un tel réseau (E9) (*« Mais… si, ouais, ouais ! Je me sentirais peut-être plus en confiance avec un réseau.* »). Un

autre a remarqué que le projet reflètait ses attentes (E3) (« *Ben ça ressemble assez à ce que je… j'imaginais, donc oui ça me parait plutôt bien* »).

C. Scepticisme

Parallèlement, deux tiers des informateurs ont émis des doutes quant à la mise en place de ce réseau. Certains ont discuté **sa faisabilité** (E1, E7, E8, E9) (E1 « *Donc heu, oui, c'est, surement, ça doit être faisable, mais maintenant…* » ; E9 « *c'est pas facile à constituer, ça, hein ! C'est déjà bien avancé, vous avez réussi à…* ? ») ; d'autres, **l'idée** même de réseau (E6, E8, E9) (E6 *« je ne sais pas si c'est la bonne idée, peut-être que je me trompe, peut-être que c'est « la bonne idée »…* » ; E9 « *Mais, mais ça ne correspond pas à tout le monde, euh… (Silence). C'est pas facile, là, il faut réfléchir à ça, on peut pas répondre comme ça… enfin, je me vois pas répondre comme ça… (silence)* »). D'autres avaient des doutes concernant **l'adhésion** de la population médicale à une organisation de la sorte (E4, E5) (E4 « *je sais pas comment c'est faisable mais… avant que le médecin se décide à se faire soigner, il va y avoir quand même un temps de latence certain.* » ; E5 « *On n'est pas, on n'est pas américain du Nord, on n'est pas canadien, je suis pas sur…* »), ou sur **sa nécessité** (E5, E7) (E7 « *je pense pas que ce soit indispensable… Non, enfin ?* »).

D. Défavorables

Six médecins ont formulé des opinions défavorables concernant le réseau et son organisation (E4, E5, E6, E7, E8, E11).

Trois des informateurs ont été gênés par la nécessité d'**engagement** et les **obligations** relatives à l'adhésion au réseau (E4 *« Si c'est voilà, dans l'obligation d'avoir pour l'instant quelqu'un de référent et tout, non parce que voilà… »* ; E6 *« non, non, j'ai pas envie de rentrer dans une filière… »* ; E8 *« Parce que cette idée de réseau, je sais pas où elle a été trouvée, mais… on est un peu ligoté, quoi »*).

Trois ont remis en question l'obligation de consulter des soignants du réseau et l'**insuffisance de choix** en conséquence (E6, E7, E11) (E6 « *on n'aurait pas tellement le choix des médecins en fait, on n'aurait pas tellement le choix des médecins* » ; E7 *« Parce que moi je me vois pas, si on m'envoie trois noms par exemple, là, c'est pas sûr que ça me convienne, quoi. Je peux être ravi, et je peux en avoir trois qui me conviennent tout pareil les trois, mais … je peux aussi bloquer, quoi. »* ; E11 *« le fait que ce soit obligatoirement dans le réseau, ça me parait pas adapté »*).

Des médecins ont dénoncé le **manque d'intérêt** du réseau. Trois interviewés ont dit ne pas en avoir besoin personnellement (E4, E5, E11) (E4 *« Alors pour moi personnellement j'ai pas forcément besoin pour l'instant »* ; E5 *« que j'ai mon propre réseau si je puis dire de surveillance hein, de garde-fou »* ; E11 *« je suis peut-être pas le, la personne la plus, ben qui ait le plus de besoin »*). Un autre a estimé que ce projet n'était pas la solution idéale pour améliorer la prise en charge des soignants (E6) (*«je pense pas que ce soit forcément le fait qu'il y ait un médecin, si on l'appelle pas, ça va pas régler le problème »*). E5 a considéré que les médecins hospitaliers n'avaient pas besoin de cette organisation de soins (E5 *« Je pense que les hospitaliers, il ne me semble pas, je ne crois pas que ce soit nécessaire. »*).

Deux des médecins entendus se sont montrés catégoriquement **opposés** au projet, et à la **notion de réseau** (E6, E8) (E8 *« L'histoire du réseau, ça me… ça me broute un peu. »*). L'un d'eux a jugé ce projet comme étant néfaste (E8 *«C'est dangereux, même, ces réseaux, je vous assure »*), et en contradiction avec la mentalité médicale (E8 *« parce que l'idée du Réseau ne plait pas aux médecins. »*). Il a mis en doute les relations que pouvaient entretenir les organisateurs (E8 *« J'ai impression que le réseau c'est, il y a une notion un peu de copinage. C'est-à-dire qu'on va… je te prends dans le réseau parce que, parce que… on est bien, on s'entend bien, on est bien ensemble. » ; « Et qui s'occupe du réseau ? C'est le syndicat dont je vous parlais, voilà »*). Le second a jugé anormal la création d'un système de soins parallèle spécifique aux médecins (E6 *«ça devrait pas, enfin, on est des travailleurs, on ne devrait pas avoir des réseaux à part ! se soigner entre nous, se juger entre nous… y a une consanguinité qui me… enfin… »*). Un médecin a trouvé le projet artificiel (E7 « je pense que c'est un peu artificiel… »).

Réactions- Certains médecins ont été surpris, ou ont fait preuve de scepticisme. Plus des deux-tiers ont donné des avis favorables (enthousiasme, nécessité). La moitié a dénoncé des aspects négatifs du réseau (engagement, manque de choix des soignants, manque d'intérêt, notion de réseau).

E. Grands thèmes

1. Attribution d'un alias anonyme

Huit médecins se sont exprimés concernant l'anonymisation du patient adhérant au réseau (E1, E2, E3, E4, E5, E8, E9, E10, E11).

Plus du tiers a considéré l'anonymat comme étant **inadapté,** nuisible à la relation médecin-patient et au besoin d'être considéré comme un patient lambda. Pour eux, l'anonymat du nom serait inutile au sein d'une organisation dédiée aux soignants (E1, E2, E5, E8, E11) (E1 *« Non, parce qu'on a, justement, je pense que quand on est médecin on n'a pas envie d'être… on a envie d'être heu… reconnu comme humain quoi, enfin… »* **;** E2 « *si on est vraiment en pleine confiance, et ben on est en pleine confiance, et, l'anonymat, bof…* » **;** E8 *« On peut pas à la fois demander à être reconnu parce qu'on a des problèmes de, de santé, ou d'hygiène, enfin santé au sens… au sens large du terme, comme toute profession, et qu'on est un petit peu... incompris et délaissé, et vouloir rester anonyme ! Le secret, oui ! Mais pas l'anonymat, non.* »).

Pour trois des informateurs, garantir l'anonymat des patients au sein du réseau serait **impossible**, du fait de l'étroitesse du milieu médical (E4, E8, E10) (E4 *« Ouais enfin ça honnêtement, dans la région ça va être difficile, parce que tout le monde se connait, donc, heu… (Rires) »* ; E10 « *mais je vois pas en quoi il pourrait être respecté, enfin… Je pense que quand même les médecins se connaissent pas mal entre eux au bout d'un moment, quoi, au niveau de la région en tous cas.»* ; E8 *«« Je m'appelle Némo (rires) -Ah, ben c'est vous que j'ai vu la semaine dernière, là, on a mangé ensemble… à la réunion du laboratoire ? -Non, non, je suis Némo ! » (rires) »*).

Un tiers des médecins s'est entendu sur l'intérêt de l'anonymat d'identité du patient **si besoin**, en cas de désir personnel et dans des situations particulières (E1, E2, E3, E10) (E1 *« Après… ou anonymat pour ceux qui veulent, et pas anonymat pour ceux qui veulent pas. »* ; E2 *« pour parler de leur, de leur souffrance, d'autres ben pour lesquels ce sera plus facile si effectivement y a un anonymat »* ; E3 *« tous les freins que ça pouvait représenter par rapport à, aux addictions, aux gens déprimés, à l'alcool, et au fait que si ça se savait, leur carrière pouvait être fichue. Donc je pense que c'est important, oui. Dans certains cas, oui. C'est nécessaire pour que des gens puissent consulter. »* ; E10 *« J'imagine pour les syndromes dépressifs un peu importants où ça peut avoir un intérêt »*). E2 a souligné l'importance de l'anonymat en cas d'assistance téléphonique (E2 « *l'avantage en sera aussi l'anonymat, ils vont pas se retrouver face à un interlocuteur qui, qu'il pourrait éventuellement connaitre »*).

Anonymat- La majorité des médecins était défavorable à l'anonymisation (inadaptée et infaisable). Certains en voyaient une utilité en cas de besoin, ou pour l'assistance téléphonique, mais non en systématique.

2. Ligne téléphonique

La mise en place d'un numéro d'assistance téléphonique disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 a inspiré huit des informateurs. Ils ont trouvé une **utilité** et un **intérêt** à sa création (E1, E2, E3, E4, E7, E8, E9, E10) (E2 *« C'est vrai que globalement, je… je pense que la première approche par le… le biais du téléphone me parait peut être… une approche qui peut être, peut-être adaptée. »* ; E4 *« Que je puisse avoir accès au téléphone et que ce soit sous forme , effectivement heu…d'une aide ponctuelle, pourquoi pas »* ; E7 *« si, si, ben je suis d'accord pour qu'il y ait une ligne où on sûr d'avoir quelqu'un qui puisse donner un avis autorisé heu… tout de suite »* ; E9 *« Oui ça c'est bien, ça c'est bien. »*).

Comme cité précédemment, E2 a remarqué l'avantage de l'anonymat téléphonique du patient, et pensait, comme E3, que la ligne avait tout son intérêt pour la prise en charge des médecins en souffrance psychologique (E2 *« le soutien, donc, téléphonique, va être un soutien, encore, parce que, ben les gens sont en détresse et souvent la détresse de ces médecins qui appellent, ben c'est souvent une détresse psychologique. »* ; E3 *« Ben pour quelqu'un qu'a des problèmes psys, ou de, qui ont besoin de parler, probablement que la ligne téléphonique c'est bien »*).

Trois médecins ont trouvé des **limites** à ce dispositif téléphonique. E1 a expliqué qu'il était insuffisant et qu'un examen clinique complémentaire était justifié (E1 *« Ben une consultation heu… par téléphone heu…, j'sais pas hein, c'est toujours la même chose, moi j'suis très clinique donc heu, »*). E3 pensait qu'il devait se limiter à la prise en charge des problèmes d'ordre psychologique (E3 *« … mais après pour tous les autres problèmes médicaux ça va pas être adapté. »*). E7 considérait que cette ligne devait également servir aux médecins pour une demande d'aide professionnelle (E7 *« à condition qu'elle serve à tout, oui. Pas forcément à lui (rire). C'est-à-dire que si il a soucis, heu, heu, s'il avait un souci pour un patient, qu'il puisse s'en servir aussi. »*).

Ligne téléphonique- Les médecins étaient dans l'ensemble favorables à sa création, pour une assistance psychologique des médecins, voire professionnelle. Son utilité leur paraissait limitée dans les autres cas du fait de l'absence d'examen clinique.

3. Consultation de prévention

Deux médecins ne se sont pas exprimés (E6, E7).

Six médecins étaient **favorables** à la convocation des adhérents à une consultation de prévention de façon régulière et systématique (E1, E3, E4, E5, E8, E10) (E1 *« Alors l'histoire de se rendre de façon automatique à un truc de prévention tous les, tous les…, ou tous les deux ans, je pense que c'est suffisant, pourquoi pas »* ; E3 *« oui c'est plutôt une bonne idée, parce qu'on est un peu négligent heu…par rapport aux vaccins, par rapport à… c'est quand même des choses importantes d'être heu, vaccinés pour l'hépatite B , le DTPolio, enfin des choses de base »* ; E5 *« oui, pour les généralistes, pour les retraités oui, les libéraux ...probablement, parce qu'ils sont absolument pas pris en charge »* ; E8 *« Moi je crois que c'est ça qu'il faudrait »*). Deux autres considéraient qu'il n'était pas nécessaire de la rendre obligatoire (E2, E11) (E2 *« Euh…….est-elle vraiment utile, je ne sais pas…….Je… Bon, pour ma part heu… je n'en n'ai jamais ressenti le besoin, donc heu… Je pense, je pense que, faut pas que, je pense pas que ça puisse être systématique »*; E11 *«est-ce que n'importe qui a besoin d'une consultation de prévention, et qu'est-ce qu'on y fait, quoi ? »*).

E9 a mis en doute son **utilité** (E9 *« Ben je pense que les années de fac, ça fait déjà ça, hein ! On est un petit peu sélectionné par ce système… »*).

Consultation de prévention- La moitié des médecins était favorable à une convocation régulière et obligatoire. Deux autres ne la pensaient pas utile en systématique. Un la trouvait inutile.

4. Médecine du travail

Deux médecins ne se sont pas exprimés (E6, E7).

Six des soignants interviewés trouvaient une **utilité** à la mise en place d'une médecine du travail pour l'ensemble des médecins (E1, E3, E5, E6, E8, E10) (E3 *« oui c'est plutôt une bonne idée »* ; E5 « *Donc pour dire que oui, pour les généralistes, pour les retraités oui, les libéraux ...probablement, parce qu'ils sont absolument pas pris en charge, pas de médecine du travail, pas de … y a rien de* » ; E6 *« par contre y a un truc qui est vrai, c'est que médecine du travail par exemple, moi ça fait huit ans que je suis à l'hôpital de R., j'ai vu une fois le médecin du travail ! »*).

E8 pensait que la création d'une médecine du travail obligatoire était suffisante (E8 «*Des médecins du travail, une médecine du travail obligatoire »* ; « *Ca suffit parce que hum…, ça suffit !* »).

Il rejoignait E1 sur la nécessité d'une médecine du travail spécialisée et adaptée aux médecins (E1 *« le médecin du travail il doit se rendre sur le lieu des gens qui travaillent, et je pense que tant qu'il a pas été généraliste au moins pendant 6 mois, il sait pas de quoi il ressort, faut plonger dedans pour comprendre comment ça marche hein, et quelles sont les difficultés. »* ; E8 « *Par contre, un médecin du travail qui prend en compte la situation du, du médecin comme étant particulière»*).

E2 considérait que les consultations de médecine du travail ne devaient pas être obligatoires, mais possibles en cas de besoin (E2 *« je ne suis pas sûr que ce soit systématiquement utile non plus, la médecine du travail rend service quand on se retrouve devant une difficulté au travail, mais dans le… le dépistage de masse, bof »*).

Deux des interviewés ne voyaient **pas d'intérêt** à la médecine du travail (E9, E11) (E11 *« J'ai un gros contentieux avec la médecine du travail, dans ma tête »*).

Médecine du travail- La moitié des interviewés s'est dit pour l'instauration d'une médecine du travail, certains l'ont souhaitée spécialisée et obligatoire. Un médecin était pour un accès si besoin, deux défavorables à sa création.

5. Tiers-Payant intégral

Trois médecins ne se sont pas exprimés (E5, E6, E8) ;

Cinq médecins se sont **opposés** à l'idée d'un tiers-payant intégral. Il ne semblait pas nécessaire à trois des interviewés (E9, E10, E11) (E9 *« Enfin, j'en sais rien… de toutes façons comme c'est remboursé par la sécu, on s'en fout…* » ; E11 « *Le…pff… je vois pas pourquoi on fait spécialement un tiers-payant, mais bon… Dans la mesure où on est tous à la Sécu, on paye des mutuelles…* ». Deux autres trouvaient anormal de créer un tel avantage pour les médecins (E3, E7) (E3 « *je vois pas pourquoi on aurait, nous, ce privilège-là »* ; E7 « *Je ne vois pas pourquoi un médecin aurait un avantage particulier par rapport à un assuré social, si c'est un médecin conventionné, il est conventionné, on est conventionné dans les deux sens, hein »*).

E3 a entrevu une **utilité** au tiers-payant (E3 « *faut qu'il y ait de toutes façons un paiement parce que sinon on se sent redevable et après on n'ose plus y aller. Bon alors que ce soit tiers payant ou pas…* »).

Deux des interlocuteurs pensaient que ce serait une **bonne solution** au problème du règlement de l'acte des médecins (E2 « *Il est clair que le tiers-payant à la limite, heu… de ce côté-*

là écourte le, le dialogue, hein, bon, y a pas de, y a pas ce problème-là à soulever » ; E4 « *Donc tant mieux pour eux si c'est du tiers-payant parce que ça leur reviendra du coup. (Rires)* »).

<u>Tiers-payant intégral</u>- Une petite moitié des médecins était contre sa mise place. Deux trouvaient qu'il solutionnerait le problème du paiement des consultations.

6. Tutorat professionnel

Seulement deux médecins se sont exprimés au sujet de la mise à disposition d'un tuteur pour aide et assistance professionnelle. Ils ont considéré que cela pouvait être utile pour des médecins **isolés** (E3, E4) (E4 *« Peut-être pour ceux qui sont tous seuls, heu…. »*).

7. Signalement des confrères

La possibilité de signaler un médecin en détresse ou devenant dangereux pour ses patients a inspiré neuf des entretenus (exceptés E5 et E6).

La moitié des médecins s'est prononcée **en faveur** (E1, E2, E3, E4, E10, E11) (E1 « *Oui je pense que c'est utile.* » ; E3 « *Plutôt oui, plutôt oui parce que… les gens se rendent pas compte parfois qu'ils vont pas bien et si y a pas quelqu'un pour heu… je pense que c'est pas une dénonciation, c'est aussi tendre la main pour que la personne puisse démarrer un soin. Je suis plutôt pour.* » ; E11 «*je pense que c'est utile, parce qu'on peut ne pas avoir la critique de soi, donc je pense que c'est utile. »*). Quatre d'entre eux ont émis **des réserves**. E1 et E2 pensaient que le signalement pouvait devenir <u>malintentionné</u> (E1 « *(Inspiration profonde). Je pense que le signalement, puis ça peut être dangereux, justement par rapport à la clientèle, si on commence à dire à des médecins qui… » ;* E2 *« Puis…quelques fois le signalement peut être aussi…, je pense, peut être malveillant -(rires)- parce que y a, y a pas que de l'entraide entre les médecins »*). E2 et E10 partageaient des doutes sur son <u>efficience</u> (E2 *« un médecin qui est en souffrance…, ça clairement, lui, personne ne se rend compte de sa, de sa souffrance, d'ailleurs on le voit bien au travers des statistiques puisque finalement 14% des médecins se suicident, et puis ben… apparemment en toute indifférence, hein. » ;* E10 «*Après, je sais pas si vraiment l'entourage peut détecter un mal-être réellement, enfin la plupart du temps c'est quand même… enfin l'entourage dit qu'il n'a rien vu, quoi. »*). E1 a mentionné que le signalement devait se limiter à <u>certaines situations</u> (E1 «*A part ce qui est psychiatrique, heu, ou, heu, le type qui se bourre, heu, voilà, qui pour bien parler se bourre la gueule tous les soirs »*). E11 considérait que <u>l'entourage</u> du médecin devait prendre les choses en main personnellement avant de

demander une intervention extérieure (E11 « *dans un groupe, donc je pense que c'est plutôt le groupe qui devrait… qui devrait s'auto-signaler, quoi. Plutôt que ça se passe par une structure externe* »).

Trois médecins **ont condamné** l'idée de signaler des confrères (E7 *« Je suis pas sûr que si quelqu'un du réseau lui téléphone en lui disant heu « est-ce que vous… », (rires), je suis pas sûr que ça marcherait bien, quoi.»*; E8 *« Les gens peuvent ne pas se soigner ! Alors après pourquoi … à fortiori, obliger un médecin à se faire soigner ? »* ; E9 *« Euh… est-ce que si on signale, par exemple, un confrère qui déconne un petit peu, puis que quelqu'un lui demande et ben comment… je pense pas qu'il apprécie beaucoup »*). L'un d'eux estimait qu'il était du <u>devoir du Conseil de l'Ordre</u> d'intervenir auprès d'un médecin qui deviendrait dangereux (E8) (E8 *« Sauf si il pette les plombs et que ça relève de la psychiatrie. Ce qui est rare. Alors après, il peut être dangereux, effectivement. Mais ça, à ce moment- là, c'est le rôle du Conseil de l'ordre ! »*).

<u>Signalement</u>- Si la moitié des médecins y était favorable, beaucoup ont émis des réserves (cause psychologique, danger, utilité, deuxième intention). Un quart l'a trouvé inadapté ou hors de ses fonctions.

8. Formation de soignants de soignants

Deux médecins ne se sont pas exprimés (E4, E6).

La formation des soignants, initiale et continue, à prendre en charge la santé de leurs pairs paraissait **nécessaire** à six informateurs (E3, E5, E7, E8, E10, E11) (E3 *« Ouais, y a quelques règles justement de, de, de, de pas tenir compte du fait de, de penser que la personne va être capable de faire les choses, parce qu'elle est médecin. Elle doit être considérée comme un patient heu… lambda, et ça s'apprend, »* ; E5 *« oui, bien sûr, là, là, oui, parce qu'il faut des gens qui sachent où ils mettent les pieds »* ; E7 « *Moi, j'ai rien contre, si, je pense qu'on fasse une petite formation heu pour heu, pour mettre des cas sur la table, permettre d'ouvrir le débat et discuter »*. E10 *« Donc effectivement, je pense que ça peut être très, très intéressant qu'il y ait une formation spécifique. »*).

Deux autres médecins la trouvaient **inutile** et ont expliqué que leur fonction leur permettait de soigner tous les patients, quels qu'ils soient (E2, E9) (E2 « *je pense vraiment qu'il faut vraiment être médecin d'emblée, (rires)[…] le matin, quand tu penses à faire de la médecine, à écouter les gens, à essayer de les soutenir, à essayer de, bah de faire du bien en général, bah ouais tu es médecin*. » ; E9 « *mais est-ce qu'il faudrait une formation pour soigner les enseignants, est-ce qu'il faudrait une formation pour soigner les, les militaires* ? »).

<u>Formation de « soignants de soignants »-</u> La moitié était favorable à son instauration, deux médecins n'en voyaient pas l'utilité.

F. <u>Adhérer au réseau</u>

1. En tant que patient

S'il était mis en place, quatre médecins **ont dit vouloir y adhérer** pour devenir un patient du réseau (E1, E3, E9, E10) (E1 *« Ah j'adhérerai moi, hein, ah ouais je pense. »*; E3 *« Ouais, moi je trouve ça intéressant, hum. »* ; E9 *« Ouais, ouais, oui peut-être plus facilement »* ; E10 *« Oui, oui ! »*).

Deux des informateurs avaient **besoin de réflexion** et de plus de recul pour répondre à la question (E2, E7) (E2 *«Ben d'emblée comme ça je ne me rends pas bien compte. Hein, je, j'avoue franchement, je ne sais pas. Pourquoi pas, hein, si…. Euh, pff… J'analyserais surement les contraintes »* ; E7 *« ben si y en avait un, bon moi je dis pas, je veux pas faire de l'obstruction systématique, mais heu… au contraire ! bon je veux dire si je trouve des confrères, d'ailleurs si ça se trouve je vais retrouver des confrères que je connais, etc… »*).

Trois autres ne ressentaient **pas** ce besoin **dans l'immédiat** mais n'ont pas fermé complètement la porte (E4, E5, E11) (E4 *« Alors pour moi personnellement j'ai pas forcément besoin pour l'instant » ; «mais après je sais pas…… voilà, je sais pas,(rires), je sais pas de quoi l'avenir sera fait… »* ; E11 *« Ben, pas tout de suite, (rires) non !* »). E5 a précisé qu'il serait intéressé pour adhérer une fois <u>retraité</u> (E5 « *Heu… quand je serai retraité, oui ! Euh… actuellement, non, je verrais pas l'intérêt, hein, parce que je suis entouré, y a pas de raison, j'ai des collègues ici, puis des bon collègues »*).

Un des médecins a estimé que **l'obligation** d'adhérer comme patient dans le réseau serait le seul moyen <u>pour qu'il fonctionne</u> (E10 *« peut-être que l'obligation est pas toujours bien perçue, mais, bon, je… je pense que ça ne pourrait être efficace que par ce biais-là »*). E4 a précisé qu'elle adhérerait <u>en cas d'obligation</u> (E4 « *si on me l'impose je le ferai* »).

Deux des informateurs **ne souhaitaient pas** intégrer le réseau en tant que patient (E6, E8) (E6 *« Non, non, non. »* ; E8 *« Non. Non, je suis contre le réseau ! »*).

2. En tant que soignant de soignant

Cinq médecins étaient **intéressés** à devenir un soignant pour les soignants du réseau (E1, E2, E5, E9, E10) (E1 « *Oui, oui, parce que j'aime bien donner des conseils à mes confrères, sur leur santé.* » ; E2 *« Si heu, on me demandait de rendre ce service-là, je le rendrais, dans la mesure de mes possibilités, bien évidemment, mais heu… oui, bien sûr, oui.* » ; E5 *« Ah ça me dérangerait pas, pour l'avoir fait, ça me dérangerait pas du tout. Pas du tout, du tout.* » ; E9 *«Si, ça m'intéresserait, ouais, ça m'intéresserait ! Ouais, parce qu'on peut apporter des choses, quand même ! Je pense, hum… Non, non, mais c'est une belle profession, hein ! (rires)* » ; E10 *« mais oui, ça peut être intéressant, oui , hum, ouais ! Moyennant effectivement une formation, hum !* »).

Cinq autres n'étaient **pas intéressés** à soigner leurs pairs au sein d'une organisation (E3, E4, E6, E7, E8), en raison d'un <u>manque de temps, ou d'intérêt</u> pour certains (E3 « *Non (rires). Bah j'ai suffisamment d'activités pour pas en rajouter, c'est surtout ça hein, c'est pas, bon, c'est pas un truc qui me, non, qui m'intéresserait.* » ; E4 *« Mais de là à rentrer après et faire ça en professionnel heu… non. C'est pas quelque chose qui me… qui me, qui me tenterait, quoi. (rires) Voir la détresse de mes collègues, non. (rires)* » ; E7 *« ben oui, mais moi je suis plus opérationnel maintenant !* ») ou par <u>opposition au réseau</u> (E6 *« (soupir) Non, pas forcément, non, enfin… si on ouvre la concession à tout le monde, enfin… je… ce côté spécifique par rapport à une certaine catégorie socio-professionnelle, c'est… c'est comme le conseil de l'ordre ça m'énerve !* » ; E8 *« Non, parce que c'est une profession de liberté, la psychiatrie. Les gens viennent librement, ils me consultent parce qu'ils m'ont choisi, pas parce que je fais partie du réseau !* »).

E11 n'a **pas répondu** clairement à la question (E11 *« Ben heu… pff, oui, je … Je sais pas, parce que ça me rajouterait des trucs, là… » ; « Est-ce que j'aurais du plaisir à faire ça autant que de voir n'importe qui, quoi, je sais pas »*).

<u>Adhérer</u>- Si le réseau existait, un tiers adhérerait comme patient, un autre tiers pas dans l'immédiat. Les autres avaient besoin d'y réfléchir, ou y étaient opposés. La moitié intégrerait le réseau comme soignant, les autres y renonceraient.

G. Résumé

Une grande majorité des médecins était favorable à la création du réseau présenté. Les deux-tiers ont fait preuve d'enthousiasme, et la moitié a souligné sa nécessité.

Plus des deux-tiers ont trouvé utile la mise en place d'une ligne téléphonique d'assistance, certains en ont décrit des limites : réservée aux cas de souffrance psychologique, ouverture sur une consultation, aide professionnel si besoin.

La moitié des médecins était favorable à la consultation de prévention en systématique. Un quart ne la rendrait pas systématique.

La moitié était pour la création d'une médecine du travail spécialisée. Un seul ne la rendrait pas systématique. Deux n'en voyaient pas l'utilité.

La moitié des interviewés trouvait utile de pouvoir signaler un confrère en détresse. Un tiers a émis des réserves concernant son utilisation, et son intérêt. Un quart s'y est opposé.

La moitié des participants était favorable à la formation des soignants du réseau. Deux l'ont trouvée inutile.

Deux-tiers d'entre eux ont émis des doutes sur la faisabilité du réseau, sur son utilité ou son adéquation aux attentes des médecins. Certains ont regretté le besoin de s'engager, et d'autres le manque de choix de soignants dans le réseau. Un quart des médecins ne ressentait pas de besoin personnel. Deux médecins se sont opposés au projet.

Deux-tiers des informateurs ont pensé que l'attribution d'un alias anonyme était infaisable ou inadaptée. Un tiers pensait qu'il pouvait être accordé à la demande des patients.

La moitié des médecins ne pensait pas nécessaire la mise en place du tiers-payant intégral. Un quart en voyait l'utilité.

Un tiers des médecins adhérerait en tant que patient, un tiers pas dans l'immédiat, deux voulaient y réfléchir, deux s'y sont opposés. La moitié pourrait devenir soignant de soignant, une autre moitié ne le voudrait pas, un est resté sans réponse.

DISCUSSION

I. De la méthode

A. Echantillonnage

La recherche qualitative s'intéresse à un *petit échantillon de personnes nichées dans leur contexte et étudiées en profondeur*(50). Pour cette étude, un échantillonnage théorique, en variation maximale a été réalisé, en recrutant des participants dans chaque classe de chaque variable identifiée comme pertinente (50). Les critères de sélection ont évolué au cours de l'enquête. De nouvelles classes ont été adjointes à trois variables, à l'issue des deux premiers entretiens de médecins généralistes libéraux:

- Spécialité ; généralistes *et d'organe*
- mode d'exercice ; libéral, *salarié ou mixte*
- mode d'installation : seul, en groupe, *remplaçant ou retraité.*

Le projet de réseau étant destiné à l'ensemble des médecins de la région, il paraissait intéressant de leur donner à tous la parole. Nous pouvons regretter à l'issue de ce travail de ne pas avoir inclus de médecin souffrant d'une maladie grave, afin d'augmenter l'intensité de l'échantillonnage (53).

B. Recrutement

Le recrutement des informateurs a été réalisé par courrier dans un premier temps, ce qui a eu l'avantage de préparer le professionnel de santé à l'appel du chercheur, et à le laisser réfléchir à l'éventualité d'une rencontre. En raison du coût et du temps nécessaire à cette méthode, les sept derniers entretenus ont été directement contactés par téléphone. De nombreux médecins, dérangés au milieu d'une consultation, ou indisponibles au moment de l'appel, ont alors refusé de participer en raison d'un manque de temps ou d'un manque d'intérêt pour le sujet.

Si nous avons essayé de donner un minimum d'informations concernant la question de recherche lors du recrutement, les médecins invités ont désiré savoir à quoi s'intéressait notre étude avant d'accepter de participer. Il était donc indispensable de préciser que l'étude portait sur la prise en charge de la santé des soignants. Ceci suppose un biais de recrutement certain, car la majorité des médecins ayant répondu positivement à l'invitation

portait un intérêt au sujet, et certains ont décliné l'offre par crainte de questions trop intimes en rapport à leur santé (50).

C. Méthode de recueil

En accord avec l'équipe du Pôle de Recherche du Département de Médecine Générale (DMG) de Poitiers, il a été décidé de réaliser des entretiens individuels, en raison de la sensibilité du sujet évoqué. A posteriori, il est intéressant de se demander si la triangulation des techniques de recueil, par réalisation de focus group complémentaires, n'aurait pas été enrichissante. Cela aurait pu augmenter la validité interne des résultats, en particulier en ce qui concerne les attentes des médecins et leur avis sur le réseau, et produire le débat sur des sujets comme le règlement des honoraires, ou le signalement.

D. Guide d'entretien

La réalisation d'entretiens semi-structurés a motivé la construction d'un canevas d'entretien semi-directif (Annexe 2). Celui-ci a été réévalué au cours d'une réunion du Pôle de Recherche du DMG. L'ordre des questions a été discuté et la question « brise-glace » modifiée, afin de mettre l'interlocuteur plus en confiance (50).

Le mot « Réseau », utilisé pour mentionner le projet de soins Poitou-Charentais, a pu parfois influer sur l'avis des enquêtés. Ne sachant pas, lors du début des entrevues, qu'il s'agirait d'une Association de loi 1901, ce terme n'a pas été utilisé, mais aurait été peut-être mieux reçu par certains médecins.

E. Réalisation des entretiens

Les participants se sont montrés disponibles et les échanges se sont déroulés dans un climat convenable.

Un biais externe est à souligner, imputable au lieu de rencontre. S'il a semblé pertinent de laisser choisir le participant, deux entretiens ont été interrompus sur le lieu de travail, par des appels téléphoniques (E2) et par l'intervention de la secrétaire (E11), et au cours de l'entretien réalisé en extérieur par le serveur du café (E1). La transcription du verbatim a été beaucoup plus difficile pour E1 en raison de bruits parasites.

Des biais d'investigation ont été relevés. Le chercheur a omis de préciser qu'il ne participait pas activement à la création du réseau de soins. Certains enquêtés ont pu être gênés ou

influencés par le manque de neutralité de sa position. Il est également regrettable que l'ensemble des enquêtés n'aient pas donné leur avis au sujet de chaque grande ligne du projet de réseau, et que la notion de tutorat professionnel n'ait pas pu être développée. A noter également que l'enquêteur a dû demander des précisions à posteriori à l'un des informateurs (E10) concernant son suivi médical.

Les deux derniers entretiens n'ayant apporté aucune donnée nouvelle, l'arrêt de la récolte de données a été décidé après le onzième. La validité externe du travail est renforcée par l'atteinte de la saturation des données.

F. Analyse des données

La triangulation par codage multiple a été possible grâce à la participation d'un deuxième chercheur, titulaire d'une thèse en écologie aquatique. Le fait qu'il soit extérieur au monde médical, et doué d'une expérience solide en travail de recherche, a permis de relever de nouveaux thèmes et de limiter la subjectivité de l'analyse. Ceci vient renforcer la validité interne des résultats.

II. Des résultats

Un journal anglais a fait en 2008 une revue de la littérature concernant l'accès aux soins des médecins et les obstacles qu'ils pouvaient rencontrer (54). Les auteurs ont comparé les résultats de 26 études, quantitatives et/ou qualitatives, réalisées entre 1981 et 2007 dans le monde entier. Ils ont souligné la pauvreté en nombre et en qualité des études effectuées sur le sujet, et on peut noter que, parmi les 12 enquêtes européennes retenues, aucune n'est française. L'ensemble des freins répertoriés par les auteurs ont été également mentionnés par les médecins de notre étude, excepté un *: l'absence de formation* des médecins à leur prise en charge et à celle de leurs confrères.

En quoi le projet de réseau peut-il répondre aux attentes des médecins ? Comment peut-il être adapté pour répondre au mieux à leurs besoins ? Quelles en sont les limites ?

A. Un projet conforme aux besoins des médecins

Les deux-tiers des médecins enquêtés ont fait preuve d'enthousiasme lors de l'évocation et de la présentation du projet. Une petite moitié a pensé qu'il était nécessaire de le mettre en place. D.Hémar a fait un constat équivalent lorsqu'il a interrogé en 2011 les médecins généralistes libéraux du département du Nord (47). 48,5 % d'entre eux se sont montrés favorables à la création d'une structure de soins spécifique aux médecins.

1. Le médecin référent

Plus des deux-tiers des médecins de notre étude, comme dans d'autres régions françaises, s'étaient déclarés eux-mêmes médecin traitant (2,5). Trois informateurs ont imaginé pouvoir choisir un médecin référent au sein du réseau avant d'en connaitre le projet. La nécessité pour l'adhérent de choisir un médecin en tant que référent au sein du dispositif, qui pourrait le guider et l'adresser vers d'autres professionnels en cas de besoin, semble intéressante. Cela pourrait aider les médecins, qui, comme un tiers de nos informateurs, disent ne pas savoir vers qui se diriger en cas de maladie, car ils n'ont ni référent, ni réseau médical.

2. Suivi médical et prévention

Les médecins dans notre enquête attachaient une importance à leur suivi médical. Ils tenaient à jour leur dossier médical, se prescrivaient régulièrement des bilans sanguins, et s'adressaient à des spécialistes d'organe pour la réalisation des examens de dépistage. En 2003, une étude française a montré que les médecins généralistes avaient des comportements de santé plus favorables que ceux observés en population générale (6). Pourtant, un tiers de nos enquêtés pensait manquer d'objectivité face à ses symptômes, et un quart n'était pas satisfait du suivi de sa santé. F. Nouger a fait un constat proche en 2004 chez 255 médecins généralistes libéraux de la Vienne : 33,3% ne pensaient pas avoir un regard objectif sur leur santé, et 39,2% considéraient ne pas bien prendre en charge leur santé (16).

La mise en place d'une consultation de prévention, à laquelle les patients du réseau devraient se rendre régulièrement, pourrait répondre à cette ambivalence. Elle permettrait aux professionnels de santé de se détacher de cette responsabilité et de continuer à bénéficier d'un suivi régulier. Plus de la moitié des médecins interrogés était favorable à une convocation systématique pour un suivi. Ils ont insisté sur l'importance de la surveillance de leurs vaccinations. Deux études françaises récentes ont interrogé les médecins à ce sujet (48,55). Les praticiens libéraux de Haute Normandie se disaient à 80% favorables à la mise en place d'un service de médecine préventive pour les médecins (55). 80% des 50 premiers consultants du programme *IMHOTEP* se sont présentés au service pour une simple demande de suivi et de mise à jour de leur dossier médical (49). Les généralistes libéraux de la région Rhône-Alpes, qui sollicitaient la création d'une structure de soins destinée aux médecins (68,9% au total), trouvaient nécessaire de pouvoir se rendre à des consultations de prévention (48).

3. Médecine du travail

Les médecins libéraux, à la différence de leurs confrères salariés, ne bénéficient pas de consultations de médecine du travail. Une enquête réalisée auprès des médecins libéraux franciliens, concernant l'épuisement professionnel, a démontré que 75% d'entre eux étaient pour l'instauration d'une médecine du travail des médecins (56). 56% des médecins libéraux normands étaient à 56% demandeurs d'une *prévention des risques professionnels* au sein du service de médecine préventive (55).

Dans notre enquête, des médecins libéraux ont fait part de leur désir de pouvoir disposer de consultations de médecine du travail, et les salariés interrogés étaient inégalement satisfaits de leur suivi par le médecin du travail. Plus de la moitié des participants se sont dits favorables à la création d'une médecine du travail pour les médecins. Il paraît utile d'ouvrir cette consultation à l'ensemble de la population médicale, et de l'adapter au mieux aux conditions de travail des médecins et à leurs risques professionnels.

4. Assistance téléphonique

Les dispositifs d'écoute téléphonique commencent à apparaitre sur le territoire français, sur le modèle de pays étrangers (10,13,30,34,39). *L'AAPML* offre désormais une assistance à l'ensemble des médecins libéraux en France (10). Le dernier rapport d'activité précise que plus de 1000 appels ont été reçus depuis sa création. En 2012, 128 appels ont été gérés, et son activité a été stable ces trois dernières années. Les professionnels ont téléphoné pour des problématiques d'ordre professionnel, personnel, ou intriquées. Le *Réseau ASRA* a enregistré 135 appels en dix mois d'existence, et 30% provenaient de praticiens hospitaliers (57).

Les professionnels rencontrés étaient pour les trois-quarts intéressés par la mise en place d'une ligne téléphonique, en particulier pour une assistance psychologique. Ils étaient demandeurs d'une écoute et d'une solidarité entre confrères, et ont témoigné d'une solitude dans leur exercice. Le biais du téléphone pourrait inciter les médecins *réticents* à consulter des confrères, et nécessitant d'une prise en charge *neutre* et *anonyme* à demander de l'aide.

5. Formation des soignants

La formation des soignants intervenant auprès de leurs pairs dans le réseau a été validée par plus de la moitié des informateurs. Ils ont trouvé nécessaire d'être *formés à* l'*abord* des patients-soignants. Deux médecins ont considéré cette formation inutile, car ils pensaient que les médecins étaient des patients comme les autres, que tout docteur digne de ce nom était en mesure de soigner. Les résultats dans la littérature sont variables à ce sujet. M. Lhotte a posé la question à des médecins ayant soigné des confrères : plus de la moitié n'en voyaient pas l'utilité (17). En contrepartie, 76,5% des médecins libéraux franciliens interrogés par une autre étude, étaient pour l'incitation à la formation des médecins à la prise en charge de leurs confrères (56). Un article du « *Wisconsin Medical*

Journal » a différencié deux types de soignants de soignants : ceux qui sont « *à l'aise pour les soigner* », et ceux qui sont « *gênés par cette responsabilité* »(27).

Dans notre étude, la quasi-totalité des hommes de plus de 45 ans ont dit trouver de bons côtés à soigner les soignants, soit parce qu'il était *valorisant* d'être choisis par ses pairs ou que ces relations de soins étaient *appréciables*. Pourtant des difficultés ont été exprimées par l'ensemble des médecins ayant été des soignants de soignants.

Parallèlement, en tant que patients, les deux-tiers ont critiqué négativement la *qualité des soins* qu'ils avaient reçus de leurs confrères.

La formation spécifique des soignants du réseau pourrait limiter des freins relevés à plusieurs reprises par de nombreuses études françaises ou étrangères (3,5,54). La *gêne* ressentie par le médecin consultant (plus des deux-tiers dans notre étude) et le consulté (plus de la moitié), ainsi que leur *peur* réciproque d'être jugés pourraient être atténuées. Elle renforcerait la *confiance* des patients-médecins envers leurs confrères, critère de choix primordial qui ressort des entretiens et dont a dit manquer un tiers des médecins de notre étude. Elle pourrait être l'outil qui apporterait aux soignants les *compétences* attendues par leurs confrères patients, en particulier sur le plan relationnel. Elle apprendrait aux soignants à soigner leurs pairs en les considérant comme des patients lambdas, et en les prenant en charge dans leur globalité, tel que les professionnels médicaux le revendiquent (3). Un article américain a proposé des recommandations pour soigner les médecins (27). Il explique que les règles doivent être fixées dès le début, en précisant la place et le rôle du soignant et du soigné. La relation doit être coopérative, et le soignant doit expliquer au patient qu'il procédera avec lui comme avec n'importe quel autre patient (anamnèse, examen clinique, explications). Il doit trouver le bon niveau d'empathie, sans être trop distant ni familier. Il faut qu'il soit conscient de la gêne du patient-médecin à consulter, et doit faire en sorte de le rassurer, de prendre le temps de l'écouter.

D'autres pays se sont déjà intéressés au sujet. En Norvège, le programme mis en place par l'Association Médicale Norvégienne forme les médecins à devenir des « docteurs de docteurs »(58). Une enquête réalisée en Suisse en 2004 recommandait de proposer aux médecins intéressés une formation continue (38). Il semblerait également utile de proposer cette formation aux soignants du réseau poitou-charentais.

B. Un réseau qui doit s'adapter aux attentes

Des médecins ont fait preuve d'étonnement ou de scepticisme à l'annonce du projet. D'autres se sont montrés défavorables à des critères de son organisation. Certains aspects du réseau doivent donc être réfléchis et discutés, afin de les adapter au mieux aux attentes des professionnels de santé.

1. Accès au réseau

Les enquêtés ont imaginé pouvoir recourir, de façon simple et pratique, à des personnes ressources et à des soignants travaillant en équipe et dispersés sur le territoire. Comme A. Verjus l'a constaté dans sa thèse, les médecins ont besoin de pouvoir *choisir* leurs soignants (48). Pour répondre à cette demande, il faut que le dispositif mette à la disposition de ses adhérents un nombre suffisant de professionnels, qui soient équitablement répartis sur l'ensemble de la région. La question se pose de laisser les patients qui le souhaiteraient choisir des soignants extérieurs au dispositif, qui n'auraient pas signé la charte du « soignant de soignant ». Le service *IMHOTEP* a opté pour cette solution (49). Il propose une liste de professionnels à ses membres, mais leur permet de consulter en dehors, le spécialiste ou le paramédical de leur choix, tout en leur recommandant d'éviter les amis ou les proches. Cela pourrait rendre le réseau plus accessible aux professionnels de santé, qui comme trois de nos interviewés, refusent d'être contraints à consulter des médecins qu'ils n'auraient pas choisis.

Le *manque de temps* pour prendre soin de sa santé ayant été souligné par un tiers des médecins (quatre des sept médecins libéraux en activité), il est important de faire en sorte que les patients du réseau puissent y avoir accès à des horaires adaptés. Une remarque peut toutefois être faite au sujet de ce frein, qui est souvent retrouvé dans la littérature (54). Si un médecin a expliqué pouvoir se consacrer à des loisirs et mieux se soigner depuis qu'il a allégé son temps de travail (E1), un autre ne consultait pas plus depuis qu'il était remplaçant, et qu'il travaillait occasionnellement (E9).

Le *manque de disponibilité* des soignants est à prendre en compte également, car il a été mentionné par plus du tiers des informateurs et est retrouvé dans d'autres travaux (3); d'autant plus que si les médecins témoignaient d'un avantage, c'est d'être prioritaire dans l'accès aux soins. Il faudra donc s'assurer que les soignants de soignants seront accessibles

dans des délais raisonnables, et qu'ils proposeront de recevoir les adhérents du réseau en consultation lors de vrais rendez-vous, et non « *entre deux* ».

2. Offre de soins

Trois des informateurs ayant soigné des soignants, et en particulier des médecins, ont été sollicités pour des problèmes d'ordre *psychologique*. Cinq d'entre eux ont évoqué des cas de suicide dans leur entourage, ou sa forte incidence dans la population médicale. D'autres ont fait allusion à la souffrance de leurs confrères, en accusant leurs conditions de travail. L'addiction des médecins a également été abordée par deux interviewés.

Plusieurs (cinq sur onze enquêtés) attendaient du réseau qu'il prenne en charge les problèmes d'ordre psychologique ou psychiatrique des médecins, les problèmes d'addiction, ou d'épuisement professionnel. Ils étaient en grande partie demandeurs d'une écoute adaptée, d'un soutien psychologique et d'une entraide confraternelle. A côté de cela, deux médecins étaient intéressés à adhérer au réseau pour bénéficier d'une *prise en charge globale*, et de consultations sur demande, quel qu'en soit le motif. Les médecins libéraux franciliens étaient 82,2% favorables à l'instauration d'une prise en charge *médicale et psychologique spécifique* aux médecins (56). Les généralistes de Rhône-Alpes étaient demandeurs de *soins, d'actes et de traitements* de la part d'une structure dédiée aux soignants (48).

Il a déjà été démontré que la souffrance du soignant ne doit pas être négligée, et être prise en charge de façon sérieuse (12,20,56). Toutefois, il semble intéressant et important de ne pas limiter l'accès à un réseau régional aux motifs psychologiques ou d'addiction, comme le font certains dispositifs étrangers ou français (10,13,30,34,39). Un des médecins de notre étude pensait d'ailleurs que ce serait un frein à l'accès au réseau pour certains « *si on étiquette ces centres un peu plus «suivi psychologique » » (E10).*

D'autre part, certains réseaux dédiés aux médecins s'adressent exclusivement aux praticiens libéraux, comme la plupart des études qui ont été réalisées au sujet de leur santé (10,14). Les professionnels hospitaliers de notre enquête ont exprimé de nombreuses attentes et deux étaient pour la création d'un dispositif local. Comme le prouve le rapport d'activité du *Réseau ASRA*, les médecins hospitaliers peuvent aussi être demandeurs d'un soutien psychologique extérieur et neutre (57). Parallèlement, le seul médecin ayant eu besoin de

choisir un confrère comme médecin référent a attendu d'être retraité, et un autre attend de l'être pour le faire.

Il parait essentiel d'ouvrir l'accès au réseau comme il l'était initialement prévu : à l'ensemble des médecins, quels que soient leur mode d'exercice et leur spécialité, y compris aux retraités.

3. Médecine du travail et Consultation de Prévention

Nous avons montré précédemment l'intérêt de mettre en place au sein du réseau une consultation de prévention et de médecine du travail. Restent à définir le programme et l'objectif de ces consultations. Une étude qualitative en cours recherche comment les adapter au mieux à la morbi-mortalité et aux conditions de travail des soignants. En Haute-Normandie, l'Association de médecine préventive pour les médecins libéraux *IMHOTEP*, a défini un programme de prévention suivant une double approche (49):

- *de santé publique* : dépistage des cancers, des facteurs de risques cardio-vasculaires, de pathologies respiratoires, visuelles ou auditives ; mise à jour des vaccins ; apport de conseils portant sur la santé, le mode de vie ou l'environnement.
- *de santé au travail* : conseils en matière d'ergonomie du poste de travail (prévention des troubles musculo-squelettiques), d'organisation du travail (prévention de l'épuisement professionnel) portant sur des expositions professionnelles à diverses nuisances.

Le programme étant conçu pour répondre aux besoins des médecins, la détermination de l'*aptitude* au travail ne fait pas partie de ses objectifs. Dans l'enquête quantitative d'A. Verjus, 52,7% des médecins étaient pour l'instauration d'une médecine du travail spécialisée, *sans* détermination d'aptitude au travail ; 36,1% *avec* détermination d'aptitude (48).

Une deuxième question mérite d'être posée concernant ces consultations. Le projet est de les rendre systématiques pour tout adhérent. Deux participants à notre étude se sont opposés à cette notion, considérant qu'elles ne seraient pas utiles à tout le monde. Deux autres ont souligné l'importance de leur caractère obligatoire, et un tiers n'a pas vu d'objection à cette idée. Notre enquête et d'autres l'ont démontré, de nombreux médecins font preuve de *négligence* envers leur santé, pouvant aller jusqu'au *déni* de la maladie (3,5,17). Si l'établissement de contraintes peut être un frein à l'accès au réseau pour

certains, elles semblent utiles et nécessaires à l'encouragement des médecins à prendre soin d'eux.

4. Anonymat

Dans notre enquête, un tiers des médecins a fait part d'une gêne à consulter en raison d'un *manque d'anonymat.* Deux d'entre eux ont avoué avoir déjà caché leur profession à leurs soignants. Ils étaient pourtant plus de la moitié à considérer l'attribution d'un alias anonyme aux patients du réseau *inadaptée et inutile.* Ils ont mis en avant leur désir d'être pris en charge *comme tout autre patient*, et considéré que la relation soignant-soigné entre les membres du réseau risquait d'être biaisée par l'anonymat. S. Bonneaudeau a fait le même constat en interviewant des médecins malades (3).

A l'étranger comme en France, les réseaux axés sur la prise en charge des médecins en souffrance psychologique, ou atteints d'addiction, garantissent l'anonymisation de leurs adhérents (10,13,30,34). Le réseau de médecine préventive normand reçoit les patients sans couvert d'anonymat, et oriente les demandeurs et nécessitant d'aide et d'écoute psychologique vers l'*AAPML*, qui est en mesure de les assister de manière anonyme et confidentielle (10). Comme l'a précisé un tiers de nos informateurs, l'anonymat peut conforter des soignants en détresse psychologique à demander de l'aide. Mais la difficulté de sa mise en place, soulignée par un tiers des participants, imputée à l'étroitesse du territoire et du réseau médical, met en doute sa valeur. S'il est probablement utile d'assurer une permanence téléphonique sous couvert d'anonymat, il est nécessaire de revoir la notion d'anonymisation dans les autres situations, et de l'adapter au besoin des adhérents.

Quand ils ont parlé d'un désir d'anonymat, nos informateurs voulaient signifier qu'ils avaient besoin de consulter des professionnels qu'ils ne connaitraient pas, et qui pourraient les prendre en charge en toute confidentialité, comme n'importe quel patient. La *confidentialité* et le *secret* au sein du réseau sont des valeurs attendues par les informateurs. Il sera nécessaire de les renforcer et les assurer impérativement, comme le font les autres associations, tout en permettant et en encourageant les patients du réseau à choisir des soignants en dehors de leurs connaissances. Encore une fois, la formation des « soignants de soignants », aurait son importance.

5. Paiement des honoraires

Le projet de la mise en place d'un tiers-payant intégral pour les patients du réseau a beaucoup divisé. Trois l'ont trouvé inutile, deux ont considéré anormal de bénéficier d'un tel privilège. Deux étaient en faveur et deux autres en entrevoyaient une utilité : il leur permettrait de régler leurs consultations et de briser la gêne due à la « règle de la gratuité ». Le paiement des honoraires a été évoqué par de nombreux enquêtés. D'un côté, cinq des huit praticiens ayant soigné des médecins ne faisaient pas régler leurs confrères. Trois d'entre eux ont insisté sur le caractère irréversible de cette règle. D'un autre côté, plus de la moitié des participants a dit être gênée par cette coutume en tant que patients, et deux ont précisé qu'ils insistaient pour payer leurs confrères. Il existe un problème réel à ce niveau, qu'il est important de solutionner avant la mise en place de toute structure. Si le tiers-payant n'est pas la solution choisie, il paraît nécessaire de trouver un moyen de rendre systématique le paiement des honoraires entre soignants et soignés.

6. Signalement

La possibilité d'avertir le réseau de la situation de détresse d'un médecin a été fortement débattue au cours des entretiens. Au Québec, le *PAMQ* se met à la disposition des professionnels souhaitant recevoir des conseils sur l'attitude à adopter pour venir en aide à un confrère (30,59). Il n'intervient qu'à la demande personnelle de l'intéressé. L'obligation légale de signaler un collègue en détresse à l'Ordre a été allégée pour les médecins conseils du Programme (59). Ce rôle doit être assumé par les collègues de travail ou le médecin traitant, afin de préserver le lien de confiance entre le médecin conseil du *PAMQ* et le client. En Espagne, le *PAIMM* explique aux médecins comment aider un confrère en souffrance psychologique ou addictif, et comment l'inciter à prendre contact avec leur organisme (34). Il rappelle le devoir déontologique qu'a tout médecin connaisseur de la situation d'un confrère malade de le communiquer à l'Ordre des Médecins. En France, l'article 56 du code de déontologie médicale énonce que « *les médecins se doivent assistance dans l'adversité* » (60). La loi française impose aux praticiens un devoir d'entraide, et non un devoir de signalement.

Plus de la moitié de nos informateurs était favorable à l'instauration d'une cellule de signalement des confrères en souffrance, et l'un d'entre eux a émis cette hypothèse de lui-même. Est-il éthique d'envisager une intervention directe du réseau auprès des cas signalés?

Aurait-ce un impact réel? Les membres du réseau doivent-ils se contenter, comme leurs confrères étrangers, de conseiller les médecins inquiets pour leurs confrères ? Le rapport du *PAMQ* montre qu'entre 2010 et 2011, sur les 79 demandes d'aide pour un confrère qui leur sont parvenues, le Programme est intervenu dans 31 cas (31). Que sont devenus les 48 autres ? On peut aussi imaginer que le dispositif poitou-charentais *forme* les médecins à assister leurs confrères, comme l'envisageait le rapport du Conseil de l'Ordre en 2008 (9). Au regard des réactions des enquêtés, de leur besoin de confiance dans le soin, et en raison du rôle d'entraide que doit jouer le réseau, il semble judicieux de ne pas en faire un intermédiaire de signalement auprès de l'Ordre.

C. Un projet qui a des limites

Si un tiers des entretenus a fait part de sa volonté à adhérer au réseau en tant que patient, les autres se sont montrés plus réticents, voire fermement opposés à cette idée. Quelles sont les limites de ce projet de soins aux médecins ?

1. Faisabilité

Un tiers des médecins de l'enquête a émis des doutes concernant la faisabilité du projet. Le bureau de l'*« Association pour la Santé des Soignants en Poitou-Charentes »* a été élu le 21 janvier 2013. Le Conseil Régional de l'Ordre s'est investi dans sa création. Ses membres travaillent activement à la mise en place d'un numéro téléphonique régional unique, et au recrutement de médecins volontaires pour devenir des soignants de soignants. Les deux réseaux téléphoniques français existant à ce jour sont viables (10,13). D'autre part, le service d'hospitalisation destiné aux soignants prévu à Besançon par le Professeur Carayon n'a jamais vu le jour, faute de financement et de soutien de l'ARS (26). L'Association qui avait repris le projet, l'a maintenant abandonné. Le Service de Médecine Préventive *IMHOTEP* est en pause depuis plus d'un an, et recherche activement des financements pour employer un médecin administrateur et un aide médico-administratif, afin de pouvoir reprendre son activité (14).

Le réseau poitou-charentais parviendra-t-il à son objectif? Un article anglo-saxon a fait l'état des lieux des services de soins aux médecins créés sur le territoire du Royaume-Uni depuis les années 70 (61). Il a constaté l'existence d'un trop grand nombre de petites structures indépendantes à l'avenir incertain, comptant sur l'investissement de bénévoles. Il a dénoncé

le non-investissement du gouvernement sur le long terme, après qu'il ait financé le lancement de certains projets. Ses auteurs ont aussi souligné le manque d'évolution des mentalités des médecins, qui continuent à s'autogérer et à demander de l'aide trop tardivement.

2. Adhésion des médecins

Deux catégories de médecins peuvent être distinguées dans notre étude : le médecin qui se considère *apte* à se soigner, et celui qui *condamne* l'auto-prise en charge. Un article québécois reflète bien cette tendance (62,63). Il a opposé sous forme d'un débat l'avis de deux médecins concernant l'accès à l'auto-prescription. L'un pensait qu'il n'était pas éthique d'empêcher un médecin de se prendre en charge, car il pouvait parfois être le seul à se prodiguer des soins compétents et dans un temps opportun (62). L'autre considérait qu'un médecin ne peut pas se soigner sans manquer d'objectivité (63).

Dans notre enquête, parmi les médecins « aptes » à l'auto-soin, seulement deux étaient intéressés à devenir patient du réseau. Les autres souhaitaient y *réfléchir*, ou n'en avaient pas besoin *pour l'instant*. Ils voyaient un intérêt au réseau pour « les autres » : leurs confrères en souffrance, isolés, libéraux ou retraités ; mais ne trouvaient pas d'intérêt personnel à y adhérer. Ils ont expliqué avoir déjà leur propre réseau de *connaissances* à qui s'adresser en cas de besoin. Ces participants ne semblaient pas prêts à perdre le contrôle de leur santé en adhérant à un tel réseau.

Les quatre participants « non-aptes », ayant dénoncé des dangers et des limites à l'autogestion, étaient très partagés concernant le réseau. La moitié a soutenu son projet, et était favorable à y adhérer comme patient. L'autre a fait preuve d'une ferme opposition à l'idée de *s'engager* dans une telle organisation, craignant un *manque de liberté* ou la *non-transparence* de ses organisateurs.

Le Service IMHOTEP a ouvert ses portes suite à une étude du Conseil Départemental des Médecins de Seine-Maritime qui retrouvait 80% de médecins libéraux en faveur de la création d'un service dédié à leur santé (55). Un bilan d'évolution au sixième mois de sa création a pourtant constaté la lenteur du démarrage du service. Les raisons avancées ont été la saison hivernale, le manque de communication, mais aussi le manque de temps des

médecins ou leur appréhension à se confier(49). Le médecin administrateur a également souligné le frein *culturel* du médecin qui considère ne pas avoir besoin d'un tel service.

Pour inciter le médecin à déléguer la prise en charge de sa santé, devra-t-on imaginer des mesures coercitives, et interdire l'auto-déclaration ? Comme l'ont montré des études étrangères, ainsi qu'une enquête sur la santé des remplaçants franciliens, le médecin ayant déclaré un confrère ne le consulte pas pour autant (4,64,65). Devra-t-on légiférer l'accès à l'auto-prescription, comme l'a imaginé le Conseil de l'Ordre (9), ou l'ont fait certains pays (27,62,63) ? L'expérience démontre que, quoi qu'il arrive, les médecins auront toujours accès à l'*automédication*, et que ceux à risque d'addiction ou de suicide ne seront pas protégés par de telles mesures (58).

Un tiers des enquêtés a pointé du doigt la *culture* du médecin à se soigner lui-même et à ne pas consulter ses confrères. Une revue de la littérature a également relevé ce frein culturel, et parlé d'une «*pression intense à laquelle font face les docteurs pour être en bonne santé et s'occuper eux-mêmes de leurs maladies*. » (54). L'auteur a précisé que « *cette pression provient aussi bien des collègues »,* qui encouragent l'autogestion et l'auto-prescription, *« que de la société.* » Notre enquête le confirme, car un quart des médecins rencontrés ont reproché aux soignants qu'ils avaient consultés de les avoir encouragés à se prescrire eux-mêmes leurs examens ou traitements. Certains ont également mentionné l'image d'un médecin en bonne santé qu'ils se devaient de renvoyer à leur environnement (parents, associés, patients). Une étude qualitative anglaise, qui a interrogé 17 médecins généralistes ayant été malades, a suggéré la rédaction de recommandations officielles prouvant que « *la maladie n'appartient pas qu'aux patients » et* a conclu *« que les médecins malades doivent être pris en charge par un système efficace et soucieux de leur santé »* (65).

Pour l'auteur d'un article du journal *The Lancet*, « *l'automédication des médecins n'est qu'une preuve de la pauvreté des soins qu'on leur propose »,* et il est *« nécessaire d'ouvrir le débat au sein de la communauté et de la presse médicales* » (58). La création d'un réseau de soins dédié aux médecins, et la connaissance de son existence par l'ensemble de la population, pourraient aider à briser ce tabou individuel et collectif, et permettre aux médecins d'être *reconnus* en tant que potentiels malades.

3. Des attentes hors de portée du réseau ?

Deux médecins libéraux dans notre étude ont parlé des difficultés qu'ils avaient rencontrées, ou que pouvaient rencontrer les médecins pour *s'arrêter en cas de maladie*. Dans d'autres travaux de recherche, ce thème a été également abordé. Certains ont mis l'accent sur la difficulté à trouver un remplaçant (3,54). D'autres ont relevé un sentiment de trahison du médecin malade envers ses associés, ainsi que l'incompréhension ou la colère de ses collègues (3,19). Le coût inhérent à l'interruption de l'activité a été souligné par nos informateurs, mais aussi par d'autres études (3,54). L'absence de versement d'indemnités dans les premiers mois, les limites des prestations des prévoyances privées, freinent souvent les médecins libéraux à s'arrêter, ou les obligent à reprendre le travail précocement (3).
En quoi un réseau pourrait-il apporter une solution à ce problème ? Il serait peut-être intéressant de prévoir une liste de médecins remplaçants, volontaires pour assurer la permanence des soins de médecins malades, dans l'urgence. D'autre part, le Conseil de l'Ordre des Médecins met à la disposition de chaque professionnel et de sa famille un service d'entraide (7,66). S'il propose un soutien moral aux médecins en souffrance, son rôle principal est avant tout d'apporter une aide financière en cas de besoin. En 2010, 84 médecins et 51 familles ont pu bénéficier de l'assistance du service d'entraide, et 326 240 euros ont été distribués (66).

Un médecin dans notre étude a parlé des *pathologies professionnelles* des médecins, et a dénoncé le manque de leur reconnaissance. Le Docteur Estryn-Behar a analysé en profondeur les risques professionnels et les conditions de travail des soignants, y compris des médecins (44,67–70). Une de ses études, SESMAT, avait pour objectif de comprendre les déterminants de la santé et de la satisfaction ou de l'insatisfaction au travail des médecins salariés (70). Dans un ouvrage, elle a réalisé un relevé de la littérature étrangère concernant les risques professionnels des médecins, qu'elle a classés en six grands thèmes : durée de travail et travail de nuit ; stress et support social ; difficultés spécifiques aux femmes ; exposition aux risques chimiques ; exposition aux radiations ; comportement de santé personnel des médecins et études de mortalité (44). Elle a insisté dans ses conclusions sur la nécessité d'étudier le sujet en France, et de sensibiliser la population médicale à l'importance de la prévention, en ce qui concerne leur santé, mais aussi leurs fonctions.
Le rôle du médecin du travail est « *d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait*

de leur travail » et de conduire des « *actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel»* (71).L'instauration, au sein du réseau, d'une médecine du travail pour les médecins, pourrait permettre le repérage des risques relatifs aux conditions de travail des médecins, et participer à l'avancement de la recherche sur le sujet.

Parallèlement, et encore une fois, l'évolution des mentalités de la société et du monde médical est nécessaire à l'acquisition du « droit à la maladie » par les médecins.

CONCLUSION

Le médecin assure son suivi médical. Il attache une importance à la réalisation de bilans réguliers et des tests de dépistage standards. S'il se soigne seul, il a parfois besoin de l'avis de ses confrères, et apprécie que celui-ci soit neutre et objectif. Dans certains cas, il ne sait pas à qui s'adresser. Il trouve gênant de devoir se confier à un confrère parmi ses connaissances, mais il n'imagine pas consulter un professionnel dont il ignorerait les compétences. Dans l'idéal, il aimerait être pris en charge dans l'anonymat de sa profession, pour être considéré comme n'importe quel patient. Il voudrait avoir accès à des soignants aptes à lui fournir des soins de qualité, et qui prendraient le temps de l'écouter. Et pourquoi, imagine-t-il, ne pas instaurer une médecine du travail pour tous les médecins ? Et envisager que les professionnels médicaux puissent dévoiler librement leur sensibilité à la maladie ?

La création d'un réseau de soins régional, dédié aux soignants, est une bonne initiative pour le médecin. Il en attend la prise en charge globale de sa santé, des rappels en matière de prévention, et le dépistage des risques professionnels par un médecin du travail. Il lui parait nécessaire d'envisager, au sein de ce réseau, la prise en charge et le soutien des médecins en détresse psychologique, ou atteints d'addictions. La mise à disposition d'une ligne téléphonique d'assistance serait un bon moyen d'inciter ces derniers à demander de l'aide, peut-être sous couvert d'anonymat. En consultant les soignants du réseau, le médecin ne veut pas cacher son identité. Il souhaite que la relation entre lui et son soignant soit basée sur la confiance, et que le respect de la confidentialité lui soit garanti. Pour permettre au médecin soignant du réseau d'aborder son confrère de manière adaptée, il considère que sa formation est utile. Et surtout, il espère qu'un dispositif régional de soins pour les médecins permettra de renforcer la solidarité entre confrères, et donnera une réponse à son sentiment de solitude dans la profession. D'ailleurs, les médecins en souffrance sont nombreux autour de lui, il trouve donc utile de pouvoir demander l'aide du réseau pour un confrère.

D'un autre côté, adhérer à un tel réseau signifie pour lui s'engager, se plier à des obligations, et perdre le contrôle de sa santé. Le panel de professionnels soignants au sein du réseau risque d'être limité. Finalement, le médecin est capable de se soigner lui-même, et il a déjà son propre réseau de connaissances, qu'il a l'habitude de consulter. Alors, a-t-il vraiment besoin personnellement d'un tel dispositif?

Une légende urbaine veut que le médecin soit protégé des maladies, car il est détenteur d'un savoir lui permettant de les prévenir et de se soigner. Que penser d'un médecin qui tomberait malade et devrait s'arrêter de travailler ? Autant imaginer un cordonnier mal chaussé ! Si un réseau de soins régional peut répondre à de nombreuses attentes du médecin en termes de soins, son adhésion reste encore à motiver. Avant de former le médecin à soigner ses confrères, ne faudrait-il pas lui enseigner, dès ses premières années d'études, à être lui-même un patient (65)?

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Article R4451-9 du Code du travail modifié par Décret n°2010-750 du 2 juillet 2010 -art. 1.

2. Suty R. Attitude des médecins généralistes envers leur propre santé. Thèse Médecine: Henri Poincaré Nancy 1; 2006.

3. Bonneaudeau S. Le médecin/malade: un patient comme les autres? Thèse Médecine: Paris Diderot-Paris 7; 2011.

4. Braka-Cohen VH. Les médecins remplaçants généralistes d'Ile de France: profil, cursus étudiant, projet professionnel, prise en charge de leur santé et satisfaction. Thèse Médecine: Paris Diderot-Paris 7; 2010.

5. Portalier Gay D. « Les médecins des patients comme les autres? » ou attitude et vécu des médecins devenus eux-mêmes patients. Thèse Médecine: Claude Bernard Lyon I; 2008.

6. Gautier A, Lamoureux P. Baromètre santé médecins-pharmaciens 2003. INPES. Saint-Denis , Éd. Inpes -impr. 2005 - 92-Neuilly-sur-Seine - Impr. Fabrègue; 2003.

7. Pouillard J, Delga ME, Bernard-Catinat M, Montané F. L'entraide ordinale-Rapport de la Commission national permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 19 juin 2004. 2004 juin.

8. Delga M, Bernard-Catinat M, Bouquier J. L'aptitude à l'exercice médical et la santé du médecin; 2000

9. Leriche B. Le médecin malade. Ordre des Médecins; 2008

10. AAPML [Internet]. Disponible sur: http://www.aapml.fr/

11. APSS [Internet]. Disponible sur: http://www.apss-sante.fr/

12. La souffrance du soignant - [Internet]. Disponible sur: http://www.souffrancedusoignant.fr/

13. Réseau ASRA - Réseau ASRA [Internet]. Disponible sur: http://www.reseau-asra.fr/

14. Imhotep Haute-Normandie [Internet].. Disponible sur: http://imhotephn.blogspot.fr/

15. Article L162-5-3 du Code de la sécurité sociale en vigueur au 23 juillet 2009.

16. Nouger F. Les médecins généralistes et leur santé, ou «Docteur, comment prenez-vous en charge votre santé ?» Thèse Médecine: Poitiers; 2004.

17. Lhote M. Soigner un médecin malade: quelles spécificités? Thèse Médecine: Paris Diderot-Paris 7; 2011.

18. guide du cotisant CARMF 2013. Disponible sur: http://www.carmf.fr/doc/documents/guides/guide-du-cotisant.pdf

19. Thompson WT, Cupples ME, Sibbett CH, Skan DI, Bradley T. Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioners' care of their own health: qualitative study. BMJ. 29 sept 2001;323(7315):728‑731.

20. 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. 2010 juin.

21. CARMF. Médecins bénéficiaires du régime invalidité-décès. Disponible sur: http://www.carmf.fr/page.php?page=chiffrescles/stats/2012/taux2012.htm

22. Chocard A-S, Gohier B, Juan F, Goeb J-L, Lhuillier J-P, Garre J-B. Le suicide des médecins. Revue de la littérature. Rev. Francaise Psychiatr. Psychol. Médicale. Editions MF; 2003

23. Léopold Y. Les chiffres du suicide chez les médecins. Rapport au Conseil National de l'Ordre des Médecins; Octobre 2003.

24. American Foundation for Suicide Prevention (AFSP)-Physician depression and suicide prevention [Internet]. Disponible sur: http://www.afsp.org/index.cfm?page_id=05804002-E8F4-13AB-2D4B97A0815A2744

25. Center C, and all. Confronting depression and suicide in physicians. Jama J. Am. Med. Assoc. 18 juin 2003;289(23):3161‑6.

26. Degain J. Ces médecins qui soignent leurs confrères. Quotid. Médecin; 2006.

27. Krall EJ. Doctors who doctor self, family, and colleagues. Wmj Off. Publ. State Med. Soc. Wis. sept 2008;107(6):279‑284.

28. Gatt ME. My lousy doctor. BMJ. 24 janv 2004;328(7433):219.

29. Gillard L. La Santé des Généralistes Thèse Médecine Ile de France; 2006.

30. PAMQ [Internet]. Disponible sur: http://www.pamq.org/

31. Rapport statistique PAMQ 2011 (Objet application/pdf). Disponible sur: http://www.pamq.org/Rapport_statistique_PAMQ_2011FINAL.pdf

32. Blais R, Safianyk C, Magnan A, Lapierre A. Physician, heal thyself? Can Fam Physician. oct 2010;56(10):e383‑e389.

33. EAPH-Euopean Association for Physician Health [Internet]. [cité 15 oct 2012]. Disponible sur: http://www.eaph.eu/

34. PAIMM Fundacio GALATEA [Internet]. Disponible sur: http://paimm.fgalatea.org/fra/filosofia.htm

35. Fundació GALATEA [Internet]. [cité 22 mars 2013]. Disponible sur: http://www.fgalatea.org/fra/home_fra.htm

36. BMA [Internet]. Disponible sur: http://www.bma.org.uk/doctors_health/index.jsp

37. Health for Health Professionals [Internet]. [cité 3 juin 2013]. Disponible sur: http://www.h4hp.co.uk/

38. Bovier P, Bouvier Gallachi M, Goehring C, Künzi B. Santé des médecins de premier recours en Suisse. Prim. Care. 2004;(47):941‑947.

39. ReMed [Internet]. [cité 27 sept 2011]. Disponible sur: http://www.fmh.ch/rem/remed.html

40. Rø KEI, Gude T, Aasland OG. Does a self-referral counselling program reach doctors in need of help? A comparison with the general Norwegian doctor workforce. BMC Public Health. 16 mars 2007;7:36.

41. Galam E. Burn out des médecins libéraux - 1re partie : une pathologie de la relation d'aide. Médecine. nov 2007;3(9):419‑421.

42. Winckler M. La maladie de Sachs: roman. Paris, France: France loisirs; 1998.

43. Hammel P. Guérir et mieux soigner: Un médecin à l'école de sa maladie. Fayard; 2008.

44. Estryn-Behar M, Caillard J-F. Risques professionnels et santé des médecins; Masson 2002.

45. Chabrol A. Les médecins: des patients pas comme les autres. médecins. oct 2008;(1):22‑27.

46. Lamarche K. Suicide et tentatives de suicide chez les médecins. Mémoire DIU [angers]; 2009.

47. Hémar D. Etat de santé des médecins généralistes du département du Nord en 2011. Thèse Médecine; 2012.

48. Verjus A-L. Médecins libéraux des Savoie et Isère : étude épidémiologique des besoins d'un système de soins dédié à leur propre santé. Thèse Médecine Grenoble; 2012

49. Kuntz A. La santé des médecins libéraux en Haute-Normandie: analyse des besoins et mise en place de l'expérimentation d'un service de médecine préventive. Thèse d'exercice: Université de Rouen; 2011.

50. Frappé P. Initiation à la recherche- Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. GMS Santé; CNGE; 2011.

51. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris, France: A. Colin, impr. 2012; 2012.

52. Mucchielli A. Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales. Paris, France: A. Colin; 2009.

53. Huberman AM, Miles MB. Analyse des données qualitatives. De Boeck Supérieur; 2003.

54. Kay M, Mitchell G, Clavarino A, Doust J. Doctors as patients: a systematic review of doctors' health access and the barriers they experience. Br. J. Gen. Pract. 1 juill 2008;58(552):501‑508.

55. Conseil départemental de l'Ordre des médecins de Seine-Maritime. Enquête sur la santé des médecins libéraux de Haute-Normandie. 2008 déc.

56. Galam E. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens: témoignages, analyses et perspectives. URML Ile de France; 2007.

57. Actualités du CROM-RA [Internet]. Disponible sur: http://cromra.fr/2,14,0,0,9,23,0,a-propos-reseau-asra.html

58. Rosvold EO, Tyssen R. Should physicians' self-prescribing be restricted by law? Lancet. 16 avr 2005; 365(9468):1372‑1374.

59. Magnan A. Présentation de la Dre Anne Magan Directrice générale du PAMQ au colloque du Conseil de l'Ordre des Médecins de la région Midi-Pyrénées; 2010.

60. Code de déontologie médicale | Legifrance [Internet].. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072634&dateTexte=20040807

61. Oxley J. Services for sick doctors in the UK. MJA. 2004;181(7):388‑389.

62. Bereza E. Le médecin de famille devrait-il se traiter lui-même ou non? OUI. Can. Fam. Physician. 8 janv 2009;55(8):783‑785.

63. Richer S. Le médecin de famille devrait-il se traiter lui-même ou non? NON. Can. Fam. Physician. 8 janv 2009;55(8):784‑785.

64. Capozzi JD. Caring for doctors. J. Bone Joint Surg. Am. juill 2008;90(7):1606‑1608.

65. Fox F, Harris M, Taylor G, Rodham K, Sutton J, Robinson B, et al. What happens when doctors are patients? Qualitative study of GPs. Br. J. Gen. Pract. 1 nov 2009;59(568):811‑818.

66. Entraide | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/entraide-1243

67. Estryn-Behar M, Muster D. Promouvoir la santé des soignants. Concours Médical. 2007;129(29/30):1020‑1025.

68. Estryn-Behar M, le Nezet O, Bonnet N, Gardeur P. Comportements de santé du personnel soignant: Résultats de l'étude européenne Presst-Next. Presse Médicale. oct 2006;35(10, Part 1):1435‑1446.

69. Estryn-Behar M. Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe. Broché; 2008.

70. SESMAT –Santé Et Satisfaction des Médecins au Travail [Internet]. Disponible sur: http://www.presst-next.fr/SESMAT/index.html

71. Article L4622-2 du Code du travail en vigueur au 8 aout 2012.

ANNEXES

Annexe 1 : Dispositifs de soins pour les médecins dans le monde

PAYS	NOM	OBJECTIF	SERVICES	TYPE
Royaume-Uni	ASK BMA	Traite différentes questions ou problèmes liés au travail	Conseils	Ligne téléphonique
	BMA Careers Service	Fournit des informations sur les carrières, les outils, les ateliers de développement de compétences et de coaching, sur les initiatives gouvernementales en matière de formation et d'éducation	Développement de compétences ; Orientation professionnelle ; Encadrement ; Mentorat	Site internet, Ateliers
	BMA Counselling Service	Aide, conseils et soutien personnel	Prise en charge psychologique et conseils	Ligne téléphonique
	British Doctors and Dentist Group/ Families group	Groupes de soutien pour les médecins et dentistes qui se rétablissent, ou souhaitent se rétablir d'une addiction ou pour leur famille	Groupes de pairs	Groupes de soutien
	Cameron Fund - *Médecins Généralistes seulement*	Offre une aide financière en période de difficultés ou de détresse	Conseils et aide financière	Bourses de subventions
	Cameron Fund Guaranteed Loans	Aide financière pendant périodes de reconversion professionnelle	Aide financière	Bourses de subventions
	Contact - *(West Midlands)*	Soutien confidentiel et indépendant pour la gestion du stress des médecins et dentistes.	Conseils	Ligne téléphonique gratuite et conseils en tête à tête
	Dain Fund	Aide financière pour l'éducation des enfants de médecins qui connaissent une crise financière imprévue	Aide financière	Bourses de subventions
	Deaneries	Orientation vers d'autres programmes ou services régionaux pour un soutien supplémentaire	Conseils, Développement de compétences ; Suivi ; Services de soutien ; Orientation professionnelle	Multiple
	Doctors for Doctors	Aide et soutien pour les médecins et les étudiants se trouvant en difficulté ou en détresse, offre la possibilité de parler en toute confiance à un médecin conseiller	Conseils	Ligne téléphonique

	Doctors Support Line	Organisme indépendant, confidentiel, anonyme. Ligne d'aide administrée par des médecins bénévoles formés. Permet aux médecins d'avancer vers la résolution de problèmes qui peuvent affecter leur travail et leur bien-être	Conseils	Ligne téléphonique
	Doctors Support Network	Conseils confidentiels et soutien Par des médecins, aux médecins ayant des problèmes de santé mentale.	Conseils	Ligne téléphonique
	Edgecumbe	Conseillers en ressources humaines travaillant dans le NHS ayant une formation professionnelle en psychologie du travail. Traite d'un éventail de questions, notamment la gestion du stress	Développement de compétences ; Evaluation des performances ; Encadrement ; Mentorat	Ligne téléphonique
	GMC	Régulateur indépendant pour les médecins britanniques. But de protéger, promouvoir et maintenir la santé et la sécurité des patients en s'assurant des normes de la pratique professionnelle	Conseils ; Suivi ; Evaluation des performances	Ligne téléphonique, tête à tête
	Hastings Benevolent Fund	Aides ponctuelles aux médecins (et ayant droits) en temps de crise	Conseils et aide financière	Bourses de subventions
	Healthcare Performance	Coaching professionnel	Développement de compétences ; Orientation professionnelle ; Encadrement ; Mentorat	Tête à tête
	Hope4medics	Site internet pour les médecins en situation de handicap	Conseils	Site internet
	House Concern Northumberland *(Northern Deanery region)*	Service de psychothérapie spécialisé pour les médecins et dentistes. Offre un accès rapide à un service confidentiel	Prise en charge psychologique	Tête à tête
	Individual Support Program (ISP)	Fournit un soutien aux étudiants en médecine et aux médecins ayant des problèmes de performance	Prise en charge psychologique ; Développement de compétences ; Encadrement ; Mentorat	Tête à tête
	Medical Council on Alcohol (MCA)	Education des médecins et étudiants en médecine sur les effets de l'alcool sur la santé	Conseils	Multiple

	Medical Defence Union	Prise en charge des problèmes médico-légaux des médecins tout au long de leur vie professionnelle	Conseils	Ligne téléphonique, tête à tête
	Medical Defence Union of Scotland	Prise en charge des problèmes médico-légaux des médecins tout au long de leur vie professionnelle	Conseils	Ligne téléphonique, tête à tête
	Medical Forum	Aide pour changement d'orientation	Supervision de carrière	Multiple
	Medical Protection Society	Indemnités professionnelles Society et conseils pour médecins, dentistes et professionnels de santé du monde entier	Conseils	Ligne téléphonique, tête à tête
	Mednet *(London Deanery and Kent)*	Consultations confidentielles pour médecins et dentistes : conseils sur leur carrière, soutien, possibilité d'interventions psychothérapeutiques spécialisées, avis psychiatriques	Conseils et prise en charge psychologique	Tête à tête
	National Clinical Assessment Service (NCAS)	Assurance de qualité des soins et de sécurité des patients. Comprendre, gérer et prévenir les problèmes de performances	Conseils ; Suivi ; Evaluation des performances	Site internet, tête à tête
	Practitioner Health Programme	Mis en place par le LSCG et le NCAS en 2008, financé par le NHS. Service gratuit et confidentiel (Londres) pour médecins et dentistes ayant des soucis de santé mental ou physique ou addiction	Prise en charge médicale, psychologique, conseils	Consultation
	Royal colleges	Service de soutien	Conseils ; Orientation ; Développement de compétences ; Soutien par les pairs	Multiple
	Royal Medical Benevolent Fund	Aide pour le retour au travail après un accident, une maladie ou un autre évènement ; pour ceux qui cherchent de l'aide afin d'éviter une crise	Conseils et aide financière	Tête à tête
	Royal Medical Foundation	Assiste les médecins et les personnes à leur charge qui se trouvent dans des difficultés financières	Aide financière	Bourses de subventions
	Sick Doctors Trust	Organisation indépendante et confidentielle de soutien offrant une aide aux médecins / étudiants en médecine souffrant d' addictions	Conseils	Ligne téléphonique
	The Society for Relief of Widows and Orphans of Medical Men	Assistance des veufs ou orphelins de médecins en cas de difficultés financières	Aide financière	Bourses de subventions

	Tod Endowment Trust	Organisation administrée par le RMBF qui fournit une aide financière pour les membres de la profession médicale, leurs conjoints et personnes à charge qui ont besoin de repos et de récupération en Ecosse	Aide financière, soins de convalescence	Bourses de subventions
	You Matter - *Devon and Cornwall GPs only)*	Gamme complète de services de santé et de sécurité pour les médecins, dentistes et leurs employés	Prise en charge médicale et psychologique, conseils	Ligne téléphonique, tête à tête
Irlande	Doctors' Health Programme	Réseau de soins confidentiel pour les médecins généralistes mis en place par l'ICGP, but; promouvoir la santé des médecins	4 réseaux: médecins généralistes pour les médecins généralistes; médecine du travail; psychiatres; conseillers, psychologues et psychothérapeutes	Ligne téléphonique, fax, email, courrier
	Sick Doctor Scheme	Réseau confidentiel pour les médecins souffrant d'addictions	Evaluation médicale ; Orientation appropriée ; Surveillance continue ; Soutien général	Ligne téléphonique, fax, mail, courrier
Espagne	Programme d'Attention Intégrale pour le Médecin Malade (PAIMM)	Assistance des médecins en souffrance psychologique ou atteints d'addiction, soins confidentiels et anonymes,	Prise en charge médicale et psychologique, cure de sevrage	Ligne téléphonique, consultations, hospitalisation
Norvège	Resort Centre Villa Sana	Centre de ressources pour professionnels de santé, créé en 1998 par la Norwegian Medical Association.	Programme de 5 jours Conférences ; Groupe de discussions (formel / informel) ; Aide psychologique individuelle (6 - 7h) ; Evaluation des besoins de traitement, de changements dans la situation travail Activité physique ; Programme culturel	Tête à tête, groupes collectifs
Suisse	ReMed	Réseau de soutien pour médecins créé en 2007 par la FMH. But de maintenir la capacité fonctionnelle du médecin, de garantir la sécurité des patients et de promouvoir la qualité des soins	Soutien psychologique et conseils aux médecins atteints d'épuisement professionnel, campagnes de prévention	Ligne téléphonique, mail, site internet

France	Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux (AAPML)	Cellule d'écoute pour les médecins libéraux assurée par des psychologues, 24h/24, 7j/7 depuis 2005. Buts : - Prévention de l'arrêt d'activité, voire du suicide, pour cause d'épuisement professionnel	Assistance psychologique téléphonique anonyme et confidentielle, orientation si besoin vers professionnels adaptés	Ligne téléphonique
	Association pour la Promotion des Soins aux Soignants (APSS)	Créée par le fonds d'action sociale de la CARMF et le CNOM en 2009. Buts : - Promouvoir des actions de prévention en matière de pathologie psychique et addictive, - Envisager la prise en charge médicale et sociale, - Favoriser l'ouverture de centres de soins dédiés à ces malades particuliers (modèle catalan)	Prise en charge psychiatrique	Site internet, mail, ligne téléphonique
	Médecins Organisation Travail Santé (MOTS)	Créé en 2010 par le CDOM de Haute-Garonne et le CHU de Toulouse. Buts : prévention et gestion de l'épuisement professionnel	Consultation d'un médecin du travail salarié de l'association, spécialisé en ergonomie-Accompagnement, suivi - Orientation si nécessaire (soignant, psychologue, juriste)	Ligne téléphonique, tête à tête
	Réseau ASRA	Depuis 2012 en Rhône-Alpes, Soutien confidentiel des médecins en souffrance psychologique	Ecoute assurée par des médecins volontaires, orientation si nécessaire vers personnes ressources du réseau	Ligne téléphonique
	IMHOTEP	Service de prévention médicale et de santé au travail pour les médecins libéraux de Haute-Normandie, créé en 2010	Consultation d'un médecin de prévention: examen médical, examens complémentaires de prévention, orientation si besoin	Site internet, mail, ligne téléphonique
	Association pour la Santé des Soignants en Poitou-Charentes (ASSPC)	Réseau de soins pour les soignants, but de promouvoir la santé des soignants et la qualité des soins	en cours d'élaboration	

Québec	Programme d'Aide aux Médecins du Québec (PAMQ)	Créé en 1990; Buts : Venir en aide, aux médecins, résidents et étudiants en difficulté (toxicomanie, alcoolisme, santé mentale ou autre) - Prévenir l'émergence, faciliter l'identification précoce et le traitement approprié tels problèmes - Assister les médecins dans leur insertion / réinsertion dans l'exercice professionnel	Entretien téléphonique et/ou rencontre avec un des médecins du PAMQ, Identification des problèmes et recherche de solutions , Établissement d'un plan d'action, Détermination des ressources appropriées aux fins d'évaluation et de traitement, Soutien, suivi Réinsertion sociale et professionnelle	Ligne téléphonique, mail, site web, tête à tête
Canada	Peer Support Network	Etudiants bénévoles formés fournissant un soutien à d'autres étudiants sur le campus (UNBC) visant à promouvoir le bien-être, la reprise des études après un problème de santé mentale	Soutien par les pairs	Ligne téléphonique 24h/24, 7j/7, site internet
	Physician Health Program - *British Columbia*	Soutien et conseils pour des problèmes de toxicomanie, santé mentale, changement de carrière, de difficultés financières, de conflits des médecins, étudiants et leur famille	Conseils professionnels ; Soutien	Ligne téléphonique 24h/24, 7j/7 Entretiens téléphoniques avec un médecin du PHP
	AMA Physician & Family Support Program - *Alberta*	Soutien téléphonique en cas d'événement de vie difficile ou stressant pour médecins et leur famille Promotion de la santé des médecins et éducation	Conseils, soutien, orientation - Ateliers et séminaires sur la santé des médecins	Ligne téléphonique 24h/24, 7j/7 Entretiens téléphoniques avec un médecin
Australie	GP Support Program	Créé par le RACGP en 2008. But : favoriser la culture de soins et promouvoir le bien-être des médecins généralistes pour améliorer leur bien-être, le rendement au travail, la sécurité, le moral au travail et la santé mentale	Conseils professionnels pour faire face au stress, aux conflits, à un deuil, une dépression, une toxicomanie etc.	Face à face, téléphone Conseil pour les situations de crise 24h/24, 7j/7

Annexe 2 : Guide d'entretien

1/Présentation

- accord enregistrement de l'entretien
- présentation de l'enquêteur et de l'enquête :

« Je me présente, Mélanie Prod'homme, je suis actuellement remplaçante en Médecine Générale et je prépare ma thèse de doctorat avec comme directeur de thèse le Docteur Birault, et je m'intéresse à la prise en charge de la santé des médecins du Poitou-Charentes. »

- pourquoi cet interviewé :

« Je vous ai donc proposé de participer en tant que médecin exerçant en Poitou-Charentes »

- présentation du médecin interviewé :

« Maintenant je vais vous laisser vous présenter » ; faire préciser l'âge, le mode d'installation, l'ancienneté d'installation, le rythme de travail.

2/Question brise-glace :

« Avez-vous déjà eu l'occasion de soigner des soignants, et que pouvez-vous me dire de cette ou ces expériences ?

3/Evaluation du système de soins offert actuellement aux médecins :

- « Est-ce que vous consultez ou avez-déjà consulté des confrères spécialistes d'organe, et pouvez-vous me parler de ces consultations ?»

-« Est-ce que vous consultez un généraliste, pouvez-vous me parler de ces consultations? »

A préciser si non fait > *déclaration Médecin Traitant ?*

> *ressenti, motif consultations*

> *Sinon, pourquoi ?*

-« Quelles adaptations du système de soin actuel vous encourageraient à confier votre suivi à un confrère ? »

4/Evaluation du projet de Réseau de soignant de soignant:

-« A l'étranger, comme au Québec ou en Espagne ou depuis peu dans d'autres régions de France, il existe des organisations de soins destinées aux médecins - Pourriez-vous imaginer une organisation de soins régionale qui serait destinée aux médecins du Poitou-Charentes, et qu'en attendriez-vous ?

« Je vais vous présenter pour finir le projet de réseau de soins de soignant de soignants du Poitou-Charentes » :

-réseau de soins destiné aux soignants : médecins puis paramédicaux

-médecin généraliste référent choisi au sein du réseau et médecins spécialistes d'organes, tous formés et volontaires pour être « soignants de soignants »

-médecin patient: anonymat garanti, Tiers-Payant, assistance par un tuteur si problème professionnel, consultations sur rendez-vous (aigu ou chronique)

-Consultation de prévention et de santé au travail obligatoires,

-ligne téléphonique 24h/24

-signalement possible d'un confrère malade

- médecin soignant : formation initiale et continue obligatoire

-« Qu'en pensez-vous ? »

- avantages ?

-Inconvénients ? »

- « Seriez-vous prêt à y adhérer en tant que patient ? »

- « en tant que soignant de soignant ? »

<u>Annexe 3 : Entretiens (format CD)</u>

<u>Annexe 4 : Analyse thématique des entretiens (format CD)</u>

RESUME

Considérant les difficultés des médecins à demander de l'aide à leurs confrères, de nombreux pays étrangers ont instauré des programmes de soins destinés aux médecins en souffrance. Suivant ces modèles, en France, des associations ont mis en place des lignes téléphoniques d'assistance et des services de prévention dédiés aux médecins. En Poitou-Charentes, un projet de réseau de soins destiné aux soignants est en cours d'élaboration. En quoi et comment un tel dispositif peut-il répondre aux attentes et besoins des médecins ?

Des entretiens semi-dirigés ont été effectués entre mars 2012 et février 2013, auprès de onze médecins du Poitou-Charentes, de spécialités, modes et lieux d'exercice ou d'installation variés. L'objectif était de déterminer les attentes des médecins et leurs avis concernant la création d'un réseau de soins régional destiné aux soignants. Une analyse thématique a été réalisée à partir des retranscriptions des données recueillies.

Les médecins ont fait part de nombreux obstacles à leur accès aux soins, et de difficultés à soigner les soignants. Si un réseau était mis en place, les médecins souhaiteraient pouvoir accéder à des soignants compétents et formés, en toute confidentialité, et qui leur proposeraient un suivi médical et des soins adaptés à leurs fonctions (consultations de prévention, médecine du travail). Ils attendraient également que le réseau propose aux médecins en détresse une écoute attentive, en mettant à leur disposition une ligne de soutien téléphonique. Toutefois, si certains ont déclaré être prêts à intégrer le réseau en tant que patient ou « soignant de soignant », d'autres n'en voyaient pas d'intérêt personnel, ou étaient freinés par la nécessité d'engagement.

En s'adaptant à leurs besoins, un réseau régional de soins pour les soignants peut répondre à de nombreuses attentes des médecins. Toutefois, comme cela a déjà été constaté en France ou à l'étranger, le manque de reconnaissance de la maladie et des risques professionnels des médecins, ainsi que le frein culturel qui les incite à s'autogérer, risquent de limiter leur adhésion, ainsi que la faisabilité du réseau. L'éducation des médecins à être eux aussi des patients, et la formation de leurs confrères à les soigner pourraient permettre de faire murir les mentalités.

Mots clés : réseau de soins ; santé des médecins ; soignant de soignant ; autogestion.

SERMENT

⌘⌖⌘⌖⌘

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

⌘⌖⌘⌖⌘