

Année 2018/2019

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'État

par

Marie-Dominique GARREAU

Née le 21 décembre 1989 à Saumur (49)

TITRE

Comment se soignent les médecins retraités ?

Enquête qualitative auprès de 13 médecins retraités d'Eure-et-Loir

Présentée et soutenue publiquement le 26 mars 2019 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Médecine Générale,
Professeur émérite, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie , Faculté de Médecine – Tours

Professeur Alain CHANTEPIE, Pédiatrie, Professeur émérite, Faculté de Médecine –
Tours

Docteur Jean-Yves BACHELIER, Médecine générale - Lucé

**Directeur de thèse : Docteur Aude GÉLINEAU-CHARTIER, Médecine Générale -
Chartres**

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, Pédagogie

Pr Mathias BUCHLER, Relations internationales

Pr Hubert LARDY, Moyens – relations avec l'Université

Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Médecine générale

Pr François MAILLOT, Formation Médicale Continue

Pr Patrick VOURC'H, Recherche

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972

Pr André GOUAZE - 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Philippe ARBEILLE

Pr Catherine BARTHELEMY

Pr Christian BONNARD

Pr Philippe BOUGNOUX

Pr Alain CHANTEPIE

Pr Pierre COSNAY

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Lo c DE LA LANDE DE CALAN

Pr Alain GOUDEAU

Pr No l HUTEN

Pr Olivier LE FLOCH

Pr Yvon LEBRANCHU

Pr Elisabeth LECA

Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Pr Gérard LORETTE

Pr Roland QUENTIN

Pr Alain ROBIER

Pr Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P.BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET - J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – E. LEMARIE – G.LEROY – Y. LHUINTRE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – B. TOUMIEUX – J. WEILL BOUGNOUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
BODY Gilles	Gynécologie et obstétrique
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques	Parasitologie, mycologie
COLOMBAT Philippe	Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier	Urologie
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale

HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien	Soins palliatifs
POTIER Alain	Médecine Générale
ROBERT Jean	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BAKHOS David	Physiologie
BARBIER Louise.....	Chirurgie digestive
BERHOUE Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERTRAND Philippe	Biostat., informatique médical et technologies de communication
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FAVRAIS Géraldine	Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
GUILLON Antoine	Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille	Immunologie
IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille	Médecine légale
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte	Néphrologie
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
BOREL Stéphanie	Orthophonie
DIBAO-DINA Clarisse	Médecine Générale
MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - orthophonie
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

RUIZ Christophe	Médecine Générale
SAMKO Boris	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
GILOT Philippe	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100

KORKMAZ Brice Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 1253
LE PAPE Alain Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER Frédéric Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
MEUNIER Jean-Christophe Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
PAGET Christophe Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
SI TAHAR Mustapha Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie Praticien Hospitalier
PERRIER Danièle Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

LALA Emmanuelle Praticien Hospitalier
MAJZOUB Samuel..... Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice Praticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,

de mes chers condisciples

et selon la tradition d'Hippocrate,

je promets et je jure 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.

Remerciements

À Madame le Professeur Anne-Marie Lehr-Drylewicz . Merci d'avoir accepté de présider ce jury. Merci également de m'avoir aidée à élaborer mon questionnaire d'entretien. Recevez le témoignage de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Alain CHANTEPIE. Vous m'avez fait la faveur d'accepter de siéger parmi les membres de ce jury. Merci de votre intérêt à mon travail. Recevez l'expression de ma grande reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Vincent CAMUS Vous m'avez accordé l'honneur de compter parmi les juges de ce travail. Je vous prie de bien vouloir accepter le témoignage de ma vive gratitude.

À Madame le Docteur Aude Chartier-Gélineau. Merci d'avoir accepté de diriger ma thèse. Merci de ton accompagnement tout au long de ce travail, de ton investissement, ta disponibilité, ton soutien et ta patience. Merci pour tes réflexions toujours pertinentes qui me font voir plus large. Merci également de tes conseils avisés lors de mes questions médicales ou administratives !

Au Docteur Jean-Yves Bachelier, merci d'avoir accepté de participer à mon jury. Merci de m'avoir accompagnée lors de mon SASPAS et de me faire confiance pour tes remplacements. Tu m'as permis de prendre confiance en moi en étant toujours disponible. Merci de supporter mes angoisses médicales avec patience.

À mes maîtres de stage de niveau 1 et de SASPAS qui m'ont fait découvrir et aimer la médecine générale, tout particulièrement le Docteur Philippe Rivière qui m'a offert mes premiers remplacements.

À tous les médecins retraités qui ont accepté de participer à ma thèse et m'ont ouvert leur porte pour échanger.

À ma mère, qui m'a transmis le virus de la médecine, et inspiratrice sans le savoir de mon travail de thèse. Merci pour vos encouragements, votre confiance en moi et vos avis pédiatriques. Je vous aime.

À mon père, qui supporte les discussions médicales entre mère et fille à la maison. Je vous aime.

À mes frères François et Pierre, ma belle-sœur Juliette, mes neveux et nièces, qui n'ont pas fini d'entendre Tante Marie-Do parler de médecine. Je vous aime.

À mes chers confrères et néanmoins amis de la faculté de médecine d'Angers : Alix, Béné, Pauline, Ségo, Véro et les valeurs ajoutées Nico et Thierry. Notre amitié forgée sur les bancs de la fac et nos selles de vélo a fortement contribué à mon équilibre tout au long de ces années. Une mention toute spéciale à Véro qui a suivi l'aventure dans la région Centre et a ainsi plus qu'amélioré les conditions de vie de l'internat.

À Aude, amie des premières heures d'études, merci de m'avoir soutenue durant nos années de foyer et de coloc, et ensuite ! Merci pour ton amitié.

À Adeline, Solène, Zaboue, pour les après-midis studieuses ensemble pour m'aider à travailler cette thèse.

À Madeleine, amie de toujours, qui a suivi les évolutions depuis le primaire jusqu'à maintenant. Merci pour ton amitié qui depuis longtemps reste un pilier malgré la distance.

Aux tous mes amis d'Angers, Chartres, Saumur et ailleurs qui ont été présents tout au long de ces années.

Résumé

Contexte : De nombreuses études ont décrit la santé des médecins actifs. Elles repéraient des particularités, comme l'absence de médecin traitant, une tendance à l'auto-prescription, le recours direct aux spécialistes. Aucune étude n'a été menée chez les médecins retraités, qui gardent pourtant toujours la possibilité de prescrire.

Objectif : Recueillir la manière dont les médecins retraités s'occupent de leur santé.

Méthode : Enquête qualitative avec analyse thématique de contenu d'entretiens semi-dirigés auprès de médecins retraités

Résultats : 13 médecins retraités d'Eure-et-Loir âgés de 67 à 90 ans ont été interviewés. La majorité d'entre eux avait déclaré un médecin traitant. Ils le consultaient peu, estimant avoir les mêmes compétences que le médecin généraliste. Beaucoup recouraient à l'auto-prescription concernant leur traitement au long cours, la réalisation d'exams complémentaires . En cas de pathologie aiguë, ils ne s'auto-prescrivaient pas de traitement. Ils n'étaient pas toujours à jour dans leurs vaccinations. Ils constataient être parfois peu rigoureux concernant leur suivi. Certains considéraient avoir changé leur manière de s'occuper de leur santé depuis leur départ en retraite. Ils s'estimaient quasiment tous en bonne santé. La majorité se considérait toujours médecin, et parfois patient. Ils pensaient être de meilleurs juges sur leur santé du fait de leur profession passée.

Conclusion : Les médecins retraités avaient une manière de s'occuper de leur santé plus proche des médecins actifs que des retraités. Une enquête quantitative serait intéressante pour mieux décrire l'état de santé des médecins retraités.

Mots-clés : santé, médecins retraités, auto-prescription

Abstract

Titl : How do the retired physicians take care of their health ? A qualitative study of 13 retired physicians from Eure-et-Loir

Background : Many studies described physician's health. They identified specific aspects, such as no general practitioner, self-prescription, direct consult with specialists. No study was carried about retired physicians, who can also prescribe.

Objective : Describe how the retired physicians take care of their health.

Method : A Qualitative study using a thematic analysis of content of semi-structured interviews of retired physicians.

Results : 13 retired doctors from Eure-et-Loir, aged 67 to 90 years were interviewed. The majority of them registered with a general practitioner, whom they rarely consulted, believing that they had the same skills. Many resorted to self-prescription for their chronic treatments and for additional tests. In case of acute illness, they did not self-prescribe treatment. Their vaccinations were not always up to date. They noted that they were not very rigorous regarding their own follow-up. Some of them felt that they had changed the way they look after their health since they retired. Almost all considered themselves in good health. Most of them still considered themselves as physicians, and sometimes patients. They thought they were better judges on their health because of their past profession.

Conclusion : Retired physicians had a way of looking after their health closer to active physicians than retirees. A quantitative study could be interesting to best describe the health status of retired physicians.

Keys words : health, retired physicians, self-prescription

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	14
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	15
RÉSULTATS.....	16
1) Description de l'échantillon.....	16
2) Les médecins retraités et leurs médecins.....	18
Le choix du médecin traitant.....	18
La déclaration obligatoire	18
Les raisons du choix du médecin traitant	18
Les raisons pour être son propre médecin traitant.....	19
Le ressenti sur ce choix	19
Le problème du Médecin Traitant familial (actuel ou passé).....	19
Le cas particulier du deuxième médecin traitant familial.....	19
La vision du Médecin Traitant.....	19
La fréquence du recours au médecin traitant extérieur	19
Les raisons du recours au médecin traitant.....	20
Le ressenti sur le suivi par le médecin traitant.....	20
Les raisons de ne pas aller voir un généraliste.....	20
Le renouvellement du traitement quand il existe.....	20
Les raisons de ne pas aller voir le MT pour renouveler le traitement.....	21
Le recours aux spécialistes	21
Le suivi par des spécialistes est souvent assez complet	21
Le ressenti vis-à-vis des spécialistes	21
3) Les médecins retraités et leur santé	21
La prise en charge personnelle	21
La prescription de médicaments pour soi-même	22
La prescription d'examens complémentaires	22
Les limites perçues de la prise en charge par soi-même.....	22
Le ressenti sur le suivi de leur santé en général	22
Problème du départ en retraite des confrères	23
Le recours à des médecines parallèles.....	23
La rédaction des certificats médicaux.....	23
La banalisation des pathologies	23
Les dépistages	23
Les vaccins	24
Les examens de santé.....	24
L'implication affective sur leur santé	24
L'influence de l'entourage.....	24
La différence ou non dans la manière de s'occuper de la santé depuis le départ en retraite	25
Quand il y avait une différence	25
L'évaluation de leur santé.....	25
Le lien avec le fait d'avoir été médecin	25
Un changement de leur état de santé depuis la retraite.....	26
4) Les médecins retraités et la médecine.....	26
Le rapport à la médecine, médecin ou patient ?.....	26
Être un patient	27
... comme les autres ?	27

La conviction d'avoir des connaissances.....	28
L'idée que la profession passée les fait meilleur juge	28
Faire confiance à un autre médecin que soi-même.....	28
Leur analyse médicale de leur santé ou de leur prise en charge.....	28
Le regard sur leur carrière et la médecine.....	28
Leur intérêt au sujet.....	29
DISCUSSION.....	31
À propos de la méthode	31
1) Forces de l'étude.....	31
2) Limites de l'étude.....	31
À propos des résultats.....	32
1) Le médecin retraité et ses médecins.....	32
Le médecin traitant.....	32
Avoir un médecin traitant.....	33
Le choix du médecin traitant.....	33
La déclaration du médecin traitant	34
La fréquence du recours au médecin généraliste.....	34
Le recours au spécialiste.....	34
2) Le médecin retraité et sa santé.....	34
La participation aux dépistages de masse.....	34
Les vaccins	35
Le recours aux médecines parallèles.....	35
L'évaluation de leur santé	35
L'auto-prescription	36
L'influence de l'entourage.....	36
Le ressenti affectif vis-à-vis de leur santé.....	36
3) Le médecin-retraité patient.....	36
Être médecin et patient.....	36
Une population difficile à soigner ?	37
Le médecin-malade vu par ses confrères.....	38
Être dirigé.....	38
Un pouvoir que donne le statut de médecin.....	38
Le jugement de ses compétences.....	39
4) Le médecin-retraité et la médecine.....	39
Le Burn-out des jeunes générations.....	39
L'évolution de la médecine.....	40
Le médecin et la retraite.....	40
CONCLUSION.....	41
RÉFÉRENCES.....	42
ANNEXES.....	46
Annexe 1 : Guide d'entretien.....	46
Annexe 2 : Schéma des habitudes des médecins retraités concernant leur santé	47
Annexe 3 : Glossaire.....	48
Annexe 4 : Abréviations.....	50

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableau 1.....	17
Figure 1	30

INTRODUCTION

Montaigne disait « la maladie du médecin est un scandale » tandis que Voltaire affirmait « il n’y a rien de plus ridicule qu’un médecin qui ne meurt pas de vieillesse »

Ces dernières années, de nombreuses études ont été réalisées concernant la santé des médecins. En effet, comme le notait le Conseil National de l’Ordre des Médecins (CNOM) (1) dans un rapport de 2008, les médecins sont « des patients pas comme les autres ».

Il pointait du doigt le fait que, interrogés sur leur santé, les médecins répondent qu’ils sont des patients comme les autres, alors que leur rapport à la maladie n’est toujours pas d’une simplicité absolue.

Depuis 2004, la réforme de l’Assurance Maladie instaurait à partir du 1^{er} juillet 2005 l’instauration d’un parcours de soins coordonnés avec la déclaration d’un médecin traitant (MT) référent (2). Toutefois, ce médecin traitant est souvent non usité parmi les médecins. En effet, dans sa thèse de 2016 (3) effectuant une revue de la littérature, L. Gallice relevait que 2 médecins généralistes sur 10 n’ont pas de médecin traitant tandis que 6/7 se sont auto-déclarés.

Tout ceci contribue au fait que le médecin, lorsqu’il est malade, a tendance à refuser la réalité de ses symptômes ou à en minimiser d’emblée le ressenti, et, s’il a besoin de traitement, préfère recourir à l’auto-prescription (3). Ce qui le laisse toujours seul face à lui-même et à son problème.

Toutefois, il existe une catégorie de médecins dont la santé n’a pas été étudiée : les médecins retraités. Pourtant, leur nombre est considérable. En effet, la Caisse Autonome de Retraite des Médecins Français (CARMF) recensait, au premier juillet 2018, 69 950 allocataires médecins retraités avec une moyenne d’âge de 73,46 ans (4). Il y a eu entre 2005 et 2018 une augmentation de 136,97 % du nombre de médecins retraités (5). Au premier janvier 2018, le CNOM recensait 79 648 médecins retraités (6). Tous ces médecins inscrits au conseil de l’Ordre ont donc la possibilité de réaliser des prescriptions pour eux-mêmes ou pour leurs proches.

Les médecins seraient-ils donc épargnés par la maladie une fois la retraite arrivée ? Deviennent-ils des patients semblables aux autres ?

Dans ce contexte, l’objectif principal de cette étude était de recueillir la manière dont les médecins retraités s’occupaient de leur santé. Les objectifs secondaires étaient de décrire comment les médecins retraités évaluaient leur santé, leur manière de se prendre en charge, et comment ils ressentaient leur rapport actuel à la médecine.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

L'objectif principal de ce travail était de cerner comment les médecins retraités s'occupent de leur santé après leur départ en retraite. Les objectifs secondaires étaient de savoir comment ils évaluaient leur état de santé et si cela avait un rapport avec leur ancienne profession.

Cette démarche a été menée dans le cadre d'une étude qualitative descriptive par entretiens semi-dirigés.

La population étudiée était les médecins retraités habitant en Eure-et-Loir. Le fait d'exercer encore une activité médicale n'était pas un critère d'exclusion. Afin d'obtenir un échantillon raisonné, des médecins se différenciant par l'âge, le sexe, la spécialité, le type d'exercice ont été sélectionnés. La taille de l'échantillon a été déterminée par la saturation des données, habituellement atteinte entre dix et quinze entretiens.

Le conseil de l'Ordre d'Eure-et-Loir a été sollicité afin de transmettre un appel à volontaire, mais n'a pas souhaité accéder à la demande.

Les premiers médecins retraités ont été choisis dans l'entourage de l'enquêteur, puis par la technique « boule de neige ». La plupart des médecins a été contacté par téléphone. Ils étaient informés que l'enquêteur était médecin généraliste remplaçant et réalisait sa thèse sur la santé des médecins retraités, afin de comprendre comment ils se soignaient.

Seuls deux médecins contactés par téléphone n'ont pas souhaité participer à l'étude. Trois médecins ont été contactés par courrier, deux d'entre eux n'ont pas souhaité participer.

Il était proposé de les rencontrer au lieu et au moment qui leur convenaient (à leur domicile ou au domicile de l'enquêteur) pour un entretien d'environ 45 minutes.

Au début de l'entrevue, il était demandé au participant de répondre à un court questionnaire (annexe 4) permettant de recueillir ses caractéristiques socio-démographiques. .

L'entretien a été conduit selon un guide d'entretien élaboré à partir des hypothèses émises et des données de la littérature (annexe 1). Il reposait sur des questions ouvertes et a été ajusté après chaque entretien. Au préalable, il a été testé auprès d'un médecin non retraité connu de l'enquêteur.

Les entretiens ont été conduits par un seul enquêteur (médecin généraliste remplaçant). Ils ont été enregistrés sur du matériel audio-phonique numérique (dictaphone et téléphone portable) après accord oral de l'intéressé puis retranscrits intégralement et anonymisés.

L'analyse des données a été menée selon une analyse de contenu thématique. Ce processus a été évolutif et continu et a débuté après le premier entretien. La première phase de l'analyse a été le codage ouvert, c'est à dire l'identification manuelle de formules signifiantes ou de codes dans le verbatim. Dans une deuxième étape, chaque code a été classé dans une catégorie qui représentait l'idée qu'il véhiculait. Ces catégories ont ensuite été regroupées en thème. Enfin la troisième étape a visé à rechercher les liens entre les différents thèmes afin de les organiser les uns par rapport aux autres et construire une arborescence thématique. Le chercheur a procédé à une analyse ouverte pour chaque entretien afin d'enrichir son arbre thématique de façon exhaustive.

RÉSULTATS

1) Description de l'échantillon

Treize médecins retraités d'Eure-et-Loir (5 femmes et 8 hommes) âgés de 65 à 90 ans (moyenne 76 ans) ont été interviewés entre mars et août 2018 (Tableau 1).

Tous les entretiens ont eu lieu au domicile des médecins interviewés, à leur demande.

Ils étaient retraités depuis 1993 à 2016, en moyenne depuis 10,9 ans.

Ils avaient tous exercé leur profession de médecin en Eure-et-Loir ; 7 d'entre eux avaient eu un exercice mixte, 2 d'entre eux un exercice uniquement salarié, 3 d'entre eux un exercice libéral puis salarié, 1 seul avait eu une activité uniquement libérale.

5 d'entre eux étaient généralistes et 8 spécialistes.

4 parmi eux conservaient une petite activité professionnelle en vacation (3) ou expertise (1).

2 d'entre eux déclaraient ne pas avoir de médecin traitant tandis qu'un seul exprimait être son propre médecin traitant .

10 d'entre eux avaient déclaré un médecin traitant autre que eux-même, dont 1 son conjoint.

Parmi les 10 ayant déclaré un médecin traitant, 5 d'entre eux l'avaient déclaré depuis plus de 10 ans, tandis que les 5 autres l'avaient depuis moins de 5 ans voire moins de 6 mois pour 2 d'entre eux.

Les entretiens ont duré de 25'46 à 55'48, soit une moyenne de 42'08. La médiane était de 45'08 .

La saturation des données a été atteinte au douzième entretien et confirmée par le suivant.

<u>Entretien</u>	<u>Sexe</u>	<u>Âge</u>	<u>Date de départ en retraite</u>	<u>Spécialité</u>	<u>Type d'exercice</u>	<u>Exercice actuel de la médecine</u>	<u>Date de déclaration de MT</u>	<u>Durée d'entretien</u>
1	F	67	Nov 2014	Médecin de PMI	Salarié	Vacations en PMI	Depuis la déclaration obligatoire	30'35
2	H	67	2014	Généraliste 27 ans Gériatre en EHPAD 5 ans	Libéral puis Salarié	Expertise pour mise sous tutelle	Lui même depuis toujours	30'05
3	H	83	1998	Pédiatre	Mixte 15 ans puis hospitalier seul	Aucun	Depuis plus de 10 ans	35'23
4	H	70	Hôpital 2012 Privé Nov 2016	Neurologue	Mixte	Aucun	Pas de MT	25'46
5	F	68	2010	Généraliste 18 mois puis Médecin de Santé Publique	Libéral puis salarié	Vacations en service de médecine universitaire	Depuis 6 mois	55'48
6	H	72	2011	Généraliste	Libéral	aucun	2013	41'00
7	F	69	Privé 2016 salarié 2018	Gynécologue médical	Mixte	Vacations hospitalières	Novembre 2014	50'15
8	H	79	2009	Généraliste	Mixte	aucun	Pas de MT	45'08
9	F	71	Fév 2011	Anesthésiste-réanimateur	Mixte	aucun	2003	45'52
10	F	85	1994	Médecin du travail	Salarié	aucun	Depuis toujours	45'25
11	H	86	1996	Rhumatologue	Mixte	aucun	2003	52'02
12	H	90	1993	Gynécologue-obstétricien	Mixte	aucun	2015	46'20
13	H	81	2010	Généraliste	Libéral puis 10 ans d'hospitalier	aucun	Depuis 2 mois	42'32

Tableau 1 : caractéristiques socio-démographiques

2) Les médecins retraités et leurs médecins

Le choix du médecin traitant

Une des médecins avait fait le choix d'un **médecin traitant familial** « *c'est mon époux qui était médecin généraliste* » (E1).

Mais la majorité (9) d'entre eux avait choisi un **confrère qu'ils connaissaient** ou qui avait **été conseillé par des proches**, soit dans la famille : « *mon premier médecin traitant qui était de la famille m'a aiguillé vers lui* » (E6), ou bien par le bouche à oreille : « *j'avais entendu qu'elle était bien* » (E7)

Deux d'entre eux avaient choisi de **ne pas avoir de médecin traitant** (E4, E8) tandis qu'un seul considérait être **son propre médecin traitant** (E2). À noter que ces 3 personnes étaient **des hommes**.

Une seule était dans un contexte particulier : « *j'ai un double médecin traitant, le généraliste et mon mari* » (E10)

La déclaration obligatoire

Elle n'a été évoquée que par deux médecins. Un des médecins voyait cela comme **une obligation qui l'avait motivée à avoir un Médecin Traitant** : « *parce que justement, il fallait avoir un médecin généraliste... responsable, comment on dit* » (E11). L'autre se posait juste la question de savoir **si le côté administratif avait été fait** « *après coup je suis en train de me demander, je ne sais pas si j'ai fait les démarches auprès de la sécu* » (E5)

Les raisons du choix du médecin traitant

Tous ont choisi quelqu'un de **connu**. Le choix était souvent dicté par la **facilité**, notamment la **proximité**, cherchant un médecin « *qui soit pas trop loin de la maison* » (E7). **L'âge** du médecin était « *un critère important, pour pas que j'ai à changer au bout de pas longtemps* » pour trois d'entre eux.

La plupart évoquaient surtout **une reconnaissance des compétences, aussi bien médicales** : « *la compétence, ça c'est sûr* » (E9), que **relationnelles** : « *agréable, sympathique* » (E13)

Certains préféraient avoir un **cadre comme tous les patients** « *quand j'ai pris un rendez-vous chez quelqu'un [...] j'ai essayé de faire aucun passe-droit, de faire les choses dans les règles.* » (E7)

La plupart évoquaient la nécessité d'avoir un **regard extérieur**, en faisant ce constat : « *on entend différemment quand c'est un conseil donné par quelqu'un d'autre* » (E9) Il leur semblait important d'avoir quelqu'un qui puisse avoir « *la distance suffisante pour, si vous voulez, faire le tiers intervenant qui prend la décision qui convient* » (E10)

Deux d'entre eux évoquaient le besoin d'**avoir un généraliste qui fasse la synthèse**.

Toutefois **le côté pratique était peut-être idéalisé** sur certains aspects, comme **les visites à domicile** : « *je rêvais à ce moment là, c'était encore la vieille médecine, que chez moi j'ai un petit souci, ben, il pourra venir me voir. Maintenant, je crois, si j'insiste peut-être qu'il viendrait mais bon. Pas trop.* » (E3)

L'une d'entre eux avait choisi un médecin qui n'était pas dans la même ville que son lieu d'exercice, dans **un souci d'anonymat**, pour qu'il ne soit **pas trop proche** « *comme ça ça n'interférait pas sur les gens qu'on croise dans la rue* » (E9)

Les raisons pour être son propre médecin traitant

Ceux qui choisissaient d'être leur propre médecin, le faisaient **par facilité** également : « *par flemme* » (E2) ; car ils **ne savaient pas à qui s'adresser**, mais finalement surtout par **l'absence de besoin ressenti** : « *pas trouvé le besoin* » (E4)

Le ressenti sur ce choix

Ils étaient **satisfaits** pour la plupart tandis que d'autres étaient un peu **plus nuancés** : « *ça a quelques inconvénients* » (E10), **surtout en cas d'absence de MT** : « *c'est ptet pas une bonne solution, d'ailleurs, je dis pas que c'est la meilleure solution. Non* » (E4), **sans toutefois vouloir changer** : « *je ne suis pas encore prête* » (E5)

Le problème du Médecin Traitant familial (actuel ou passé)

Le cadre de consultation n'est pas normé : « *sur la table de la cuisine !* » (E1)
Il y a une **confusion des rôles** de conjoint ou enfant et de médecin : « *la première consultation chez le cardiologue bah c'est x (son mari). Enfin c'est mon médecin traitant* » (E1) , avec une **implication émotionnelle différente** : « *une trop grand proximité si vous voulez, à la fois physique affective et familiale en quelque sorte* » (E10)

Le cas particulier du deuxième médecin traitant familial

Un des sujets avait un médecin traitant déclaré. Elle considérait avoir un deuxième médecin traitant, son mari. **Il prend en fait le rôle que s'accorderait le médecin-patient lui-même**, notamment le renouvellement des traitements : « *En fait, mon mari ne fait que renouveler le traitement que me donne le cardiologue, parce que je ne prends quasiment que ça, sauf si j'ai des douleurs [...] si mon mari disparaissait, eh bah je reprendrais mon inscription au conseil de l'Ordre* » (E10)

La vision du Médecin Traitant

Il est vu comme un **centraliseur** d'information : « *un médecin généraliste qui fait la synthèse de ... de tout* » (E9) , comme **un orientateur** « *il faut voir un généraliste et c'est lui qui va vous diriger vers l'autre* » (E3), mais aussi un **soutien** si besoin : « *un médecin traitant de soutien que je peux aller voir* » (E9)

Il est également un **conseiller** : « *on entend différemment quand c'est un conseil donné par quelqu'un d'autre* » (E9).

La fréquence du recours au médecin traitant extérieur

Il était très variable en fonction des personnes, allant d'**une certaine régularité non fréquente** : « *moi je le vois, disons tous les 6 mois.* » (E11) à un **recours épisodique** : « *je l'ai consulté une fois à titre euh de malade du coup* » (E5).

Les raisons du recours au médecin traitant

Le recours se faisait plutôt **pour des problèmes**, une **maladie**, « *quand il y a une affection intercurrente, une infection saisonnière, voilà* » (E10)

L'un d'entre eux évoquait **le rôle social du médecin traitant** : « *Quand, quand y a un problème surtout social. Parce que je suis, je me rends compte depuis un an ou 2, je décline.* » (E12). Deux d'entre eux le voyaient **pour un examen systématique**, tandis que d'autres vont le voir **pour des examens complémentaires**, comme par exemple « *pour récupérer l'hémocult* » (E7)) ou pour **certains suivis** : « *c'est pour la thérapeutique qu'on fait appel à un confrère extérieur et puis le suivi. l'indication éventuelle ... voilà* » (E10)

Le ressenti sur le suivi par le médecin traitant

Il est considéré de « **un peu chaotique** » (E1) à **moyen** : « *il est pas très efficace il est bien gentil il est bien gentil* » (E11) voire à plutôt **satisfaisant** « *je reviens en me disant 'ah bah c'est bien il m'a dit des choses qui mettent les choses au point* » (E3)

L'un des médecins avait un propos **interrogateur** sur la suite à donner « *il faudra peut-être que je le revois* » (E5)

Les raisons de ne pas aller voir un généraliste

La plupart exprimaient **ne pas ressentir le besoin**. Pour eux, il était inutile d'aller voir un généraliste **alors qu'ils se sentent bien et ne constatent pas chez eux de problème particulier**. « *je vais pas aller voir un confrère pour lui dire écoute je vais bien, est-ce que tu peux me confirmer. Voilà* » (E8). **Ils ne sauraient pas de quoi leur parler** : « *Réflexion faite. Je vais aller le voir pour quoi. Lui dire tout va bien, je sais pas pourquoi je viens* » (E5).

Ce serait **une perte de temps pour le médecin** pour 6 d'entre eux : « *ils ont pas mal de choses à faire en dehors* » (E3)

Ils avaient des **difficulté à se situer en tant que patient** : « *quand je vous disais l'approche du médecin généraliste, c'est une difficulté à se situer* » (E5). D'autres montraient **la méconnaissance de ce que le généraliste peut faire** : « *si je savais qu'un généraliste fait les frottis je n'irais pas voir de gynéco* » (E5).

Ils exprimaient aussi **un préjugé sur ce qu'ils vont entendre** : « *je suis sûre qu'il va me dire euh, si je lui pose la question, euh, il peut pas me dire autrement que 'bah si faudrait peut-être'* » (E5)

Il y a parfois pour certains sujets **un manque de confiance en l'autre médecin** : « *je sais pas si j'accorderais pleinement ma confiance au généraliste qui est en face en me disant 'dans le fond c'est ma pratique quotidienne encore plus que lui'* » (E5). Certains exprimaient l'idée que **ce serait gênant pour le médecin en face** : « *c'est toujours un peu gênant non ? c'est toujours gênant d'avoir quelqu'un qui propose de faire des trucs vous voyez. Si on n'est pas d'accord ?* » (E4)

Le renouvellement du traitement quand il existe

Le renouvellement de traitement est rarement fait **par le médecin-traitant** ou **par le spécialiste**. Le plus souvent (8) le renouvellement est fait **par le médecin-patient lui-même** ou **par le conjoint qui n'est pas officiellement le médecin traitant** : « *c'est mon mari qui me fait mes ordonnances* » (E10)

Les raisons de ne pas aller voir le MT pour renouveler le traitement

La première raison de ne pas aller voir le MT invoquée est de **ne pas déranger le médecin**, ne « *pas l'embêter [...]* » (E12). Ils ont l'idée qu'il s'agit juste de **recopier des lignes** : « *un petit peu d'anticoagulants, je saurai l'écrire moi-même* » (E13)

L'autre raison est une **impression de maîtrise** : « *c'est peut-être un côté un peu, pouvoir de la médecine qu'on se donne, c'est avoir l'impression que si jamais ça va pas on sera capable de réagir.* » (E7)

Il est aussi vu comme **une contrainte** « *ça me fait suer.* » (E7) ou **quelque chose d'inutile** « *j'ai aucun signe d'alerte donc euh. Je pense que oui, ça on peut court-circuiter* » (E7) Le fait de ne pas aller voir le médecin traitement est vu comme un geste **pour la société** : « *par souci de simplification pour la société [...] c'est presque citoyen, on manque de médecin et tout* » (E7)

Le recours aux spécialistes

Il se fait quasiment tout le temps **sans passer par un autre médecin**. « *j'y ai été de ma propre initiative* » (E6). Il se fait parfois sur l'**avis** d'un médecin, avis donné dans un cadre **formel, ou bien dans un cadre informel** : « *j'en ai discuté avec un de mes bons amis, il m'a dit écoute, il faut que tu fasses un ou 2 examens quoi* » (E8)

Certains recours étaient faits **dans l'urgence** : « *un petit AVC* » (E3) « *inconscient avec une fracture de jambe* » (E8)

Le suivi par des spécialistes est souvent assez complet

Beaucoup avaient **plusieurs suivis**, notamment **cardiologique**. « *Je suis suivi sur le plan biologique, sur le plan cardio, sur le plan digestif, sur le plan urinaire* » (E2).

Le ressenti vis-à-vis des spécialistes

Il est souvent **positif**.

À la différence du médecin généraliste, La majorité leur reconnaît **une compétence qu'ils n'ont pas eux-mêmes**. : « *le spécialiste c'est autre chose [...] j'écoute* » (E1). Mais le suivi est souvent **peu rigoureux** : « *le cardiologue, il aurait voulu que je fasse un Doppler des vaisseaux du coup, ppp, là je l'ai pas fait* » (E8)

Ils viennent parfois une idée derrière la tête qui n'est pas confirmée par le spécialiste : « *le gastro il n'est pas du tout allé dans mon sens* » (E5)

Le spécialiste est parfois vu **uniquement comme un exécuteur d'examens complémentaires** :

« *j 'vais pas vraiment voir le spécialiste en fait, pour la fibroscopie j'ai appelé le spécialiste, j'ai dit voilà je voudrais une fibroscopie et il m'a fait une fibroscopie* » (E2)

3) Les médecins retraités et leur santé

La prise en charge personnelle

Le **suivi clinique** est souvent assuré par le médecin-patient lui-même mais parfois aussi au niveau **para-clinique** : « *je fais moi-même mes prises de sang* » (E7)

Il concerne aussi la prescription des **traitements réguliers** (cf supra) ou la prise en charge de certaines **pathologies** : *je me suis prise en charge quand j'ai eu, j'ai eu des problèmes gynéco* » (E7) La prise en charge personnelle concerne aussi la décision **d'aller voir des spécialistes** : *« je me suis fait faire [...] et puis j'en ai profité pour ...»* (E2)

Certains géraient aussi des **traitements de pathologie aiguë ... mais simples** pour la plupart !

« l'effergan, un ptit coup de pied au cul, un ptit peu de jogging et c'est fini ça va bien » (E5)

« je me mouche [...] je vois personne mais je me fais pas d'ordonnance, j'attends que...» (E7)

« c'est sûr que je suis assez volontiers réveillé la nuit mais mon somnifère c'est la littérature » (E8)

La prescription de médicaments pour soi-même

Elle se fait soit de **manière ponctuelle** *« pour des choses banales»* (E1), soit de **manière habituelle pour le renouvellement**. Parfois **elle n'existe pas** car il n'y en a **pas de nécessité** : *« j'ai pas besoin d'ordonnance [...] depuis 6 ans que j'ai arrêté, je n'ai pas touché UNE ordonnance »* (E9) **ou bien est limitée à certains domaines** *« pour les antibiotiques je sais pas »* (E7).

La prescription d'examens complémentaires

Elle est souvent (6) **faite de sa propre initiative** : *« quand j'ai pas eu de prise de sang depuis longtemps, je fais un petit bilan pour voir »* (E3). Mais **l'avis d'un autre médecin**, traitant ou spécialiste, est souvent requis, **pour la prescription** *« c'est mon médecin traitant qui me le prescrit »* (E1) **ou pour le résultat** : *« mais, je le prescris moi-même, et si y avait une anomalie particulière, je prendrais contact avec le médecin »* (E11)

Il y a toujours **un regard critique sur la prescription et sur le résultat** *« j'ai pas de cholestérol, j'ai pas de diabète, j'ai pas d'insuffisance rénale, et malgré tout ce que je bois j'ai pas d'insuffisance hépatique »* (E2)

Les limites perçues de la prise en charge par soi-même

Plusieurs (4) évoquaient **le manque d'actualisation des connaissances** : *« je me dis je vais plus à aucune formation, je me dis c'est pas sérieux, la médecine elle évolue »* (E7). D'autres évoquaient que ce serait plus difficile **quand les pathologies s'accumulent** *« quand je serai plus vieille que j'aurai plein de pathologies »* (E7). Trois d'entre eux faisaient mention de la vigilance à avoir **si des troubles mentaux ou cognitifs apparaissent** : *« les fonctions cognitives. si ça commence à déraiper dans la choucroute euh... ça devient dangereux ça »* (E7)

L'une d'entre eux évoquaient la difficulté **pour certaines pathologies particulières** *« la douleur aussi c'est pas toujours... »* (E7) **ou pour la prise en charge sociale** *« quand y a un problème surtout social. »* (E12)

Le ressenti sur le suivi de leur santé en général

Le suivi n'était souvent **pas explicitement remis en question**, mais par certaines réponses il était **discuté** *« je suis plutôt moins suivi qu'un non-médecin. Pour résumer. »* (E4) ou alors il était carrément considéré comme **négligé** : *« « Euh... il est peut-être un peu*

*négligé, par ma faute [...] » (E13). Mais toutefois transperçait une **conviction que ce n'est finalement pas gênant** « *de toute manière ça n'a pas de conséquence* » (E7) et que **peut-être cela changera** « *si j'ai des problèmes de santé bah je serais bien obligé d'avoir recours à quelqu'un* » (E8)*

Problème du départ en retraite des confrères

Plusieurs médecins ont évoqué leur propre retraite mais aussi celle de leurs confrères.

Il pose le problème **d'une rupture dans la continuité des soins** « *mon gynéco serait pas parti en retraite, j'aurais continué* » (E5) avec la difficulté de **ne pas savoir à qui s'adresser** : « *comme on est tous âgés, les gens bien que je connaissais, enfin dans les gens de ma génération ou un peu plus jeunes que je connaissais, ben ils vont partir bientôt, donc euh après c'est difficile de trouver* » (E7)

Le recours à des médecines parallèles

Il existe peu (3) dans l'échantillon interrogé, entre acupuncteurs, chiropracteurs. Mais il y avait un **désir de rigueur** « *elle est médecin [...] elle tient la route, c'est pas une fofolle* » (E3) tout en le voyant comme **une détente** « *pendant une demi-heure de relaxe* » (E3)

ou bien comme **un mode de vie** « *je fais beaucoup de tai-chi [...] je pense que ça joue sur la santé quoi. c'est pas du soin parce que ça ne soigne pas, je pense que ça contribue à avoir une bonne santé* » (E7). D'autres médecines parallèles ont été évoquées de manière **négative** : « *on n'est pas du tout branché sur ce qu'on appelle les patamédecines* » (E10)

La rédaction des certificats médicaux

Elle a été évoquée par 2 médecins, l'un **se les faisant lui-même** quand l'autre **va voir son médecin traitant** « *pour les certificats de sport* » (E6)

La banalisation des pathologies

Les pathologies, aiguës ou chroniques, étaient parfois **minimisées** « *finalemt, à part que je pouvais pas descendre l'escalier, je descendais sur le dos de mon mari hein, parce que je pouvais plus, j'avais vraiment des articulations qui me pénalisaient. Mais en dehors de ça j'allais bien hein !* » (E5) et **banalisées** alors qu'il pouvait exister un **traitement important** « *ah oui j'ai 6 ou 8 médicaments* » (E3) ou bien une **complication** « *j'ai un endobrachyoesophage* » (E2)

Les dépistages (ils concernaient 7 sujets sur 13)

Ils sont souvent **faits de manière régulière** ou **parfois shuntés** « *L'hémoccult [...] j'y ai pensé mais je l'ai pas fait* » (E2) ou bien **mal utilisés**. « *Je suis dit bon débarras, ça va je vais basculer dans la cohorte hémoccult* » (E5)

Les vaccins

La majorité (9) était **bien renseignée** « *mes vaccins on a toujours bien suivi [...] c'est de la prévention* » (E7) mais il y avait une différence **entre la théorie et la pratique** « *oui car on est allé en voyage [...] il a fallu tout remettre à jour, et puis non parce que il faut que je me fasse refaire un vaccin anti-tétanique bêtement, qui n'est plus à jour, qui est dans le frigidaire* » (E9). Pendant que certains **se posaient même des questions en plus** « *c'est au sujet du ROR pour mes enfants et à la limite pour moi-même* » (E5), d'autres **devaient rechercher un peu plus** (E2,E3) ou bien n'était tout simplement **pas à jour** « *à 80 et des ans j'ai laissé tomber depuis au moins... une quinzaine d'années hein, je suis, ouh là, c'est loin maintenant c'est loin [...]* » (E13)

Les examens de santé

Certains ne parlaient pas d'un suivi particulier mais avaient pu faire **des examens en centre de santé** et l'une d'entre eux aurait apprécié le faire. « *Puis alors, comme je suis quand même, j'étais médecin du travail, donc j'étais très favorable à toute prévention, tout le temps. Donc mon mari et moi on va faire régulièrement des bilans de santé sécu. Voilà. Tous les 10 ans.* » (E10)

L'implication affective sur leur santé

Beaucoup (8) déclaraient **ne pas être très angoissés** quant à leur état de santé « *je ne suis pas d'un naturel bileux sur ma santé* » (E1) mais l'un d'entre eux racontait avoir eu des **craintes dans certaines circonstances particulières** comme être malade dans un pays en voie de développement : « *j'ai eu la trouille parce que ça m'est arrivé à Madagascar* » (E2).

Certains **sont plutôt des patients obéissants** « *ça dépend peut-être du tempérament des gens. Je suis de tempérament un garçons obéissant, à bien suivre les conseils qu'on me donne* » (E6) tandis que **d'autres constatent manquer de rigueur** « *je pense que je suis pas très rigoureuse* » (E5). L'un d'eux disait même utiliser « **la politique de l'autruche** » (E13)

Deux trouvaient **agaçant** de s'occuper de leur santé « *je vous dis c'est surtout le ... en fait ça me casse les pieds. Y a assez de trucs casse-pieds dans la vie, faut pas en rajouter* » (E4)

D'autres avouaient être **plus angoissés** « *je suis plutôt un anxieux (rires) dans la pathologie chronique* » (E3), expliquant que cela avait une **influence sur leurs recours à un médecin ou aux examens complémentaires** « *J'en fais peut-être trop. [...] Je suis sérieux, vigilant.* » (E12)

L'influence de l'entourage

Les consultations ou avis sont parfois motivés par l'entourage, conjoint ou enfant « *j'étais pas très bien... aux dires de mon entourage, parce que soi on se trouve toujours bien* » (E6)

ou bien **le fait de se surveiller** « *là je me suis dit quand même, jsuis mal, si on oblige mes enfants à faire une coloscopie et moi j'en fais pas ... c'est pas très bien.* » (E5)

La différence ou non dans la manière de s'occuper de la santé depuis le départ en retraite

Il était **inchangé** d'après 5 d'entre eux « *non ... c'est vrai qu'il y a des choses que je devrais faire que j'ai pas encore faites* » (E1) ou bien **modifié** pour les 8 autres : « *Ah oui. Je ne m'occupe de ma santé que depuis que je suis à la retraite.* » (E12)

Quand il y avait une différence

Elle était attribué à **l'âge qui était vu comme un facteur de risques de maladies** « *Effectivement, plus on prend de l'âge, et plus on a des risques d'avoir une maladie grave* » (E11) en admettant **la difficulté de savoir** puisque « *c'est difficile parce que c'est un peu la même chose, la retraite vient avec l'âge* » (E3). La différence était aussi attribuée à **une plus grande disponibilité, temporelle et mentale** « *quand on est en exercice, on n'a pas le temps de se soigner (rires). On pense pas tellement à soi, on pense aux autres quoi* » (E6)

La différence pouvait être en lien avec **la retraite des confrères** : « *c'est pas lié à ma retraite c'est lié au départ en retraite des autres* » (E5)

Parfois cela avait été imposé par **des pathologies qui sont arrivées plus tard** ou au constat **qu'ils n'ont plus les compétences pour décider eux-mêmes** : « *je suis plus dans le cadre des mammo, je suis plus du tout au courant de ce qu'il se dit etc sur ça, donc j'ai plus de compétence particulière, je me plie, je me plie au truc qui arrive alors que j'avais des idées très, très arrêtée quand je travaillais* » (E7)

L'évaluation de leur santé

Un seul disait que son état de santé était « *... préoccupant.* » (E12). À noter que c'était le plus âgé du groupe.

La quasi-totalité des médecins considérait être plutôt « **en bonne santé** » (E6), **mais beaucoup en le formulant d'une manière négative** : peu ont dit qu'il était bon mais plutôt « **pas mauvais** » (E8). Certains évoquaient des **problèmes qu'ils considéraient liés à l'âge** : « *sinon l'ennui de l'âge, c'est-à-dire des douleurs dorsales* » (E10) ou **bénins** « *je me sens relativement en bonne santé compte tenu des petits problèmes qui existent* » (E13). Ils considéraient ces problèmes comme peu gênants ou **n'entravant pas leurs capacités** : « *je fais des tas de choses à côté* » (E10)

Plusieurs d'entre eux se définissaient **en bonne santé par l'absence de pathologies ou de traitement** : « *à part l'arthrose [...], autrement je me plains pas. j'ai pas de surpoids, j'ai pas de diabète, j'ai pas de ... je sais pas je peux continuer à énumérer... j'ai pas, tout, je prends pas de médicament* » (E9) ou bien se **comparait avec des proches** : « *j'ai moins de cholestérol qu'elle* » (E2)

Le lien avec le fait d'avoir été médecin

Il n'était **souvent pas reconnu** « *je dirais plutôt que c'est une hygiène de vie* » (E2), et leur état de santé leur semblait plutôt en lien avec « **beaucoup la chance. Beaucoup la chance. Oui c'est vrai, parce que c'est vrai, ça vous tombe dessus on sait pas pourquoi** » (E10)

Le lien entre leur santé et leur métier était vu par une des interviewés **d'une manière péjorative** « *nous on n'est jamais écoutés* » (E9).

Une relevait un lien dans la mesure où **il s'agissait d'un métier non contraignant physiquement** : « *je dirais oui dans le sens profession qui sont pas manuelles, qui sont pas, on n'a pas porté de charges lourdes, en tant que ça, mais je dirais autant d'un notaire hein !* » (E7)

D'autres constataient une **influence sur le comportement**, (indépendamment de la prise en charge de pathologies ou du suivi) « *je crois que si j'étais pas médecin je serais peut-être encore moins rigoureuse* » (E5), pour **être un exemple** pour les patients « *quand j'étais en exercice je parlais du principe, je parlais du principe que je ne pouvais pas tellement demander des choses que je ne m'appliquais pas* » (E5)

Certains relevaient **une influence positive sur la prise en charge**, une attention particulière à un patient-médecin (cf infra) : « *Parce que y a une espèce de corporation confraternelle, qui fait que, par exemple, je suis persuadée que le cardiologue est plus attentif avec moi qu'avec une patiente anonyme qui me connaît pas. Parce qu'il me connaît, il sait ce que j'ai fait* » (E10) ou **une influence sur le ressenti devant des maux** : « *je suis comme tout le monde. Un peu plus orienté quand même vers l'analyse de ce que je ressens* » (E3)

Un changement de leur état de santé depuis la retraite

Deux d'entre eux voyaient un changement, car les **habitudes de vie avaient changé** « *je fais plus de sport* » (E9) « *[je vais] plutôt mieux [...] moins de stress* » (E4)

4) Les médecins retraités et la médecine

Le rapport à la médecine, médecin ou patient ?

Les médecins ressentait différemment leur statut.

Une d'entre elles disait « **je suis un sous-médecin** » (E5), mais attribuait cela à son exercice de médecin de santé publique « *parce que j'ai jamais soigné* » (E5)

Une partie (4) était « **plutôt patient** » (E4) . Certains (3) constataient **être les 2**, « *100 % médecin et 100%patient* » (E3) et clivaient leur fonction par rapport aux autres et par rapport à eux-même « **quand je suis médecin c'est pour les autres** » (E1) et **pour eux-mêmes** « *quand je suis allée voir le gastro je peux vous dire que je me suis retrouvée dans le clan des malades très vite* » (E5). D'autres (3) étaient « **davantage médecin** » (E2) du fait qu'ils n'étaient **pas patients** « **puisque j'ai pas de problème de santé** » (E2)

6 d'entre eux avaient cette conviction « **qu'on reste médecin dans l'âme jusqu'au bout** » (E7) , comme par exemple en continuant à recevoir de la littérature médicale « *Ils mettent à jour les, l'évolution de la médecine.* » (E12). Mais cette conviction n'était **pas partagée** par un autre « *au fil du temps je me sens pas trop, plus trop médecin*» (E13) **même si** « *il est certain que quand on entend à la télé quelque chose qui est en rapport avec la médecine, quand on lit quelque chose qui est en rapport avec la médecine, là en ce moment je suis avec un livre qui concerne la médecine, bon ben, on reste médecin quand même, je me sens plus médecin que plombier !* » (E13)

L'une d'entre eux faisait une **distinction entre le soin et la médecine** à proprement parler : « *on peut toujours le garder, ça, avoir cette attitude de soin. À mon avis on reste*

soignant, jusqu'à la fin de ses jours. On PEUT rester soignant si on le veut. On peut s'en dégager. Mais je me vois rester soignant jusqu'à la fin de mes jours » (E7)

Etre un patient ...

Être un patient, ce n'est **pas évident !** « *en tant que patient, là je découvre combien il est difficile de suivre les consignes à long terme* » (E5). Ils racontent parfois un **comportement identique à n'importe quel patient**, comme d'oublier le traitement : « *ça m'arrive d'avoir oublié mes médicaments* » (E1)

... comme les autres ,,?

Il y a **une difficulté à être un patient comme les autres face aux médecins** : « *quand c'est pour moi euh, j'ESSAIE d'écouter la bonne parole de mon médecin traitant et de m'y tenir, mais j'avoue que je reste très critique* » (E1) ou bien **devant leurs maux** : « *savoir un symptôme qui est banal et qui ne se reproduira pas d'un symptôme qui est, qui démarre quelque chose qui est important.* » (E11) Mais ils ont **une réponse différente des autres patients**: « *quand j'oublie mes médicaments [...] euh je me fais des ordonnances* » (E1)

Beaucoup expriment le fait qu'ils **maîtrisent** leur propre santé : « *c'est peut-être un côté un peu, pouvoir de la médecine qu'on se donne, c'est avoir l'impression que si jamais ça va pas on sera capable de réagir.* » (E7)

Ils analysaient leur parcours de soins **en percevant avoir eu parfois des examens qu'ils n'auraient pas faits faire à leur patient** ou également le fait **qu'on n'utilise pas avec eux le même langage** du fait de leur statut de médecin : « *il me dit, vous avez un petit souffle systolique au cœur, il me dit ça parce que je suis médecin je pense* » (E3).

Ils constataient qu'**on ne les soigne pas de la même façon** : « *euh, je lui ai demandé par exemple, il m'a fait les 2 yeux pas pareils comme ça je peux, je porte des lunettes mais si je les enlève y en a un qui voit de près un qui voit de loin. Je pense que il me l'a fait je pense parce que j'étais médecin, j pense, je sais pas s'il le fait pour d'autres, parce que on a discuté le coup* » (E7) **sauf pour deux d'entre eux** : « *Je suis pas mieux soigné parce que je suis médecin. Je crois pas non non. Je crois pas* » (E11)

L'un d'entre eux faisait le **constat qu'ils peuvent être difficiles à soigner en se basant sur leur expérience personnelle durant leur carrière** « *Quand j'étais médecin, je le savais, qu'il y avait 3 races difficiles à soigner, c'était les médecins, [...]* » (E3). Deux évoquaient une certaine **malédiction sur eux parce qu'ils sont médecins** : « *je pense que les médecins sont vraiment les plus mal chaussés pour des tas d'aléas.* » (E9)

La majorité d'entre eux **annonçait au corps médical être médecin-patient** quand l'une d'eux, au contraire, insistait au contraire pour **être « un patient lambda »** (E9) car pour elle, « *on raisonne pas pareil quand on est en face de quelqu'un [...] ça donne une espèce de stress ou de ... responsabilité supplémentaire* » (E9) Elle considérait que le fait de se présenter comme médecin donnait **un sentiment de responsabilité supplémentaire au soignant** qui n'était pas utile et interférait sur le raisonnement du médecin. Elle modérait toutefois un peu « *dans certains cas, s'il y a un oubli de l'autre, on peut le signaler, mais pas en première intention* » (E9)

La conviction d'avoir des connaissances

Les patients-médecins interrogés justifiaient leur propre prise en charge par le fait qu'ils en avaient **le savoir et donc les compétences pour eux-mêmes** : « *l'intérêt d'être soi-même médecin, c'est de pouvoir ne pas prendre la parole du confrère pour parole d'Évangile* » (E10). Ils constataient que **quand les compétences disparaissent, il faut faire confiance** « *c'est pour ça que je fais confiance de plus en plus à ce que les médecins, qui vont à des congrès médicaux, savent les découvertes. [...] il vaut mieux être surveillé par des gens compétents.* » (E11)

L'idée que la profession passée les fait meilleur juge

Ils pensent être meilleur juge **sur les médecins** « *je suis quand même encore plus qu'un retraité non médecin apte à juger le médecin* » (E3), et meilleur juge **sur les choses à faire** : « *je m'estime avoir la chance d'avoir quelques connaissances* » (E5).

Ils pensent aussi être meilleur juge **sur leurs maladies** « *Le fait d'avoir été médecin, permet de ne pas exagérer ce qui est de l'ordre du symptôme, et [...] ça permet [...] d'entrer dans le discours du noble thérapeute spécialiste* » (E10).

Mais ils ne sont **pas toujours meilleurs juges pour eux-mêmes** « *je crois qu'on est quand même mauvais juge hein, on est, même si on croit qu'on est bon* » (E6)

Faire confiance à un autre médecin que soi-même

La confiance est considérée comme **difficile mais nécessaire** par certains : « *pour le soin j'y connais rien, donc là je leur fais complètement confiance hein. j'ai pas d'idée là je suis une ignare, donc euh je suis obligée hein* » (E5) ou **spontanée** : « *Ces braves docteurs, ils vous examinent, il font des examens complémentaires, ils me donnent un traitement, je discute pas.* » (E12)

Leur analyse médicale de leur santé ou de leur prise en charge

Certains réflexions évoquaient une **relecture a posteriori de leur histoire médicale** grâce à leur métier « *je pense que j'avais pas mal de petits symptômes [...] j'avais du faire ça en post-partum je m'en étais pas préoccupée* » (E7). **D'autre part, leur expérience médicale les influencera sans doute en cas de décisions à prendre** : « *j'imagine, j'en sais rien parce que quand on est dans le coup on voit pas tout pareil, mais euh quand même sur savoir qu'il y a des traitements qu'on peut refuser, la chimio si on a envie de refuser on va refuser, c'est des trucs auxquels on a déjà réfléchi pour ses patients, donc ... ceci dit quand on est dedans je sais pas* » (E7)

Le regard sur leur carrière et la médecine

Plusieurs ont témoigné de leur regard sur leur carrière, et sur l'évolution de la médecine, avec souvent une certaine nostalgie. Ils ont « **adoré** » (E7) leur métier **qui était « très prenant »** (E12) : « *pendant mon activité professionnelle je pouvais pas m'occuper de moi. J'étais médecin assistant pendant 25 ans. Et puis je faisais mes consultations là tout près* » (E12)

Ils voient un **changement entre la médecine qu'ils ont exercée et la médecine actuelle** : « *c'est pas la même médecine que moi j'ai fait* » (E6). Mais ils ne comprennent pas les **problèmes actuels** : « *Y a un truc que je comprends pas par exemple, c'est le burn-out de certaines professions ou de jeunes médecins actuellement. C'est un truc que je comprends pas. Je comprends pas. Parce que on a travaillé en temps beaucoup plus qu'eux.* »

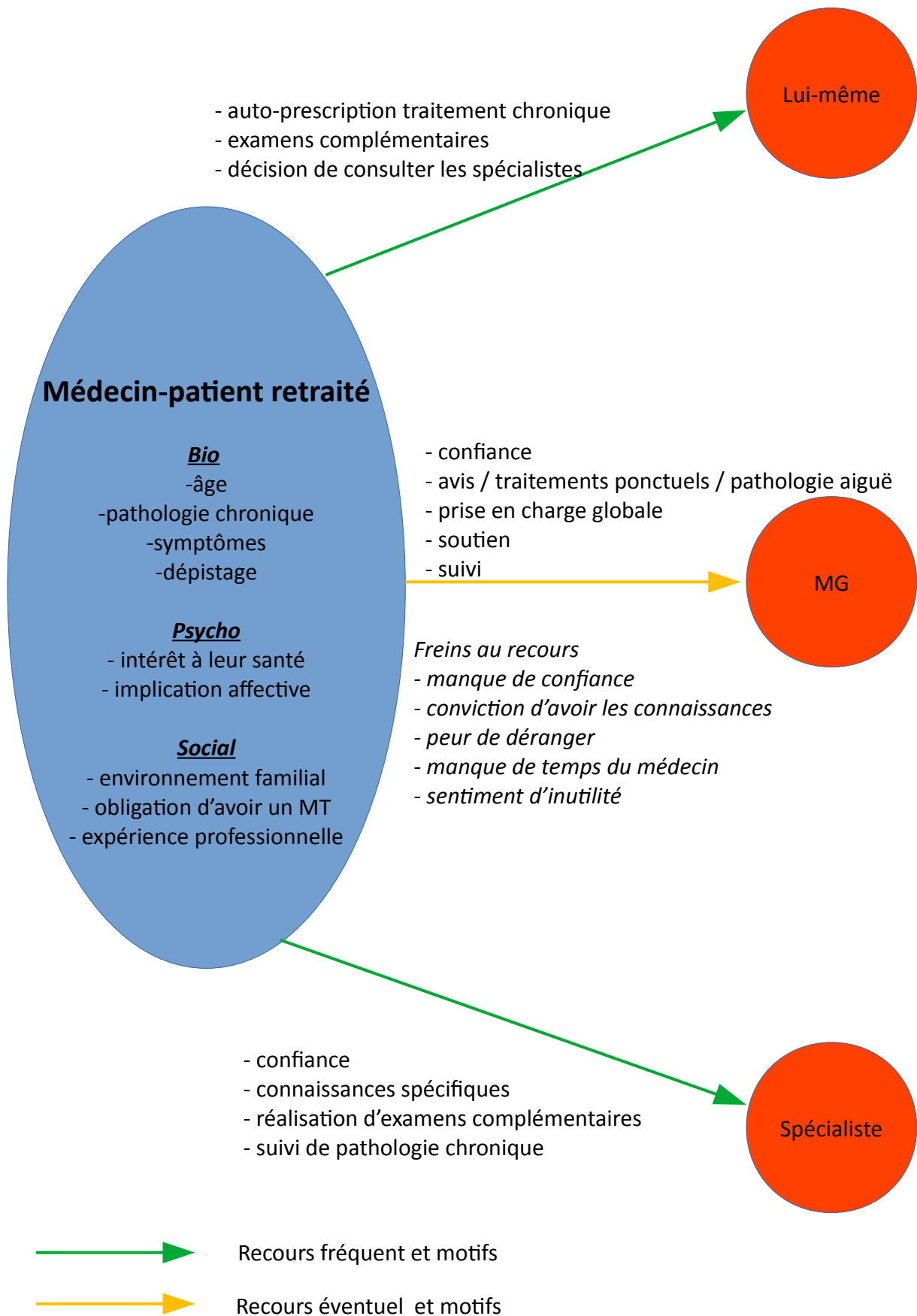
Leur métier exercé leur **donne toujours une responsabilité** : « *je continue à réfléchir avec des collègues dans des réunions, et puis en prévention quand je vois des gens, en prévention je resterai toujours médecin* » (E9)

Et ils donnent **des clés pour passer une bonne retraite** : « **il faut préparer sa retraite en ayant des dadas à côtés** » (E9) « *Je soutiens qu'on est mieux à la retraite, à tout point de vue, y compris santé, santé mentale, chose très importante chez les médecins, que, on a été heureux dans son métier.* » (E7)

Leur intérêt au sujet

Plusieurs ont déclaré être **intéressés par le sujet et contents de l'attention qu'on leur prête**. « *j'ai l'impression qu'il y en a pas mal qui sont comme moi non ? Je serai intéressé pour avoir le résultat* » (E4), « *merci de vous intéresser aux vieux* » (E8)

Figure 1 :Schéma des habitudes des médecins retraités concernant leur santé



DISCUSSION

À propos de la méthode

Forces de l'étude

La méthode qualitative par entretien semi-dirigé était adaptée pour explorer la manière de se prendre en charge des médecins retraités et leur ressenti qui sont des données subjectives et non mesurables.

Il permet aux médecins de s'exprimer librement sur le sujet avec un discours riche. Ce choix élimine en grande partie l'influence de l'enquêteur et permet de recueillir des informations très détaillées.

Les entretiens ont eu lieu au domicile des personnes interviewés. Cela a permis de les rencontrer dans un cadre familial et donc plus détendu.

L'analyse thématique correspondait à l'objectif de cette étude descriptive, qui était de comprendre le comportement des médecins retraités face à leur santé.

L'échantillon était varié avec des âges et des modes d'exercice différents.

La durée des entretiens était satisfaisante avec en moyenne 42'08 minutes d'interview et une médiane de 45'08.

Limites de l'étude

L'échantillon pouvait être considéré comme non représentatif de la population étudiée.

En effet, il y avait 38,4 % de femmes interrogées, tandis que, d'une part, le nombre de femmes inscrites au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) d'Eure-et-Loir est de 37,3 % (6). Même s'il est difficile d'avoir des données précises concernant le pourcentage de femmes dans les médecins retraités, il est probable qu'il soit inférieur à 38,4 % puisqu'en 1986, il y avait 26,1 % de médecins femmes(7).

L'enquêteur était novice dans les entretiens, peu expérimenté dans la gestion des entretiens. Il a donc pu influencer ou gêner l'expression des interviewés. Cependant, l'enquêteur a adopté une attitude la plus neutre possible et une écoute critique des premiers entretiens a été réalisée afin de corriger les erreurs de l'enquêteur.

L'anonymisation des entretiens a pu libérer la parole des personnes interrogées, même si parfois il a pu subsister une réticence à parler de leur santé. Les verbatims n'ont pas été relus par les interviewés.

L'enquêteur était également novice pour l'analyse des données. Une analyse en double-aveugle a été réalisée pour les entretiens de manière indépendante par l'enquêteur et la directrice de thèse, puis les résultats ont été confrontés. Cela permet de limiter le biais d'interprétation lors de la thématization.

Le guide d'entretien a été rédigé au regard des observations issues de la littérature existante. Le processus entre l'analyse et le recueil des données a été continu avec une modification progressive du guide d'entretien pour favoriser l'exhaustivité et la richesse des réponses. La saturation des données a été obtenue au douzième entretien et confirmée par le suivant.

À propos des résultats

1) Le médecin retraité et les médecins

Le médecin traitant

En 2002, la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) propose une définition de la médecine générale et du rôle du médecin généraliste en 11 points (8) :

- 1) premier contact avec le système de soins
- 2) coordination des soins avec les autres professionnels de soins primaires
- 3) approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.
- 4) consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient
- 5) soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.
- 6) démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
- 7) gestion simultanée des problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.
- 8) intervention à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies
- 9) promotion et éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.
- 1) responsabilité spécifique de santé publique.
- 11) réponse aux problèmes de santé dans leurs dimensions physiques, psychologiques, sociales, culturelles et existentielles.

En France, en 2004, la notion de médecin traitant apparaît avec la réforme de l'assurance maladie (2). C'est un médecin généraliste ou spécialiste que l'assuré choisit et déclare à l'assurance maladie dès qu'il a plus de 16 ans. Le médecin traitant est un interlocuteur privilégié, qui coordonne les soins, oriente le patient, gère son dossier médical et a une action de prévention.

Force est de constater que dans notre population étudiée, le médecin traitant n'est pas vu de la même manière. Le premier contact avec le système de soins était eux-mêmes. Même chez les médecins retraités ayant déclaré un médecin traitant, nombreux étaient ceux qui ne consultaient pas de médecin généraliste pour le suivi des problèmes de santé chronique, que ce soit pour le suivi clinique et biologique ou pour le renouvellement du traitement.

Cela est bien différent des résultats de l'étude ECOGEN (9) en 2014 dans la population générale qui avait permis de recueillir les motifs de consultation. Les résultats montraient que le motif de consultation le plus fréquent était la demande de renouvellement de traitement médicamenteux (21,3%). Dans cette étude, le motif de consultation correspondait à un symptôme ou une plainte dans 43 % des cas. Les symptômes respiratoires étaient des motifs fréquents de consultation. Le vécu relaté par ces médecins retraités était tout autre puisqu'ils précisaient bien ne pas consulter pour un rhume.

De la même manière, seuls quelques-uns mentionnaient être allés voir leur confrère pour parler de prévention. Certains médecins rejoignaient la définition de la WONCA (8) en cela qu'ils voyaient le médecin traitant comme un soutien, un conseiller, et un coordonnateur des soins.

Avoir un médecin traitant

Dans notre population étudiée le nombre de personnes ayant déclaré un médecin traitant autre qu'eux-mêmes était plus important que dans la population des médecins, où 6 à 7 sur 10 (10) voire en 2008 dans une étude francilienne jusqu'à 9 sur 10 n'auraient pas déclaré de MT (1).

On peut attribuer cette différence à un âge grandissant, qui va avec l'apparition de certaines pathologies. Nos résultats montrent que la plupart des sujets avait fait ce choix plutôt récemment et n'avait donc pas de médecin traitant durant leur exercice. D'ailleurs certains d'entre eux exprimaient aussi le fait d'avoir plus de temps pour s'occuper de leur santé qu'auparavant. Ils peuvent aussi avoir fait cette réponse pour plaire à l'enquêteur médecin généraliste.

Le choix du médecin traitant

Plusieurs études ont essayé de voir quels étaient les critères de choix du médecin traitant dans la population générale. Ainsi B. Merit, dans sa thèse quantitative en 2014 (11) relevait que les critères de choix principaux étaient « écoute, compréhension, empathie » à 76,4%. La compétence médicale était essentielle pour 58,8% des patients mais passait après d'autres critères.

Dans notre étude le premier critère cité était celui de la compétence médicale. Cela rejoint une étude qualitative dans la population générale (12) qui relevait comme critères les compétences, la personnalité et le contact, la proximité géographique, la disponibilité la confiance, l'orientation, le conseil, l'écoute et la durée de consultation. Quasiment tous ces critères ont été évoqués par nos médecins interrogés. De même, dans une étude concernant les médecins traitants des généralistes, les critères de choix retrouvés étaient la compétence, la qualité de l'écoute, la personnalité du médecin et sa proximité (13).

Dans son rapport de Novembre 2015 (14), la Haute Autorité de Santé (HAS) définissait la compétence médicale qui repose « d'une part sur des acquisitions théoriques et pratiques qu'il convient de définir a priori en fonction des spécificités de chaque spécialité médicale et d'entretenir tout au long de l'exercice professionnel, d'autre part sur des aptitudes et attitudes individuelles à définir de manière transversale et prendre en compte pour assurer un exercice médical de qualité ». Toutefois il reste difficile d'évaluer la compétence des médecins libéraux, comme le constatait le CNOM en 2004 (15). Cette évaluation des compétences par nos sujets avait donc été souvent faite durant leur carrière, soit en ayant travaillé directement avec leur médecin traitant, soit en ayant eu des échos de leur exercice par les patients ou bien par les prises en charge. Beaucoup parlaient de la confiance, qu'ils rapportaient à leur compétence : la confiance d'être bien soignés du fait des bonnes compétences du médecin choisi.

Dans l'étude quantitative précédemment citée (11), l'âge du médecin était retrouvé majoritairement comme pas « important ». En cela, la population étudiée dans notre étude est différente, puisque plusieurs citaient ce critère. L'Eure-et-Loir est un département avec une démographie médicale très précaire : la moyenne d'âge des médecins inscrits au Tableau est de 58,9 ans (contre 57,1 en France), et il y a 226,8 médecins -toutes spécialités confondues- pour 100 000 habitants contre 437,2 en France (6). Cette donnée peut influencer les réponses dans ce territoire par rapport au niveau national.

Le médecin traitant passé ou présent était parfois leur propre conjoint. Dans une étude plus large qui étudiait les médecins en exercice, la plupart des médecins ne choisissait pas un médecin indépendant, mais un ami proche ou un parent, conjoint, associé (16).

La déclaration du médecin traitant

Cet aspect administratif était détaillé par 2 sujets. L'un en parlait comme une obligation « il fallait avoir un médecin référent », tandis que l'autre se posait la question de savoir si elle l'avait bien faite.

Les médecins se sentent peu concernés par cette déclaration, puisqu'elle a surtout comme conséquence directe un aspect financier (2) de part le remboursement des consultations chez le spécialiste. La population des médecins est en général peu concernée par des problèmes financiers. Étant médecins eux-mêmes ils ont cette possibilité de s'adresser directement au spécialiste. Enfin la confraternité entre médecins se manifeste souvent avec l'absence de règlement demandé.

La fréquence du recours au médecin généraliste

Dans un exposé de 2011 (17) , la Sécurité Sociale note qu'après 60 ans, 90 % des personnes consultent au moins une fois dans l'année un omnipraticien et les trois-quarts un médecin spécialiste . Ce taux est bien différent chez nos médecins interrogés, puisque plusieurs n'ont pas de médecin traitant. Ceux qui en ont un ne vont pas forcément le voir. Un seul parlait d'une fréquence tous les 6 mois, les autres évoquaient plutôt des recours très ponctuels moins d'une fois par an.

Le recours au spécialiste

Le recours au spécialiste était assez fréquent, puisque beaucoup déclaraient avoir un suivi dans différentes disciplines, notamment cardiologique. Cela rejoint la proportion du recours des généralistes, qui en 2014 disaient recourir, parmi les spécialistes, aux cardiologues à 24 %, et 16 % aux gastro-entérologues (18).

La vision des spécialistes était plus positive que celle des généralistes, avec l'attribution d'un savoir que eux n'avaient pas , alors que le savoir des généralistes était considéré comme accessible. Le recours au spécialiste était parfois motivé uniquement pour la réalisation d'un examen complémentaire, avec plus ou moins de réponse correspondant à leurs attentes. Cela rejoint une étude de 2013 sur le ressenti et les attentes des médecins généralistes dans leur collaboration avec les cardiologues(19).

2) Le médecin retraité et sa santé

La participation aux dépistages de masse

Du fait de l'âge des participants, seuls 7 sujets sur 13 étaient concernés. Toutefois, certains n'avaient pas eu recours à l'Hémocult mais étaient aller voir directement le spécialiste.

Le dépistage de masse pour le cancer colo-rectal date de 2008, ce qui correspond à la fin de carrière de beaucoup d'entre eux et donc une habitude peu ancrée. D'ailleurs le taux de

participation dans la population générale en 2010 était faible de 34 % (20) et même 29,3 % en 2015-2016 (21).

Cependant chez les femmes concernées, le dépistage pour le cancer du sein par mammographie était très bien suivi, ce qui est différent du taux de participation de 52 % en 2010 dans la population générale (20).

Les vaccins

Même si tous n'étaient pas forcément très au courant de la mise à jour de leurs vaccins, ils étaient plutôt en faveur de la vaccination.

En ce sens ils rejoignent la population des médecins généralistes, comme l'a montré une étude de 2015 (22) publiée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), qui retrouve que 97 % des participants se montraient favorables (80 % très favorables et 17 % plutôt favorables) à la vaccination en général. D'autre part, les médecins respectent les obligations vaccinales.

Les maladies ciblées par les vaccins pour cette génération (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite) sont des maladies que les médecins ont pu connaître, comme en témoignait un des interviewés. Toutefois certains avouaient un manque de rigueur dans le suivi de leurs vaccinations.

Le recours aux médecines parallèles

Le recours aux médecines parallèles a été peu évoqué par les participants. Plusieurs en ont parlé d'une manière négative (« les patamédecines »).

Ce ressenti négatif est différent de celui des médecins généralistes, comme le montre une étude de 2012 (23) qui relève que beaucoup de médecins généralistes pratiquent les médecines complémentaires. Notre population n'étant pas composée que de médecins généralistes, il est difficile de calquer des résultats.

On pourrait penser que l'âge a une influence sur le recours ou non à ces médecines. Les chiffres diffèrent en fonction des études, ne permettant pas de conclure à cette question. La difficulté réside dans le fait que sous ce terme « parallèles » ou « complémentaires » se cachent beaucoup de choses différentes, allant de l'homéopathie à l'acupuncture en passant par l'ostéopathie, la phytothérapie etc. Ces disciplines ne sont pas toutes développées depuis de nombreuses années, et surtout elles ne sont pas enseignées dans le cursus standard des études de médecine car ne se basent pas sur l'Evidence Based Medicine (EBM) (24).

L'évaluation de leur santé

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1947 (25) décrit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Tous nos participants sauf un (le plus âgé) considéraient que leur état de santé était bon. Plusieurs la décrivaient par la négative en auto-analysant « je n'ai pas de ... ». Manifestement leur définition et ressenti personnels de la santé ne rejoignait pas forcément celle de l'OMS. En ceci ils se rapprochent plus de la définition médicale du XXe siècle(26). Par leur élargissement « je suis capable de... » ils évoquent plutôt la conservation de l'indépendance comme leur critère de bonne santé, rejoignant les définitions du vieillissement gériatrique.

Ces résultats sont comparables à la population générale de leur âge qui perçoit avec un état de santé de assez bon à très bon pour plus de 80 % (27). En revanche, elle est différente des médecins en activité qui répondent pour 25 % d'entre eux en moyenne (22%) voire mauvaise (3,7%) santé (10). Dans notre échantillon, la plupart estimaient que leur bon état de santé était dû à la chance. Quelques un pointaient l'absence de stress depuis leur retraite.

L'auto-prescription

Elle était assez largement usitée dans la population étudiée. Elle était usitée pour les examens complémentaires ou pour la thérapeutique, mais dans ce cas plutôt pour les médicaments pris au long cours. En cela ils rejoignent la population des médecins non retraités. Une revue de la littérature de 2003 à 2013 concernant les médecins généralistes libéraux (3) le constatait : les médecins s'auto-prescrivent à la fois des examens de dépistage (57%), des mesures préventives (vaccins 51%) des examens complémentaires et des mesures curatives, pour des symptômes aigus ou chroniques, en prescription initiale ou en renouvellement (28) (16).

Les sujets interrogés constataient peu s'auto-médiquer pour des pathologies aiguës car ils étaient nombreux à dire « je ne suis jamais malade ». Si cela arrivait, la plupart exprimait qu'ils iraient plutôt consulter un confrère. C'était d'ailleurs le motif de recours le plus fréquemment cité (cf supra).

L'influence de l'entourage

Plusieurs médecins dans notre étude décrivaient une influence positive de l'entourage, qui les encourageait à consulter un autre médecin qu'eux-mêmes ou les faisait prendre conscience de leur état de santé. Une étude (29) établissait que les époux et les familles des généralistes jouent un rôle important en aidant les médecins à accéder à des soins appropriés.

Le ressenti affectif vis-à-vis de leur santé

« Les soignants ont peur comme tout le monde, et parfois davantage du fait de leurs connaissances et de leur déformation professionnelle à imaginer le pire... » (30).

Dans notre échantillon, les ressentis étaient assez variés. Certains estimaient être plutôt tranquilles par rapport à leur santé, tandis que d'autres estimaient être plutôt anxieux vis-à-vis de leur santé et que cela influait sur les examens complémentaires.

3) Le médecin retraité -patient

Être médecin et patient

Seuls quatre médecins retraités estimaient être uniquement patient. Tous les autres étaient soit médecin et patient soit toujours et uniquement médecin. Ils avaient pour la majorité un comportement identique à celui des médecins en activité. Ils s'auto-prescrivaient examens et traitements. Ils avaient un parcours de soin atypique, puisque le recours au spécialiste se faisait directement (31). Toutes ces spécificités des médecins sont retrouvées dans différentes études (32) (33) (34).

Beaucoup exprimaient une difficulté à faire confiance dans les compétences d'un de ses collègues, estimant en savoir autant qu'eux. Ils pensaient avoir largement plus de

connaissances que les patients et n'avaient donc pas besoin d'être éduqués en termes de prévention et thérapeutique. Ce sont des freins à la consultation pour les médecins qui ont déjà été repérés (35) (13).

Pour certains participants, il était préférable de consulter un médecin connu, qui garantissait la compétence du médecin, mais pouvait entraîner un manque d'objectivité ou une gêne. C'est d'ailleurs pour cela que d'autres disaient avoir consulté un médecin plus éloigné, conseillé par leurs proches mais ne faisant pas partie du cercle amical, afin d'avoir une distance suffisante. La plupart d'entre eux s'annonçaient d'emblée comme médecin au personnel soignant, car ils avaient cette conviction qu'on ne leur parlait pas de la même manière (28). Ils décrivaient des facteurs facilitant leur prise en charge, notamment un savoir médical qui faciliterait la compréhension et la communication avec les soignants. Ils avaient la conviction que leur regard critique permettait d'évaluer la qualité de la prise en charge et des prescriptions, voire même de la qualité humaine du médecin.

Pour les médecins en exercice, il existe des projets de créer des médecines du travail, mais quid des médecins retraités qui de toute façon n'y auraient pas accès ? c'est ce que questionnent certains dans une étude de 2010 (36).

De plus, le savoir commun entraînerait une réduction de la distance de compétences, pouvant aboutir à des hésitations sur le suivi des conseils par exemple. Il y a donc un conflit d'identité entre le médecin et le patient.

Cela explique qu'ils étaient plus enclins à consulter directement des professionnels possédant des compétences différentes des leurs (spécialistes notamment).

Enfin, si certains pointaient du doigt le fait que leur connaissance du réseau de soins leur fournissait un accès rapide et privilégié à des soins de bonne qualité, d'autres constataient que le départ en retraite des médecins qu'ils connaissaient les mettaient en difficulté pour poursuivre un suivi ou bien savoir à qui s'adresser.

Une population difficile à soigner ?

Quelques médecins retraités disaient être plus difficiles à soigner que d'autres patients. Ils basaient cette réflexion sur leur vécu personnel de médecin, « *Quand j'étais médecin, je le savais, qu'il y avait 3 races difficiles à soigner, c'était les médecins[...]* » (E3), et également sur un a priori. En effet l'un d'entre eux estimait que « *c'est toujours gênant d'avoir quelqu'un qui propose de faire des trucs vous voyez. Si on n'est pas d'accord ?* » (E2). Toutefois, plusieurs signalaient avoir soigné des confrères au cours de leur carrière sans que cela ne leur pose problème.

Pourquoi cette différence quand il s'agit d'eux comme médecin (pas de difficulté à soigner des confrères) ou comme patient (ils seraient plus difficiles à soigner) ?

Une étude quantitative a exploré les difficultés et spécificités dans le soin d'un confrère en médecine générale (37). Les résultats différaient du constat de nos médecins interrogés, puisque 81 % considéraient que les consultations d'un confrère étaient difficiles.

Dans notre étude, une seule d'entre eux préférait être anonyme afin de ne pas mettre un biais lors de la prise en charge, de ne pas entraîner un sentiment de responsabilité accrue pour le médecin. Dès lors, le médecin-patient est-il difficile à soigner parce qu'il se présente comme médecin, ou bien parce qu'il est médecin ?

Dans cette étude (37) les médecins constataient des difficultés pour le médecin-patient à accepter son statut de patient : déni, anxiété exagérée, négligence, retard dans le début de la prise en charge . Cela concerne le fonctionnement interne du médecin-patient. Contrairement à ce qu'exprimaient nos sujets, la principale difficulté en rapport avec le médecin soignant est la peur de l'erreur et le jugement de son confrère patient (37). Dans ce cas, la difficulté est inhérente à l'étiquette « médecin » déposée sur le patient.

Le médecin-malade vu par ses confrères

L'un des sujets racontait s'être cassé la jambe et que le personnel soignant des urgences qu'il connaissait « *avait bien rigolé* » en le voyant sur le brancard. C'est une réaction plutôt surprenante et inhabituelle envers un malade. Est-ce pour dédramatiser ? Quid de la compassion des médecins entre eux ? La littérature relève que les médecins ont peur d'aller voir un autre médecin en tant que patient car, inconsciemment, il a peur d'être perçu comme un mauvais médecin (28).

Même si cela n'est pas applicable pour les médecins retraités, n'existe-t-il pas toujours cet inconscient du médecin qui serait « plus fort que la maladie » de part son statut ? Ainsi, voir un confrère malade serait pris en dérision pour éviter de penser à sa propre faiblesse « je peux aussi être malade ». Ainsi que le fait remarquer P. Hammel (30) le médecin est un être humain comme les autres quand il tombe malade : inquiet, faillible, parfois irrationnel voire superstitieux. Il peut avoir une douloureuse lucidité dans certains cas, mais aussi des mécanismes comme le déni. Il convient d'en tenir compte et de le soigner comme tout le monde, sans concession, avec les mêmes exigences et la même autorité. Il faut aussi pour le soignant s'adapter à ce patient, tout en se méfiant de ses projections personnelles et de ses propres craintes.

Être dirigé

Quelques participants décrivaient le rôle du généraliste comme de « diriger » vers d'autres médecins ou vers des prises en charge. Or ce sont les mêmes qui n'allaient pas voir de médecins généralistes et s'orientaient eux-mêmes vers les spécialistes.

Serait-ce alors qu'ils ne souhaitaient pas être dirigés ?

Comme le dit Alain Brémond et al (38), la relation médecin-malade oscille entre obéir, consentir et s'accorder. Entre le modèle paternaliste, qui constate et accepte la différence de connaissances, le modèle du patient décideur où la relation médicale est un contrat, la tendance actuelle est au modèle de la décision partagée.

Ayant durant toute leur carrière dirigés eux-mêmes les gens, et ce d'autant plus qu'ils ont commencé dans un modèle de relation médecin-patient paternaliste, les médecins retraités ont-ils plus de mal à lâcher-prise et être patient co-décideur ?

Un pouvoir que donne le statut de médecin

L'une des personnes décrivait que gérer sa propre santé, en choisissant de se faire ses ordonnances et de faire ce que bon lui semble, était finalement un pouvoir que lui donnait son statut.

C'est ce que constate une étude précédemment citée (29), qui identifie 4 thèmes principaux comme influençant l'automédication du médecin, avec pour deux d'entre eux : échapper au

rôle de patient, accepter l'auto-traitement comme la norme. Pour différentes raisons, l'alternative qui est d'aller voir un autre médecin est moins acceptable et moins attirante. Il y avait une forte tendance à préserver la confidentialité des problèmes de santé, pour protéger ou garder les choses sous le contrôle et ne pas consulter. Les médecins se sentiraient obligés de dépeindre une santé saine tout en étant conscient de leur vulnérabilité. Tous cependant considéraient que cela était dû à leur tempérament et non à leur exercice de la médecine.

Il est montré dans des études que le savoir associé au manque d'objectivité, entraîne à surestimer ou minimiser les symptômes, avec parfois des comportements inappropriés. C'est ce qu'avait montré une étude de 2008 qui posait la question à des internes (résidents au Canada) de leur conduite en cas de suspicion de pneumonie pour eux-mêmes: 27 % avaient une réponse inappropriée (39).

Le jugement de ses compétences

La plupart des interviewés considérait être encore capables de se soigner eux-mêmes, ou tout du moins de pouvoir juger ce qui leur arrivait ou les soins qu'on leur proposait.

Plusieurs ont évoqué le fait que si des troubles cognitifs apparaissaient, il fallait laisser la main. Malheureusement, des études démontrent que les médecins ont une capacité limitée à évaluer leur propre compétence et pourraient ne pas se rendre compte d'un déclin cognitif. Certains médecins pourraient donc ne pas reconnaître quand ils ne sont plus en capacité de pratiquer de manière compétente (40).

4) Le médecin retraité et la médecine

Le Burn-out des jeunes générations

Dans notre étude, des médecins retraités s'interrogeaient sur le burn-out de leurs jeunes confrères. Ils constataient que la charge de travail était certes importante, mais qu'elle l'avait été également pour eux, et qu'ils n'avaient pas développé ce genre de pathologie.

Les métiers du soin sont pourtant les premiers dans lesquels les cas de burn-out ont été décrits par les chercheurs, dès 1974 (41). Toutefois, le burn-out n'est en France devenu un sujet de conversation, de réflexion et de revendication qu'après 2006.

Dans une étude de 2007 parmi des médecins libéraux (42), 53 % d'entre eux se déclaraient menacés par le burn-out, et 60,8 % des généralistes. Mais le burn-out reste trop souvent réduit, actuellement, à la seule notion d'épuisement physique, oubliant ses dimensions émotionnelles et relationnelles.

Différents facteurs rendent les professionnels de santé vulnérables : demande de performance, image du soignant infailible, valeurs d'engagement et d'abnégation, injonctions contradictoires, dispositifs de soin complexes et évolutifs, tensions démographiques, insécurité, etc (43).

La plupart des soignants présentent une personnalité riche et généreuse, se dévouant corps et âme à la survie de leurs patients. Ils pêchent la majorité du temps par excès, sont de mauvais gestionnaires du temps et de l'argent. Ils s'oublient au profit de leur patient et souvent à leur propre détriment et à ceux de leur famille et amis (44). Le médecin vit comme un élément d'impuissance, ce qui n'est en fait qu'une impossibilité.

Le patient projette consciemment et le plus souvent inconsciemment sur lui, des sentiments de toute puissance, de pouvoir sur la vie et la mort, ce qui isole encore plus le soignant dans une position « irréaliste ». (44)

La jeune génération de médecins a peut-être plus de difficultés à mettre à distance cette exigence de toute puissance, se laissant consumer par le rôle qu'on leur attribue.

L'évolution de la médecine

Plusieurs médecins ont exprimé constater une réelle différence entre la médecine qu'ils ont connue et celle exercée maintenant. Plusieurs critiquaient les examens complémentaires prescrits en abondance. En ce sens, ils sont bien de leur génération, qui a pratiqué une médecine essentiellement clinique et non para-clinique.

La biomédecine a fait son apparition au milieu du XXe siècle en France, en se situant à l'intersection entre biologie et médecine, et se voulant « scientifique » (45). C'est l'utilisation du laboratoire non plus comme lieu de recherche mais comme moyen diagnostique. Ce qui est différent de la médecine clinique pratiquée par nos médecins.

D'ailleurs, les plus âgés étaient peu perméables aux procédures de dépistages, la plupart considérant qu'ils étaient en bonne santé et qu'il n'y avait donc pas lieu d'aller plus loin. De fait, comme le dit Perrine Malzac (46), l'objectif inavoué de la prévention médicale, celui d'éradiquer les maladies et de repousser la mort, est utopique. Il s'appuie sur une représentation déterministe selon laquelle toute affection serait déclenchée par une cause précise, identifiable et extérieure au sujet, sur laquelle on pourrait agir. Il confond facteurs de risque et causalités efficientes.

Nos interviewés considéraient qu'il n'était pas la peine d'aller chercher trop loin. Ils le justifiaient en précisant être proche de la fin de leur vie. Beaucoup ont dit ne pas vouloir déranger. Pourquoi dérangeraient-ils plus qu'un autre patient ? Serait-ce illégitime de leur part de consulter, voire même d'être malade ? On rejoint là les représentations inconscientes d'image de toute-puissance et d'infaillibilité abordées précédemment.

Le médecin et la retraite

La condition de médecin constitue un statut social, ainsi que le décrit un article canadien (47). La construction de l'identité d'un médecin est parfois totalement consumée par la médecine. Pour beaucoup de médecins, l'identité de travail correspond à l'identité personnelle. Être à la retraite peut être considéré comme ne plus avoir de rôle, et donc être douloureux (48) (49). Il existe alors plusieurs manières de réagir. Certains continuent d'assumer toujours le rôle, estimant qu'il s'agit d'une responsabilité qui est la leur. D'autres se désengagent totalement de ce rôle, estimant qu'ils ne sont plus assez compétents pour l'exercer.

Dans tous les cas, tous les médecins que j'ai rencontrés s'étaient également recentrés vers d'autres intérêts, et conseillaient de garder des activités autres que la médecine durant sa carrière pour ne pas être désœuvré à l'heure de la retraite. Eux-mêmes semblaient avoir abordé sereinement ce moment.

CONCLUSION

La plupart des médecins retraités était, en tant que patient, très proches des médecins actifs.. Même s'ils avaient plus déclaré de médecin traitant extérieur que les médecins actifs, ils avaient fréquemment recours à l'auto-prescription, à l'orientation directe chez les spécialistes et consultaient peu les généralistes. Ceux-ci étaient considérés comme ayant des compétences identiques aux leurs, même s'ils apportaient de l'objectivité dans la lecture des symptômes. Ils étaient donc plutôt requis pour des pathologies aiguës mais non pour le suivi de maladies chroniques .

Le fait d'être âgé les rendait parfois plus vigilants sur leur santé, avec toutefois toujours une maîtrise des prescriptions et des avis spécialistes.

Toutes ces habitudes avaient été prises lors de leur activité en tant que médecin. Pour faciliter le recours aux soins, il serait possible d'agir lors de l'exercice, afin qu'ils aient l'habitude de consulter d'autres médecins qu'eux-mêmes et continuent une fois la retraite arrivée. Enfin, tous ces médecins ont témoigné avoir vécu une carrière heureuse, et beaucoup considèrent être toujours médecins.

La réalisation d'une enquête quantitative pourrait être intéressante pour avoir plus de données sur l'état de santé des médecins retraités.

RÉFÉRENCES

1. Conseil National de l'Ordre des Médecins. (C.N.O.M.). Paris. FRA. Les médecins : des patients pas comme les autres. Med Mag ORDRE Natl Med. 10 2008;(1):22-7.
2. Présentation de la réforme de l'Assurance maladie de 2004 [en ligne] Consulté le 5 déc 2018 Disponible sur <http://www.securite-sociale.fr/Presentation-de-la-reforme-de-l-Assurance-maladie-de-2004>.
3. Gallice L. La santé des médecins généralistes libéraux français: à partir d'une étude de la littérature de 2003 à 2013 [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2014.
4. Les effectifs et âges moyens au 1er juillet 2018 [en ligne] consulté le 08 nov 2018 Disponible sur <http://www.carmf.fr/page.php?page=chiffrescles/stats/2018/bilanstats.htm>.
5. La CARMF en 2018 [En ligne] consulté le 07 déc 2018 Disponible sur http://www.carmf.fr/doc/documents/la_carmf/la-carmf-en-2018.pdf.
6. Mourgues J-M, Bouet P Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2018 Conseil National de l'Ordre des Médecins [consulté le 04 déc 2018] Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_0.pdf.
7. Bessière, S La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage Sabine Bessière Revue Française des Actions Sociales No 1-2005 [En ligne] consulté le 09 nov 2018 Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rfas200501-art03.pdf>.
8. WONCA. La définition européenne de la Médecine Générale-Médecine de famille [En ligne]. WONCA Europe; 2002 consulté le 07 déc 2018. Disponible sur:<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>.
9. Letrilliart L, Supper I, Schuers M et al, ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale, Exercer 2014;114:148-57.
10. Morali J, Luigi R, Brasseur J-M, Conty-Henrion O, Cressard P, Ellena V, et al La santé des médecins : un enjeu majeur de santé publique. Du diagnostic aux propositions Rapport de la Commission Nationale d'Entraide Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2018 [consulté le 07 nov 2018] Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_rapport_sante_des_m edecins.pdf.
11. Merit B. Les principaux critères de choix du médecin traitant en 2014: une étude transversale descriptive auprès de patients de médecine générale en Vendée [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2014.

12. Koreneva-Castaigne N. Quels sont les critères de choix du médecin traitant par les patients ? : étude qualitative auprès de vingt patients du canton de Fayence [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2015.
13. Le généraliste et son médecin traitant : critères de choix et représentations Joseph JP, Bertrand D, Demeaux JL. *exercer* 2011;95(supp1):20S-1S.
14. Rapport d'étude Évaluation des compétences des professionnels de santé et certification des établissements de santé Revue de la littérature Novembre 2015 [En ligne] consultée le 10 déc 2018 disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-12/rapport_l_evaluation_des_competences_des_professionnels.pdf. In.
15. Pr. C.-F. DEGOS - EVALUATION DES COMPÉTENCES ET DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins du 2 juillet 2004.
16. 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):501-8.
17. Programme de qualité et d'efficience « Maladie » Partie I Données de cadrage sécurité sociale [En ligne] consulté le 10 déc 2018 Disponible sur http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/2011_plfss_pqe_maladie_9.pdf.
18. Assyag P, Renard P Regard et pratique des médecins spécialistes en médecine générale sur l'organisation du parcours de soins des patients La lettre de l'Union juillet 2014. [En ligne] Consulté le 12 déc 2018 Disponible sur <https://www.urps-med-idf.org/wp-content/uploads/2017/05/Lettre7-Article-Parcours-de-soins.pdf>
19. Acket, A. Évaluation du ressenti et des attentes des médecins généralistes concernant leur collaboration avec les cardiologues [Thèse d'exercice]. [Nancy]: Université de Lorraine; 2013.
20. Programme de qualité et d'efficience « Maladie » Partie II Objectifs et Résultats Sécurité Sociale [En ligne] consulté le 10 déc 2018 Disponible sur http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/obj-res2_3_pqe_maladie.pdf.
21. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal 2015-2016 [en ligne] Consulté le 09 janv 2019 Disponible sur <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-colorectal/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-2015-2016>.
22. Vaccinations : attitudes et pratiques des médecins généralistes [En ligne] consulté le 12 déc 2018 Etudes et Résultats n°910- MARS 2015 Disponible sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er910.pdf>.

23. Adamo B. Perception et utilisation des médecines non conventionnelles par les médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris 13; 2012.
24. Evidence-Based Medicine La médecine fondée sur les preuves tutoriel - Université Paris Descartes - BIU Santé [En ligne] consulté le 12 déc 2018 Disponible sur <http://www.biusante.parisdescartes.fr/ressources/pdf/medecine-formation-ebm-tutoriel-biusante.pdf>.
25. Organisation Mondiale de la Santé [En ligne] consulté le 11 déc 2018 Disponible sur <https://www.who.int/about/mission/fr/>.
26. Définitions de la santé [En ligne] consulté le 11-12-18 Disponible sur https://www.med.uottawa.ca/sim/data/Health_Definitions_f.htm [Internet]. [cité 11 déc 2018]. Disponible sur: https://www.med.uottawa.ca/sim/data/Health_Definitions_f.htm
27. DREES L'état de santé de la population en France RAPPORT 2017 [En ligne] consulté le 11 déc 2018 Disponible sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>.
28. Tavernier A. Attitude du médecin face à sa propre santé et vécu de son statut de médecin malade: étude qualitative auprès de médecins généralistes de la Somme [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2013.
29. Montgomery AJ, Bradley C, Rochfort A, Panagopoulou E. A review of self-medication in physicians and medical students. *Occup Med Oxf Engl.* oct 2011;61(7):490-7.
30. Pascal Hammel. Guérir et mieux soigner – Un médecin à l'école de sa maladie. Fayard. 2008.
31. 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):811-8.
32. Machuelle L. Comment les médecins généralistes du Nord-Pas-De-Calais prennent-ils en charge leurs problèmes de santé ? [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2015.
33. Romanet A. Le médecin généraliste et sa santé: un parcours de soin approprié?: étude qualitative auprès de 16 médecins généralistes des Alpes-Maritimes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2015.
34. Tyssen R. Health problems and the use of health services among physicians: a review article with particular emphasis on Norwegian studies. *Ind Health.* oct 2007;45(5):599-610.
35. Brunie, Béatrice. Le médecin-patient et sa santé : quelles différences perçoit-il entre sa prise en charge et celle de ses patients ? : enquête qualitative auprès de médecins généralistes d'Indre-et-Loire [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours; 2013.
36. Gombert A. Les attentes des médecins généralistes concernant leur prise en charge médicale sont-elles en adéquation avec les interventions proposées?: étude quantitative par questionnaire sur un échantillon de 100 médecins généralistes du Maine-et-Loire [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2012.

37. Plagnard S. Difficultés et spécificités à soigner un confrère en médecine générale, en Midi-Pyrénées [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2017.
38. Mouillie Jean-Marc, Lefève, Céline, Visier, Laurent. La relation médecin-malade: entre obéir, consentir et s'accorder. In: Manuel pour les études médicales. Les Belles Lettres. 2007. p. 282. (Médecine & Sciences Humaines).
39. Campbell S, Delva D. Physician do not heal thyself. Survey of personal health practices among medical residents. Can Fam Physician. sept 2003;49:1121-7.
40. Lee L, Weston W. Le médecin qui prend de l'âge. Can Fam Physician. janv 2012;58(1):20-1.
41. Pascal Ide. Le burn out une maladie du don. Editions Emmanuel. 2015.
42. Galam E. Mouries R. L'épuisement professionnel des médecins libéraux : témoignages, analyses et perspectives. Paris, 2007.
43. GALAM E, Prendre soin de ceux qui nous soignent : une stratégie nationale et un investissement de chacun dans la durée DOI: 10.1684/med.2017.224.
44. Delbrouck M. Burn-out et médecine. Cah Psychol Clin. 1 mars 2007;no 28(1):121-32.
45. Mouillie Jean-Marc, Lefève, Céline, Visier, Laurent. De la médecine clinique à la biomédecine. In: Manuel pour les études médicales. Les Belles Lettres. 2007. p. 554. (Médecine & Sciences Humaines).
46. Mouillie Jean-Marc, Lefève, Céline, Visier, Laurent. Le dépistage et la médecine prédictive. In: Manuel pour les études médicales. Les Belles Lettres. 2007. p. 554. (Médecine & Sciences Humaines).
47. Silver MP. Critical reflection on physician retirement. Can Fam Physician. oct 2016;62(10):783-4.
48. Marchand Y. « Alors Docteur, c'est pour quand la retraite ? »: Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes retraités actifs lorrains [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lorraine; 2017.
49. Kuzum E. Qu'est-ce qui motive les médecins généralistes libéraux de plus de 65 ans à poursuivre une activité [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2016.
50. Letrilliart L, Bougeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative : Première partie d'"Acteur" à « Interdépendance ». exercer. 2009;87(74-9).
51. Letrilliart L, Bougeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Deuxième partie de « Maladie » à « Verbatim ». exercer. 2009; (88):106-12.

ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN

Présentation de l'étude

Je suis médecin généraliste remplaçant depuis peu et je réalise ma thèse sur la santé des médecins retraités.

Tout d'abord, je vous remercie d'avoir accepté de me revoir.

Je cherche à comprendre comment les médecins retraités se soignent et je vais donc être amenée à vous poser des questions personnelles sur votre santé.

L'entretien sera enregistré par dictaphone si vous acceptez bien sûr, et il restera de toute façon entièrement confidentiel et anonyme. Les données seront anonymisées et les enregistrements effacés au décours.

Recueil caractéristiques socio-démographiques

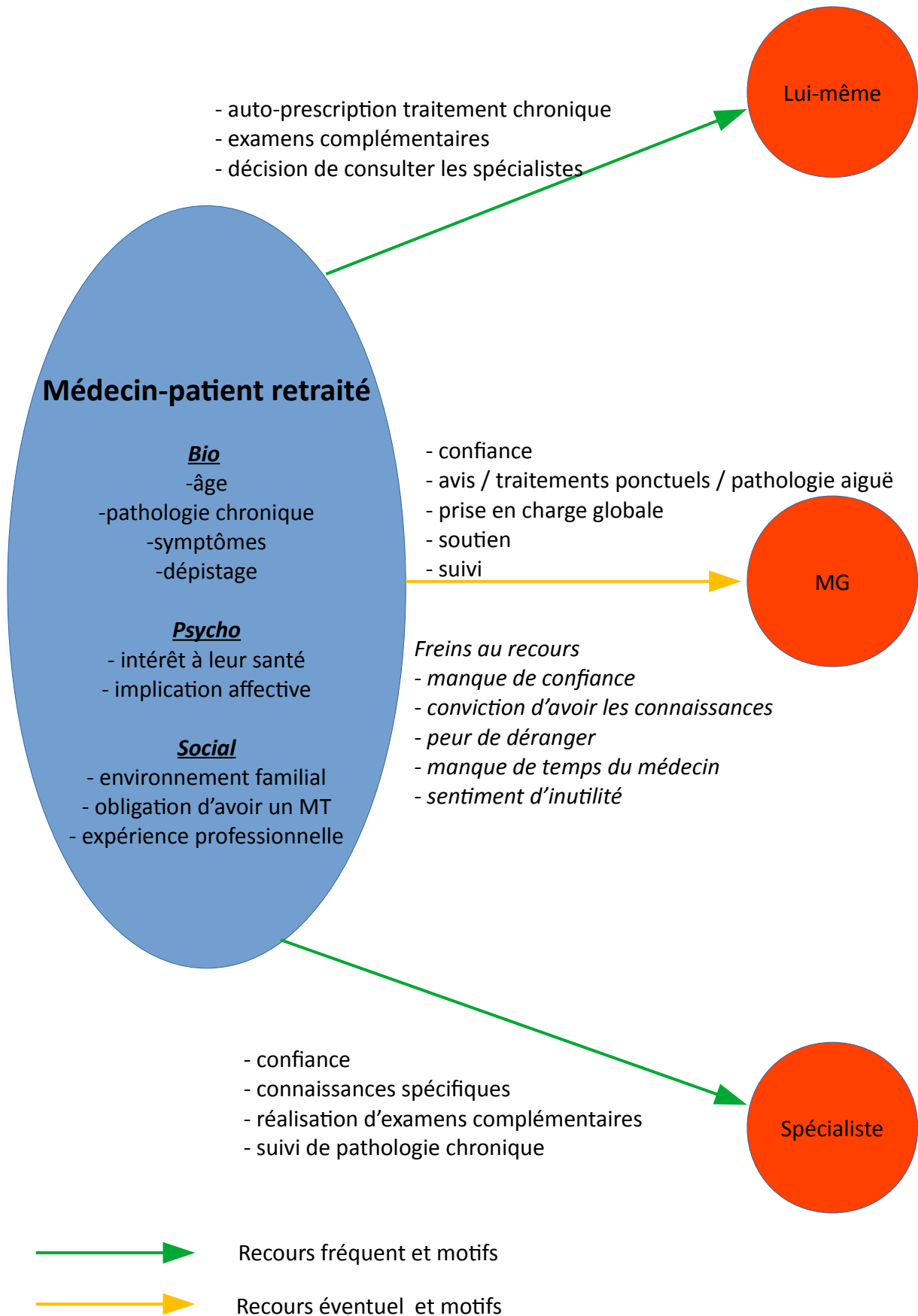
- êtes vous : un homme ? Une femme ?
- quel âge avez-vous ?
- Quelle est la date de votre départ en retraite ?
- Quelle était votre spécialité ?
- Quel était votre type d'exercice ? (libéral, salarié, mixte)
- Continuez-vous à exercer la médecine ?
- Avez-vous un médecin traitant ? Si oui depuis quand ?

Entretien

- 1) Concernant la prise en charge globale de votre santé :
Comment avez vous choisi votre médecin traitant ?
Sur quels critères ? Pourquoi ?
- 2) Comment s'organise votre suivi ?
(fréquence de consultation, prescriptions...)
- 3) En cas de problème de santé aigu, comment s'organise votre prise en charge ?
(prendre un ex de la dernière patho aiguë si besoin)
- 4) Avez-vous des pathologies chroniques ? Comment se passe le suivi ? Qui renouvelle le tt ? Pourquoi ?
- 5) Vous faites-vous des ordonnances ? De quoi ?
- 6) Quels dépistages effectuez-vous ? Etes vous à jour de vos vaccins ?
- 7) Depuis votre retraite avez-vous changé votre manière de vous occuper de votre santé De quelle manière ? Pourquoi ?
- 8) Comment considérez-vous votre état de santé ? Pourquoi ? Pour vous cela est-il en rapport avec le fait d'avoir été médecin ?
- 9) Pensez-vous que votre regard sur votre santé est juste ? (ajouté au 3e entretien)
- 10) Aujourd'hui, dans votre rapport à la médecine, vous sentez-vous davantage patient ou davantage médecin ? Pourquoi ?
- 11) avez-vous d'autres choses à ajouter ?

Types de relance : qu'entendez-vous par là ? Que voulez-vous dire ?
C'est-à-dire ? D'autres choses ? Et puis ?

ANNEXE 2 : Figure 1 – Schéma des habitudes des médecins retraités concernant leur santé



ANNEXE 3 : GLOSSAIRE

D'après le « Glossaire d'initiation à la recherche qualitative » (50) (51)

Analyse de contenu : Examen systématique d'un texte consistant à identifier et à regrouper des thèmes, et à coder, classifier et développer des catégories, puis établir des correspondances entre celles-ci.

Analyse qualitative : Travail de construction signifiante, progressant par approximations successives. Le témoignage de l'acteur n'est jamais totalement évident, il n'existe pas de mécanique simple ni de limpidité discursive. L'analyse qualitative ne correspond ni à l'application d'une technique ni à la simple recherche de récurrences, mais plutôt à un cheminement progressif de question en question.

Catégorie : 1- Ensemble d'éléments ayant des caractéristiques communes, réunis artificiellement dans un but de classification . 2. Concept représentant un phénomène dans le cadre de l'analyse qualitative

Codage ouvert : la grille de codage n'est pas définie au départ mais est élaborée à partir des verbatims.

Échantillon raisonné : échantillon constitué de manière non probabiliste, par la sélection de personnes considérées comme typiques de la population cible.

Entretien semi-dirigé [Syn. Entretien semi-structuré] : Entretien en face à face comportant des questions ouvertes. L'interviewer utilise un guide d'entretien dont les thèmes ne sont pas nécessairement abordés dans l'ordre.

Guide d'entretien : Série de questions ou de consignes servant de fil conducteur et stimulant l'échange dans les entretiens individuels ou collectifs.

Question ouverte Question pour laquelle la personne interrogée répond comme elle le désire, sans avoir à choisir parmi différentes réponses préétablies. Certaines questions très larges, invitant l'interviewé à se raconter, sont appelées « consignes ». Ce type de question a pour avantage de donner accès à une pensée complexe mais est difficile à coder, car nécessitant la construction de catégories complexes.

Saturation (des données) : Terme théorique du développement d'une catégorie conceptuelle à partir duquel aucune propriété, dimension ou relation nouvelle n'émerge plus au cours de l'analyse.

Transcription [Syn. Retranscription] : Première étape de l'analyse des données qualitatives, consistant à représenter sous forme écrite des données orales ou visuelles, et permettant de s'appropriier progressivement les propos de l'interviewé.

Technique « boule de neige » : méthode d'échantillonnage permettant de sélectionner des personnes susceptibles d'avoir des caractéristiques intéressantes pour l'enquête, sur recommandations d'autres personnes.

Triangulation : Utilisation combinée de différentes méthodes de recherche, incluant plusieurs sources d'information, principalement pour contrôler la validité interne des résultats d'une étude.

Verbatim : Compte rendu intégral, mot à mot, d'un entretien. Il peut comporter des caractères spéciaux pour indiquer les expressions non verbales.

ANNEXE 4 : ABRÉVIATIONS

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins Française

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

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

EBM : Evidence Based Medicine – Médecine Fondée sur les Preuves

HAS : Haute Autorité de Santé

MT : Médecin Traitant

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large, stylized letter 'A' with a long horizontal stroke extending to the right.

Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de
Tours
Tours, le

GARREAU Marie-Dominique

50 pages – 1 tableau – 1 figure

Résumé

Contexte : De nombreuses études ont décrit la santé des médecins actifs. Elles repéraient des particularités, comme l'absence de médecin traitant, une tendance à l'auto-prescription, le recours direct aux spécialistes. Aucune étude n'a été menée chez les médecins retraités, qui gardent pourtant toujours la possibilité de prescrire.

Objectif : Recueillir la manière dont les médecins retraités s'occupent de leur santé.

Méthode : Enquête qualitative avec analyse thématique de contenu d'entretiens semi-dirigés auprès de médecins retraités

Résultats : 13 médecins retraités d'Eure-et-Loir âgés de 67 à 90 ans ont été interviewés. La majorité d'entre eux avait déclaré un médecin traitant. Ils le consultaient peu, estimant avoir les mêmes compétences que le médecin généraliste. Beaucoup recouraient à l'auto-prescription concernant leur traitement au long cours, la réalisation d'exams complémentaires . En cas de pathologie aiguë, ils ne s'auto-prescrivaient pas de traitement. Ils n'étaient pas toujours à jour dans leurs vaccinations. Ils constataient être parfois peu rigoureux concernant leur suivi. Certains considéraient avoir changé leur manière de s'occuper de leur santé depuis leur départ en retraite. Ils s'estimaient quasiment tous en bonne santé. La majorité se considérait toujours médecin, et parfois patient. Ils pensaient être de meilleurs juges sur leur santé du fait de leur profession passée.

Conclusion : Les médecins retraités avaient une manière de s'occuper de leur santé plus proche des médecins actifs que des retraités. Une enquête quantitative serait intéressante pour mieux décrire l'état de santé des médecins retraités.

Mots-clés : santé, médecins retraités, auto-prescription

Jury :

Président du Jury : Professeur Anne-Marie Lehr-Drylewicz

Directeur de thèse : Docteur Aude Gélineau-Chartier

Membres du Jury : Professeur Vincent Camus

Professeur Alain Chantepie

Dr Jean-Yves Bachelier

Date de soutenance : 26 mars 2019