

LISTE DES ABREVIATIONS

ALD : Affection Longue Durée

AAPML : Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CES-D : Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale

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

Hab. : Habitant

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

MEP : Mode d'Exercice Particulier

RLU : Régression linéaire univariée

RLM : Régression linéaire multivariée

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

ANOVA : Analysis Of Variance (Analyse de la variance)

TTH : Temps de Travail Hebdomadaire

SOMMAIRE

- I. INTRODUCTION
- II. MATERIELS ET METHODES
 - 1) Choix du recrutement
 - 2) Conception du questionnaire
 - 3) Recueil de données
 - 4) Analyses statistiques
- III. RESULTATS
 - 1) Constitution des échantillons
 - 2) Caractéristiques socioprofessionnelles et démographiques de l'échantillon
 - 3) Lien entre les variables sociodémographiques et la dépression
 - 4) Lien entre les variables professionnelles et la dépression
 - 5) Ressenti des médecins
 - 6) Lien entre la prise en charge de la santé des médecins et la dépression
 - 7) Connaissance de l'existence des structures de soins
 - 8) Régression logistique multivariée
- IV. DISCUSSION
- V. CONCLUSION
- VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES
- VII. LISTE DES FIGURES
- VIII. LISTE DES TABLEAUX
- IX. TABLES DES MATIERES
- X. ANNEXES

I. INTRODUCTION

La santé des médecins est considérée depuis plusieurs années, en France et à l'étranger, comme une préoccupation majeure. Pourtant, le sujet reste aujourd'hui encore difficile à aborder au sein de la population médicale. Dans le contexte actuel de désertification médicale et de pénurie de médecins généralistes, on observe progressivement une inadéquation entre l'offre médicale et la demande de soins, toujours croissante. La répercussion de cette problématique sur la santé des médecins fait l'objet de nombreux travaux actuels. Depuis une dizaine d'années, la littérature médicale française et étrangère multiplie en effet les publications autour de la souffrance des médecins, mettant notamment en exergue la surreprésentation de pathologies mentales chez les praticiens. Selon la CARMF, en 2013, les affections psychiatriques représentaient 20% des affections responsables d'indemnités journalières et seraient la première cause d'invalidités définitives (40%), toutes spécialités confondues.

La littérature étrangère expose des résultats mettant notamment en évidence une susceptibilité plus importante des médecins à présenter un état dépressif, en comparaison avec la population générale. Des travaux réalisés au Canada et au Pakistan, évaluent entre 29% et 39% les médecins généralistes souffrant d'une dépression (1-2). D'autres études retrouvent quant à elles, une prévalence de dépression similaire à la population générale d'âge comparable (3-9). Par ailleurs, les médecins généralistes seraient plus déprimés que les chefs de service (27% VS 6%), et plus suicidaires que les praticiens hospitaliers (14% VS 5%) (10). La dépression chez les médecins généralistes serait généralement sous-diagnostiquée et l'objet d'une mauvaise prise en charge. Plusieurs causes sont régulièrement évoquées, comme l'automédication, le déni ou la banalisation des symptômes, ainsi que la difficulté à demander de l'aide à un confrère (5, 11, 12). Il apparaît aussi que la stigmatisation de la dépression chez les médecins serait à l'origine d'une demande d'aide tardive (4, 6, 13). Les médecins consultant moins, le risque de passage suicidaire augmente (6, 14). Plusieurs études rétrospectives des médecins suicidés retrouvent en effet une haute proportion de dépression (4, 15, 16, 17). D'autres travaux confirment que nombre de médecins suicidés souffraient d'une dépression et que la majorité n'avait pas reçu les soins et les traitements nécessaires avant leur décès (4, 15, 17, 18, 19). Ainsi, le suicide des médecins semble être fréquemment le résultat d'une dépression non traitée ou insuffisamment traitée, associée à la connaissance et à l'accès aux moyens létaux (3).

Concernant les données de la littérature française, bien que relativement limitées, elles exposent des données concordantes. Selon le DREES (20), 10 à 17% des médecins généralistes de 5 régions françaises présenteraient une détresse psychologique, plus précisément 12% en Pays de la Loire. D'autres travaux réalisés dans différentes régions françaises retrouvent des résultats concordants. Pour Gautier I., un médecin sur trois présenterait une pathologie dépressive (21). Kuntz A. retrouve quant à lui une prévalence de pathologies anxio-dépressives de 29% chez les médecins généralistes de son panel (22).

Devant ce constat, plusieurs départements français ont mis en place des réseaux de soins spécialement dédiés aux médecins libéraux, avec le projet d'une prise en charge plus adaptée, et d'un accès aux soins facilité. Pourtant, dans les départements des Pays de la Loire, il n'existe actuellement pas de structures spécifiques pour la santé des médecins. Il paraît donc intéressant d'évaluer la santé psychique des médecins généralistes libéraux dans ces départements, afin d'améliorer leur prise en charge ultérieure.

Cette première étude transversale, a été réalisée dans les trois départements de Maine-et-Loire, Sarthe et Mayenne, sur une période de septembre à décembre 2014, avec pour objectif principal d'évaluer la dépression chez les médecins généralistes. Les objectifs secondaires étaient :

- D'évaluer les caractéristiques biopsychosociales communes aux médecins généralistes déprimés,
- D'évaluer les facteurs influençant la dépression dans cette population,
- D'évaluer leur prise en charge : présence d'un médecin traitant, automédication...

II. MATERIELS ET METHODES

Il s'agit d'une étude isolée, descriptive, transversale par envoi de questionnaires aux médecins généralistes du Maine et Loire, de la Sarthe et de la Mayenne. Cette étude a été conduite en collaboration avec le Département de Médecine Générale et de Psychiatrie de la Faculté de Médecine d'Angers, avec l'accord du Comité d'Éthique du CHU d'Angers.

1) Choix du recrutement

Les listes des médecins généralistes libéraux de chacun des 3 départements ont été fournies par les Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins (CDOM) (765 médecins en Maine et Loire, 211 médecins en Mayenne et 402 médecins en Sarthe). Le nombre de sujets nécessaire pour l'étude a été considéré en terme de faisabilité à 180 médecins (soit 13% de la population des médecins généralistes libéraux de chaque département) dont 100 en Maine et Loire, 53 en Sarthe et 28 en Mayenne.

Les critères d'inclusion retenus ont été le fait d'être médecin généraliste installé, d'exercer en Maine et Loire, Sarthe ou Mayenne.

Les critères d'exclusion ont été définis comme le fait d'avoir plus de 70 ans, d'être médecin remplaçant, d'avoir un mode d'exercice particulier (c'est-à-dire n'exerçant pas la médecine de soins primaires telle que définie par la WONCA Europe) et de connaître personnellement le médecin. Ces critères ont été vérifiés à différents niveaux (liste des CDOM, Pages Jaunes et lors de l'entretien téléphonique).

Les listes obtenues dans chacun des 3 départements, après utilisation des critères d'inclusion et d'exclusion, ont été randomisées via le logiciel Excel. L'échantillonnage de chacune de ces listes randomisées a été réalisé par la méthode des quotas, en réalisant des classes de sexe et d'âge de 5 ans, en fonction des données démographiques fournies par chacun des CDOM. Ce choix de la méthode des quotas a été fait afin que les échantillons soient représentatifs de la population étudiée et que l'étude soit réalisable sur les 3 départements.

Lorsqu'un médecin refusait de participer à l'étude ou n'était pas joignable (après 8 appels au cabinet médical), il était remplacé par le médecin suivant de la liste randomisée, appartenant

à la même classe d'âge et de sexe. Et ceci jusqu'à l'obtention du nombre de sujets nécessaires dans chacun des départements.

2) Conception du questionnaire (ANNEXE I)

Les paramètres recueillis grâce au questionnaire ont été les suivants :

- Une première partie recueillait les variables sociodémographiques et professionnelles des médecins afin d'évaluer leur contexte de vie. Concernant le lieu d'exercice, il a été choisi de reprendre l'ancienne définition des zones urbaines (commune > 2000 habitants) et des zones rurales (commune < 2000 habitants) afin d'améliorer le temps de passation du questionnaire et ainsi d'améliorer le taux de réponse. En effet, les nouvelles définitions par l'INSEE du zonage en aires urbaines de 2010 (petites et moyennes aires, pôles urbains et grands pôles urbains) sont trop complexes pour figurer dans le questionnaire.
- Une seconde partie évaluait la dépression chez les médecins, selon l'échelle auto-évaluative de la dépression CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale). Cette échelle de dépistage de la symptomatologie dépressive initialement en anglais, a été validée dans sa traduction française par Fuhrer et Rouillon en 1989 (23). Elle a été mise au point afin d'identifier la présence de la symptomatologie dépressive et d'en évaluer la sévérité appréciée sur le nombre de symptômes pondéré par leur fréquence et leur durée. Elle correspond à un auto-questionnaire de 20 items évaluant la fréquence de la symptomatologie dépressive au cours des 7 derniers jours. Le choix des items repose sur les données publiées de la validité de certains symptômes et englobe l'humeur dépressive, les sentiments de culpabilité, d'impuissance et de désespoir, le ralentissement psychomoteur, la perte d'appétit et les troubles du sommeil. Quatre items sont présentés sous une forme positive afin de rompre l'uniformité de l'échelle et d'évaluer les affects positifs. Chaque réponse est cotée de 0 à 3 sur une échelle évaluant la fréquence de survenue du symptôme au cours de la semaine écoulée. La cotation des items positifs est inversée. L'intervalle des scores possibles s'étend donc de 0 à 60, les scores les plus élevés correspondant à une symptomatologie plus sévère.

Le critère de jugement principal est un seuil de 17 pour les hommes et de 23 pour les femmes, conformément aux travaux de Fuhrer et Rouillon. Cette échelle a été choisie pour sa rapidité de temps de passation, sa validité apparente, sa validité de structure interne et externe, sa validité discriminante et sa fidélité. Selon différentes études (24, 25), elle présente une très bonne sensibilité (entre 76 et 99%) avec une bonne spécificité (56 à 86% selon les études). Elle est donc plus appropriée pour évaluer les symptômes dépressifs dans une population non malade, que d'autres échelles telles que la BDI (Beck Depression Inventory, plus adaptée pour l'évaluation de la dépression dans une population déjà malade avec une meilleure spécificité). Cette échelle CES-D a également été choisie afin de réaliser un rapprochement avec l'Enquête Décennale Santé qui retrouvait une prévalence de l'épisode dépressif de 8,8% (enquête réalisée par l'INSEE – DRESS en population générale en 2003 avec cette même échelle).

- Afin d'évaluer les médecins au-delà d'un questionnaire standardisé, une troisième partie était consacrée au ressenti des médecins (concernant le type d'isolement, la reconnaissance de leur patient et leur degré de satisfaction de leur vie familiale et professionnelle).
- Une quatrième partie recueillait des variables sur la prise en charge médicale des médecins interrogés (médecin traitant, pathologie chronique, traitement psychotrope, prescripteur du psychotrope), leur interlocuteur de choix pour évoquer leur souffrance et la présence d'un facteur de stress exogène (contentieux, agressivité au travail, charge de travail).
- Une cinquième partie du questionnaire évaluait la connaissance d'une structure de soin dédiée à leur profession.
- Enfin, une note informative proposait aux médecins se sentant en souffrance, de se mettre en relation par voie téléphonique :
 - Soit avec un psychologue de l'association de médecins AAPML (Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux) grâce à un numéro vert,
 - Soit avec un psychiatre du CHU d'Angers (à l'aide d'un numéro de téléphone mis à disposition par le Département de Psychiatrie du CHU).

Cette sixième partie a été ajoutée en consensus avec le Comité d'Éthique du CHU d'Angers. En effet, il était possible qu'un médecin prenne conscience de son état dépressif ou de sa souffrance psychique en répondant à ce questionnaire.

L'anonymisation de l'étude ne permettait pas de retrouver les médecins ayant un score au CES-D supérieur au seuil de dépression. Il a donc été décidé, en accord avec le Comité d'Éthique, de rédiger sur le questionnaire une note informative proposant ces deux numéros de téléphone à l'attention de ces médecins.

- Une dernière partie était consacrée aux commentaires libres (ANNEXE II).

3) Recueil de données

Chaque médecin sélectionné a été contacté directement par téléphone afin de lui présenter l'étude, de recueillir son consentement et de choisir entre deux modalités de réponses au questionnaire. Soit le questionnaire était envoyé par voie postale avec une enveloppe de retour pré-timbrée. Soit le médecin recevait un mail contenant le lien internet renvoyant vers le questionnaire en ligne (élaboré sur Sphinx). Trois semaines après le consentement par téléphone du dernier médecin nécessaire à l'étude, une évaluation du nombre de non réponse a été évaluée. De nouveaux médecins, correspondant aux catégories manquantes en terme de sexe et de classe d'âge, ont été appelés et ce, jusqu'à obtention des quotas préétablis. Le recueil de données a débuté en septembre 2014 et s'est terminé en décembre 2014.

4) Analyses statistiques

Les données quantitatives sont présentées sous la forme de moyennes avec écart-types et les données qualitatives sous la forme de nombres et de pourcentages.

Les tests utilisés pour les variables qualitatives non ordonnées étaient le test du Chi 2 si les effectifs étaient supérieurs à 5, ou le test de Fisher si les effectifs étaient inférieurs à 5. Pour les variables quantitatives, le test utilisé était celui de l'ANOVA.

Le risque de première espèce était fixé à 5% pour les différents tests réalisés ($p < 0.05$ était considéré significatif).

Lorsque cela était possible, une régression logistique linéaire univariée était réalisée. Puis, une analyse par régression logistique multivariée a été réalisée, incluant toutes les variables

significativement associées au seuil 20 % en régression logistique univariée. Une procédure de sélection de variables descendantes manuelle a été effectuée, pour ne conserver que les variables liées au critère d'intérêt principal ($p < 0.05$). Une analyse des interactions sur les effets propres a par ailleurs été réalisée.

Les calculs statistiques pour les tests du Chi-2, de Fischer et de l'ANOVA ont été réalisés par le logiciel Epi-info Version 3.5.4. Les calculs de régressions linéaires univariées et multivariées ont été réalisés par le logiciel SAS version 9.3.

III. RESULTATS

1) Constitution des échantillons

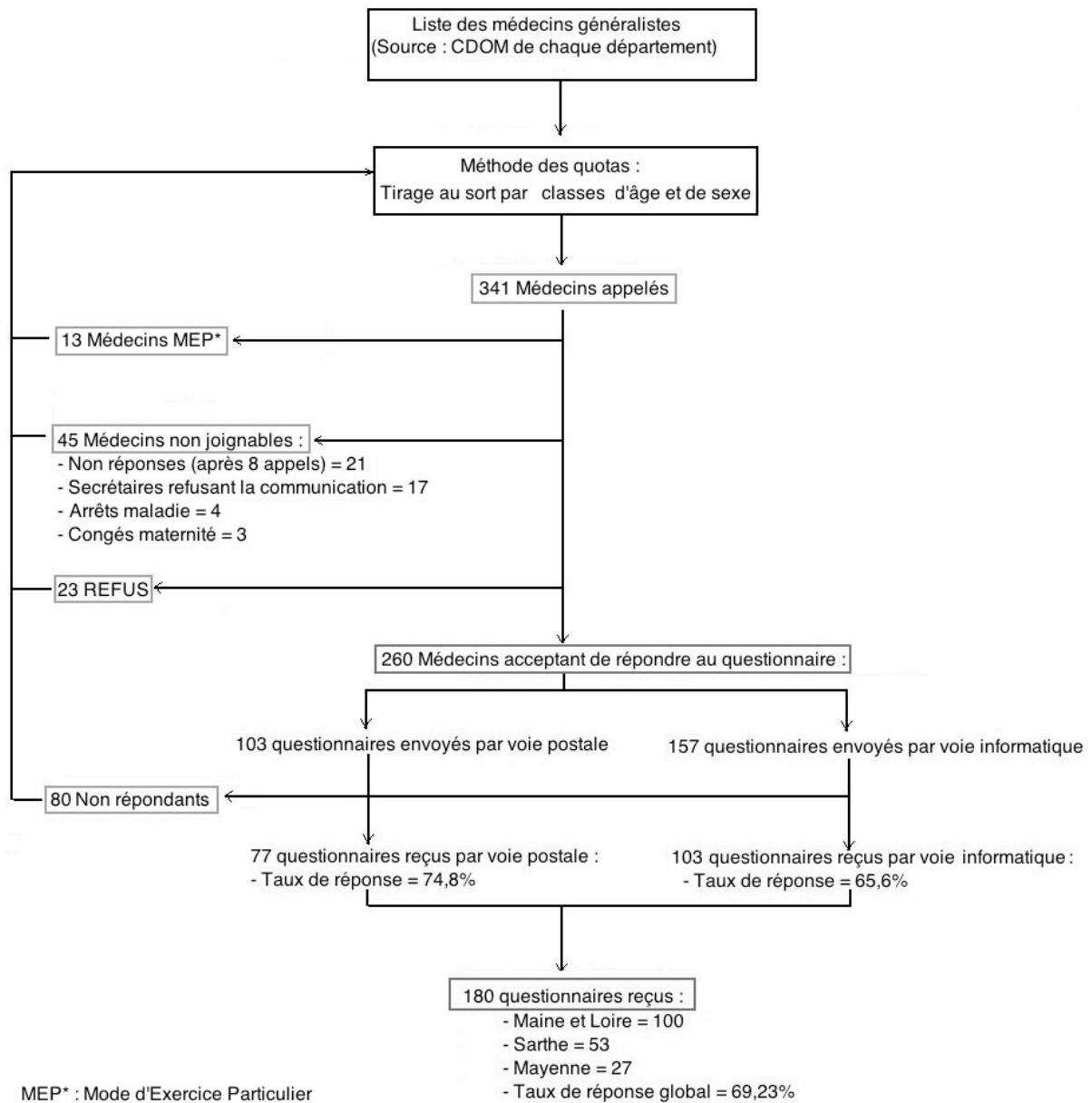
La période de recueil de données s'est étendue sur quatre mois, de septembre à décembre 2014 pour les trois départements étudiés (Maine et Loire, Sarthe et Mayenne).

Durant cette période, 341 médecins généralistes ont été contactés par téléphone. Treize médecins généralistes ont été exclus pour leur mode d'exercice particulier (MEP). Quarante-cinq médecins généralistes n'ont pu être contactés : 21 médecins n'étaient pas joignables après 8 appels téléphoniques infructueux, 17 par refus de la secrétaire pour divers motifs (retard dans le planning de consultation, surcharge de travail, médecins refusant de participer de principe à toute enquête, etc.). Quatre médecins en arrêt maladie et trois en congés maternité n'ont également pu être joints.

Parmi les médecins généralistes joints par téléphone, 23 médecins ont refusé de participer à l'étude et 260 ont accepté de répondre au questionnaire : 103 questionnaires ont été envoyés par voie postale et 157 par voie informatique.

Sur la période considérée, 77 questionnaires ont été recueillis par voie postale et 103 par voie informatique. 80 non répondants ont été relevés. Le taux de réponse était de 69,23% avec un meilleur taux de réponse par voie postale (74,8%) que par voie électronique (65,6%).

Figure 1 : Diagramme de flux de l'étude



L'échantillonnage a permis de tirer au sort 100 médecins en Maine et Loire, 53 en Sarthe et 27 en Mayenne répartis selon les figures suivantes.

Figure 2 : Répartition, par classes d'âge et de sexe, des médecins généralistes du Maine et Loire et de l'échantillon constitué pour ce département (en pourcentage de chaque effectif)

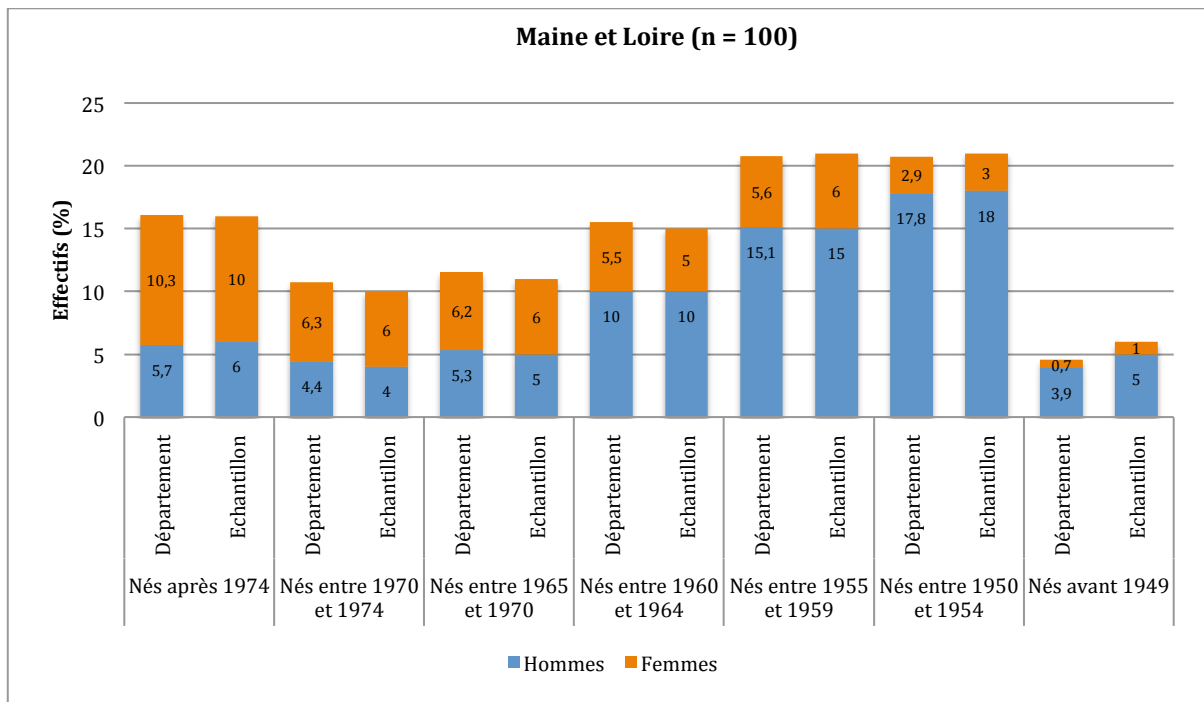


Figure 3 : Répartition, par classes d'âge et de sexe, des médecins généralistes de la Sarthe et de l'échantillon constitué pour ce département (en pourcentage de chaque effectif)

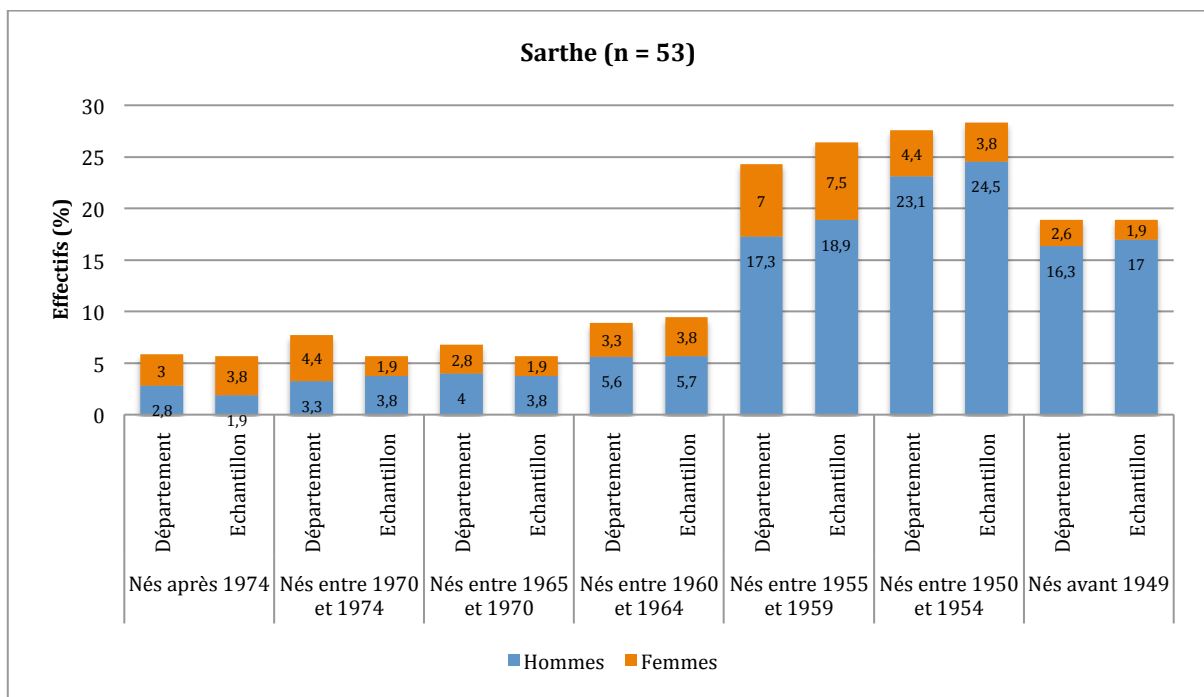
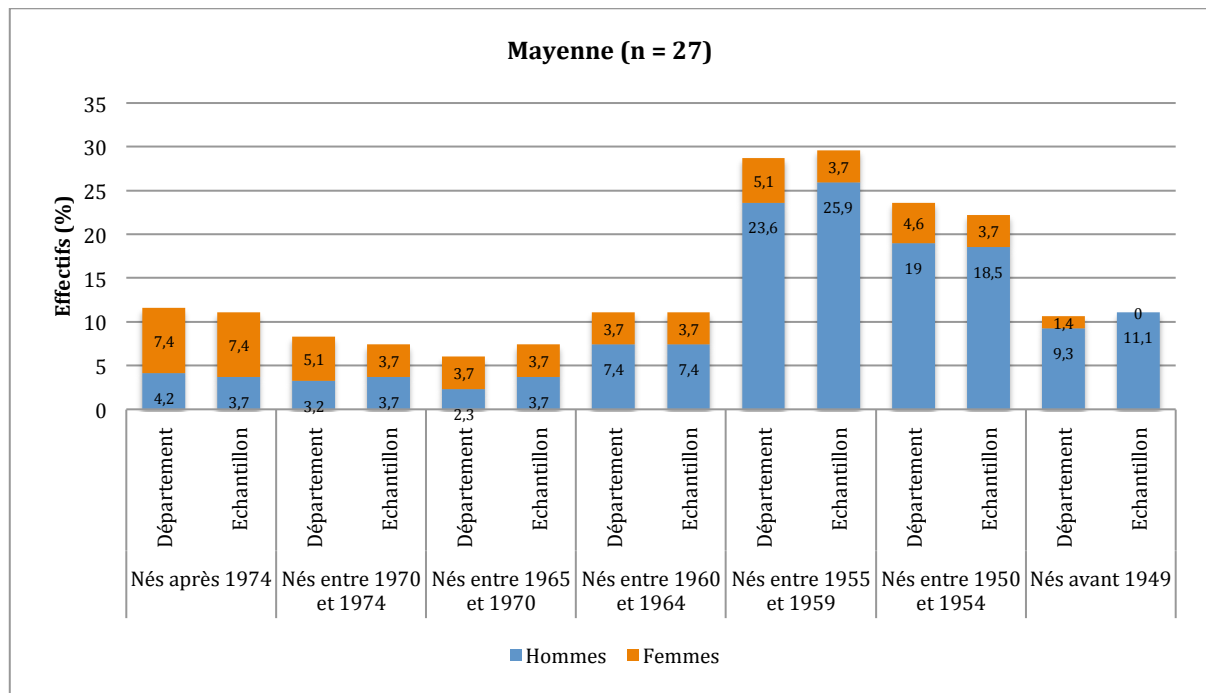


Figure 4 : Répartition, par classes d'âge et de sexe, des médecins généralistes de la Mayenne et de l'échantillon constitué pour ce département (en pourcentage de chaque effectif)



2) Caractéristiques socioprofessionnelles et démographiques de l'échantillon

Dans l'ensemble des 3 échantillons, il y avait 57 femmes et 123 hommes. Il y avait proportionnellement plus de femmes médecins dans le Maine et Loire (37%) qu'en Sarthe (24,5%) et Mayenne (25,9%).

Par ailleurs, les médecins du Maine et Loire étaient en moyenne plus jeunes (moyenne de 51,7 ans) que les médecins de Sarthe et Mayenne (respectivement 56,1 ans et 53,7 ans) ($p=0,03$).

Le taux moyen des médecins des trois départements exerçant en milieu urbain (communes > 2000 habitants) était de 67,2%. On observait que les médecins travaillaient plus en milieu urbain en Maine et Loire (75%), qu'en Sarthe (64,2%) et en Mayenne (44,4%) ($p=0,01$).

Dans l'ensemble des 3 échantillons, ils étaient 60% à travailler dans des cabinets de groupe. La part des médecins travaillant, dans des cabinets de groupe, était de 65,3% en milieu urbain et de 49,2% en milieu rural.

Le temps de travail hebdomadaire était significativement différent ($p=0,01$) entre les 3 départements avec des médecins travaillant plus en Sarthe (51,8 h/semaine) et en Mayenne (52,6 h/semaine) qu'en Maine et Loire (47,2 h/semaine). Les médecins de la Mayenne assuraient deux fois plus de gardes que leurs confrères en Maine et Loire et en Sarthe ($p=0,00$).

Tableau I : Caractéristiques socioprofessionnelles et démographiques des médecins généralistes par département

	Maine et Loire n=100	Sarthe n=53	Mayenne n=27	Total n=180	p
Age (années)	51,7+-10,2	56,1+-8,7	53,7+-9,8		0,03 (ANOVA)
Sexe féminin	37(37%)	13(24,5%)	7(25,9%)	57(31,7%)	NS
Marié, pacsé ou concubinage	90(90%)	47(88,7%)	24(88,9%)	161(89,4%)	NS
Exercice urbain (commune > 2000 hab.)	75(75%)	34(64,2%)	12(44,4%)	121(67,2%)	0,01 (Chi-2)
Cabinet de groupe	64(64%)	30(56,6%)	14(51,9%)	108(60%)	NS
Présence secrétariat	85(85%)	41(77,4%)	20(74,1%)	146(81,1%)	NS
Temps de travail hebdomadaire	47,2+-11	51,8+-10	52,6+-10	49,4+-10,8	0,01(ANOVA)
Nombre de patients vus par semaine	108+-39	144+-53	140+-55		NS
Nombre de jours de congés par an	34+-11	33+-11	31+-15	33,6+-11,8	NS
Nombres de gardes par an	8+-11	9+-12	17+-13		0,00 (ANOVA)

3) Lien entre les variables sociodémographiques et la dépression

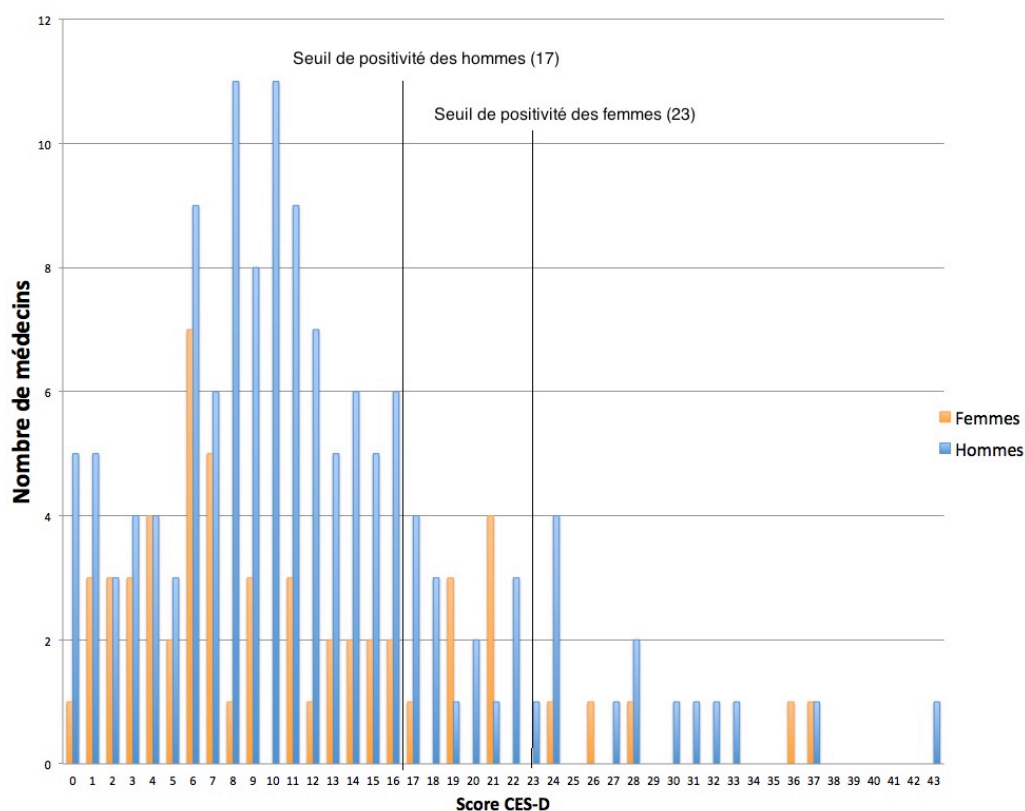
Il ressort de cette étude que le taux de dépression global des médecins était de 18,3% et plus précisément de 16% en Maine et Loire (n=16), 24,5% en Sarthe (n=13) et 14,8% en Mayenne (n=4) ($p=0,31$). On observait que les médecins de sexe masculin étaient plus souvent déprimés (OR=3,06 ; IC=1,12-8,41 ; $p=0,03$).

L'âge et le statut matrimonial n'avaient pas d'effet sur la symptomatologie dépressive des médecins.

Tableau II : Lien entre les variables sociodémographiques et la dépression

	Déprimé	Non déprimé	OR	IC95%	p
TOTAL	33(18,3%)	147(81,7%)			0,31(F)
Départements :					
Maine et Loire	16(16%)	84(84%)			0,31(F)
Sarthe	13(24,5%)	40(75,5%)			0,31(F)
Mayenne	4(14,8%)	23(85,2%)			0,31(F)
Age moyen (années) :	55,8+/-8,5	52,74+/-10,1			0,15 (ANOVA)
Classes d'âge :					
< 40 ans	1(4,5%)	21(95,5%)	1	-	0,367 (RLU)
De 40 à 49 ans	5(15,6%)	27(84,4%)	3,89	[0,42 ; 35,86]	0,367 (RLU)
De 50 à 59 ans	15(22,1%)	53(77,9%)	5,94	[0,74 ; 47,87]	0,367 (RLU)
> 60 ans	12(20,7%)	46(79,3%)	5,48	[0,67 ; 44,93]	0,367 (RLU)
Genre :					
Femme	5(8,8%)	52(91,2%)	1	-	0,0297 (RLU)
Homme	28(22,8%)	95(77,2%)	3,06	[1,12 ; 8,41]	0,0297 (RLU)
Statut matrimonial :					
Divorcé, veuf, célibataire	5(26,3%)	14(73,7%)	1	-	0,3461 (RLU)
Marié, concubinage, pacsé	28(17,4%)	133(82,6%)	0,59	[0,20 ; 1,8]	0,3461 (RLU)

Figure 5 : Répartition des scores de l'échelle CES-D en fonction du sexe



4) Lien entre les variables professionnelles et la dépression

Exercer en cabinet de groupe (OR=0,48 ; IC=0,23-1,04) se révélait être protecteur vis à vis de la dépression (p=0,06). Cependant, il n'y avait pas de lien entre le fait d'exercer en milieu rural ou urbain et le fait d'être déprimé (OR=0,60 ; IC=0,25-1,43 ; p=0,25) en régression logistique univariée.

La présence d'un secrétariat (physique ou téléphonique) avait un effet protecteur, et ce, de façon significative (OR=0,55 ; IC=0,23-1,32 ; p=0,18).

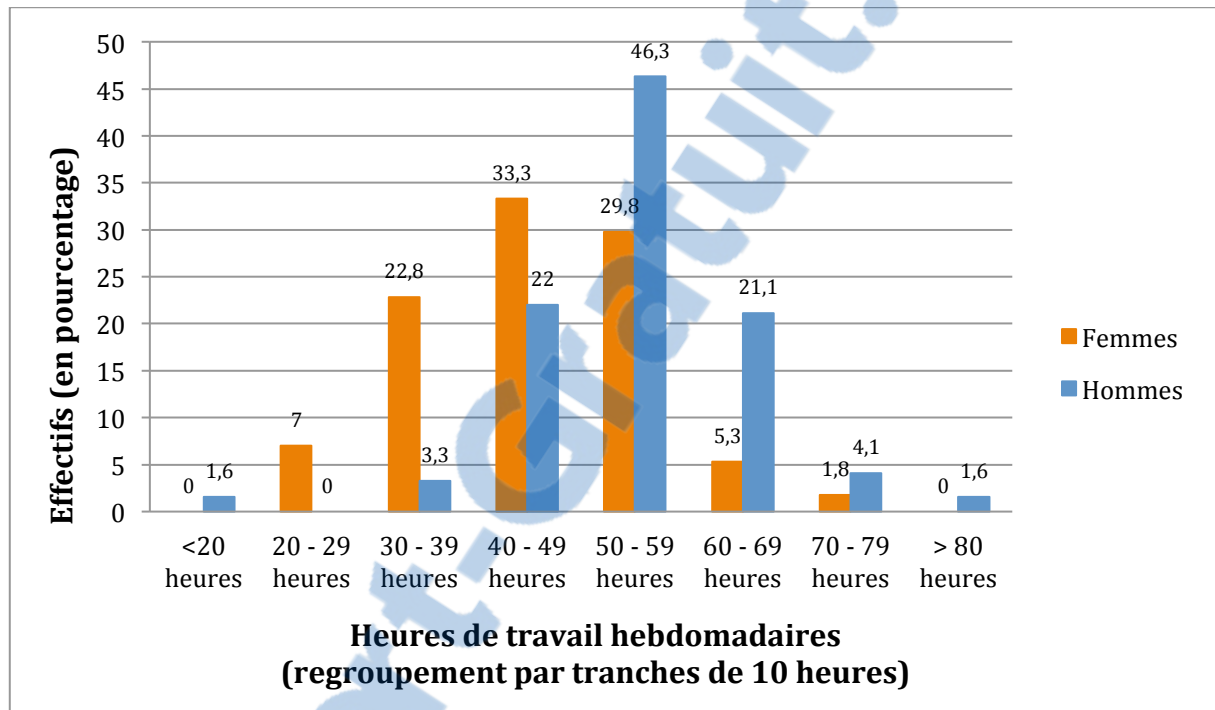
Tableau III : Lien entre les variables professionnelles et la dépression

Les pourcentages apparaissant dans le tableau III correspondent à la proportion des médecins déprimés ou non déprimés en fonction des différentes variables.

	Déprimé	Non déprimé	OR	IC95%	p
Lieu d'exercice :					
Urbain (commune > 2000 hab.)	25(75,8%)	96(65,3%)	1	-	0,2510 (RLU)
Rural (commune < 2000 hab.)	8(24,2%)	51(34,7%)	0,60	[0,25 ; 1,43]	0,2510 (RLU)
Type de cabinet :					
Individuel	18(54,5%)	54(36,7%)	1	-	0,0622 (RLU)
Cabinet de groupe	15(45,5%)	93(63,3%)	0,48	[0,23 ; 1,04]	0,0622 (RLU)
Secrétariat :					
Absence	9(27,3%)	25(17,0%)	1	-	0,1777 (RLU)
Téléphonique ou sur place	24(72,7%)	122(83,0%)	0,55	[0,23 ; 1,32]	0,1777 (RLU)
Temps de travail hebdomadaire (heure)	53,9+/-9,5	48,4+/-10,9			0,0084 (ANOVA)
Nombre de patients vus par semaine	127+/-44	122+/-50			0,61 (ANOVA)
Nombre de jours ouvrés de vacances par an	30+/-11	34+/-12			0,0293 (ANOVA)
Nombre de gardes annuelles	8,7+/-10	10+/-13			0,52 (ANOVA)
Appartenant à un groupe de pairs	11(33,3%)	62(42,2%)	1,46	[0,66 ; 3,23]	0,3516 (RLU)
Dans les 12 derniers mois :					
Ayant été victime d'un contentieux	6(18,2%)	18(12,2%)	1,59	[0,58-4,38]	0,40 (F)
Ayant été victime d'une agression physique ou verbale	10(30,3%)	38(25,9%)	1,24	[0,54-2,86]	0,6 (Chi2)
Ayant subi une augmentation de la charge de travail	7(21,2%)	41(27,9%)	0,7	[0,28 ; 1,73]	0,4349 (RLU)

Les médecins déprimés avaient un temps de travail hebdomadaire plus important que leurs confrères non déprimés ($p < 0,05$). Par ailleurs, la figure 6 met en évidence que les femmes ont un temps de travail hebdomadaire moins important que les hommes.

Figure 6 : Répartition du temps de travail en fonction du sexe



Participer à un groupe d'échange professionnel n'avait pas de lien avec le fait d'être déprimé ($p=0,35$).

Parmi les médecins non déprimés, 18 (12,2%) avaient été victimes d'un contentieux dans les douze derniers mois. Sur la même période, 6 médecins déprimés (18,2%) ($p=0,40$) avaient été victimes d'un contentieux, 3 (9,1%) d'un contentieux administratif, 2 (6,1%) d'un contentieux judiciaire et 1 (14,3%) d'un contentieux ordinal.

Par ailleurs, lors de l'année écoulée, 10 médecins déprimés (30,3%) avaient subi une agression physique ou verbale par un de leurs patients ($p=0,60$), contre 38 (25,9%) pour les médecins non déprimés.

Enfin, une augmentation de la charge de travail était ressentie par 21,2% ($n=7$) des médecins déprimés (VS $n=41$; 27,9%), ($OR=0,70$; $IC=0,28-1,73$; $p=0,43$).

5) Ressenti des médecins

Les médecins ressentant un isolement professionnel, social ou familial étaient significativement plus déprimés (OR=12,7 ; IC= 5,20-31,09 ; p<0,0001). En outre, le sentiment de ne pas avoir de reconnaissance suffisante de la part de ses patients majorait le risque de dépression (OR=1,97 ; IC=0,88-4,23 ; p=0,09). 41,7% des médecins avouaient que leur souffrance psychique avait un impact sur leur activité. Plus précisément, la majorité des médecins déprimés (n=12 ; 36,4%) évoquaient « des difficultés d'écoute et d'empathie ».

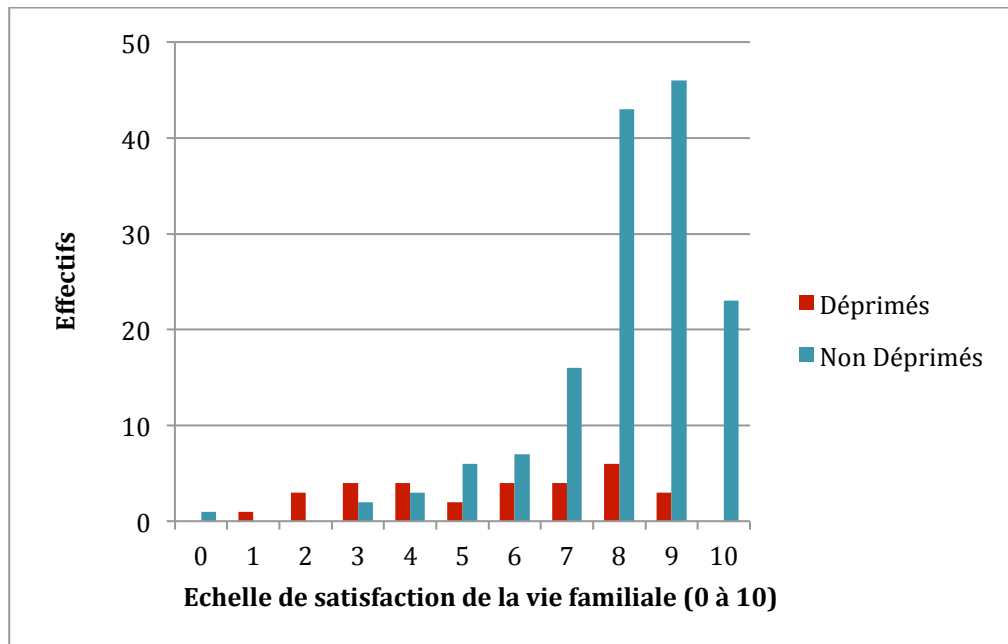
Tableau IV : Ressenti des médecins

Les pourcentages apparaissant dans le tableau IV correspondent à la proportion des médecins déprimés ou non déprimés en fonction des différentes variables.

	Déprimé	Non déprimé	OR	IC95%	p
Avoir un sentiment d'isolement professionnel, social ou familial	25(75,8%)	29(19,7%)	12.7	[5,20 ; 31,09]	< 0,0001 (RLU)
Ne pas avoir de reconnaissance suffisante des patients	12(36,4%)	33(22,4%)	1,97	[0,88 ; 4,23]	0,0991 (RLU)
Impact professionnel d'une souffrance psychique :					
- Erreurs diagnostiques	2(6,1%)	4(2,7%)			NS
- Erreurs thérapeutiques	4(12,1%)	1(0,7%)			NS
- Difficulté relationnelle avec les collègues	6(18,2%)	4(2,7%)			NS
- Arrêt de l'activité	1(3%)	4(2,7%)			NS
- Difficulté d'écoute et d'empathie	12(36,4%)	37(25,2%)			NS
- Aucun impact	7(21,2%)	68(46,3%)			NS
- Non concerné	1(3%)	29(19,7%)			NS

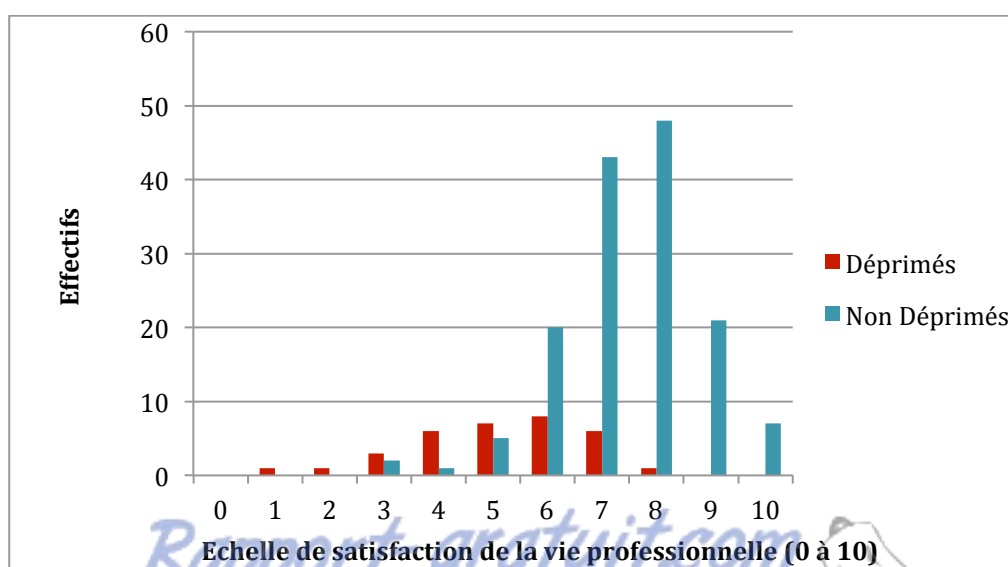
Le degré de satisfaction de la vie familiale était de 8,1 sur 10 en moyenne pour les médecins non déprimés (écart-type 1,65) contre 5,7 pour les médecins déprimés (écart-type 2,42).

Figure 7 : Effectifs en fonction du degré de satisfaction de la vie familiale des médecins



Le degré de satisfaction de la vie professionnelle était de 7,5 sur 10 en moyenne pour les médecins non déprimés (écart-type 1,29) contre 5,1 pour les médecins déprimés (écart-type 1,61).

Figure 8 : Effectifs en fonction du degré de satisfaction de la vie professionnelle des médecins



6) Lien entre la prise en charge de la santé des médecins et la dépression

Souffrir d'une pathologie somatique chronique (entraînant une douleur chronique et/ou une pathologie invalidante) n'avait pas de lien statistiquement significatif avec le fait d'être déprimé ($p=0,74$). La fréquence de ces pathologies chroniques augmentait avec l'âge (figure 9).

La majorité des médecins n'avaient pas de médecin traitant (médecins déprimés : 90,9% ; médecins non déprimés : 87,1%).

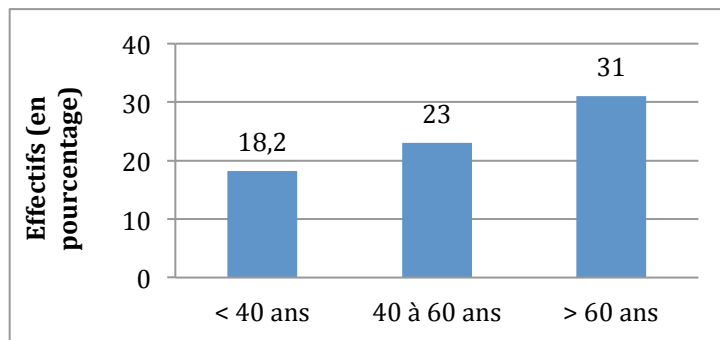
Concernant la prise de thérapeutiques médicamenteuses, 8 (24,2%) médecins déprimés consommaient des psychotropes, contre 9 (6,1%) parmi les médecins non déprimés ($p=0,00$). Parmi les médecins qui consommaient des psychotropes, 14 s'étaient autoprescrit les traitements, et 3 seulement les avaient obtenus par prescription d'un psychiatre. Un seul des médecins déprimés avait obtenu ses psychotropes par la prescription d'un confrère (un psychiatre).

Tableau V : Prise en charge de la santé des médecins

Les pourcentages apparaissant dans le tableau V correspondent à la proportion des médecins déprimés ou non déprimés en fonction des différentes variables.

	Déprimé	Non déprimé	OR	IC95%	p
Présentant une pathologie chronique responsable d'une douleur chronique ou potentiellement invalidante :	9(27,3%)	36(24,5%)	1,16	[0,49 ; 2,71]	0,7388
Prise en charge médicale :					
Par le médecin lui-même	30(90,9%)	128(87,1%)	1	-	0,5460 (RLU)
Ayant pour médecin traitant un collègue	3(9,1%)	19(12,9%)	0,67	[0,19 ; 2,43]	0,5460 (RLU)
Prise de psychotrope :	8(24,2%)	9(6,1%)	4,91	[1,72-13,93]	0,0013 (Chi2)
- Anxiolytique	4	2			NS
- Hypnotique	3	2			NS
- Thymorégulateur	0	2			NS
- Antidépresseur	1	3			NS
- Antipsychotique	0	0			NS
- Aucun	25	138			NS
Prescription du psychotrope a été réalisée par :					
- le médecin lui-même	7	7			NS
- un confrère médecin généraliste	0	0			NS
- un psychiatre	1	2			NS
- un autre médecin	0	0			NS
- Non concerné	25	138			NS

Figure 9 : Fréquences des pathologies chroniques en fonction de l'âge



Il n'avait pas été mis en évidence de différence significative entre les différents interlocuteurs choisis par les médecins pour parler de leur souffrance ($p=0,06$). Les médecins se tournaient en priorité vers leur famille puis leurs collègues. Les résultats sont regroupés dans le tableau VI ci-dessous.

Tableau VI : Interlocuteurs choisis par les médecins pour parler de leur souffrance

	Déprimé	Non déprimé
Famille	10	71
Médecin	9	34
Psychologue	4	22
Visiteur médical	1	0
Patient	0	0
Secrétaire	1	1
Non concerné	8	19
TOTAL	33	147

7) Connaissance de l'existence des structures de soins

Enfin, concernant l'existence des structures de soins psychologiques dédiés aux médecins, 40,6% médecins en avaient connaissance (42,4% des médecins déprimés et 40,1% des médecins non déprimés).

8) Régression logistique multivariée

Une analyse par régression logistique multivariée avait été réalisée, incluant toutes les variables significativement associées au seuil 20 % en régression logistique univariée (Genre, type de cabinet, présence d'un secrétariat, reconnaissance des patients) ainsi que deux variables qui ont été « forcées » car jugées importantes dans cette analyse au regard de la littérature (statut matrimonial et le lieu d'exercice).

Tableau VII : Résultats de la régression logistique multivariée

	OR	IC 95 %	p-value
Genre / homme	3,06	[0,98 ; 9,52]	0,0535
Etre isolé	14,77	[5,72 ; 38,14]	< 0,0001
Lieu d'exercice rural (commune < 2000 hab.)	0,36	[0,13 ; 0,99]	0,0481

L'étude révèle que les médecins de sexe masculin (OR = 3,06 ; IC95 % = 0,98-9,52 ; p=0,0535) et ceux ressentant un isolement (OR = 14,77 ; IC95% = 5,72-38,14 ; p<0,0001) étaient significativement plus déprimés. Enfin, le fait d'exercer en milieu rural avait un effet protecteur (OR = 0,36 ; IC95% = 0,13-0,99 ; p=0,0481) vis à vis de la dépression.

Une analyse des interactions sur les effets propres ne mettait en évidence aucune interaction significative au seuil de 5%.

IV. DISCUSSION

Cette étude a évalué le taux de dépression des médecins généralistes dans les départements du Maine et Loire, de la Sarthe et de la Mayenne et a permis de mettre en évidence les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles corrélées à cette population spécifique. Elle a aussi mis en relief les caractéristiques des médecins déprimés. Ce travail a également étudié la façon dont les médecins généralistes prenaient soin de leur santé, en évaluant notamment l'affiliation à un médecin traitant ou l'automédication par des psychotropes.

Ce travail, premier de ce type dans ces trois départements, est le fruit d'une collaboration entre les départements de Médecine Générale et de Psychiatrie. Les Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins de chacun des départements étudiés ont également apporté leur aide pour l'élaboration de ce travail.

Il apparaissait finalement que les variables systématiquement associées au fait d'être déprimé étaient : le fait d'être un homme, d'avoir un sentiment d'isolement (social, professionnel ou familial) et d'avoir un sentiment de reconnaissance insuffisante de la part de ses patients. Par ailleurs, exercer dans un cabinet de groupe, en milieu rural ou avoir une secrétaire avaient un effet protecteur vis-à-vis de la symptomatologie dépressive. L'âge du praticien n'était cependant pas corrélé à la dépression, de même que la situation maritale.

Notre échantillon s'était révélé être représentatif de la population médicale libérale des Pays de Loire. Il y avait dans les trois échantillons 31,7% de femmes, ce qui était en conformité avec l'ensemble des médecins généralistes libéraux de France (34%) (26) et des Pays de la Loire (33%) (27). Plus précisément, 30,6% des femmes travaillaient dans un cabinet individuel (VS 29,7% en France) et 32,4% dans un cabinet de groupe (VS 34,1% en France) (28).

Ayant utilisé la méthode des quotas, nos échantillons étaient représentatifs en terme de classe d'âge et de sexe vis-à-vis de leurs départements respectifs. L'âge moyen des médecins généralistes en France était de 51,4 ans, contre 53,3 ans (écart-type 9,8) dans les échantillons. Cependant, il y avait une proportion plus importante de médecins généralistes de plus de 55 ans (55,6%) que dans les Pays de la Loire (38%). En effet, la distribution des médecins de plus de 55 ans est beaucoup plus importante en Mayenne et en Sarthe qu'en Loire atlantique

(27). L'âge moyen des femmes était de 47,6 ans (écart-type 9,8) et de 56 ans (écart-type 8.7) pour les hommes dans l'échantillon, contre en moyenne 49 ans chez les femmes et 54 ans chez les hommes parmi les médecins généralistes en France (26).

Le temps de travail hebdomadaire des médecins de notre étude (49,4 heures/semaine ; écart-type à 10,8) et le nombre de semaines de vacances (6,1 semaines ; écart-type à 2,1) étaient relativement similaires aux chiffres de l'ORS des Pays de la Loire (57 heures/semaine avec 5,3 semaines de vacances) (29). 60% des médecins généralistes exerçaient dans des cabinets de groupe (VS 67% dans les Pays de la Loire) et 18,9% n'avaient pas de secrétaire (VS 26% dans les Pays de la Loire) (30).

Le choix d'exclure les médecins ayant un mode d'exercice particulier et les médecins généralistes remplaçants, se justifiait par la nécessité d'étudier des professionnels de santé d'exercice comparable, celui de médecin de famille tel que défini par la WONCA.

Parmi les médecins sélectionnés dans les échantillons, 17 n'avaient pu être joints par refus de leurs secrétaires de transmettre la communication. Les secrétaires évoquaient comme raison une surcharge de travail, voir une souffrance psychologique du médecin, ce qui aurait potentiellement pu augmenter le taux de dépression de l'étude.

Les médecins non joignables, après 8 appels et malgré une présentation de notre étude à leurs secrétaires, étaient probablement des médecins refusant de répondre au questionnaire.

Les 23 médecins refusant explicitement de participer à l'étude avaient évoqué en majorité leur surcharge de travail, leur peur d'une utilisation détournée des réponses du questionnaire ou leur désintérêt pour cette étude. Ces refus engendraient un biais de recrutement (car les médecins déprimés de notre étude étaient probablement ceux qui avaient un temps de travail hebdomadaire plus important) et auraient probablement contribué à sous-estimer le taux de dépression de l'étude.

Le taux de réponse, satisfaisant par rapport aux autres études réalisées dans ces départements, était de 69,2%. Ce taux était meilleur par voie postale (74,8%) que par voie électronique (65,6%). Ceci peut s'expliquer par l'augmentation du risque d'erreur lors de la réception et de l'envoi du questionnaire par voie électronique (classement en spam du mail, difficulté d'ouverture du lien, non validation finale du questionnaire, etc.) et par la méfiance générale de l'utilisation des données informatiques.

Enfin, l'échelle CES-D, étant un auto-questionnaire de dépistage de la dépression, il était particulièrement adapté comme test de dépistage dans une population non malade, en opposition à l'échelle de Beck. L'utilisation du test CES-D pour mesurer à grande échelle la dépression présentait bien des avantages. Cependant, mesurer un phénomène aussi complexe que la symptomatologie dépressive avec un outil standardisé entraîne obligatoirement des contraintes méthodologiques. Les mesures standardisées ne pourront jamais se substituer à l'expertise clinique des pathologies psychiatriques.

Il ressort de notre étude que 18,3% des médecins étaient déprimés, ce qui est concordant avec les données de la littérature. L'étude réalisée par le CDOM de Haute Normandie en 2008 retrouvait un taux de dépression de 19% chez les médecins généralistes libéraux (22). L'étude du DREES, retrouvait une détresse psychologique chez les médecins généralistes entre 10% à 17% selon les régions françaises étudiées (20). De même, au Canada, un taux de 33% avait été retrouvé chez les médecins généralistes (1). Cependant, pour le même outil de dépistage CES-D, le taux de dépression ne s'élevait, en 2003, qu'à 8% chez les cadres et professions intellectuelles supérieures et 8,8% en population générale (31). De plus, la dernière étude « Baromètre santé » réalisée en 2010, utilisant l'échelle CIDI-SF, mesurait une prévalence de l'épisode dépressif caractérisé à 7,5% en population générale (32). Plus précisément, elle révélait chez les cadres et professions intellectuelles supérieures un taux de dépression de 2,5% chez les hommes et de 7,3% chez les femmes (33). Ainsi, le taux de dépression chez les médecins généralistes de notre étude était plus de deux fois supérieur à celui de la population générale française.

L'étude mettait en évidence que les femmes étaient moins déprimées que les hommes mais peu de données permettaient de comparer ces chiffres. Une étude évaluant la détresse psychologique des médecins généralistes révélait une prévalence deux fois plus importante chez les femmes (19% VS 10%) (20). De même, à l'étranger, le taux de dépression semblait plus important (7, 9, 34) chez les femmes médecins ou au moins similaire (5). Cependant, ces études ne ciblaient pas les médecins généralistes. La dernière étude française sur la dépression en population générale trouvait un taux de dépression plus important chez les femmes (10,0% contre 5,6% chez les hommes) (32).

Une évaluation des différentes variables de l'étude influant sur la dépression a été réalisée entre les hommes et les femmes, et ne retrouvait une différence statistiquement significative que sur le temps de travail hebdomadaire déclaré. Ainsi, les femmes déclaraient travailler moins d'heures que les hommes (43,9 +/-10,7 VS 51,9 +/-10 ; ANOVA, p=0,00) ce qui

pourrait être un début d'explication, car plus le temps de travail hebdomadaire était important et plus les médecins de l'étude étaient déprimés. Cependant, 93% des femmes travaillaient plus de 30 heures par semaine ce qui suggère une influence faible du travail à mi-temps sur cette moyenne déclarée (cf. figure 6). Cette explication est parcellaire et n'évalue que la charge de travail professionnelle. Il est également possible que la taille des échantillons soit trop faible pour mettre en évidence une autre explication.

L'âge n'avait pas été une variable ayant un lien significatif avec le fait d'être déprimé. Cependant, pour certains auteurs, les épisodes dépressifs augmenteraient chez les praticiens avec l'âge (4). D'autres auteurs avaient par ailleurs mis en évidence une augmentation de la dépression chez les étudiants en médecine (19, 35, 36, 37, 38).

L'étude mettait en évidence les bénéfices de l'exercice en groupe sur la symptomatologie dépressive. En effet, travailler dans un cabinet de groupe se révélait être protecteur vis-à-vis de la dépression, élément nouveau qui n'avait pas encore été étudié. De plus, travailler en association facilite l'emploi d'une secrétaire qui décharge les médecins des tâches administratives, de fonctionnement et de logistique (39). La délégation de cette part de travail pourrait expliquer le rôle protecteur de la présence de secrétaires sur la symptomatologie dépressive des médecins généralistes (OR=0,55 ; $p<0,18$). En outre, exercer en cabinet de groupe pourrait participer à la diminution du sentiment d'isolement social et professionnel, ce qui semblait protéger les médecins généralistes de l'étude de la dépression (OR=0,67 ; $p<0,0001$). D'autant plus que les interlocuteurs privilégiés des médecins généralistes pour parler de leur souffrance étaient leurs confrères après leur famille. Cependant, appartenir à un groupe d'échange professionnel ne protégeait pas de la dépression, contrairement à certaines données de la littérature qui mettaient en avant l'impact favorable des formations médicales continues et des groupes de pairs pour protéger du burn-out et des pathologies anxio-dépressive (40,41).

Par ailleurs, exercer dans des communes de moins de 2000 habitants semblait protéger les médecins d'une symptomatologie dépressive. La consommation de soins en milieu rural étant moins importante qu'en ville et l'activité étant plus variée, l'exercice rural serait probablement plus proche de l'exercice idéalisé du médecin, entraînant une meilleure satisfaction au travail.

Concernant la représentativité de nos échantillons en terme de lieu d'exercice (rural/urbain) et du mode d'installation (individuel/en groupe), il est à noter que la part des médecins exerçant dans des cabinets de groupe, dans des communes inférieures à 2000 habitants, étaient dans notre étude de 49,2% (contre 57% en milieu rural selon l'ORS) (39). Or les médecins ayant ce mode d'exercice dans des cabinets de groupe et dans de petites communes semblaient moins déprimés. Nous ne pouvons que rapprocher ces deux chiffres car les définitions du milieu rural et urbain ne sont pas les mêmes dans notre étude que dans celle de l'ORS (Cf. Matériels et Méthodes).

Il n'avait pas été mis en évidence de lien entre la dépression et des facteurs potentiellement précipitants comme le fait d'avoir eu un contentieux (administratif, judiciaire ou ordinal) ou eu une augmentation récente de la charge de travail. Cependant, 26,7% des médecins déclaraient avoir été victime d'une agression physique ou verbale dans l'année. La même tendance était retrouvée dans l'enquête de l'ORS des Pays de la Loire (42) où 31% les médecins généralistes déclaraient avoir subi des violences à la personne (4% de violences physiques, 22% de menaces et 23% d'injures) dans le cadre de leur activité professionnelle. Cette enquête mettait aussi en évidence que les médecins exerçant en groupe ou en maison de santé pluri-professionnelle étaient plus exposés au risque d'atteintes à la personne ou aux biens ($p < 0,01$). Par ailleurs, ce taux déclaratif de violence à la personne ne s'élevait qu'à 20% des médecins généralistes en 2008 et révélait une augmentation du sentiment d'insécurité des médecins généralistes (42).

Dans une enquête de l'INSEE, les médecins généralistes travaillaient en moyenne 55 heures par semaines et un peu plus que la moyenne des cadres (43). En comparaison, les français travaillaient en moyenne 41 heures par semaine à temps complet (44). Cependant, les médecins généralistes déprimés étaient ceux qui avaient un temps de travail hebdomadaire plus important. Une explication possible est peut-être à chercher dans le Dossier Solidarité et Santé du DREES, qui évaluait la part subjective de cette surcharge de travail (45). Même si, de façon objective, les médecins travaillaient plus que la population générale et les cadres apparentés, certaines situations ou perceptions rendaient cette surcharge insoutenable. Ainsi, la confrontation aux difficultés sociales des patients sur laquelle le médecin n'a aucune prise (licenciement, conjugopathie, précarité, etc.), la charge administrative trop importante, le stress excessif et l'envahissement de la vie professionnelle sur la vie familiale, aggravaient la perception de la surcharge de travail. Notre étude révélait également des degrés de satisfaction de la vie professionnelle et de la vie familiale, systématiquement moins

importants chez les médecins déprimés. Par ailleurs, cette enquête du DREES (45) relatait également le « temps lourd » passé avec des patients consommateurs de soins, irrespectueux, exigeants et distants. A l'inverse, le respect du rendez-vous, la confiance dans le diagnostic et le respect de la prescription fondaient le sentiment de reconnaissance des patients et allégeaient la perception de ce temps rétribué. Ce sentiment de reconnaissance manquait également aux médecins déprimés de notre étude (OR=1,97 ; p=0,0991). De nombreuses enquêtes réalisées en France auprès de médecins libéraux ont montré des taux élevés de syndrome d'épuisement professionnel, autre conséquence du stress chronique et de la surcharge de travail (46, 47).

Il est fréquemment observé que les médecins présentent des difficultés à se situer en tant que patients, mettant ainsi de côté la prise en charge de leur propre santé. Ainsi, les médecins déclaraient, pour 25% d'entre eux, avoir une pathologie chronique potentiellement invalidante ou responsable d'une douleur chronique. Et ce taux augmentait avec l'âge, passant de 18,2% pour les moins de 40 ans et allant jusqu'à 31% pour les plus de 60 ans. Pourtant dans une étude du DREES en 2010 (48), il y avait un peu moins d'un médecin sur dix pris en charge au titre d'une ALD. L'âge influençait également la prise en charge en ALD : 1% pour les moins de 40 ans contre 19% chez les plus de 60 ans. Par ailleurs, ils étaient 87,8% de médecins généralistes de l'étude à être leur propre médecin traitant. Ce qui est en adéquation avec la dernière étude réalisée en 2008 sur un panel de 1900 médecins généralistes (84%) (48). Plusieurs raisons pourraient expliquer ces chiffres. Tout d'abord, le médecin s'inscrit dans une constante préoccupation de l'autre, lui permettant d'éviter de s'attarder sur sa propre santé physique et psychique. De même, il possède des connaissances qui lui donnent un rôle particulier auprès du patient, auquel il n'est pas facile de renoncer et encore moins de déléguer. La pression est d'autant plus importante lorsque dans l'inconscient collectif, un médecin malade peut apparaître comme un mauvais médecin. Ainsi, Voltaire disait bien qu'« *il n'y a rien de plus ridicule qu'un médecin qui ne meurt pas de vieillesse...* ».

En outre, la symptomatologie dépressive (l'autodévalorisation, le sentiment de culpabilité, la perte de l'estime de soi) peut aggraver l'isolement du médecin généraliste exerçant dans un milieu libéral compétitif où la confraternité est devenue « une véritable utopie », comme le souligne le Dr BIENCOURT (49). Le manque de temps et la facilité d'autoprescription finissent à boucler le cercle vicieux dans lequel le médecin généraliste peut s'engager.

Ainsi, il apparaissait dans l'étude que près d'un médecin déprimé sur quatre consommait des psychotropes. Il s'agissait en majorité d'anxiolytiques et d'hypnotiques, révélant ainsi une pratique professionnelle stressante, voire anxiogène, les médecins non déprimés en consommant eux aussi. Ces psychotropes étaient pour la majorité prescrits par le médecin lui-même. Toutes ces constatations étaient concordantes avec les résultats de la littérature (20,50). Les nombreux cas de burn-out chez les médecins généralistes libéraux depuis ces dernières années témoignent de cette pratique difficile. La consommation d'antidépresseur restait cependant très limitée, les médecins prenant probablement difficilement conscience de leur symptomatologie dépressive. La différence entre le taux de médecins déprimés dans notre étude et le taux de médecins prenant des thérapeutiques antidépressives venait en témoigner. Dans l'étude, quatre médecins déclaraient prendre des antidépresseurs, deux les avaient obtenu par prescription d'un psychiatre et deux autres par automédication. Trois de ces médecins n'étaient pas déprimés, ce qui laisse suggérer que leur traitement était adapté. En comparaison, l'enquête du DREES révélait que 5% des médecins généralistes prenaient des antidépresseurs dans les 12 derniers mois et ce traitement avait été autoprescrit dans les trois quarts des cas (48). Ces résultats pouvaient aussi être le reflet d'un défaut de consultation d'un confrère (généraliste ou psychiatre) avec, par là-même, l'absence de prescription d'une thérapeutique adaptée. De plus, cette hypothèse se vérifiait avec le constat que la majorité de ces thérapeutiques psychotropes provenaient de l'auto prescription, et que la prescription par un confrère psychiatre était anecdotique. De même, on notait que pour parler de leur souffrance psychique, les médecins se tournaient en majorité vers leur famille, ou dans une moindre mesure vers un autre médecin ou vers un psychologue, ce qui révélait que le recours à un praticien spécialisé n'était pas une évidence.

41,7% des médecins généralistes déclaraient que leur souffrance psychique avait un impact sur leur activité professionnelle. Les médecins évoquaient en majorité des difficultés d'écoute et d'empathie ainsi que des difficultés relationnelles avec leurs collègues. De plus, parmi les médecins déprimés, 12,1% avouaient que cela avait eu comme conséquences des erreurs thérapeutiques et 6,1% des erreurs diagnostiques. Ces résultats, déclaratifs et nécessitant une introspection, étaient probablement sous évalués. Ils mettent bien en évidence l'enjeu d'une meilleure prise en charge de la dépression chez les médecins généralistes.

V. CONCLUSION

En conclusion, cette étude est la première à évaluer la dépression chez les médecins généralistes en Maine et Loire, Sarthe et Mayenne. Le taux de dépression chez les médecins généralistes de notre étude est plus de deux fois supérieur à celui de la population générale française. Les caractéristiques des médecins déprimés sont le fait d'être un homme, d'avoir un sentiment d'isolement (social, professionnel ou familial) et d'avoir un sentiment de reconnaissance insuffisante de la part de ses patients. Exercer dans un cabinet de groupe, en milieu rural ou avoir une secrétaire ont, eux, un effet protecteur vis-à-vis de la symptomatologie dépressive. Cette étude met par ailleurs en évidence qu'un médecin sur cinq est déprimé et que cette pathologie ne fait pas ou peu l'objet d'une prise en charge par un confrère. Ces chiffres alarmants doivent faire prendre conscience de la nécessité de s'intéresser à la santé des médecins généralistes, à l'heure où naissent des systèmes de soins spécifiques aux médecins dans les autres pays développés. L'inaction peut avoir des conséquences néfastes pour notre système de soins primaire, tant en aggravant le déficit de la démographie médicale (arrêt de travail, invalidité permanente, suicide, etc.) qu'en altérant la qualité de soins des patients. Il paraît donc opportun de réfléchir à un projet autour d'une médecine préventive pour les médecins, dédiée spécifiquement à la prise en charge de leur santé. Il serait également intéressant de poursuivre l'étude en Loire Atlantique et en Vendée afin d'obtenir un taux global à la région.

VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 - Thommasen HV, Lavanchy M, Connelly I, Berkowitz J, Grzybowski S. Mental health, job satisfaction, and intention to relocate. Opinions of physicians in rural British Columbia. *Can Fam Physician* 2001 Apr; 47:737-44.
- 2 - Khuwaja AK, Qureshi R, Azam SI. Prévalence and factors associated with anxiety and depression among family practitioners in Karachi, Pakistan. *JPMA* 2004 ; 54-45.
- 3 - Black D. When physicians commit suicide. *Iowa Med* 1992; 82 (2): 58-61.
- 4 - Center C, Davis M, Detre T, et al. Confronting depression and suicide in physicians. A consensus Statement *JAMA* 2003; 18; 289(23): 3161-3166.
- 5 - Franck E, Dingle AD. Self-reported depression and suicide attempts among US women physicians. *Am J Psychiatry* 1999; 156 (12): 1887-1894.
- 6 - Middleton JL. Today I'm grieving a physician suicide. *Annals of Family Medicine* 2008; 6: 267-269.
- 7 - Miller NM, McGowen RK. The painful truth: Physicians are not invincible. *South Med J*. 2000 ; 93 (10): 966-973.
- 8 - Torre DM, Wang Ny, Meoni LA, Young JH, Klag MJ, Ford DE. Suicide compared to other causes of mortality in physicians. *Suicide Life Threat Behav*. 2005; 35: 146-153.
- 9 - Welner A, Marten S, Wochnick E, et al. Psychiatric disorders among professional women. *Arch Gen Psychiatry* 1979 ; 36 : 169-173.
- 10 - Caplan RP. Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers. *BMJ* 1994 nov 12; 309 (6964): 1261-3.
- 11 - Tyssen R. Health problems and the use of health services among physicians: a review article with particular emphasis on Norwegian studies. *Ind Health* 2007; 45 (5); 599-610.
- 12 - Chocard AS, Gohier B, Juan F et al. Le suicide des médecins. Revue de la littérature. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale* 2003; 65: 23-29.
- 13 - Fleming MF. Physician impairment: options for intervention. AmFam Phy- Rzepkowski N. Report from an HIV-positive physician. *Semin Neurol* 1992; 12: 141-6.
- 14 - Blenkin H, Agius RM, Deary IJ, Zealley HE, Wood RA. Survey of perceived stress and work demands of consultant doctors. *Occup Environ Med* 1996 ; 53 :217-224.
- 15 - Aasland OG, Ekeberg O, Schweder T. Suicide rates from 1960 to 1989 in Norwegian physicians compared with other educational groups. *Soc Sci Med* 2001; 52: 259-265.
- 16 - Hawton K, Malmberg A, Simkin S. Suicide in doctors. A psychological autopsy study. *J Psychosom Res*. 2004; 57 (1):1-4.
- 17 - Pitts FN Jr, Schuller AB, Rich CL, Pitts AF. Suicide among US women physicians, 1967-1972. *Am J Psychiatry* 1979; 136: 694-696.

- 18 - Freeman W. Psychiatrists who kill themselves: a study in suicide. *Am J Psychiatry* 1967; 124 (6): 846-847.
- 19 - Stuber ML. Medical student and physician well-being. In: Wedding D, Stuber JL (eds). *Behavior and Medicine*. Ashland, Ohio: *Hogrefe & Huber Publishers* 2006:167–174.
- 20 - Desprès P, Grimbert I, Lemery B, Bonnet C, Aubry A, Colin C. Santé physique et psychique des médecins généralistes. *DREES, Etudes et résultats n°731*; juin 2010.
- 21 - Gautier I. Burn-out des médecins. Bulletin du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la ville de Paris. Mars 2003.
- 22 - Kuntz A. Enquête sur la santé des médecins libéraux de Haute-Normandie. Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Seine-Maritime et de l'Eure, URML de Haute-Normandie 2008.
- 23 - Fuhrer R, Rouillon F. La version française de l'échelle CES-D. Description et traduction de l'échelle d'autoévaluation. *Psychiatr Psychobiol* 1989 ; 4 (3) : 163-66.
- 24 - Weissman MM, Sholomskas D, Pottenger M, Prusoff BA et al. Assessing depressive symptoms in five psychiatric populations : a validation study. *Am J Epidemiol* 1977 ;106 (3) : 203-14.
- 25 - Myers JK, Weissman MM. Use of a self-report symptom scale to detect depression in a community sample. *Am J Psychiatry* 1980 ; 137 (9) : 1081-84.
- 26 - CNOM. Atlas de la démographie médicale 2014 du Conseil National de l'Ordre des Médecins. http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf
- 27 - ORES Pays de la Loire. Médecins : Effectifs et densité. <http://ores.paysdelaloire.fr/759-medecins-effectifs-et-densite.htm> - par8600.
- 28 - Sicart D, Les médecins au 1er janvier 2013. DREES, Série statistique n°179 Avril 2013. <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-medecins-au-1er-janvier-2013,11126.html>.
- 29 - Jakoubovitch S, Bournot MC, Cercier E, Tuffreau F, Les emplois du temps des médecins généralistes, *Drees, Etudes et résultats. n° 797*, mars 2012. <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er797-2.pdf>
- 30 - ORS Pays de la Loire, URPS-ml Pays de la Loire novembre 2012, Les emplois du temps des médecins généralistes n°2, Panel en médecine générale 2010-2012 http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2012_2_emploi_emps_panel2mgpdl.pdf
- 31- InVS - Santé mentale et activité professionnelle dans l'enquête décennale santé 2003 de l'Insee. http://www.invs.sante.fr/publications/2007/sante_mentale/rapport_sante_mentale.pdf
- 32 – Beck F, Guignard R. La dépression en France : évolution de la prévalence, du recours au soin et du sentiment d'information de la population par rapport à 2005, *La Santé de l'homme* 2012, Inpes, n°421, 7-9. <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/pdf/SH-depression.pdf>

- 33 - Beck F, Léon C. Les comportements de santé des 55-85 ans. Analyses du Baromètre santé 2010. <http://www.inpes.fr/Barometres/barometre-sante-2010/comportements-sante-55-85/pdf/depression-suicide.pdf>
- 34 - Department of Psychiatry, Washington University School of Medicine, St Louis 63110, USA. Psychiatric illness in female physicians. Are high rates of depression an occupational hazard? *101(5): 233-6, 239-40.*
- 35 - Andrew LB. Physician suicide, Jul 10, 2008. <http://emedicine.medscape.com/article/806779-overview>
- 36 - Butterfield PS. The stress of residency: a review of the literature. *Arch Intern Med* 1988; 48: 1428-1435.
- 37 - Martin AR. Stress in residency: a challenge to personal growth. *J Gen Intern Med* 1986; 1: 252-257.
- 38 - Hsu K, Marshall V. Prevalence of depression and distress in a large sample of Canadian interns, residents, and fellows. *AmJ Psychiatry* 1987;144:1561-6.
- 39 - ORS Pays de la Loire, URPS-ml Pays de la Loire. L'exercice en cabinet de groupe des médecins généralistes des Pays de la Loire n°4, février 2013. http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2013_4_exercic_egroupe_panel2mgpdl.pdf
- 40 - Koppe H. Self care strategies for doctors. Making changes. *Aust Fam Physician* 2002; 31(5): 569-572.
- 41 - Brondt A, Sokolowski I, Olesen F, Vedsted P. Continuing medical education and burnout among Danish GPs. *Br J Gen Pract* 2008; 58(546): 15-19.
- 42 - ORS Pays de la Loire, URPS-ml Pays de la Loire. Enquête de victimation auprès des médecins généralistes des Pays de la Loire n°11, 2015. http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2015_11_victimation_panel3mgpdl.pdf.
- 43 - Epsilon INSEE. L'emploi du temps des médecins généralistes libéraux. Diversité objective et écarts de perception des temps de travail n°15, 2010. <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/13387/1/article201015.pdf>
- 44 - INSEE. Une photographie du marché du travail en 2013. N°1516. Septembre 2014. http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1516
- 45 - Micheau J, Molière E, Sens P, Drees. Dossiers Solidarité et Santé. L'emploi du temps des médecins libéraux. Diversité objective et écarts de perception du temps de travail n°15, 2010. <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/article201015.pdf>
- 46 - Galam E. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives. Commission Prévention et santé publique. URML Île-de-France, juin 2007.

47 - Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Epuisement professionnel chez les médecins généralistes, *Presse Med* 2004 ; 33 : 1569-74.

48 - Drees.Santé.Gouv. Etude DREES URML FNORS – Panel d’observation des pratiques et des conditions d’exercice en médecine générale – 2012. <http://www.drees.sante.gouv.fr/le-panel-d-observation-des-pratiques-et-des-conditions-d,11016.html>.

49 – Rapport de la Commission nationale permanente du Conseil National de l’Ordre des Médecins, *Le médecin malade*, juin 2008. <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/lemedecinmalade.pdf>

50 - Forsythe M, Calnan M, Wall B. Doctors as patients: postal survey examining consultants and general practitioners adherence to guidelines. *BMJ* 1999; 319 : 605-8.

VII. LISTE DES FIGURES

Figure 1. Diagramme de flux de l'étude

Figure 2. Répartition, par classes d'âge et de sexe, des médecins généralistes du Maine et Loire et de l'échantillon constitué pour ce département (en pourcentage de chaque effectif)

Figure 3. Répartition, par classes d'âge et de sexe, des médecins généralistes de la Sarthe et de l'échantillon constitué pour ce département (en pourcentage de chaque effectif)

Figure 4. Répartition, par classes d'âge et de sexe, des médecins généralistes de la Mayenne et de l'échantillon constitué pour ce département (en pourcentage de chaque effectif)

Figure 5. Répartition des scores de l'échelle CES-D en fonction du sexe

Figure 6. Répartition du temps de travail en fonction du sexe

Figure 7. Effectifs en fonction du degré de satisfaction de la vie familiale des médecins

Figure 8. Effectifs en fonction du degré de satisfaction de la vie professionnelle des médecins

Figure 9. Fréquences des pathologies chroniques en fonction de l'âge

VIII. LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques socioprofessionnelles et démographiques des médecins généralistes par département

Tableau II : Lien entre les variables sociodémographiques et la dépression

Tableau III : Lien entre les variables professionnelles et la dépression

Tableau IV : Ressenti des médecins

Tableau V : Prise en charge de la santé des médecins

Tableau VI : Interlocuteurs choisis par les médecins pour parler de leur souffrance

Tableau VII : Résultats de la régression logistique multivariée

IX. TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	12
II. MATERIELS ET METHODES	14
1) CHOIX DU RECRUTEMENT	14
2) CONCEPTION DU QUESTIONNAIRE (ANNEXE I).....	15
3) RECUEIL DE DONNEES.....	17
4) ANALYSES STATISTIQUES	17
III. RESULTATS	19
1) CONSTITUTION DES ECHANTILLONS	19
2) CARACTERISTIQUES SOCIOPROFESSIONNELLES ET DEMOGRAPHIQUES DE L'ECHANTILLON	22
3) LIEN ENTRE LES VARIABLES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET LA DEPRESSION	23
4) LIEN ENTRE LES VARIABLES PROFESSIONNELLES ET LA DEPRESSION	25
5) RESSENTI DES MEDECINS	27
6) LIEN ENTRE LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTE DES MEDECINS ET LA DEPRESSION	29
7) CONNAISSANCE DE L'EXISTENCE DES STRUCTURES DE SOINS	30
8) REGRESSION LOGISTIQUE MULTIVARIEE	31
IV. DISCUSSION	32
V. CONCLUSION	39
VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	40
VII. LISTE DES FIGURES	44
VIII. LISTE DES TABLEAUX	45
IX. TABLE DES MATIERES	46

ANNEXE I : Questionnaire

Dans le cadre de notre thèse, nous avons choisi de nous intéresser à la santé au travail et plus précisément à la souffrance psychique. Nous vous remercions de consacrer environ 6 minutes pour répondre précisément à ce questionnaire. Vos réponses demeureront strictement confidentielles et l'analyse des données anonymes tout au long de ce travail. Après la soutenance de la thèse, nous nous engageons à vous faire parvenir les résultats par mail si vous le souhaitez. Nous vous remercions de contribuer à l'amélioration de la santé des médecins.

- Age : Sexe : Nombre d'enfant :
- Statut matrimonial : Marié(e) Divorcé(e) Concubinage Veuf(ve)
 Pacsé(e) Célibataire
- Lieu d'exercice : Urbain (commune > 2000 Hab.) Rural (commune < 2000 Hab.)
- Type de cabinet : Individuel De groupe
- Secrétariat : Absence Téléphonique Présence d'une secrétaire
- Temps de travail hebdomadaire :
- Nombres de patients vus par semaine :
- Nombre de jours ouvrés de vacances par an :
- Nombre de gardes annuelles :

- ATTENTION concernant la grille de réponse ci-dessous :

- Merci de cocher une réponse par item.

- Les items de cette grille s'appliquent uniquement à la **SEMAINE** écoulée.

	Jamais, très rarement (moins d'un jour)	Occasionn ellement (1 à 2 jours)	Assez souvent (3 à 4 jours)	Fréquemment; tout le temps (5 à 7 jours)
1-J'ai été contrarié(e) par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas :				
2-Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit :				
3-J'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis :				
4-J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres :				
5-J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais :				
6-Je me suis senti(e) déprimé(e) :				
7-J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort :				
8-J'ai été confiant(e) en l'avenir :				
9-J'ai pensé que ma vie était un échec :				
10-Je me suis senti(e) craintif(ve) :				
11-Mon sommeil n'a pas été bon :				
12-J'ai été heureux(se) :				
13-J'ai parlé moins que d'habitude :				
14-Je me suis senti(e) seul(e) :				
15-Les autres ont été hostiles envers moi :				
16-J'ai profité de la vie :				
17-J'ai eu des crises de larmes :				
18-Je me suis senti(e) triste :				
19-J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas :				
20-J'ai manqué d'entrain :				

- Appartenez-vous à un groupe d'échange professionnel? Oui Non
- Qui est votre médecin traitant ? Vous même Un confrère Vous n'en avez pas
- Ressentez-vous un isolement : Professionnel Social Familial Aucun
- Présentez-vous une pathologie somatique chronique (douleur chronique/pathologie invalidante) ? Oui/ Non
- Pensez-vous avoir une reconnaissance suffisante de la part de vos patients ? Oui/ Non

Sur une échelle allant de 0 (pas du tout satisfait) à 10 (totalement satisfait), entourez le chiffre correspondant à votre degré de satisfaction concernant :

- Votre vie familiale:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- Votre vie professionnelle :	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Dans les 12 derniers mois, avez-vous :

- été victime d'un contentieux : Administratif Judiciaire Ordinal Aucun
- été victime d'une agression physique ou verbale par l'un de vos patients ? Oui Non
- constaté une augmentation de votre charge de travail ? Oui Non

- Si vous avez été en souffrance psychique, quel impact négatif a-t-elle eu sur votre activité professionnelle?

- Erreurs diagnostiques Erreurs thérapeutiques Difficulté relationnelle avec les collègues Arrêt de l'activité Difficulté d'écoute/d'empathie Aucun

- Actuellement, prenez-vous : Anxiolytiques Hypnotiques Thymorégulateurs Antidépresseurs Antipsychotiques Aucun

- Si vous prenez l'un de ces traitements ci dessus, la prescription est-elle faite par :

- Vous-même Un confrère médecin généraliste Un psychiatre Autre médecin

- Vers qui vous tourneriez-vous pour parler de votre souffrance ?

- Famille Médecin Psychologue Visiteur médical Patient Secrétaire Aucun

- Savez-vous que des structures de soins psychologiques pour les médecins existent ? Oui Non

Si vous souhaitez recevoir les résultats de notre étude, merci de nous en faire la demande par mail à l'adresse suivante : these.depression.mg.sarthe@gmail.com. Ne nous donnez pas votre adresse mail via ce questionnaire afin de vous garantir l'anonymat.

Si vous pensez avoir besoin d'aide, pour une écoute ou une prise en charge, vous pouvez vous mettre en relation:

- au [0826.004.580](tel:0826.004.580) (numéro vert) avec une association de médecins l'AAPML (Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux). Ce numéro de téléphone est joignable 24h/24 et 7j/7 avec une assistance psychologique par téléphone, anonyme et confidentielle. Il permet l'orientation si nécessaire, vers un psychologue ou toute autre structure ou réseau proposant une prise en charge adaptée
- au [02.41.35.32.43](tel:02.41.35.32.43) ou au [02.41.35.32.44](tel:02.41.35.32.44) au Département de Psychiatrie du CHU d'Angers, où la prise en charge est également confidentielle.

Commentaires libres :

ANNEXE II : Commentaires libres du questionnaire

« 64 ans. Retraite prévue le 31.03.2015 Satisfait de mes années de vie d'exercice en cabinet de groupe. Dépité du nombre croissant de références à gérer et des demandes répétitives des patients sur le versant social. »

« CRCI en 2011-2012 : aucune condamnation. Patiente déboutée mais déstabilisation et perte de confiance. Objectif : retraite fin 2015. Tenir d'ici là, sans faire de fautes ou d'erreurs. Diminution de l'activité, plus de nouveaux patients. »

« J'ai vraiment frôlé le burn-out en janvier et février car pas de vacances depuis l'été, surcharge administrative, patients plus exigeants. Epuisement... Continuer à avancer jusqu'à ce qu'il m'arrive quelque chose. Une de mes patientes est décédée d'une embolie pulmonaire alors que je la soignais pour une pneumopathie qui s'était améliorée cliniquement et radiologiquement. Cela m'a permis de me remettre en cause, de chercher ce que je n'avais pas su écouter et de comprendre qu'avant de m'arriver quelque chose, il pourrait arriver quelque chose de grave à mes patients. Je pense être capable de m'arrêter avant le burn-out. »

« Surcharge de travail en 2011 (70-80h/semaine). Erreur de diagnostic ayant entraîné le décès d'un patient... Depuis antidépresseur et changement de rythme de travail mais ce n'est plus la même chose. »

« Trop de charge administratives. »

« La souffrance psychologique vient surtout du travail qui est assez solitaire, du nombre de tâche à effectuer lors d'une consultation, au désir d'une organisation de travail différente. »

« Je tiens à signaler le contentieux ordinal que j'ai eu avec une pharmacienne nouvellement installée qui modifiait mes ordonnances sans me contacter et le manque de soutien au niveau du Conseil de l'Ordre qui a seulement voulu apaiser le conflit. Heureusement qu'après 35 ans d'installation j'ai "le cuir un peu tanné" et que ma situation personnelle est actuellement favorable. »

« Antécédent de dépression pendant mes études (préparation du concours de l'internat). J'essaye actuellement de respecter mon seuil de tolérance à la charge de travail en multipliant les congés en cas de besoin. J'ai la chance d'avoir un mari hyperdisponible, et regrette seulement de n'avoir pas été plus impliquée physiquement pour l'éducation de mes enfants qui maintenant sont grands et me reproche mes absences. Pour le reste, je suis épanouie dans mon travail. Sinon je prends des vacances. »

« J'ai eu un arrêt long, 14 mois pour un cancer. Garder le contact avec mes associés. La rencontre avec le président du conseil de l'ordre m'a aidé à reprendre le travail. »

« Dans les périodes difficiles de ma vie, le travail et la reconnaissance ont toujours été très structurant. »

« RAS. La vie est belle. On nous pompe notre fric et on fait de plus en plus d'administratifQue demander de mieux !!! »

« Pour les gardes je me fais remplacer au maximum. »

« J'ai la chance d'exercer en ville, de pouvoir prendre souvent des arrêts pour faire les activités extra-médicales qui me plaisent, me permettent de "sortir " du cabinet et avoir des loisirs intéressants. Les activités extérieures sont fondamentales. Mon secrétariat téléphonique est important pour ne pas se sentir seule et avoir des consultations sereines. L'organisation du cabinet et notre attitude vis à vis des patients me semble primordiales pour ne pas se faire déborder. Bonne chance pour votre thèse, le sujet est tout à fait d'actualité. »

« J'ai créé mon cabinet en janvier 2014. Il s'agit d'un nouveau cabinet et donc d'une création de patientèle. La charge de travail actuelle est faible (environ 10 patients par jour pour l'instant, en cours d'augmentation...), et je ne travaille que 2 ou 3 jours par semaine, à mi-temps avec mon associée. »

« Marre de la charge de travail sans reconnaissance notamment financière (pas d'augmentation de mon bénéfice depuis quelques années malgré une augmentation du chiffre d'affaire). Je suis fatigué par la charge administrative et les demandes incessantes. »

« Bien sûr il s'agit d'un sondage de part sa simplification ce qui biaise un certain nombre de choses - nous sommes 8 au cabinet; sans faire partie d'un "groupe d'échanges", ce dernier existe des facto et joue un grand rôle de protection - mon épouse est médecin généraliste dans le même groupe... si bien que certaine de mes réponses cachent une réalité autre - J'ai souvent répondu jamais, alors que j'aurais pu mettre rarement mais pour vous rarement c'est 1 ou 2 jours par semaine....ce qui me paraît tout de même très significatif et sort du "rarement". Bon courage ! »

« Travail difficile, prenant, accaparant tout votre temps, rendu de plus en plus pénible par les contraintes administratives et le manque de médecins, bouffant la vie familiale mais ô combien riche en expériences diverses. Dans de telles conditions, il ne peut s'envisager que si l'on accepte la charge inhérente à une telle activité. L'autre dans toute la complexité de son altérité dans l'unique but de tenter de lui apporter aide et compréhension. »

« Merci pour ce questionnaire précieux, ça fait du bien de savoir qu'on est pas seul à souffrir de difficultés. Enfin merci pour ces numéros dont nous ne connaissons pas l'existence. Bon courage pour cette thèse ! »

« Félicitations pour le sujet de cette thèse ! Le nombre de congés que j'ai pris pour l'année 2014 est de 25 jours en raison d'une absence pour formation (DIU). Cependant c'est pour l'année 2014-2015 que je prends 35 jours. Je suis remplacée une journée par semaine + 1 samedi sur 2 (je n'ai pas comptabilisé le temps de travail et le nombre de patients de ces jours-là dans votre questionnaire) mon secrétariat téléphonique est partiel (utilisé uniquement en mon absence du cabinet). »

« Je pense que je me tournerais vers un confrère psychiatre, si vraiment je me sentais en souffrance psychologique, mais je n'en suis pas si certaine, espérons que le cas ne se présentera pas. J'ai noté que j'avais l'impression de ne pas avoir assez de reconnaissance des patients; je pense que le manque de reconnaissance dans le travail ne concerne hélas pas seulement notre profession; je ne peux pas dire que je souffre de ce manque de reconnaissance, mais il est vrai que dans mon activité, je vois peu de patients par heure parce que j'essaie d'être à l'écoute des patients et d'approfondir les choses, et c'est vrai que c'est un peu frustrant parfois de n'avoir pas plus de reconnaissance de la part des patients par rapport à d'autres médecins qui voient 8 à 10 patients par heure. »

« On est miné par les tracasseries administratives comme essayer de récupérer les honoraires et l'accessibilité des handicapés Que des stress imposés par l'état, sans soutien des ordres ... »

« Bravo et merci pour ce travail. »

« Délicat de mettre la "souffrance psychique" seulement sur le compte de la profession. En effet avons-nous tous une soupape de sécurité familiale ou de loisirs? A l'inverse est-ce que nos soi-disant soupapes n'en rajoutent-elles pas parfois au mal être lorsqu'elle ne peuvent pas remplir le rôle qu'on leur souhaiterait? Toujours est-il que l'impression de manque de valorisation de notre profession par les instances politiques et administratives est de plus en plus perçue par la profession. Paradoxalement le généraliste se rend bien compte que le soin de premier recours à une réelle valeur pour les patients, ce qui le tient à son poste, heureusement. Mais un sentiment réconfortant ne peut pas faire face éternellement à la charge administrative croissante, la répartition des certaines tâches vers les professionnels paramédicaux (et autres disciplines "à la mode française" qui aimeraient bien s'y rattacher, car déjà valorisées par une prise en charge par les mutuelles privées). Manque d'intérêt intellectuel parfois, perte d'attrait financier aussi, absurdité d'un système global (Parisien) pensant ainsi faire des économies en diminuant la facilité d'accès aux soins primaires pour la population (de province). Bref, c'est exaspérant, mais pas encore au point de me déprimer, pour ma part. Bon courage, et vivent les soins primaires. »

« Bon courage pour votre thèse ! Et bonne réussite ! »

« Pré-retraite actuelle: travail à 2/3 de temps pour passer à 1/3 l'année prochaine. Malgré les contraintes administratives grandissantes la médecine générale reste le plus beau métier du monde! »

« J'ai relevé le numéro vert!!! Je n'ai pas appelé... »

« Ma situation est particulière. Je travaille beaucoup mais c'est par obligation du fait de problèmes personnels (divorce avec malversations. D'un autre côté je fais un travail qui me convient tout à fait avec des perspectives d'amélioration très proche. Donc je dirais que je suis dans une prison dorée dont je vais m'extraire très prochainement avec une femme qui m'apporte beaucoup. »

« Inquiétude sur l'avenir liée au tiers payant généralisé, à ses conséquences sur le risque d'augmentation du travail administratif et à la baisse de salaire qui m'obligerait peut être à travailler plus... ce que je ne souhaite pas tenant à préserver mon équilibre entre vie privée et professionnelle... »

« Quid de l'alcool et des autres substances non citées? »

« Quand j'ai consulté la psychiatre pour la première fois, j'avais déjà commencé par me prescrire un hypnotique et un anxiolytique. Problème familial ancien ressurgissant par le décès d'un proche. Mais je dois avouer que je n'avance plus beaucoup, que cela devient frustrant. »

« Personnellement je ne suis pas déprimé, mais je n'ai pas confiance dans l'avenir de la médecine telle que je la pratique et que je la conçoit. D'où une certaine amertume par rapport aux administratifs de notre beau pays. »

« Les cordonniers sont les plus mal chaussés ! »

« Sensation "chronique" d'un certain niveau d'incompétence dans mon activité professionnelle. Manque "d'allant". Manque de temps pour me former et probablement maintenant manque d'énergie... Mais, je pense avoir toujours de bons rapports avec une majorité de mes patients.

« Ai-je fait des erreurs diagnostiques ou thérapeutiques du fait de mon mal être ? Peut être que oui sincèrement mais je n'ai pas d'exemple en tête, je n'ai pas coché. Je ne prends pas de médoc mais après un " burn-out " alors que j'exerçais en campagne (j'adorai ma patientèle de campagne ...mais trop lourde à porter avec le reste de ma famille) ...j'ai fait une thérapie et me suis installé en ville proche du Samu de... tout. Je revois ma thérapeute de temps en temps. Un de mes enfants souhaite faire des études de médecine... je lui déconseille (alors que j'adore ce que je fais !) le prix à payer me semble trop lourd ! »

« Ce questionnaire ne tient pas compte des antécédents et ne s'adresse qu'à l'instant présent, je crains une sous estimation du vécu et du parcours pour aboutir aux réponses du présent. »

« Je suis bien dans les baskets que je ne porte pas, j'ai atteint l'âge de la retraite mais je rempile pour quelques années, pour de nombreuses raisons, dont le plaisir que je retire de mon exercice professionnel, même s'il pourrait être plus rationnel, et mieux reconnu des acteurs politiques. Mais toutes les conneries qu'on fait faire nous permettent de nous reposer entre les consultations à forte valeur médicale ajoutée. Bon courage ! »

« D'une certaine façon je regrette le temps où j'étais de garde 24h/24 5 jours par semaine, mais que je ne pourrais plus assumer. D'autre part, je suis très pessimiste quant à l'avenir de la profession de généraliste et plus globalement de la médecine en particulier en raison de la prise en charge des patients dans certains hôpitaux surtout périphériques. Il y a bien sûr un ressenti de harcèlement des caisses, des autorités politiques et administratives, médiatiques, et à la moindre occasion ordinale. Est-ce le fait d'exercer, peut être, le plus beau métier qui soit qui rendrait jaloux ? »

« Certes toute la France est atteinte de déprime, de déclinisme ... mais la MG est très mal traitée par la société; les politiques, et les institutionnels: Je le ressens et le constate concrètement au travers d'expériences syndicales; d'enseignement de la MG.... L'approche de la retraite me semble une libération de ce métier (le meilleur de toutes les professions médicales). Libération du mépris évident que l'on peut vivre au quotidien... peu par les patients beaucoup par les médias et les institutions, voir pas les spécialistes d'organe surtout hospitalier... et peut-être par les internes en MG (si si!) qui finissent pas ne pas s'installer : « comment peuvent-ils travailler dans ses conditions ? » disent certains d'entre eux. Bon courage pour cette thèse. »

« En ce qui me concerne le décès difficile de ma mère cumulé avec le burn-out de mon mari également médecin et des prises en charge difficiles de patient m'ont conduit à prendre un traitement anti déprimeur sur une courte durée pour éviter des conséquences sur mon travail. Le travail personnel avec le psychiatre que je vois est très important et enrichit mes performances professionnelles. Par ailleurs je suis maître de stage et cela stimule et épanouit beaucoup. »

« La non reconnaissance de la souffrance physique est de plus en plus importante, cela peut nous mettre dans des situations à risque (psychologique) du fait d'une fragilité (physique). On parle peu du médecin malade... »

« J'ai eu une alerte psychosomatique par épuisement lors d'une soirée de mariage consécutive à une suractivité (50patients/jour), j'ai donc décidé de travailler moins dans la mesure du possible avec repos tout les jeudis. »

« J'ai parfois, surtout en cette saison, une sensation de fatigue qui influe parfois sur mon moral et de manque de temps pour moi. Cependant je suis maitre de stage et je montre à mes internes une médecine globale (med gen. homéopathie- mésothérapie) qui est intéressante et les patients me rendent bien les services que je leurs donne. J'adapte mon activité avec du sport, des rencontres amicales et je peux dire que j'ai (moyennant quelques sacrifices de temps) un exercice solitaire certes mais agréable. J'ai aussi une activité d'urgentiste à l'hôpital du Bailleul qui me permet de me remettre en cause avec les urgences et de rencontrer des collègues et jeunes internes et de participer à leur formation en même temps que la mienne .Je suis toujours aussi enthousiaste de ma profession. »

« Finalement ça va pas si mal que ça! Aujourd'hui, à l'approche des vacances? »

« Charge de travail en rapport avec la démographie médicale constitue ma seule vraie crainte dans l'avenir. »

« Burn-out début 2013 avec rechute décembre 2013 puis juin 2014 et problème somatique ajouté (arrêt 3 mois)
TOUT VA BIEN MAINTENANT Bonne thèse ! »

« J'ai connu une période de souffrance importante liée à ma charge de travail en tant que MG il y a plusieurs années, et la solution (inconsciente au départ) a été pour moi de m'orienter vers une pratique différente à mi-temps (addictologie), ce qui m'a amené à travailler dans le public à mi-temps, donc à laisser mon cabinet chaque midi pour en sortir, passer des DU, faire des formations, rencontrer d'autres professionnels, prendre beaucoup de plaisir à ce nouvel exercice. Du coup, la pratique en médecine générale m'est devenu beaucoup plus légère, je garde encore ce mi-temps libéral pour ne pas perdre l'expertise acquise au fil du temps, maintenir l'emploi de ma secrétaire, ne pas laisser tomber mes vieux patients, pouvoir garder un niveau de revenus compatible avec mes charges financières. Ceci dit, je me suis interrogé fortement sur l'abandon de la médecine générale, et le dernier point (impact financier) a sans aucun doute été déterminant. Autrement dit, j'ai pu échapper au burn-out en faisant moins de médecine générale... et j'ai été à deux doigts de ne plus en faire du tout (je continue à m'interroger périodiquement). »

« Grosse pression institutionnelle nous conduisant à une grève ô combien pédagogique , résultant de la loi HPST promulguée par une chansonnière humoriste et ligérienne , évoluant sur D8 . Avec Marisol c'est du pareil au même. »

« De nombreux médecins savent dire aujourd'hui "je ne prends plus de nouveaux patients" mais certains peut-être n'osent pas le dire... La multiplication des actes n'est-elle pas addictive ? L'exercice professionnel est-il vraiment la seule cause du mal-être ? »

« Bon courage à supporter certains patients exigeants et ignorants à la fois. »

« Merci pour ce travail, le choix du sujet et les résultats que nous lirons attentivement. Bon courage »

Résumé :

Les pathologies psychiatriques des médecins sont considérées depuis plusieurs années, en France et à l'étranger, comme une préoccupation majeure mais reste encore tabou au sein de la population médicale. Le but de l'étude a été d'évaluer la fréquence de la symptomatologie dépressive des médecins généralistes ainsi que l'influence des variables socioprofessionnelles. Il s'agit d'une étude isolée, descriptive, transversale. Nous avons inclus 180 médecins généralistes, installés, exerçant en Maine et Loire, Sarthe et Mayenne. Après randomisation, l'échantillonnage a été réalisé par la méthode des quotas, selon des classes d'âge et de sexe. À l'aide d'un questionnaire, nous avons recueilli des variables sociodémographiques et professionnelles, le ressenti des médecins sur leur pratique, nous avons évalué la présence d'une symptomatologie dépressive par le biais d'une échelle auto-évaluative (CES-D) ainsi que la qualité de leur prise en charge médicale. L'étude révélait que 18,3% des médecins présentaient une symptomatologie dépressive. Les médecins de sexe masculin, ayant un temps de travail hebdomadaire significativement plus important, un sentiment de reconnaissance insuffisante de la part de leurs patients, ou ressentant un isolement socioprofessionnel ou familial étaient significativement plus déprimés que leurs confrères. A contrario, exercer en milieu rural ou dans un cabinet de groupe, ainsi qu'avoir une secrétaire se révélaient être protecteur vis-à-vis de la dépression. Par ailleurs, les médecins déprimés prenaient quatre fois plus de psychotropes et s'automédiquaient dans 90% des cas. Cette étude est la première à évaluer la dépression chez les médecins généralistes en Maine et Loire, Sarthe et Mayenne. Le taux de dépression dans notre étude est plus de deux fois supérieur à celui de la population générale française.

Mots clés : Médecin généraliste, dépression, CES-D, automédication, psychotropes.