

## COMMUNICATION

### La santé somatique des médecins

MOTS-CLÉS : MÉDECINS. ENQUÊTES DE SANTÉ. CAUSE DE DÉCÈS

### *Physical health status of physicians*

KEY-WORDS : PHYSICIANS. HEALTH SURVEYS. CAUSE OF DEATH

Jean-François GEHANNO \*

**L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en relation avec le contenu de cet article.**

## RÉSUMÉ

*La santé somatique des médecins a fait l'objet de nombreuses interrogations depuis le début du XX<sup>e</sup> siècle, et d'un nombre conséquent de publications. Si les plus anciennes d'entre elles étaient alarmantes, la grande majorité des études s'accorde désormais sur le fait que les médecins ont globalement une mortalité et une morbidité moindre que celle de la population générale, en particulier pour les cancers du poumon et les pathologies cardio-vasculaires ou respiratoires. C'est le reflet d'habitudes de vies plus saines (moins de tabagisme) mais également éventuellement d'un biais de sélection. Ce tableau, rassurant, ne doit pas masquer des disparités selon les spécialités et l'incidence parfois plus élevée de pathologies spécifiques de certaines expositions professionnelles. Il ne doit pas non plus occulter la mauvaise préparation des médecins à devenir des patients (absence de médecin traitant, autodiagnostic, auto traitements, participation insuffisante aux programmes de dépistage, etc.).*

## SUMMARY

*Physical health of physicians has been a matter of concern since the beginning of the 20th century, and therefore many papers were published about it. Whereas the oldest ones were alarming, most of the studies performed in the last decades have concluded that the physicians have lower morbidity and mortality ratios than the general population, especially for lung cancers, cardio-vascular or respiratory diseases. It reflects a healthier life style*

\* CHU de Rouen, 1 rue de Germont, 76000 Rouen

Tirés à part : Professeur Jean-François GEHANNO, même adresse

Article reçu le 1<sup>er</sup> septembre 2016, accepté le 19 septembre 2016

*(physicians smoke less), but may be also the consequence of a selection bias. This comforting picture should not hide the disparities that exist, in mortality or morbidity among specialties, and a sometimes higher incidence of diseases related to specific occupational exposures. It must not either hide the fact that physicians are not prepared to become patients (most of them are their own doctor, self-diagnosis and self-treatment are common, they tend to make less use of primary health care and of some screening programs...).*

« Si vous vous êtes jamais demandé comment des individus arrivent à travailler avec des malades en restant eux même en bonne santé ... la réponse est qu'ils ne peuvent pas ».

Pour lapidaire et provocatrice qu'elle soit, cette assertion, formulée en 1976 par Jeanne Mager Stellman, éditrice en chef de la 4<sup>e</sup> édition de l'*Encyclopedia of Occupational Health and Safety*, avait le mérite de relancer le débat sur la santé des soignants en général, et des médecins en particulier. Elle reposait sur une littérature déjà importante, mais parcellaire et parfois ancienne.

De nombreuses publications se sont intéressées depuis à la santé, somatique et psychique, des médecins avec une accélération depuis les années 90 en raison du lien, longtemps ignoré mais désormais avéré, entre leur santé et la qualité des soins prodigués aux patients [1-3].

Après un bref aperçu démographique, nous tenterons ainsi de brosser le tableau de la santé somatique des médecins, la santé psychique faisant l'objet d'un autre exposé.

Entre 1979 et 2016, le nombre de médecins est passé en France de 118 842 à 285 840 soit une augmentation de 140 % [4]. Ce chiffre global masque pourtant d'importantes disparités régionales. Ainsi, au 1<sup>er</sup> janvier 2016, la densité médicale métropolitaine moyenne était de 284,4 médecins pour 100 000 habitants, avec des extrêmes de 232,7 médecins pour 100 000 habitants en région Centre et 350 médecins pour 100 000 habitants en région PACA.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2016, les médecins inscrits en activité régulière au tableau de l'Ordre étaient âgés en moyenne de 51,3 ans, mais les médecins âgés de 60 ans et plus représentaient 27,1 % des effectifs alors que les médecins âgés de moins de 40 ans ne représentaient que 18,6 % des effectifs.

Les médecins généralistes constituent le plus fort contingent, le tableau de l'Ordre en recensant 88 886 en activité régulière, tous modes d'exercice confondus. Ils sont âgés de 52 ans, en moyenne, mais 27,3 % sont âgés de 60 ans et plus, alors que les moins de 40 ans ne représentent que 16 % des effectifs. C'est une population majoritairement masculine (54 %).

En termes de modes d'exercice, on constate un équilibre entre médecins salariés (45,8 %) et libéraux exclusifs (43,9 %). Les 10,3 % des médecins restant allient un exercice mixte, libéral et salarié.

Pour tenter d'apprécier la santé des médecins, une des plus anciennes approches a consisté à étudier la mortalité de cette population particulière.

Trois études successives ont ainsi été menées aux États-Unis, sur les registres des médecins américains, en 1925, 1938-1942 et 1949-1951 [5-7]. Deux d'entre elles montraient qu'après ajustement sur l'âge, l'espérance de vie des médecins était notablement supérieure à celle des hommes de la population générale, la troisième n'observant pas de différence significative.

Williams et *coll.* ont utilisé une approche différente, en suivant jusqu'en 1970 l'évolution de 1193 étudiants en médecine diplômés d'Harvard entre 1923 et 1944 [8]. Ils ont confirmé la moindre mortalité des médecins par rapport à la population générale de même origine ethnique.

Ces résultats ont été reproduits par la suite dans différentes études. L'analyse des décès des médecins américains entre 1984 et 1995 a ainsi montré leur meilleure espérance de vie (73 ans pour les médecins d'origine caucasienne et 68,7 ans pour les afro-américains) que les actifs dans d'autres professions [9].

Toutes ces études présentaient toutefois une limite notable, celle de comparer les médecins à la population générale, alors qu'ils constituent un groupe socio-économique spécifique. Williams et *coll.* postulaient ainsi déjà en 1971 que la moindre mortalité des médecins pouvait résulter d'un biais de sélection [8]. La comparaison de leur mortalité avec des groupes professionnels de niveau socio-économique comparable, réalisée ultérieurement, a apporté du crédit à cette hypothèse en donnant des résultats plus contrastés. Ainsi, si l'étude américaine de Frank et *coll.* montrait que les médecins américains avaient une espérance de vie supérieure aux avocats [9], une étude finlandaise a rapporté un excès de mortalité par rapport aux architectes ou aux ingénieurs [10].

Plusieurs études ont tenté d'apprécier plus finement les causes de mortalité, ou de morbidité, des médecins, soit par type de pathologie, soit par spécialité.

Une des premières, publiée en 1926 et portant sur 134 361 médecins, a observé que la mortalité spécifique par maladies cardio-vasculaires, pneumopathie et diabète était supérieure à celle des actifs américains d'âge équivalent [5]. Les études ultérieures ont toutefois montré des résultats disparates, un excès de mortalité par maladies cardiovasculaires ayant été confirmé en 2000 chez les médecins américains [9], mais pas chez des médecins anglais, estoniens ou coréens [11-13]. Les études menées au cours des dernières décennies ne retrouvaient par ailleurs pas d'excès de mortalité par diabète ou maladies respiratoires chez les médecins par rapport à la population générale.

La mortalité par cancer chez les médecins est, dans la majorité des études publiées, inférieure à celle de la population générale [10, 11], en raison d'une moindre incidence du cancer du poumon [14, 15]. La consommation de tabac, historiquement élevée dans cette population, avait d'ailleurs été rendue responsable d'un excès de maladies cardio-vasculaires ou respiratoire dans l'étude anglaise de Doll et Peto en 1977 [16]. Des études finlandaises [14], américaines [17], irlandaises [18], suisses [19] ou françaises [20], ont néanmoins montré que cette consommation était

désormais moins importante chez les médecins que dans la population générale, à l'exception de la Grèce [21].

Cette faible incidence du cancer du poumon peut toutefois masquer les effets de certaines expositions professionnelles spécifiques (rayonnements ionisants, risques infectieux ou travail de nuit, par exemple). Une étude Taïwanaise récente sur une cohorte de 22 309 médecins a ainsi montré une moindre incidence globale des cancers, par rapport à la population générale (HR = 0,73 ; IC95 % 0,70-0,76), avec toutefois une incidence significativement supérieure des cancers de la thyroïde, de la prostate et du sein [22]. Cet excès de cancers du sein chez les femmes médecins avait également été retrouvé en Estonie [12].

Outre les expositions professionnelles, les autres addictions que le tabagisme peuvent également jouer un rôle. Ainsi, la consommation d'alcool des médecins est, selon plusieurs études, supérieure à celle de la population générale [18, 23]. Cette observation a d'ailleurs également été faite chez les étudiants en médecine [24].

Cette addiction ne peut être considérée comme indépendante de la charge de travail et des contraintes psychiques qui pèsent sur les médecins. Plusieurs études, dont certaines anciennes, ont d'ailleurs montré avec une certaine constance un excès de suicide chez les médecins [7, 9, 25].

Les troubles musculo-squelettiques, autrement appelés pathologies d'hyper-sollicitation, ne sont pas l'apanage des « cols bleus » et touchent également les médecins, qui sont exposés, selon leur spécialité, à des postures contraignantes (chirurgiens, dentistes), à des gestes répétitifs (échographistes), à une station assise, ou au contraire debout, prolongée [26-30].

Outre l'approche par pathologie, plusieurs études ont tenté de rechercher l'effet de la spécialité exercée sur la mortalité ou la morbidité des médecins.

Une des premières, réalisée aux États-Unis entre 1923 et 1970, notait que les médecins avaient une mortalité significativement supérieure aux chirurgiens, dans les 25 premières années d'exercice, mais que cette différence disparaissait par la suite [8].

Toutefois, des analyses ultérieures de mortalité par discipline ont montré des différences parfois importantes. Une étude portant sur une cohorte historique de 20 526 médecins anglais a ainsi observé un excès de mortalité par cirrhose chez les anesthésistes [11]. L'exploitation des causes de mortalité de 26 086 médecins Suédois entre 1993 et 1999 a par ailleurs mis en évidence que la mortalité des pédiatres et des anesthésistes était, respectivement, inférieure de 24 % et supérieure de 46 % à la mortalité moyenne des médecins [31]. Cet excès de mortalité des anesthésistes avait également été démontré par comparaison aux internistes dans une étude américaine antérieure [32]. Toutefois, d'autres études, au Danemark, en Norvège, en Finlande ou aux États-Unis n'ont pas mis en évidence de surmortalité ou de mortalité prématurée des anesthésistes par rapport à d'autres spécialités [33-36].

Les radiologues ont également fait l'objet d'une attention spécifique. Ce groupe professionnel a en effet payé un lourd tribut aux progrès de l'imagerie dès la fin

du XIX<sup>e</sup> siècle, pour des pathologies déterministes (radiodermites, nécroses des extrémités), mais également stochastiques (leucémies, tumeurs cutanées et tumeurs du sein), bien que leur identification ait été plus tardive [37, 38]. Une étude britannique, menée sur 1 338 radiologues masculins ayant débuté leur carrière entre 1897 et 1954, avait ainsi mis en évidence un excès de mortalité par cancer significatif par rapport à la population générale, mais également par rapport aux autres spécialités médicales, uniquement toutefois chez ceux ayant commencé leur carrière entre 1897 et 1920 [39].

Les radiologues avaient pris très tôt la mesure des dangers et le premier congrès international de radiologie, en 1925, fut à l'origine de la création de la Commission Internationale de Radioprotection en 1928, commission qui a contribué au cours du XX<sup>e</sup> siècle, à faire abaisser progressivement les valeurs limites d'exposition aux rayonnements ionisants, au profit des patients comme des professionnels. Si la radiologie conventionnelle ne génère désormais plus d'exposition significative, le développement de la radiologie et de la cardiologie interventionnelle, ainsi que l'utilisation de l'imagerie dans les blocs opératoires entraîne désormais des expositions des extrémités et des yeux qui peuvent avoir des effets délétères. Le risque de cataracte fait ainsi l'objet d'une attention soutenue. Cette pathologie a été longtemps considérée comme déterministe avec un seuil d'apparition important (2 Grays au cristallin), mais ce seuil est désormais remis en question et la fréquence des cataractes chez les médecins exposés pourrait être en augmentation dans le futur [40]. Une étude scandinave récente menée auprès de 59 médecins a ainsi montré un excès de risque d'opacité sous capsulaire postérieure de 0,13 par tranche de 10 mSv d'exposition cumulée [41].

Enfin, la question du genre fait l'objet d'une littérature croissante, qui observe, pour les femmes médecins, des contraintes et une charge de travail supérieure à celle d'autres femmes de même niveau socio-économique mais également à celle de leurs collègues masculins [42-44].

Outre les études observationnelles portant sur santé somatique des médecins, d'autres approches se sont intéressées à la santé perçue. Ainsi, en France, 80 % des médecins généralistes s'estiment en bonne ou très bonne santé, mais cette proportion est plus réduite que celle des cadres et professions intellectuelles supérieures en activité [20]. De plus, dans une étude récente menée auprès de 7858 étudiants en médecine par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, seuls 75,6 % d'entre eux estimaient leur état de santé bon ou excellent [45]. Ce chiffre chutait même à 69 % pour les étudiants de deuxième cycle des études médicales.

Il ressort au total de ces études que les médecins ont globalement un état de santé plutôt meilleur que celui de la population générale, mais qu'ils ne sont bien sûr pas à l'abri de la maladie, et qu'ils glissent alors du statut de médecin à celui de patient. Sont-ils pour autant de « bons » patients, puisqu'ils sont médecins ?

Les données de la littérature semblent aller contre cette hypothèse et le fait que le médecin soit en général un patient « compliqué » était déjà évoqué dans les années 70 [8].

L'étude, en 1991, d'un échantillon représentatif de 2 610 internistes membres de l'American College of Physicians, avait observé que 50 % des répondants n'avaient pas de médecin personnel et que 55 % n'avaient pas eu d'examen clinique en 3 ans [46]. Bien que 74 % des répondants de 50 ans et plus avaient eu une recherche de sang dans les selles, et 58 % avaient bénéficié d'une sigmoïdoscopie, leurs pratiques des dépistages, pour eux-mêmes, n'étaient pas toujours en rapport avec les recommandations de bonne pratique en vigueur. Cette application insuffisante des préconisations de dépistage a été confirmée dans d'autres études ultérieures, y compris en France [20, 47]. Ainsi, dans l'enquête de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) menée en 2008 sur un panel de 1 900 généralistes, seuls 36 % des hommes et 34 % des femmes de plus de 50 ans avaient réalisé une recherche de sang occulte dans les selles [20].

Une étude récente menée auprès de 141 médecins anglais a par ailleurs noté que 63 % d'entre eux se reposaient sur un autodiagnostic et un auto-traitement [48], confirmant des résultats antérieurs similaires chez des médecins finlandais [49].

Une enquête réalisée en 2008 auprès de 552 médecins libéraux de Haute Normandie, a également montré que moins d'un médecin sur cinq avait désigné un médecin traitant autre que lui-même (26,5 % pour les spécialistes, 15,6 % pour les généralistes ;  $p = 0,01$ ), qui se trouvait être un confrère « ami » dans plus de la moitié des cas. Cette étude a permis de confirmer la difficulté pour un médecin de prendre en charge un confrère car 77 % des répondants estimaient que la relation avec les médecins consultés était influencée par le fait qu'ils soient eux-mêmes médecins, et 62 % des médecins qui avaient des patients eux-mêmes médecins estimaient que cela influençait cette relation médecin-malade particulière [50].

En dépit de leurs problèmes de santé, les médecins ont traditionnellement moins d'arrêt de travail que les autres professionnels. Dans une enquête menée en 1993 parmi 1476 médecins norvégiens, Rosvold et Bjertness avaient ainsi montré que 80 % des participants avaient travaillé dans l'année précédente avec une pathologie pour laquelle ils auraient prescrit un arrêt de travail si cela avait touché un de leurs patients [51]. Ce comportement n'était pas significativement différent chez les médecins salariés par rapport aux médecins libéraux.

Au total, en termes de santé somatique, les médecins ont globalement une mortalité et une morbidité moindre que celle de la population générale, en particulier pour les cancers du poumon et les pathologies cardio-vasculaires ou respiratoires. C'est le reflet d'habitudes de vies plus saines (moins de tabagisme) mais également éventuellement d'un biais de sélection. Ce tableau, rassurant, ne doit pas masquer des disparités selon les spécialités et l'incidence parfois plus élevée de pathologies spécifiques de certaines expositions professionnelles. Il ne doit pas non plus occulter la mauvaise préparation des médecins à devenir des patients (absence de médecin traitant, autodiagnostic, auto traitements, participation insuffisante aux programmes de dépistage ...).

Par ailleurs, la santé psychique du corps médical, traitée dans un autre exposé, est une source croissante de préoccupation, tant pour les médecins que les étudiants en médecine, et doit être mise en relation avec des causes multiples (charge de travail, isolement, manque de reconnaissance, perte du sens du travail) et des conséquences fâcheuses (dépressions, addictions, suicides).

La prise de conscience des médecins de leurs difficultés et des risques qu'ils encourrent, individuellement et collectivement via les conseils de l'Ordre, a entraîné au cours des dix dernières années la création de dispositifs d'aides, d'entre-aide ou d'écoute pour les libéraux, dont on peut espérer qu'ils contribuent à l'amélioration de leur suivi et de leur état de santé.

Pour les médecins salariés, leur utilisation croissante des services de santé au travail témoigne d'une réelle prise de conscience et devrait contribuer également à cet objectif.

Enfin, la formation initiale et continue des médecins doit être renforcée pour mieux les préparer à affronter les difficultés, en termes de santé comme de conditions d'exercices, auxquelles ils seront confrontés.

## RÉFÉRENCES

- [1] Gaba DM, Howard SK. Patient safety: fatigue among clinicians and the safety of patients. *N Engl J Med.* 2002;347(16):1249-55.
- [2] Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet Lond Engl.* 2009;374(9702):1714-21.
- [3] Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: a potential threat to successful health care reform. *JAMA.* 2011;305(19):2009-10.
- [4] Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. 2016. [En ligne] Disponible sur : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_de\\_la\\_demographie\\_medicale\\_2016.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf) (consulté le 27 septembre 2016)
- [5] Emerson H, Hughes HE. Death rates of male white physicians in the United States, by age and cause. *Am J Public Health NYN* 1912. 1926;16(11):1088-93.
- [6] Dublin LI, Spiegelman M. The longevity and mortality of American physicians, 1938-1942; a preliminary report. *J Am Med Assoc.* 1947;134(15):1211-5.
- [7] Dickinson FG, Martin LW. Physician mortality, 1949-1951. *J Am Med Assoc.* 1956; 162(16):1462-8.
- [8] Williams SV, Munford RS, Colton T, Murphy DA, Poskanzer DC. Mortality among physicians: a cohort study. *J Chronic Dis.* 1971;24(6):393-401.
- [9] Frank E, Biola H, Burnett CA. Mortality rates and causes among U.S. physicians. *Am J Prev Med.* 2000;19(3):155-9.
- [10] Rimpelä AH, Nurminen MM, Pulkkinen PO, Rimpelä MK, Valkonen T. Mortality of doctors: do doctors benefit from their medical knowledge? *Lancet Lond Engl.* 1987; 1(8524):84-6.
- [11] Carpenter LM, Swerdlow AJ, Fear NT. Mortality of doctors in different specialties: findings from a cohort of 20000 NHS hospital consultants. *Occup Environ Med.* 1997;54(6):388-95.

- [12] Innos K, Rahu K, Baburin A, Rahu M. Cancer incidence and cause-specific mortality in male and female physicians: a cohort study in Estonia. *Scand J Public Health*. 2002;30(2):133-40.
- [13] Shin Y-C, Kang J-H, Kim C-H. (Mortality among medical doctors based on the registered cause of death in Korea 1992-2002). *J Prev Med Public Health Yebang yihakhoe Chi*. 2005; 38(1):38-44.
- [14] Asp S, Hernberg S, Collan Y. Mortality among Finnish doctors, 1953-1972. *Scand J Soc Med*. 1979;7(2):55-62.
- [15] Juel K, Mosbech J, Hansen ES. Mortality and causes of death among Danish medical doctors 1973-1992. *Int J Epidemiol*. 1999;28(3):456-60.
- [16] Doll R, Peto R. Mortality among doctors in different occupations. *Br Med J*. 1977 4; 1(6074):1433-6.
- [17] Frank E, Brogan DJ, Mokdad AH, Simoes EJ, Kahn HS, Greenberg RS. Health-related behaviors of women physicians vs other women in the United States. *Arch Intern Med*. 1998; 158(4):342-8.
- [18] McGrady FP, McGlade KJ, Cupples ME, Tully MA, Hart N, Steele K. Questionnaire survey of PHysical activITy in General Practitioners (PHIT GP Study). *Ulster Med J*. 2007; 76(2):91-7.
- [19] Sebo P, Bouvier Gallacchi M, Goehring C, Künzi B, Bovier PA. Use of tobacco and alcohol by Swiss primary care physicians: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 2007;7:5.
- [20] Despres P, Grimbert I, Lemery B, Bonnet C, Aubry C, Colin C. Santé physique et psychique des médecins généralistes. *Etudes Résultats*. 2010;(731):1-8.
- [21] Sotiropoulos A, Gikas A, Spanou E, Dimitrelou D, Karakostas F, Skliros E, et al. Smoking habits and associated factors among Greek physicians. *Public Health*. 2007;121(5):333-40.
- [22] Lin S-Y, Lin C-L, Hsu W-H, Wang I-K, Chang C-C, Huang C-C, et al. A comparison of cancer incidence among physician specialists and the general population: a Taiwanese cohort study. *J Occup Health*. 2013;55(3):158-66.
- [23] Nutbeam D, Catford J. Modifiable risks for cardiovascular disease among general practitioners in Wales. *Public Health*. 1990;104(5):353-61.
- [24] Newbury-Birch D, White M, Kamali F. Factors influencing alcohol and illicit drug use amongst medical students. *Drug Alcohol Depend*. 2000;59(2):125-30.
- [25] Aasland OG, Hem E, Haldorsen T, Ekeberg Ø. Mortality among Norwegian doctors 1960-2000. *BMC Public Health*. 2011;11:173.
- [26] Dolan LM, Martin DH. Backache in gynaecologists. *Occup Med Oxf Engl*. 2001; 51(7):433-8.
- [27] Auerbach JD, Weidner ZD, Milby AH, Diab M, Lonner BS. Musculoskeletal disorders among spine surgeons: results of a survey of the Scoliosis Research Society membership. *Spine*. 2011; 36(26):E1715-1721.
- [28] Oude Hengel KM, Visser B, Sluiter JK. The prevalence and incidence of musculoskeletal symptoms among hospital physicians: a systematic review. *Int Arch Occup Environ Health*. 2011;84(2):115-9.
- [29] Liang CA, Levine VJ, Dusza SW, Hale EK, Nehal KS. Musculoskeletal disorders and ergonomics in dermatologic surgery: a survey of Mohs surgeons in 2010. *Dermatol Surg Off Publ Am Soc Dermatol Surg Al*. 2012;38(2):240-8.
- [30] Kazancioglu HO, Bereket MC, Ezirganli S, Ozsevik S, Sener I. Musculoskeletal complaints among oral and maxillofacial surgeons and dentists: a questionnaire study. *Acta Odontol Scand*. 2013;71(3-4):469-74.
- [31] Svärdsudd K, Wedel H, Gordh T. Mortality rates among Swedish physicians: a population-based nationwide study with special reference to anesthesiologists. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2002;46(10):1187-95.



- [32] Alexander BH, Checkoway H, Nagahama SI, Domino KB. Cause-specific mortality risks of anesthesiologists. *Anesthesiology*. 2000;93(4):922-30.
- [33] Aasland OG. Mortality of anesthesiologists, pediatricians, and other specialists in Norway. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2002;46(10):120-2.
- [34] Juel K, Husum B, Viby-Mogensen J, Viskum S. Mortality among anesthesiologists in Denmark, 1973-95. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2002;46(10):1203-5.
- [35] Ohtonen P, Alahuhta S. Mortality among Finnish anesthesiologists from 1984-2000. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2002;46(10):1196-9.
- [36] Katz JD. Do anesthesiologists die at a younger age than other physicians? Age-adjusted death rates. *Anesth Analg*. 2004;98(4):1111-1113, table of contents.
- [37] Doll R. Mortality of british radiologists: a lecture note. *J Radiat Res (Tokyo)*. 2005; 46(1):123-9.
- [38] Linet MS, Kim KP, Miller DL, Kleinerman RA, Simon SL, Berrington de Gonzalez A. Historical review of occupational exposures and cancer risks in medical radiation workers. *Radiat Res*. 2010;174(6):793-808.
- [39] Berrington A, Darby SC, Weiss HA, Doll R. 100 years of observation on British radiologists: mortality from cancer and other causes 1897-1997. *Br J Radiol*. 2001;74(882):507-19.
- [40] Wassilieff S. Cataracte et rayonnements ionisants. *Radioprotection*. 2009;44(4):505-17.
- [41] Mrena S, Kivelä T, Kurttio P, Auvinen A. Lens opacities among physicians occupationally exposed to ionizing radiation-a pilot study in Finland. *Scand J Work Environ Health*. 2011; 37(3):237-43.
- [42] Sundquist J, Johansson SE. Impaired health status, and mental health, lower vitality and social functioning in women general practitioners in Sweden. A cross-sectional survey. *Scand J Prim Health Care*. 1999;17(2):81-6.
- [43] Wilhelmsson S, Foldevi M, Akerlind I, Faresjö T. Unfavourable working conditions for female GPs. A comparison between Swedish general practitioners and district nurses. *Scand J Prim Health Care*. 2002;20(2):74-8.
- [44] Mathonnat MD, Filloux I, Tanguy G, Eschalier B, Pereira B, Vorillon P. (Quality of life of women GPs in Auvergne). *Presse Médicale Paris Fr* 1983. 2013;42(10):e377-384.
- [45] Le Breton-Lerouillois G. La santé des étudiants et jeunes médecins (Internet). Conseil National de l'Ordre des Médecins ; 2016. [En ligne] Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1726> (consulté le 27 septembre 2016)
- [46] Schwartz JS, Lewis CE, Clancy C, Kinoshian MS, Radany MH, Koplan JP. Internists' practices in health promotion and disease prevention. A survey. *Ann Intern Med*. 1991;114(1):46-53.
- [47] 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.
- [48] Steffen MW, Hagen PT, Benkhadra K, Molella RG, Newcomb RD, Murad MH. A survey of physicians' perceptions of their health care needs. *Occup Med Oxf Engl*. 2015;65(1):49-53.
- [49] Töyry S, Räsänen K, Kujala S, Aärinmaa M, Juntunen J, Kalimo R, et al. Self-reported health, illness, and self-care among finnish physicians: a national survey. *Arch Fam Med*. 2000; 9(10):1079-85.
- [50] Kuntz A. La santé des médecins libéraux en Haute-Normandie: analyse des besoins et mise en place de l'expérimentation d'un service de médecine préventive (Thèse d'exercice). (France): Université de Rouen ; 2011.
- [51] Rosvold EO, Bjertness E. Physicians who do not take sick leave: hazardous heroes? *Scand J Public Health*. 2001;29(1):71-5.

## DISCUSSION

### M. Jean-Marc LÉGER

*Avez-vous une idée du pourcentage de médecins salariés, par exemple dans votre institution, qui se soumettent aux procédures régulières de suivi par les services de santé au travail ?*

Ce chiffre varie en fonction des services et des médecins, notamment de leur statut, mais j'estime entre un quart à un tiers la proportion de médecins qui bénéficient, et non se soumettent, à un suivi périodique.

Toutefois, je constate depuis quelques années une augmentation des sollicitations de la part des médecins et des internes pour être reçu en consultation en cas de problème de santé ou de relations de travail conflictuelles.

### M. Géraud LASFARGUES

*On parle de la santé du médecin en général. Mais le lieu d'exercice ne joue-t-il pas un rôle important (exercice urbain ou rural) ?*

Le lieu d'exercice peut en effet avoir des conséquences sur l'état de santé du médecin, soit par la charge de travail auquel il expose le médecin (exercice en milieu rural dans une zone peu médicalisée par exemple), soit par l'environnement (exposition aux violences urbaines). Toutefois, il existe des exercices urbains dans des zones peu médicalisées et des violences en milieu rural. L'impact n'est donc pas si univoque.

Enfin, comme l'avait montré l'étude menée en 2008 sur un panel de médecins généralistes, la zone géographique d'installation et l'âge n'étaient que peu associés à l'existence d'idées et de projets de suicide, alors que le mode d'exercice l'était : les médecins généralistes qui exerçaient seuls étaient plus nombreux que les autres à avoir eu des projets de suicide.

### M. Paul VERT

*Je voudrais évoquer la problématique de la femme médecin enceinte. Une expérience de néonatalogiste montre que l'accouchement prématuré n'est pas rare chez elle, alors que je n'ai pas souvenir d'avoir vu un prématuré d'une sage-femme.*

*D'autre part il a été décrit un risque tératogène majoré pour les enfants de femmes anesthésistes (statistiques de compagnies d'assurances américaines).*

La question de la grossesse chez les femmes médecins est complexe car elles peuvent être exposées à de nombreux risques pour leur grossesse, dont des risques infectieux (varicelle, rougeole, rubéole, coqueluche), des risques physiques (nombreuses heures de travail, déplacements avec risques de chutes, rayonnements ionisants) et parfois des risques chimiques.

Dans cette dernière catégorie se trouvent les gaz anesthésiques, dont le protoxyde d'azote.

Si l'accroissement de son utilisation doit être salué au titre des progrès réalisés dans le domaine de l'analgésie, notamment chez l'enfant, les modalités d'utilisation (absence de ventilation spécifique des locaux en particulier) engendrent des expositions parfois très supérieures aux valeurs limites d'exposition professionnelles. Les données expérimentales et épidémiologiques sur la reprotoxicité du protoxyde d'azote sont disparates mais l'observation chez les assistantes dentaires ou les personnels de salles d'opération exposés d'une augmentation du délai de conception et de la fréquence des avortements spontanés dans les années 70 doit faire réduire les expositions autant qu'il est techniquement possible, et en tout état de cause ne pas accepter une utilisation dans des salles sans aucune ventilation.

## M. Gilles CRÉPIN

*Parmi les types de pratique médicale, il y a celle des médecins hospitaliers. Ils sont de plus en plus souvent aux exigences médicales mais sont soumis à une pression envahissante des tutelles administratives. Quel est votre point de vue sur le sujet ?*

La littérature récente confirme en effet les difficultés rencontrées chez les médecins hospitaliers, notamment en France.

Les axes de compréhension de ce phénomène me semblent, au vu de la littérature et de mon expérience, triples.

Le premier est le modèle dit de Karasek et Theorell, reposant sur un équilibre entre demande psychologique et latitude décisionnelle, en prenant en considération le soutien social. En effet, si la demande psychologique est toujours forte, et intrinsèque aux fonctions de médecin, la latitude décisionnelle est vécue comme en diminution de la part de nombreux médecins hospitaliers, notamment en raison des multiples contraintes de formalisation et de traçabilité, ainsi que de l'augmentation des tâches décrites comme « administratives ».

Le second est le modèle Effort/récompense de Siegrist, qui peut être invoqué pour comparer la charge de travail, importante, des médecins hospitaliers avec une reconnaissance perçue comme en diminution, de la part de l'administration, mais également des patients, comme en témoigne notamment la judiciarisation croissante des rapports soignant/soigné. Le déficit perçu de reconnaissance de l'administration peut d'ailleurs également s'analyser en terme de « soutien social » dans le modèle de Karasek et Theorell.

Le troisième est un des axes du rapport de 2009 sur les risques psychosociaux, dit rapport Gollac. Il concerne les conflits de valeur. De nombreux médecins considèrent en effet que l'accroissement des tâches dites « administratives » empiète sur le temps dédié aux patients et donc sur la qualité des soins. La pression administrative, vécue par certains médecins comme un choix de la quantité au dépend de la qualité, contribue également à ce phénomène.

Au total, la « pression envahissante des tutelles administratives » que vous évoquez est multiforme, et a des objectifs divers, voire divergents : améliorer la productivité du système de santé et améliorer la qualité des soins, ou au moins la sécurité des patients.

Elle me semble néanmoins en effet contribuer au malaise des médecins hospitaliers.

**M. Christian GÉRAUT**

*Le témoignage est celui d'un chef de service de médecine préventive qui a été responsable de la surveillance de la santé d'environ 1 500 médecins d'un CHU pendant plus de 30 ans.*

*Autrefois les problèmes aigus étaient ceux des radiologues exposés massivement aux rayonnements ionisants. Ce problème a été considérablement minimisé mais la radiologie interventionnelle reste préoccupante.*

*Les expositions au sang ont été à l'origine de graves hépatites B. La couverture vaccinale des médecins s'est améliorée. Actuellement les menaces de suicide et le burn out, l'alcoolisme et les troubles addictifs, notamment chez les anesthésistes sont une préoccupation majeure, les médecins ne consultant qu'au dernier moment. J'ai souvent travaillé pour ces dernières pathologies en groupe pluridisciplinaire : psychiatre, médecin du travail mais aussi direction des affaires médicales et président de CME. De bons résultats ont été obtenus. Avez-vous la même expérience ?*

En effet, et je partage votre avis sur l'intérêt de la pluridisciplinarité dans ces approches de prévention. J'ajouterais même que l'implication des professionnels de santé eux-mêmes (représentants des internes, des praticiens hospitaliers, des hospitalo-universitaires) est fondamentale, à la fois pour renforcer l'efficacité des actions mais également pour avoir une vision plus juste des problématiques.