

Faculté de médecine et médecine dentaire

Influence du type de pratique sur la santé des médecins généralistes belges francophones

Auteur : Romain BISCHOFF
Promoteur : Pr William D'HOORE
Année académique 2022-2023
MG2MC [180] - Master de spécialisation en Médecine Générale

Remerciements :

La réalisation de ce Travail de Fin d'Étude n'aura été possible que grâce au concours de plusieurs personnes, à qui j'aimerais témoigner toute ma gratitude.

Je souhaite tout d'abord exprimer ma reconnaissance au Pr William D'HOORE, promoteur de ce travail, pour sa disponibilité, sa réactivité et ses judicieux conseils qui ont contribué à baliser/structurer ma démarche de recherche et à alimenter ma réflexion.

Je désire également remercier ma brillante collègue, le Dr Justine LAVERDEUR, pour son aide inestimable et sa patience lors de la révision attentive des différentes analyses statistiques.

Je tiens aussi à adresser mes remerciements à Mme Séverine GUISET, du service de statistiques universitaire « SMCS », pour son expertise et son assistance lors de l'élaboration du protocole d'étude, ainsi qu'au Dr Morgane RAVET pour les différentes suggestions et recommandations à l'entame de ce projet.

Je souhaite vivement remercier ma maman, Sandrine, pour sa relecture approfondie et ses corrections orthographiques/grammaticales, ainsi que l'ensemble de mes proches pour leur soutien constant et leurs encouragements infaillibles tout au long de ce travail.

J'aimerais également témoigner ma reconnaissance au Dr Benoît JOSKIN de Welkenraedt et au Dr Véronique LETOCART de Verviers, mes différents maîtres de stage, qui m'auront permis de me développer et de m'épanouir dans cette profession de « Médecin Généraliste ».

Enfin, je remercie tous les médecins ayant pris le temps de compléter/remplir ce questionnaire, de même que toutes les personnes que j'aurais pu oublier de citer et qui, de près ou de loin, auront contribué au bon déroulement de ce travail.

Table des matières

1	RESUME/ABSTRACT	4
1.1	RESUME (FR) – INFLUENCE DU TYPE DE PRATIQUE SUR LA SANTE DES MEDECINS GENERALISTES BELGES FRANCOPHONES	4
1.2	ABSTRACT (ENG) – INFLUENCE OF PRACTICE TYPE ON THE HEALTH OF FRENCH-SPEAKING BELGIAN GENERAL PRACTITIONERS	5
2	INTRODUCTION	6
2.1	PRESENTATION DE LA PROBLEMATIQUE	6
2.2	ÉTAT DE LA QUESTION	8
2.3	BUTS DE L'ÉTUDE.....	12
3	MATERIEL ET METHODES	13
4	RESULTATS	16
4.1	PRESENTATION NUMERIQUE ET GRAPHIQUE DES RESULTATS	16
4.1.1	<i>Analyse statistique descriptive</i>	16
	Tableau 1 – Description échantillon total	16
	Figure 1 – Localisation de la pratique principale	17
	Figure 2 – Distribution de l'âge.....	18
	Figure 3 - Proportion du sexe	18
	Figure 4 – Répartition de fonction/profession	18
	Figure 5 – Zone de pratique principale	19
	Figure 6 – Type de structure	19
	Figure 7 – Type de rémunération	19
	Figure 8 – Perception de l'état de santé globale (physique + psychologique)	20
	Figure 9 – « Avez-vous un médecin généraliste/traitant (AUTRE que vous-même) ? »	20
	Figure 10 – « Avez-vous renoncer à consulter un confrère au cours des 12 derniers mois ? ».....	21
	Figure 11 – Fréquence de consommation de boissons alcoolisées	21
4.1.2	<i>Analyse statistique comparative</i>	21
	Tableau 2 – Comparaison de la santé des médecins : RURAL versus URBAIN (zone).....	22
	Tableau 3 – Comparaison de la santé des médecins : SOLO versus GROUPE (structure).....	23
	Multivariée 1 (résumé) – Médication chronique (variable « dépendante ») par âge, sexe et structure de pratique (variables « indépendantes ») selon ajustement du modèle linéaire généralisé	24
	Tableau 4 – Comparaison de la santé des médecins : ACTE versus FORFAIT (rémunération).....	24
	Figure 12 – Influence du nombre d'heures de travail par semaine sur la santé globale perçue des médecins	25
	Tableau 5 – Table d'interdépendance avec P-value des tests d'association (tests exacts de Fisher/du Chi-carré) entre les variables explicatives potentielles des variables de santé.....	25
	Multivariée 2 (résumé) – État de santé global perçu (variable « dépendante ») par heures de travail/semaine, âge, sexe et type de rémunération (variables « indépendantes ») selon ajustement du modèle linéaire généralisé.....	26
4.2	DESCRIPTION ET COMMENTAIRES.....	26
5	DISCUSSION ET PERSPECTIVES	30
5.1	RAPPEL DE LA QUESTION DE RECHERCHE.....	30
5.2	SYNTHESE DES RESULTATS	30
5.3	COMPARAISON AVEC LES DONNEES DE LA LITTERATURE	31
5.4	PISTES DE SOLUTION ET PERSPECTIVES D'AVENIR	32
5.5	CRITIQUE ET LIMITES DE LA METHODOLOGIE.....	35
5.6	CONCLUSION	37
6	BIBLIOGRAPHIE	39
7	ANNEXES	42
7.1	QUESTIONNAIRE	42
7.2	MULTIVARIEE 1 – MÉDICAMENT CHRONIQUE (VARIABLE « DÉPENDANTE ») PAR ÂGE, SEXE ET STRUCTURE DE PRATIQUE (VARIABLES « INDEPENDANTES ») SELON AJUSTEMENT DU MODELE LINEAIRE GENERALISE	48
7.3	MULTIVARIEE 2 – ÉTAT DE SANTE GLOBAL PERÇU (VARIABLE « DÉPENDANTE ») PAR HEURES DE TRAVAIL/SEMAINE, AGE, SEXE ET TYPE DE REMUNERATION (VARIABLES « INDEPENDANTES ») SELON AJUSTEMENT DU MODELE LINEAIRE GENERALISE	49

« Influence du type de pratique sur la santé des médecins généralistes belges francophones »

1 Résumé/Abstract

1.1 Résumé (FR) – Influence du type de pratique sur la santé des médecins généralistes belges francophones

Contexte et objectifs

La santé des médecins est un sujet sensible et délicat, mais qui exerce pourtant une influence non-négligeable sur la qualité des soins de santé. Si les troubles de santé mentale ont récemment été mis en avant et ont fait l'objet de nombreuses études, il n'en reste pas moins important de s'intéresser à la santé globale et générale des médecins généralistes belges francophones. De nombreux facteurs peuvent affecter cet état de santé, parmi lesquels figurent les différents modes de pratique (zone, structure, rémunération).

Méthodes

Une étude transversale non-interventionnelle prospective a permis de récolter les données auprès de 224 médecins généralistes belges francophones, via un questionnaire constitué de 34 questions. Des statistiques descriptives et analytiques/comparatives ont été menées sur les 189 réponses complètes et exploitables.

Résultats

Bien que la majorité des médecins interrogés se considèrent en bonne santé, ils ne sont qu'un tiers à avoir un médecin généraliste traitant personnel. Environ 40% des répondants présentent un état de burnout ou de dépression, mais seulement la moitié d'entre eux a eu recours à une aide psychologique. Seuls 60% des praticiens concernés effectuent les examens de dépistage de cancer recommandés. Aucune influence significative sur la santé n'a été identifiée en fonction des différents modes de pratique, à l'exception du constat que les médecins exerçant en solo, dans une structure rurale à l'acte, passent plus de temps au travail que leurs confrères pratiquant en groupe, en ville et au forfait. Or, le nombre d'heures de travail hebdomadaire impacte significativement la perception de sa propre santé.

Conclusion

La santé des médecins généralistes belges francophones n'étant pas optimale, cela peut impacter négativement la qualité globale des soins de santé. Par conséquent, il semble

primordial, en termes de santé publique, de mettre en place des mesures visant à promouvoir et maintenir la santé de ces médecins.

1.2 Abstract (ENG) – Influence of practice type on the health of French-speaking Belgian general practitioners

Backgrounds and aims

The health of physicians is a critical factor in providing quality healthcare. Although mental health issues, such as burnout and depression, have been studied extensively in recent years, it is essential to examine the overall health of French-speaking Belgian general practitioners. The objective of this study is to investigate the impact of different modes of practice, such as location, structure and remuneration, on the health of these physicians.

Methods

A non-interventional cross-sectional prospective study collected data from 224 French-speaking Belgian general practitioners, using a 34-questions questionnaire. Descriptive and analytical/comparative statistics were performed on the 189 complete and usable responses.

Results

While the majority of the physicians surveyed considered themselves to be in good health, only one third of them had a personal general practitioner. Approximately 40% of respondents reported experiencing burnout or depression, but only half of them had sought psychological help. Only 60% of the physicians concerned performed the recommended cancer screening examinations. No significant correlation was found between the different modes of practice, except for the fact that physicians practicing solo in a rural fee-for-service structure spent more time at work than their colleagues practicing in a group, urban, and fixed-price practice. The number of hours worked per week has a significant impact on the perception of one's own health.

Conclusion

The health of French-speaking Belgian general practitioners is suboptimal and can negatively affect the quality of healthcare. As a result, it seems essential, in terms of public health, to implement measures to promote and maintain the health of these physicians.

Mots-clés : Gestion des problèmes de santé (QD32) ; Qualité des soins (QP3) ; Comportement de santé (QP5) ; Étude quantitative transversale (QR323) ; Établissement de soins primaires (QS1) ; Médecin de famille (QS41).

2 Introduction

2.1 Présentation de la problématique

La santé, ce bien universel et fondamental, défini par l’OMS¹ comme « un état de complet bien-être physique, mental et social » et dont les médecins sont considérés comme les garants ultimes, semble toutefois revêtir un caractère fluctuant et incertain quand il s’agit de certaines franges de la population. En effet, conceptualisés sous le terme de « déterminants de la santé »^[1,2], certains facteurs sociaux (éducation, profession, statut social, revenus, intégration ...); environnementaux (qualité de l’air/de l’eau, urbanisme, ...); génétiques/biologiques; systémiques (organisation du système de santé, transports, ...); comportementaux (alimentation, exercice physique, consommation de substance, ...) déterminent directement ou indirectement l’état de santé des individus, souvent de façon multifactorielle, et conditionnent habituellement les mesures d’intervention/les politiques de santé publique. Or, bien que l’accès aux soins, composante primordiale et indispensable pour maintenir et améliorer la santé individuelle et collective, soit inscrit comme « droit humain fondamental » depuis 1948 par l’ONU² et qu’il soit garanti en Belgique par la loi des « Droits du patient », datant du 22 août 2002, il semblerait restreint par certaines barrières et limites individuelles ou sociétales, par certains obstacles professionnels ou organisationnels, par certaines préconceptions personnelles ou culturelles. Ces considérations, à partir desquelles a été établi le « framework d’Andersen »^[3], structurant l’utilisation/non-utilisation des soins, s’appliquent vraisemblablement aux professionnels de la santé, et particulièrement aux médecins, pour qui ce n’est pas tant l’aspect « quantitatif » (ressources économiques/financières suffisantes) mais bien la dimension « qualitative » qui semble constituer le nœud du problème.

En dépit d’un taux de mortalité inférieur à celui de la population générale^[4,5,6], et bien que la majorité d’entre eux s’estiment en bonne ou en très bonne santé^[7,8], les médecins n’en restent pas moins des êtres humains susceptibles de tomber malades comme tout le monde^[9,10], d’autant plus qu’ils sont soumis à un stress professionnel plus intense pouvant

¹ Organisation Mondiale de la Santé – Constitution adoptée par 61 états en juillet 1946 et entrée en vigueur en avril 1948

² Organisation des Nations Unies – Déclaration universelle des Droits de l’Homme adoptée par 58 états en décembre 1948

mener à de l'anxiété, de la dépression et à un certain mésusage de substances, tel l'alcool.^[7,9,10,11,12,13,14,15] Il est également reconnu que le taux de suicide de cette catégorie professionnelle est plus élevé que celui de la population générale (2x plus pour les praticiens de sexe masculin, 3x plus pour leurs consœurs de sexe féminin)^[6,10,14,15,16], ainsi qu'une prévalence plus importante de burnout (variant de 25 à 60% selon les études).^[7,11,17,18,19]

Pourtant, force est de constater que les médecins, et en particulier les médecins généralistes, sont assez réticents à chercher de l'aide ou à faire appel à un confrère quand il s'agit de s'occuper de leur santé. Peu d'entre eux ont leur propre médecin généraliste et quand bien même ils en ont un, ils ne le consultent que trop rarement. La vaste majorité préférant en effet gérer eux-mêmes, personnellement, leurs soucis de santé.^[4,5,9,10,16,20,21,22] C'est dans ce but qu'ils ont massivement recours à l'auto-prescription (> 90% des praticiens)^[5,12,16] et à des demandes d'avis informelles, communément appelées « consultations de couloir ». ^[4,10,22,23]

Les médecins semblent en effet être singulièrement mal à l'aise d'endosser le rôle du patient. Cela s'avère en partie lié à l'éducation académique et médicale reçue, inculquant progressivement un mythe d'invulnérabilité autour de la profession en érigeant la connaissance comme un pouvoir absolu et invincible, en renforçant le culte de la perfection et en opposant le « eux » du « nous », le « malade » du « soignant », le « faible » du « compétent », le « vulnérable » du « tout-puissant ». ^[4,10,13,15,23]

Au-delà de cette ambiguïté des rôles, la peur du jugement, la crainte de déranger un collègue, la méfiance vis-à-vis du respect de la confidentialité, le manque de temps et la perte de contrôle semblent également avoir une part de responsabilité dans la réticence des médecins à consulter pour leur propre compte. ^[4,6,10]

Toutes ces raisons mènent bien souvent les médecins à négliger leur santé et à se rendre au travail en étant malades, avec le risque que cela comporte pour la santé de leurs patients et la qualité des soins administrés, suite aux potentielles erreurs médicales, à la perte de productivité ou encore à la diminution de l'empathie manifestée. ^[5,22,24,25] Il en va donc de l'intérêt de la santé publique de s'attarder à cette thématique cruciale.

La culture populaire s'est également emparée de la problématique, avec comme par exemple la série belge « Sense of Tumor »³ mettant en scène la découverte et la prise en charge d'un

³ Série de 8 épisodes, créée par le réalisateur flamand Mathias Claeys et diffusée à partir de mars 2018

cancer neurologique chez un assistant en médecine, le film « Docteur Patch »⁴ retraçant la vie du Dr H. Patch Adams qui souffre de dépression sévère mais qui finit par développer une nouvelle approche révolutionnaire des patients basée sur le rire, ou encore la série américaine « Dr House »⁵ illustrant la carrière d'un brillant médecin accro aux opioïdes pour gérer sa douleur chronique.

Si tout un chacun a forcément en mémoire la situation d'un confrère ou d'une consœur, se débattant avec les affres d'une maladie mais toutefois présent(e) au cabinet à soigner et à s'occuper des patients, l'article 10 du Code de Déontologie Médicale de l'Ordre des Médecins (Belgique) stipule de façon indéniable et univoque qu'il est du devoir du médecin d'être attentif à sa propre santé, de s'efforcer de maintenir un équilibre entre sa vie professionnelle et privée, de limiter l'automédication et de faire appel aux structures d'aide disponibles en cas de besoin.^[26]

« Je n'ai jamais dans ma vie fait autre chose que travailler pour me rendre malade quand je jouissais de ma santé, et travailler pour regagner ma santé quand je l'avais perdue »

(Giacomo CASANOVA)

2.2 État de la question

La santé des médecins, bien qu'étant un sujet assez sensible et délicat, a depuis longtemps suscité l'intérêt de la communauté scientifique et médicale, au vu de l'importance de ses conséquences préjudiciables en termes de santé publique.

Déjà en 1942, le Dr Gosse A.H., du « St Mary's Hospital » de Londres, s'inquiétait de la santé des médecins en réalisant une étude rétrospective de morbi-mortalité sur les données disponibles de l'année 1938. Son constat y est interpellant : les médecins de sexe masculin (les seuls pris en compte dans cette étude) présentent un risque 3x plus élevé que la population générale de mourir d'une cause cardio-vasculaire, avec 1 médecin sur 4 décédant avant l'âge de 65 ans.^[27]

En 1984, grâce à l'avancée progressive des connaissances techniques et de la prise en charge des maladies cardio-vasculaires, ainsi que de la diminution drastique du tabagisme parmi la

⁴ Comédie dramatique américaine, créée par le réalisateur Tom Shadyac en 1998, avec Robin Williams

⁵ Série de 177 épisodes, créée par le réalisateur David Shore et diffusée à partir de novembre 2004

communauté médicale des Etats-Unis, le Dr Clever L.H. et le Dr Arsham G.M. de San Francisco constatent, via une revue de la littérature américaine, une inversion de cette tendance avec une amélioration de l'espérance de vie, maintenant de 2 à 3 ans supérieure pour les médecins par rapport à la population générale. Ils s'alarment néanmoins devant le taux d'incidence plus élevé de suicide parmi cette catégorie professionnelle (2 à 3x plus important), ainsi que devant leur consommation d'alcool et d'autres substances. Les auteurs y pointent du doigt les pressions et les responsabilités grandissantes qui pèsent sur la profession, et y dénoncent le mythe omniprésent de l'invulnérabilité entourant le médecin ainsi que l'absence de son droit à l'erreur. Ils recommandent par ailleurs déjà à l'époque la nécessité pour tous les praticiens de posséder leur propre médecin généraliste.^[15]

Le Dr Chambers R. et Mr Belcher J. de l'université de Keele s'aperçoivent cependant, dans leur étude publiée en 1992, que la majorité des médecins gèrent eux-mêmes leur propre santé et qu'ils rechignent bien souvent à chercher de l'aide dans ce domaine, préférant avoir recours à l'auto-médication. Ils y accusent les contraintes organisationnelles (principalement le manque de temps et la surcharge de travail) et émotionnelles (comme la gêne ou la peur du jugement).^[16]

En 2008, une revue littéraire systématique, menée par le Dr Kay M. et supervisée par le Pr Mitchell G., observe que malgré l'obligation dans certains pays (comme par exemple en Angleterre) pour le personnel soignant de s'inscrire auprès d'un médecin généraliste référent, la majorité contourne cet impératif en choisissant un ami, un collègue ou un membre de leur famille, n'ayant dès lors pas l'impartialité requise et recommandée. Les praticiens continuent donc à recourir à des auto-prescriptions et des consultations informelles, dites « de couloir ». Différents freins et barrières y sont évoqués et classés en trois catégories : « patient » (gêne/embaras, manque de temps, croyances personnelles/individuelles, connaissances médicales), « prestataire de soins » (confidentialité, expertise) et « système » (surcharge de travail, culture professionnelle, pression sociale).^[4]

La même année, en 2008, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (France) a formulé un rapport sur « Le Médecin Malade ». Bien qu'ils respectent majoritairement l'ensemble des recommandations en matière de santé, plus de 90% des praticiens n'ont pas de médecin traitant et recourent à l'automédication. Ils semblent volontairement minimiser leurs symptômes et les signes cliniques afin d'éviter d'alarmer leurs collègues et patients, de pouvoir garder le contrôle et de poursuivre inlassablement leur travail. Le rapport s'attarde

également sur les difficultés rencontrées par un médecin dans la prise en charge d'un confrère comme patient.^[20]

En 2009, la prestigieuse revue « Lancet » publie une revue littéraire, menée par le Pr Wallace J.E., le Pr Lemaire J.B. et le Pr Ghali W.A. de l'université de Calgary au Canada, à propos de l'importance du bien-être du corps médical sur la qualité du système des soins de santé. L'augmentation des exigences/des sollicitations des patients, les responsabilités croissantes, la surcharge de travail administratif, le stress lié à la réduction d'autonomie, la pression insidieuse exercée par la culture de la profession médicale, le manque de sommeil et un déséquilibre entre vie professionnelle et personnelle sont autant de facteurs mis en cause dans la flambée des cas de burnout (25-60%), de suicide (6x plus nombreux), d'abus de substances (8-12%) et de dépression (18-20%) parmi les médecins. Ils insistent sur l'urgence et l'importance de mettre en place des stratégies efficaces, tant au niveau individuel que professionnel et organisationnel, afin d'améliorer significativement et rapidement la santé des praticiens. Les auteurs s'accordent même à faire de cet « indice de bien-être du corps médical » un des critères essentiels de l'évaluation de la qualité d'un système de soins de santé.^[11]

Si énormément d'études ont été récemment réalisées sur la santé psychologique des médecins généralistes et la prévalence du burnout parmi le corps médical, comme en témoignent le rapport belge du KCE^[28] résumé en 2011, la récente méta-analyse^[18] effectuée par le Dr Karuna C. et ses collègues ou encore la dernière revue littéraire systématique^[17] menée par le Pr Verhoef N.C. et le Pr Blomme R.J., toutes deux publiées en 2022, peu d'investigations se sont attardées sur la santé physique de cette catégorie professionnelle.

De ce fait, le Dr Sebo P., accompagné de ses collègues, a réalisé une étude transversale sur la santé globale (psychique et physique) des médecins généralistes suisses fin 2020. Si la majorité des médecins interrogés se sentent en bonne ou très bonne santé, la moitié d'entre eux a tout de même expérimenté un épisode de maladie, somatique et/ou psychiatrique, aigu ou chronique, au cours des cinq dernières années, sans pour autant chercher de l'aide auprès d'un confrère ou envisager un arrêt de travail. Le questionnaire utilisé dans notre étude s'est fortement inspiré et basé sur celui employé dans cette investigation helvète.^[7]

Ces préoccupations concernant la santé des médecins ne se limitent cependant pas à la culture médicale occidentale.

Le Dr Chen J.Y. et ses collègues de la faculté de médecine de l'université d'Hong-Kong arrivent à des conclusions similaires dans leur étude transversale, publiée en 2008. A l'instar de leurs confrères occidentaux, les médecins chinois gèrent eux-mêmes leur propre santé (70% jugeant même inutile le fait d'avoir leur propre médecin traitant), pratiquent l'automédication (88%) et sont réticents à consulter un collègue en cas de problème personnel. Ils concluent, de façon pertinente, en signalant qu'un médecin en mauvaise santé ne peut décemment pas dispenser des soins de qualité à ses patients.^[29]

Ce comportement de patient récalcitrant est également retrouvé parmi les médecins africains, comme en témoigne l'étude transversale réalisée par le Dr Fawibe A.E. et ses collègues au Nigéria en 2015. Bien que 80% souffrent d'une pathologie, seuls 35% se sont décidés à demander l'avis d'un confrère, les autres préférant recourir à de l'automédication. Les freins évoqués sont strictement similaires à ceux retrouvés dans les précédentes études : manque de temps, surcharge de travail, crainte de déranger un collègue, peur du jugement, méfiance par rapport à un non-respect de confidentialité et stigmatisation provenant de la culture professionnelle ne tolérant pas les signes de faiblesse qui pourraient mettre à mal le mythe d'invulnérabilité. Les médecins ignorent donc sciemment leurs propres conseils qu'ils prodiguent à leurs patients.^[30]

Certaines de mes condisciples ont également choisi de consacrer leur Travail de Fin d'Étude de Médecine Générale à étudier ce sujet. Pour se faire, le Dr Cannella Marialinda (ULB)^[31] a réalisé des entretiens individuels semi-dirigés pour identifier les freins et les facilitateurs à la consultation d'un collègue concernant un problème de santé physique et/ou mentale ; le Dr Legrand Charlotte (UCL)^[32] a comparé, via une étude quantitative réalisée en 2018, la santé des médecins généralistes de la région namuroise à celle de la population générale ; le Dr Muyshont Juliette (UCL)^[33] a réalisé une étude quantitative transversale en 2022, se questionnant sur les habitudes de santé des médecins de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Leurs observations semblent converger sur le recours massif à l'autoprescription/automédication (> 90%), ainsi que sur la faible proportion de ces professionnels à disposer eux-mêmes d'un médecin traitant personnel. Le manque de temps, la surcharge de travail, la négligence, la gêne/l'embarras, la peur d'abandonner ses patients/son équipe et la crainte de gaspiller le précieux temps d'un confrère sont essentiellement évoqués comme obstacles principaux à une prise en charge optimale de leur santé par les médecins généralistes.

2.3 Buts de l'étude

Cette étude transversale vise tout d'abord à obtenir une vue d'ensemble et un rapide état des lieux de la santé globale des médecins généralistes belges francophones, via certains indicateurs factuels/objectifs ou perçus.

L'objectif principal est de mettre en évidence une quelconque influence de certains facteurs, dont le type de pratique (rurale VS urbaine / solo VS groupe / à l'acte VS au forfait) sur cet état de santé physique et psychologique.

Les résultats de cette étude pourraient également contribuer, grâce à une meilleure connaissance de la problématique, à suggérer des pistes de réflexion en vue d'optimiser le maintien et la promotion de la santé des médecins et, par conséquent, à améliorer la qualité des soins dispensés, dans un intérêt de santé publique.

3 Matériel et méthodes

L'étude quantitative, dont il est question ici, est une étude transversale non-interventionnelle de recensement prospectif visant à récolter les données d'environ 200 médecins généralistes belges francophones.

Le questionnaire utilisé⁶ est largement inspiré et basé sur celui employé dans l'étude^[7] menée par le Dr Paul SEBO en Suisse en 2020 et sur celui dont a eu recours Sciensano dans son enquête de santé^[34] auprès de la population en 2018.

Suivant les conseils du Pr William D'HOORE, doyen de la faculté de Santé Publique de l'UCL et promoteur de ce travail, de même que les remarques constructives de Mme Séverine GUISSSET, statisticienne au SMCS (« Support en Méthodologie et Calcul Statistique »), 34 questions ont finalement été retenues (certaines étant optionnelles et conditionnelles).

Au-delà des questions concernant la santé des participants, certaines données démographiques (sexe, âge) et géographiques (province, localisation) ont été ajoutées, ainsi que certains renseignements à propos du type de pratique (financement, groupement, horaires) et du mode de vie (tabagisme, consommation drogue/alcool, sommeil, activité physique via l'indice EVS⁷).

Après une rapide révision et un pré-test auprès de plusieurs pairs/confrères afin de fluidifier et de perfectionner ledit questionnaire, les participants se sont vus proposer de le compléter par voie électronique sur l'application sécurisée LimeSurvey, entre le 02/02/2023 et le 12/03/2023. Un lien d'invitation leur a été transmis par courriel, diffusé et relayé par la SSMG, par les différents cercles de médecine générale, par certaines maisons médicales, ainsi que par certains groupes spécifiques sur les réseaux sociaux, afin de toucher le plus grand nombre possible de potentiels participants. Ceux-ci sont uniquement des médecins généralistes, ou des assistants en formation en médecine générale, exerçant en Belgique francophone, seul critère d'inclusion spécifique.

Ces données collectées de façon anonyme ayant été encodées dans une base de données sécurisée, l'identité et la participation des sujets demeurent et demeureront strictement confidentielles, en conformité avec les réglementations européennes actuellement en vigueur (réglementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel

⁶ Voir « Questionnaire » (Annexe 7.1 – p.42)

⁷ « Exercise Vital Sign » = [jour(s) d'activité physique/sem] x [minute(s) d'exercice/j]

[RGPD] du 25 mai 2018). Le questionnaire étant anonyme, l'identification des sujets est impossible, ni par leur nom, ni par leur numéro INAMI, ni par une quelconque manière reconnaissable dans aucun dossier, aucun résultat ou aucune publication en rapport avec cette étude. Les investigateurs de l'étude autorisent la surveillance, les vérifications, l'examen et les inspections réglementaires des autorités compétentes liées à l'expérimentation, si elles le jugeaient nécessaire, en permettant l'accès direct aux données et aux documents de base, dans le respect évident de la confidentialité.

Le protocole de l'étude a préalablement été soumis au GEIMG (Groupe d'Éthique Interuniversitaire pour la Médecine Générale) qui a préféré solliciter l'avis complémentaire du comité d'éthique universitaire. Le Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire St-Luc/UCLouvain a délivré son approbation et émis un avis favorable en date du 19 décembre 2022. Le questionnaire a également été soumis à la Société Scientifique de Médecine Générale, qui en a validé la pertinence et manifesté son intérêt quant aux résultats de cette étude, ainsi qu'à un membre du CAMG (Centre Académique de Médecine Générale).

Une assurance « responsabilité civile » a été souscrite auprès de l'assureur « Amlin »⁸ de manière à garantir l'indemnisation de tout dommage corporel/matériel/immatériel qui aurait pu être potentiellement occasionné par cette investigation au participant ou à sa famille, conformément à la loi belge en vigueur du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.

L'analyse des données a été réalisée via le logiciel statistique JMP, après octroi d'une licence d'utilisation et d'exploitation par le ServiceDesk de l'UCL. Des statistiques descriptives ont essentiellement et prioritairement été utilisées. Les résultats ont été exprimés sous forme de fréquence, de moyennes (intervalle de confiance) ou de médianes [ranges interquartiles]. Des analyses secondaires ont pu être effectuées grâce à l'étude des données démographiques et celles liées à la pratique professionnelle, également récoltées via le questionnaire, afin de mettre en évidence une potentielle influence de ces différents facteurs. La distribution normale des données a été vérifiée par le test de Shapiro-Wilk. Les tests de Spearman et de Pearson (coefficients de corrélation), de Mann-Whitney et de Wilcoxon (test non-paramétrique pour une comparaison de distribution non-normale de 2 échantillons

⁸ Coordonnées de l'assureur : AMLIN, Boulevard du Roi Albert II, 37 – 1030 Bruxelles (police LXX111372)

indépendants), de Student (test paramétrique pour une comparaison de moyennes de 2 échantillons indépendants), de Fischer ou de Chi-carré (indépendance entre 2 variables catégorielles/nominales) ont été utilisés en fonction du type de données récoltées, et lorsque ces dernières s'y prêtaient, des ANOVA ont été calculées, afin de comparer les variances de moyennes.

Étant donné que cette étude a pour objectif d'analyser les facteurs liés à la pratique qui impactent la santé des médecins, quelques variables ont été sélectionnées en tant que variables dépendantes pour nos statistiques analytiques, en se basant sur la littérature^[7,35,36] et d'après celles qui semblaient le mieux refléter l'état de santé global des répondants.

Des analyses univariées simples (test du Chi-carré/Fisher/ANOVA) ont tout d'abord été effectuées pour mettre en évidence les relations d'interdépendance possibles entre ces variables de santé et certaines variables explicatives sélectionnées en fonction de la littérature^[5,37,38,39,40], ainsi que du parti pris lié à ce travail.

Étant donné que la littérature et les données suggèrent une possible association entre les différentes variables explicatives, pouvant générer un potentiel effet de confusion, les relations entre ces variables explicatives ont été analysées dans un second temps (test du Chi-carré/Fisher/ANOVA).

Dans un troisième temps, le modèle linéaire généralisé a été utilisé pour réaliser une analyse multivariée visant à analyser l'impact indépendant des variables explicatives d'intérêt en tenant compte de ces variables confusionnelles. Le choix des variables de santé, des variables explicatives et de confusion intégrées dans ce modèle s'est fait en fonction des résultats des analyses univariées précédemment réalisées.

4 Résultats

4.1 Présentation numérique et graphique des résultats

4.1.1 Analyse statistique descriptive

Au total, 224 réponses au questionnaire ont été récoltées, dont 35 incomplètes (taux de complétude : 84,4%). Le dénominateur total étant inconnu, le taux de participation n'a pu être déterminé.

Tableau 1 – Description échantillon total

		Dénombrement	Fréquence
Sexe	Masculin	58	30,7%
	Féminin	131	69,3%
Fonction	Assistant	53	28,0%
	Médecin Généraliste	136	72,0%
Province	Brabant Wallon	15	7,9%
	Bruxelles	33	17,5%
	Hainaut	71	37,5%
	Liège	47	24,9%
	Luxembourg	9	4,8%
	Namur	14	7,4%
Zone	Rurale	31	16,4%
	Semi-rurale	78	41,3%
	Urbaine	80	42,3%
Structure	Solo	43	22,8%
	Groupement de médecins	77	40,7%
	Association pluridisciplinaire	65	34,4%
	Intra-hospitalier	4	2,1%
Rémunération	A l'acte	128	67,7%
	Au forfait	57	30,2%
	Autre (hôpital)	4	2,1%
État de santé	Excellent	6	3,2%
	Très bon	59	31,2%
	Bon	88	46,6%
	Médiocre	32	16,9%
	Mauvais	4	2,1%
Médecin traitant	Oui	69	36,5%
	Non	120	63,5%
Consultation chez médecin traitant (< 12 mois)		47 (sur 69)	68,1%
Psychologue (< 12 mois)	Oui	55	29,1%
	Non	134	70,9%

Renoncer à consulter (< 12 mois)	Oui	73	38,6%
	Non	116	61,4%
Troubles du sommeil	Jamais	36	19,1%
	Parfois	90	47,6%
	Souvent	52	27,5%
	Toutes les nuits	11	5,8%
Consommation d'alcool	Jamais	29	15,3%
	1x/mois	41	21,7%
	1x/sem	54	28,6%
	2-3x/sem	48	25,4%
	4x/sem	17	9,0%
Trouble de la Santé Mentale (dépression et/ou burnout)		72	38,1%
Respect durée certificat prescrit		50 (sur 63)	79,4%
		MÉDIANE [range interquartile]	MOYENNE (intervalle de confiance)
Âge		32 [28-53]	40,1 (37,9-42,3)
Demi-journée(s) de travail/sem		9 [8-10]	8,8 (8,6-9,1)
Heure(s) aux soins du patient/sem		38 [30-45]	37,1 (35,6-38,7)
Heure(s) aux tâches administratives/sem		5 [3-8]	6,1 (5,5-6,6)
Heure(s) aux autres activités médicales/sem		3 [1-5]	3,3 (2,8-3,7)
Nombre total d'heures de travail/sem		46 [38-54]	46,5 (44,7-48,3)
Indice de Masse Corporelle		23,8 [21,2-26,4]	24,4 (23,7-25,0)
« Exercice Vital Sign »		30 [0-90]	66,2 (52,0-80,5)
Jour(s) d'incapacité pour maladie (en 2022)		0 [0-4,5]	7,9 (3,4-12,4)
Nombre de médication(s) chronique(s)/j		3 [1-3,3]	2,7 (2,2-3,3)

Figure 1 – Localisation de la pratique principale

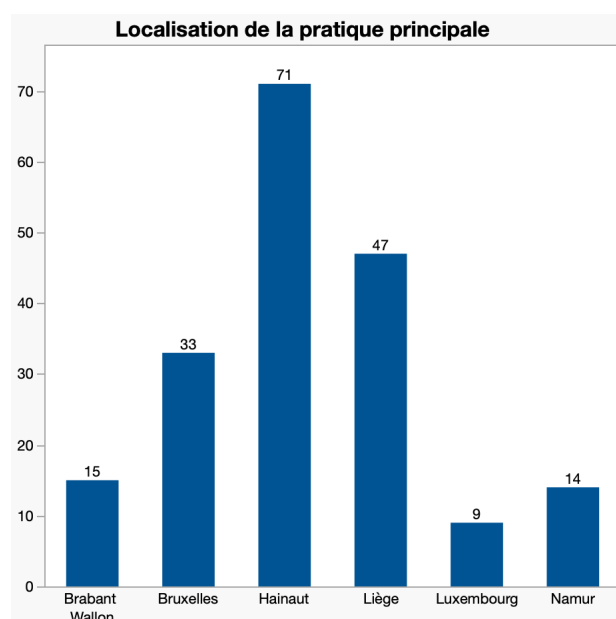


Figure 2 – Distribution de l'âge

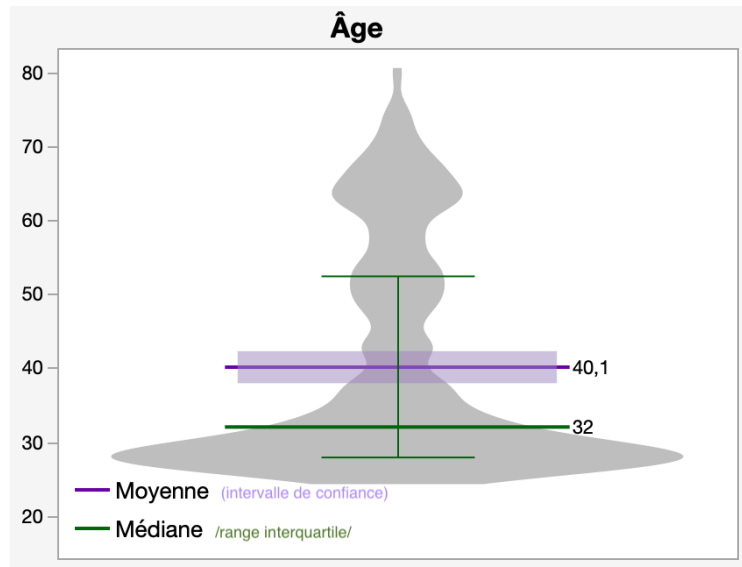


Figure 3 - Proportion du sexe

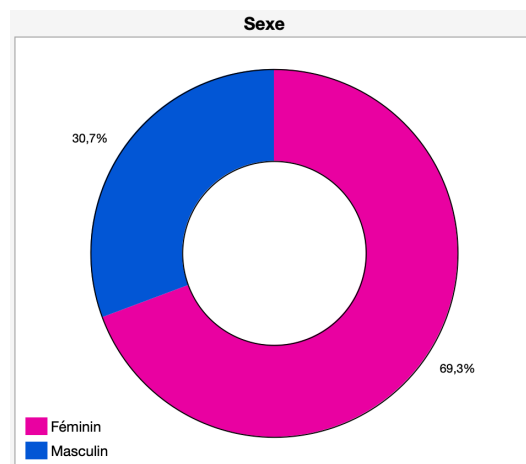


Figure 4 – Répartition de fonction/profession

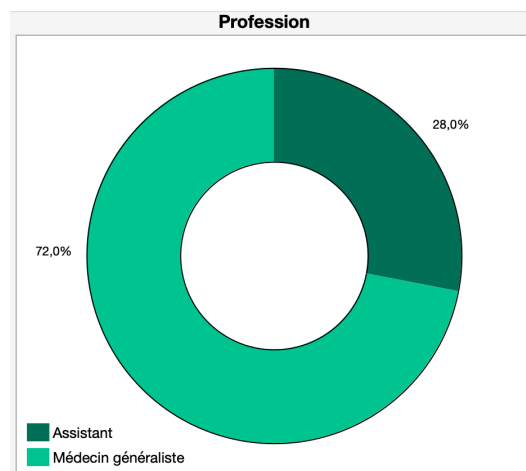


Figure 5 – Zone de pratique principale

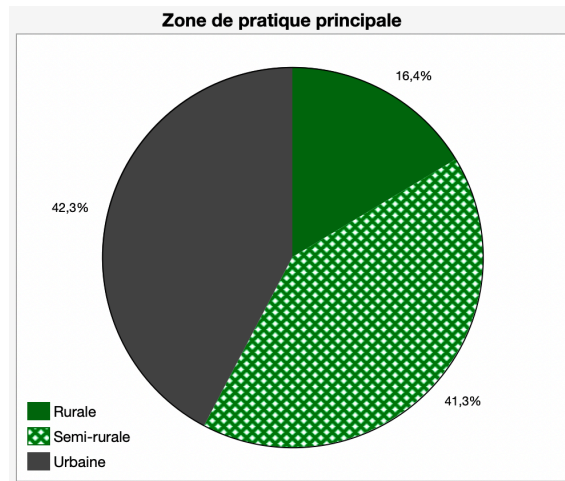


Figure 6 – Type de structure

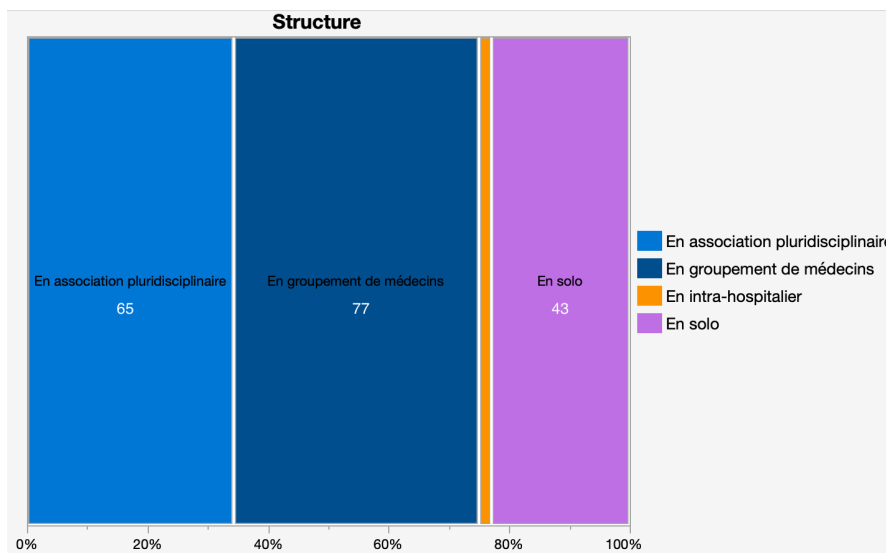


Figure 7 – Type de rémunération

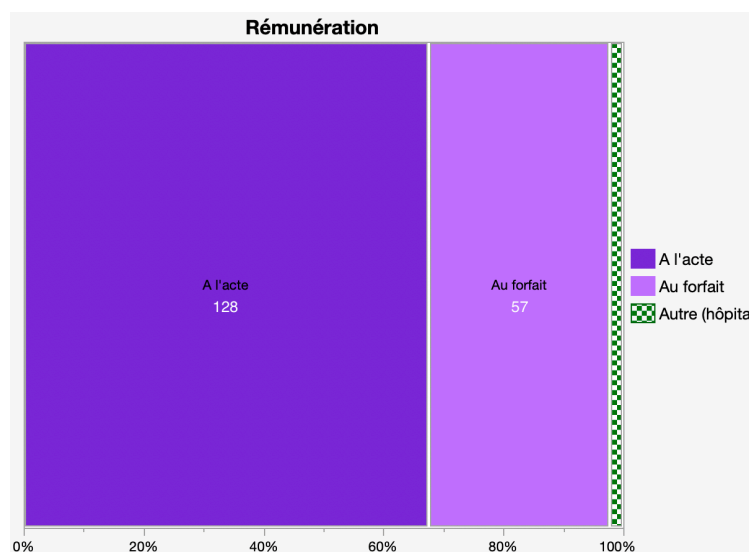


Figure 8 – Perception de l'état de santé globale (physique + psychologique)

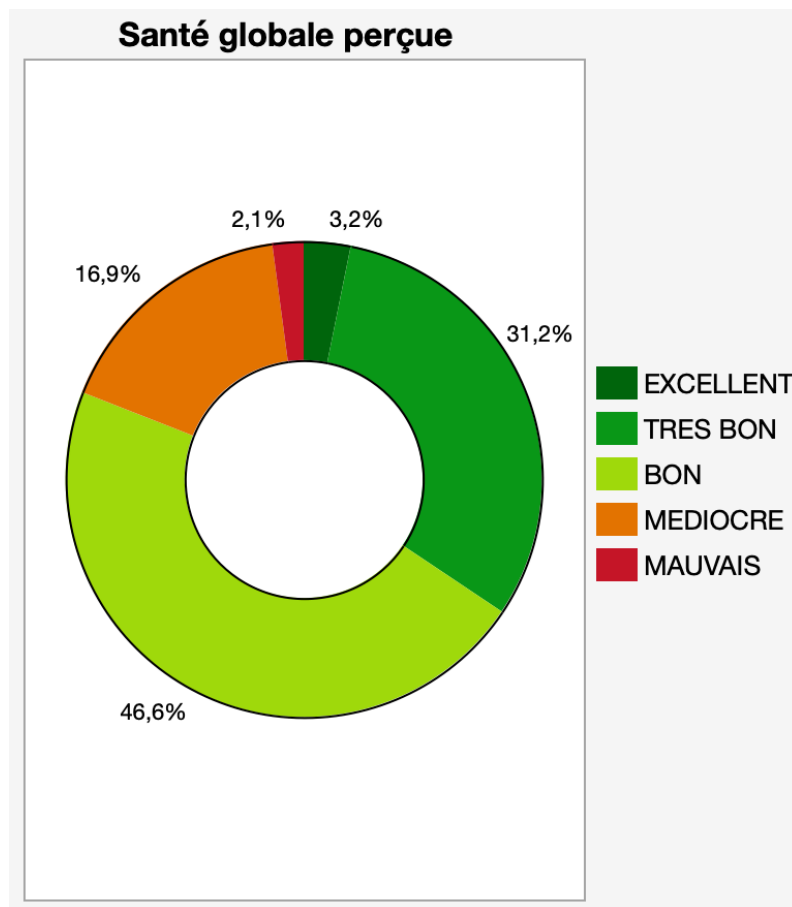


Figure 9 – « Avez-vous un médecin généraliste/traitant (AUTRE que vous-même) ? »

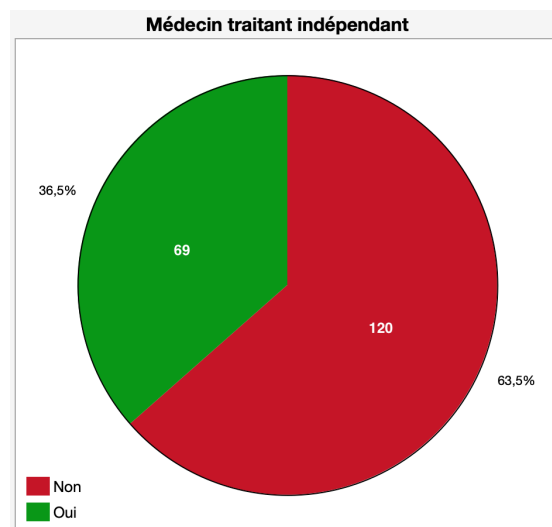


Figure 10 – « Avez-vous renoncer à consulter un confrère au cours des 12 derniers mois ? »

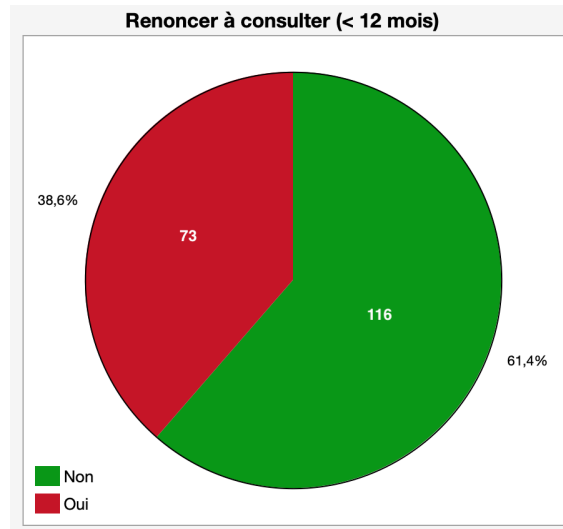
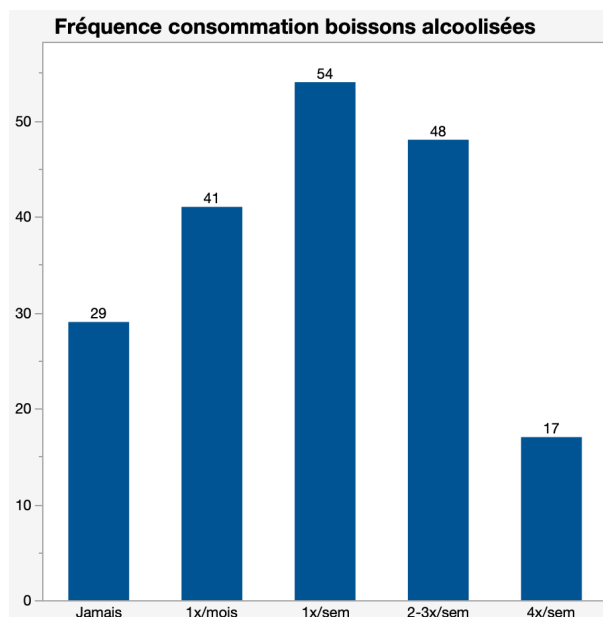


Figure 11 – Fréquence de consommation de boissons alcoolisées



4.1.2 Analyse statistique comparative

Pour mettre en évidence d'éventuelles associations/relations d'interdépendance entre les variables de santé et certaines variables explicatives préalablement sélectionnées, des analyses univariées simples ont été menées en utilisant le test du Chi-carré, le test exact de Fisher ou l'analyse de variance (ANOVA).

Tableau 2 – Comparaison de la santé des médecins (via test du Chi-carré/Fisher/ANOVA): **RURAL versus URBAIN** (zone)

		Échantillon total	RURAL (57,7 %)	URBAIN (42,3 %)	P-value
Demi-journée(s) de travail/sem		8,8 (8,6-9,1)	9,2 (8,8-9,5)	8,4 (8,0-8,6)	0,002
Nombre total d'heures de travail/sem		46,5 (44,7-48,3)	49,6 (47,4-51,8)	42,2 (39,6-44,8)	< 0,0001
Santé globale perçue	Excellent	3,2 %	3,7 %	2,5 %	0,53
	Très bon	31,2 %	26,6 %	37,5 %	
	Bon	46,6 %	48,6 %	43,8 %	
	Médiocre	16,9 %	19,3 %	13,7 %	
	Mauvais	2,1 %	1,8%	2,5 %	
Médecin traitant		36,5 %	33,0 %	41,3 %	0,29
Médication chronique		20,1 %	22,0 %	17,5 %	0,73
Indice de Masse Corporelle		24,4 (± 4,6)	24,7 (± 4,7)	24,0 (± 4,5)	0,31
« Exercice Vital Sign »		66,2 (52,0-80,5)	54,4 (35,8-73,0)	82,4 (60,7-104,2)	0,05
Troubles du sommeil	Jamais	19,1 %	18,4 %	20,0 %	0,79
	Parfois	47,6 %	47,7 %	47,5 %	
	Souvent	27,5 %	26,6 %	28,8 %	
	Toutes les nuits	5,8 %	7,3 %	3,7 %	
Consommation d'alcool	Jamais	15,3%	12,8%	18,8%	0,65
	1x/mois	21,7%	22,0%	21,2%	
	1x/sem	28,6%	32,1%	23,7%	
	2-3x/sem	25,4%	23,9%	27,5%	
	4x/sem	9,0%	9,2%	8,8%	
Trouble Santé Mentale		38,1%	42,2%	32,5%	0,22
Dépistage cancer à jour		62,2 %	59,7 %	65,3%	0,56
Jour(s) d'Incapacité		7,9 (3,4-12,4)	4,4 (0-10,3)	12,6 (5,8-19,5)	0,07
Respect durée certificat		79,4%	90,3%	68,8%	0,06

Pour la suite des analyses, les 4 participants exerçant en « Intra-Hospitalier » ont été exclus et les répondants pratiquant en « Groupement de Médecins » ou en « Association Pluridisciplinaire » ont été fusionnés en une seule et même catégorie : « GROUPE ».

Tableau 3 – Comparaison de la santé des médecins (via test du Chi-carré/Fisher/ANOVA): **SOLO** versus **GROUPE** (structure)

		Échantillon total (= 185)	SOLO (23,2%)	GROUPE (76,8%)	P-value
Demi-journée(s) de travail/sem		8,8 (8,6-9,1)	9,5 (9,0-10,0)	8,7 (8,4-8,9)	0,005
Nombre total d'heures de travail/sem		46,3 (44,5-48,1)	50,0 (46,3-53,7)	45,2 (43,2-47,2)	0,03
Santé globale perçue	Excellent	3,2%	0%	4,2%	0,71
	Très bon	31,9%	32,6%	31,7%	
	Bon	45,9%	44,2%	46,5%	
	Médiocre	16,8%	20,9%	15,5%	
	Mauvais	2,2%	2,3%	2,1%	
Médecin traitant		36,2%	34,9%	36,6%	0,99
Médication chronique		20,5%	34,9%	16,2%	0,03
Indice de Masse Corporelle		24,4 (23,8-25,1)	25,5 (24,1-26,9)	24,1 (23,4-24,9)	0,08
« Exercice Vital Sign »		67,2 (52,7-81,7)	68,7 (38,5-98,9)	66,8 (50,2-83,4)	0,91
Troubles du sommeil	Jamais	18,9%	20,9%	18,3%	0,93
	Parfois	48,1%	44,2%	49,3%	
	Souvent	27,6%	30,2%	26,8%	
	Toutes les nuits	5,4%	4,7%	5,6%	
Consommation d'alcool	Jamais	15,1%	20,9%	13,4%	0,11
	1x/mois	21,6%	9,3%	25,3%	
	1x/sem	28,7%	32,6%	27,5%	
	2-3x/sem	25,4%	23,3%	26,1%	
	4x/sem	9,2%	13,9%	7,7%	
Trouble Santé Mentale		37,8%	32,6%	39,4%	0,48
Dépistage cancer à jour		62,7%	60,0%	63,8%	0,83
Jour(s) d'Incapacité		7,9 (3,3-12,5)	11,4 (1,9-20,9)	6,8 (1,6-12,1)	0,42
Respect durée certificat		80,0%	88,9%	78,4%	0,67

Une analyse multivariée par ajustement du modèle linéaire généralisé a été réalisée afin d'identifier l'importance de l'effet indépendant de chacune de ses variables explicatives sur la variable « Médication chronique ».

Multivariée 1 (résumé)⁹ – Médication chronique (variable « dépendante ») par âge, sexe et structure de pratique (variables « indépendantes ») selon ajustement du modèle linéaire généralisé

Résumé des effets

Source	Logworth	P-value
ÂGE	4,090	0,00008
SEXE	0,657	0,22043
STRUCTURE	0,538	0,28984

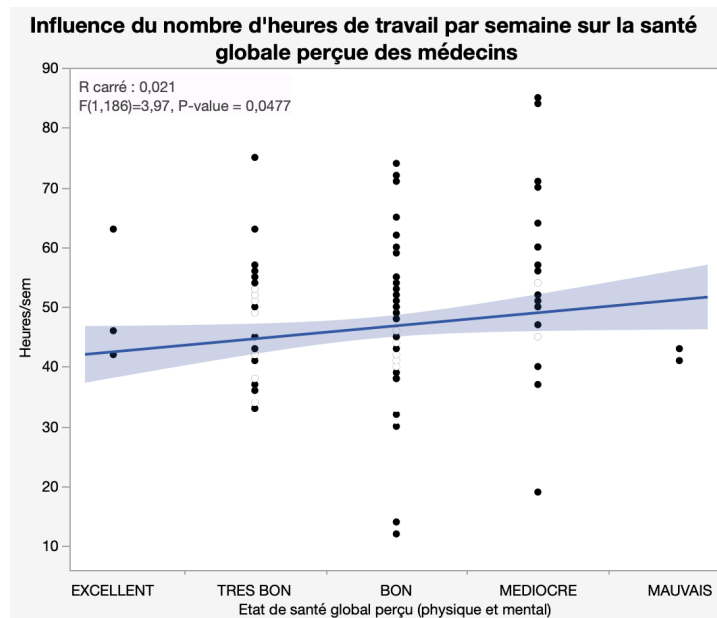
Tableau 4 – Comparaison de la santé des médecins (via test du Chi-carré/Fisher/ANOVA): **ACTE** versus **FORFAIT** (rémunération)

	Échantillon total (= 185)	ACTE (69,2%)	FORFAIT (30,8%)	P-value	
Demi-journée(s) de travail/sem	8,8 (8,6-9,1)	9,2 (8,9-9,5)	8,1 (7,7-8,5)	<0,0001	
Nombre total d'heures de travail/sem	46,3 (44,5-48,1)	49,6 (47,6-51,6)	38,7 (35,7-41,7)	<0,0001	
Santé globale perçue	Excellent	3,2%	3,9%	1,8%	0,46
	Très bon	31,9%	32,0%	31,6%	
	Bon	45,9%	42,2%	54,4%	
	Médiocre	16,8%	19,5%	10,5%	
	Mauvais	2,2%	2,4%	1,7%	
Médecin traitant	36,2%	33,6%	42,1%	0,32	
Médication chronique	20,5%	23,4%	14,0%	0,36	
Indice de Masse Corporelle	24,4 (23,8-25,1)	24,8 (24,0-25,6)	23,7 (22,5-24,9)	0,15	
« Exercice Vital Sign »	67,2 (52,7-81,7)	70,1 (52,6-87,6)	60,8 (34,6-87,0)	0,56	
Troubles du sommeil	Jamais	18,9%	19,5%	17,6%	0,66
	Parfois	48,1%	46,1%	52,6%	
	Souvent	27,6%	29,7%	22,8%	
	Toutes les nuits	5,4%	4,7%	7,0%	
Consommation d'alcool	Jamais	15,1%	18,0%	8,8%	0,14
	1x/mois	21,6%	17,2%	31,6%	
	1x/sem	28,7%	30,5%	24,6%	
	2-3x/sem	25,4%	24,2%	28,0%	
	4x/sem	9,2%	10,1%	7,0%	
Trouble Santé Mentale	37,8%	38,3%	36,8%	0,87	

⁹ Voir « Multivariée 1 » (Annexe 7.2 – p.48) pour les calculs statistiques plus détaillés/précis

Dépistage cancer à jour	62,7%	61,5%	65,6%	0,83
Jour(s) d'Incapacité	7,9 (3,3-12,5)	8,8 (3,2-14,3)	6,0 (0-14,3)	0,59
Respect durée certificat	80,0%	84,9%	74,1%	0,34

Figure 12 – Influence du nombre d'heures de travail par semaine sur la santé globale perçue des médecins (via « régression linéaire »)



Puisque la littérature et les données ont suggéré que les variables explicatives pourraient être corrélées, engendrant un potentiel effet de confusion, une analyse des relations entre ces mêmes variables a été effectuée en utilisant le test du Chi-carré ou le test exact de Fisher.

Tableau 5 – Table d'interdépendance avec P-value des tests d'association (tests exacts de Fisher/du Chi-carré) entre les variables explicatives potentielles des variables de santé

	H/sem	Rémunération	Age	Sexe
H/sem		<0,0001	0,02	0,005
Rémunération	<0,0001		0,12	0,99
Age	0,02	0,12		<0,0001
Sexe	0,005	0,99	<0,0001	

Le modèle linéaire généralisé a ensuite été employé pour effectuer une analyse multivariée visant à évaluer l'effet indépendant des variables explicatives d'intérêt sélectionnées, tout en contrôlant les variables de confusion potentielles. Les variables de santé, les variables explicatives et les variables de confusion incluses dans ce modèle ont été choisies sur la base des résultats des analyses univariées antérieures.

Multivariée 2 (résumé)¹⁰ – État de santé global perçu (variable « dépendante ») par heures de travail/semaine, âge, sexe et type de rémunération (variables « indépendantes ») selon ajustement du modèle linéaire généralisé

Résumé des effets

Source	Logworth	P-value
Heures/sem	1,333	0,04649
ÂGE	0,287	0,51648
SEXE	0,079	0,83398
REMUNERATION	0,034	0,92448

4.2 Description et commentaires

Notre échantillon est principalement composé de médecins généralistes (72,0%) de sexe féminin (69,3%) pratiquant majoritairement au sein de structure de groupe (76,8%) avec une rémunération à l'acte (67,7%) dans des zones rurales/semi-rurales (57,7%) des provinces du Hainaut (37,5%), de Liège (24,9%) et de Bruxelles (17,5%). Ces praticiens travaillent généralement entre 8 et 10 demi-journées par semaine, qu'ils consacrent essentiellement à la clinique et aux soins de leurs patients (30-45h/sem), aux tâches administratives (3-8h/sem) et à d'autres activités médicales (1-5h/sem), parmi lesquelles ils citent principalement les consultations ONE (« Office de la Naissance et de l'Enfance »), la participation au GLEM (« Groupe Local d'Évaluation Médicale »), la coordination des soins dans une MRS (« Maison de Repos et de Soins »), les conférences pour la formation continue, le suivi médical en planning familial et les activités universitaires (enseignement ou séminaires).

La quasi-totalité des assistants interrogés (n = 53) comptent exercer dans une pratique de groupe, après avoir achevé leur période d'assistantat, que ce soit dans un groupement avec d'autres médecins généralistes (60,4%) ou au sein d'une association pluridisciplinaire (32,1%). Si environ la moitié des répondants âgés de plus de 55 ans (n = 41) comptent partir à la retraite après l'âge légal fixé par le gouvernement (48,8%), certains n'envisagent absolument pas de cesser leur activité professionnelle et de prendre leur pension (17,1%).

Bien que la plupart des participants s'estiment en bonne santé (81,0%), un certain nombre d'entre eux perçoivent leur santé comme médiocre (16,9%), voire franchement mauvaise (2,1%), fait ne semblant cependant pas être corrélé à l'âge (P-value à 0,58).

¹⁰ Voir « Multivariée 2 » (Annexe 7.3 – p.49) pour les calculs statistiques plus détaillés/précis

Seule une minorité des répondants (36,5%) possèdent leur propre médecin traitant indépendant, toutefois une grande partie d'entre eux l'ont consulté au cours des 12 derniers mois (68,1%). Approximativement un tiers des interrogés (29,1%) a eu recours aux services d'un psychiatre/psychologue/psychothérapeute au cours de l'année écoulée et, en outre, une partie non-négligeable (38,6%) a finalement renoncé à consulter un confrère (généraliste ou spécialiste) pour un problème de santé ou un bilan durant ce même laps de temps. Les raisons évoquées pour justifier cette renonciation à la consultation sont multiples : poursuite du travail tout de même possible au vu du degré d'urgence jugé comme « faible » (67,1%), peur du jugement (35,6%), crainte de surcharger ses collègues (28,8%), culpabilisation d'abandonner/laisser tomber ses patients (21,9%), inconfort d'endosser le rôle du « patient » (20,5%), perte financière (11,0%), appréhension à devoir affronter un diagnostic difficile (8,2%) et manque de temps (8,2%).

Environ la moitié des participants (55,5%) ont présenté, au cours des 5 dernières années, une des affections médicales suivantes : burnout/épuisement professionnel (27,5%), dépression/trouble anxieux (20,1%), dyslipidémie/hypercholestérolémie (22,9%), hypertension artérielle (19,0%), asthme/BPCO (14,3%), diabète (5,7%) et cancer (4,9%). Ils ne sont pourtant qu'une petite proportion à prendre un traitement chronique (20,1%), comportant souvent entre 1 et 3 médicaments quotidiens. Si la prévalence des troubles de santé mentale/psychologique est tout de même significative (38,1%), seule une moitié de ces médecins ont eu recours à l'aide d'un professionnel spécialisé dans ce domaine (52,8%).

Bien qu'un petit nombre avoue et reconnaisse un problème de mésusage d'alcool (6,9%), une quantité non-négligeable des répondants consomment des boissons alcoolisées au moins 1x/sem (63,0%), s'élevant même pour certains d'entre eux à 4x/sem (9,0%). La consommation de ces substances semble toutefois se limiter à 1-2 verre(s)/unité(s) d'alcool sur la journée pour la grande majorité (75,6%), sans pour autant être corrélé au sexe (P-value à 0,26).

A partir du poids (en kg) et de la taille (en m), communiqués par les personnes interrogées, l'Indice de Masse Corporelle a pu être calculé et se situe, pour le plus grand nombre, entre 21,2 et 26,4, avec une médiane à 23,8, semblant être corrélé de façon linéaire croissante avec l'âge (P-value à 0,008) mais sans influence du sexe (P-value à 0,21). Concernant l'activité physique des participants, elle a été évaluée au moyen de l'« Exercise Vital Sign », qui s'étend majoritairement de 0 à 90, avec une médiane à 30.

Si la plupart des médecins sont globalement satisfaits par la qualité de leur sommeil (66,7%), une portion non-négligeable a toutefois souvent (27,5%) présenté des troubles du sommeil, voire quotidiennement (5,8%), au cours des 3 derniers mois.

Parmi la proportion des répondants concernés par les dépistages validés des différents cancers (sein/col/colo-rectal), seule une majorité relative (62,2%) se conforme à ces recommandations de prévention, sans différence significative entre les individus de sexe féminin et masculin interrogés (P-value à 0,83).

Une grande partie des interrogés (66,7%) n'ont pas présenté de jour d'incapacité liée à une maladie au cours de l'année 2022, et parmi ceux ayant bénéficié d'un certificat médical (n = 63), ils en respectent majoritairement la durée préconisée (79,4%).

En comparant les différents modes de pratiques, plusieurs différences significatives ont pu être objectivées. En effet, les médecins généralistes en milieu rural, ou semi-rural, travaillent plus de demi-journées et d'heures par semaine que leurs confrères exerçant en milieu urbain. Il en va de même pour les médecins généralistes pratiquant en solo, comparés à leurs collègues prestant dans des pratiques de groupe, ainsi que pour ceux travaillant à l'acte, contrastant avec leurs pairs rémunérés au forfait.

Les praticiens œuvrant en ville consacrent cependant plus de leur temps hebdomadaire à la pratique d'une activité physique/sportive que ceux du côté de la campagne (analysé via l'indice EVS).

Les médecins exerçant en solo sont majoritairement des hommes d'âge avancé. Ils prennent également un plus grand nombre de médication chronique quotidienne. Une analyse multivariée¹¹ par ajustement du modèle linéaire généralisé a néanmoins permis de lier cette consommation plus importante de médicaments à l'âge^[41] des répondants (P-value <0,0001), plutôt qu'à leur sexe ou leur pratique (solo VS groupe).

Le nombre d'heures de travail prestées par semaine semble influencer négativement sur la perception de l'état de santé global des médecins généralistes (P-value à 0,047), mais également sur la probabilité plus importante de présenter une pathologie chronique médiquée (P-value à 0,003) ainsi que l'augmentation du nombre de médications chroniques prises quotidiennement (P-value à 0,04), sur la hausse du recours à un psychothérapeute (P-value à 0,03) et sur l'élévation de l'IMC (P-value à 0,004).

¹¹ Voir « Multivariée 1 » (Annexe 7.2 – p.48)

La variable indépendante « Nombre d'heures de travail/semaine » étant influencée par de nombreux autres facteurs¹², une analyse multivariée¹³ par ajustement du modèle linéaire généralisé a été réalisée afin d'estimer/de corriger l'impact de ces variables confondantes et de mettre en évidence l'influence et le rôle significatif du temps de travail hebdomadaire (variable « explicative ») sur la santé globale perçue.

¹² Voir « Tableau 5 – Table d'interdépendance des variables explicatives » (p.25)

¹³ Voir « Multivariée 2 » (Annexe 7.3 – p.49)

5 Discussion et perspectives

5.1 Rappel de la question de recherche

Cette étude a pour but d'avoir une vision succincte et une impression globale de l'état de santé des médecins généralistes belges francophones, ainsi que de comparer l'influence de certains facteurs, dépendant principalement du type de pratique, sur ce dernier.

5.2 Synthèse des résultats

Bien que la majorité des praticiens se considèrent en bonne santé, seule une petite proportion d'entre eux (environ 1/3) ont un médecin généraliste traitant personnel. Certes, une fraction de ces médecins a eu recours à une aide psychologique, mais un plus grand nombre encore a renoncé à consulter un confrère, malgré la nécessité, en avançant la peur du jugement, la culpabilisation ou encore le manque de temps comme justification. En effet, si 4 médecins sur 10 interrogés présentent un burnout/une dépression (auto-déclaré), ils ne sont que la moitié à avoir recouru aux services d'un psychologue/psychothérapeute. Seul 1 médecin sur 5 prend une médication chronique, majoritairement pour un problème tensionnel, dyslipidémique ou respiratoire. Ils jugent la qualité de leur sommeil globalement satisfaisante et consomment de l'alcool de façon hebdomadaire et raisonnable pour la majorité d'entre eux. Malgré leur faible propension à pratiquer une activité physique (surtout du côté rural), leur Indice de Masse Corporelle reste dans les normes acceptables. Seuls 6 praticiens concernés sur 10 participent au programme de dépistage validé des cancers du sein/col/colo-rectal. Moins de la moitié d'entre eux ont été absents pour raison médicale sur l'année écoulée et ces derniers ont largement respecté la durée préconisée par leur certificat d'incapacité de travail.

Les médecins généralistes pratiquant en milieu rural, en solo et à l'acte travaillent significativement un plus grand nombre d'heures par semaine que leurs confrères exerçant en milieu urbain, en groupe et au forfait. Si les médecins pratiquant en solo semblent plus nombreux à prendre une médication chronique quotidienne, ceci est principalement influencé par l'âge des répondants de cette catégorie professionnelle.

Après correction de l'impact de certaines variables confondantes par analyse multivariée, un des facteurs influençant significativement la perception de l'état de santé globale semble être le nombre d'heures de travail hebdomadaire effectuées par les praticiens (englobant les soins aux patients, les tâches administratives et les activités médicales parallèles).

5.3 Comparaison avec les données de la littérature

La perception de l'état de santé global des médecins de notre échantillon est à mettre en relation avec les données analogues retrouvées dans d'autres études : 80% en bonne santé, 15% médiocre et 5% mauvais.^[7,8,33]

La proportion de praticiens affirmant avoir un médecin généraliste personnel indépendant fluctue en fonction des études et des règles déontologiques/légales au niveau national (obligation d'enregistrement auprès d'un médecin traitant en Angleterre et en Norvège), mais dans les systèmes comparables à celui en place en Belgique, cette portion s'établit en général entre 25-50%, comme décrit dans notre enquête.^[4,7,11,14,16,21,29,30,32,33,42]

Retarder/renoncer à consulter un confrère pour un problème de santé concerne environ 40% des médecins de notre étude, dans le même ordre de grandeur que les données retrouvées dans la littérature. Les multiples motifs évoqués sont également similaires : inconfort avec l'idée d'endosser le rôle du patient, peur du jugement/d'être considéré comme inapte à l'exercice de la pratique médicale, surcharge de travail, manque de temps, rupture de confidentialité, mythe culturel du médecin invincible/intouchable, perte financière, culpabilisation d'abandonner patients et collègues, ...^[4,7,11,21,24,33]

Malgré des données variables dans la littérature, la prévalence d'un trouble de santé mentale de type burnout/dépression s'élève habituellement à 1 professionnel sur 3, soit légèrement en-deçà des valeurs retrouvées dans notre étude, mais il est légitime, entre autres, d'assumer une potentielle influence de la crise CoVid sur cet état.^[7,11,17,18,21,43]

Le regroupement en association monodisciplinaire ou pluriprofessionnelle a amélioré les conditions de pratique pour les médecins généralistes exerçant en groupe, en leur permettant de jouir d'un meilleur équilibre entre leur vie professionnelle et privée, principalement lié à la réduction de leur temps de travail hebdomadaire (5h de moins en moyenne), comme mis en évidence dans notre étude également. La même conclusion peut être tirée concernant la zone d'exercice, les médecins pratiquant en ville travaillant moins que leurs confrères en territoire rural.^[11,21,44]

Concernant les programmes de dépistage, dans les différentes études retrouvées dans la littérature, 80% des médecins de sexe féminin réalisent régulièrement mammographie et frottis de col (soit plus que dans notre enquête), mais seulement 35% effectuent les analyses requises pour dépister un cancer colo-rectal (soit moins que dans notre investigation).^[8,32,42]

5.4 Pistes de solution et perspectives d'avenir

En étant en permanence exposés à la misère, à la détresse, à la maladie et à la mort, les médecins se doivent d'être résilients et flexibles s'ils veulent être capables de continuellement absorber la pression professionnelle et de faire face aux perpétuels enjeux/défis éthiques et moraux. De nombreux facteurs personnels (personnalité perfectionniste de type A, traumatismes passés, stratégies d'adaptation, spiritualité, ...); organisationnels (charge de travail, nombre d'heures prestées, ...); socioculturels (patients consuméristes, essor de la culpabilisation, litiges, ...) peuvent influencer sur cette capacité de résilience, qui leur permet habituellement de rester dévoués et empathiques envers leurs patients.^[11,24,45]

Face au déni de sa propre vulnérabilité, le médecin est sa plus grande menace personnelle !^[11,23,33,45,46]

Un changement culturel, structurel et systémique semble dès lors nécessaire afin de déconstruire le mythe du « médecin surhumain/invincible » et doit être implémenté dès le début du cursus universitaire pour enseigner, en amont d'une carrière médicale, les bases d'une reconnaissance et d'une prise en charge correctes et appropriées de sa propre santé, de son bien-être personnel et de ses besoins individuels. Il est important de rapidement conscientiser les futurs professionnels à leur simple nature humaine/mortelle, en leur rappelant qu'ils seront inévitablement et invariablement confrontés à des pathologies au niveau personnel. En effet, la maladie n'est pas réservée au patient et n'est pas non plus synonyme de faiblesse !^[10,13,21,24,28,30,33,45]

Cet apprentissage nécessaire repose sur la mise en place de plusieurs résolutions :

- Stimuler la curiosité scientifique et l'intérêt médical, ainsi qu'encourager la variabilité/diversité des activités secondaires, afin de susciter un degré élevé de satisfaction professionnelle en rompant la monotonie/en brisant la routine^[14,44,45,47]
- Prendre conscience de ses propres limites, acquérir la capacité de dire « non » et apprendre à faire preuve d'autocompassion en se pardonnant ses erreurs, afin de fixer un cadre précis et d'établir, avec sa patientèle, un environnement relationnel basé sur le respect mutuel^[28,33,45,47]
- Maîtriser la gestion de son temps en limitant, par responsabilisation individuelle et en encourageant la pratique de groupe, le nombre d'heures de travail hebdomadaire (sans pour autant impacter ses revenus), afin de dégager du temps libre pour des

loisirs, s'accorder des vacances, et ainsi garantir un équilibre satisfaisant entre vie privée et vie professionnelle^[28,33,44,45,47]

- Abolir le climat nocif (mais pourtant omniprésent) de compétition/compétitivité, revaloriser la profession de « médecin généraliste » et entretenir/cultiver des relations harmonieuses/bienveillantes avec ses collègues/confrères (en n'hésitant pas à organiser/participer/partager des activités sortant du cadre professionnel), afin de valoriser le support collégial^[14,25,28,45,47]

Néanmoins, savoir ce qu'il faut faire n'implique pas forcément que ces choses soient correctement réalisées ... Les médecins, comme ceux de notre échantillon, semblent en effet être des patients réticents qui prennent soin de leur santé de manière désorganisée ayant recours à des consultations informelles, à l'automédication (qui compromet leur jugement clinique/leur objectivité) et à l'utilisation inappropriée de services inadéquats. Or, il ne peut être attendu d'un médecin malade qu'il dispense des soins de qualité à ses patients ! La négligence des médecins vis-à-vis de leur propre santé a donc inévitablement un impact négatif sur l'ensemble du système de soins avec une diminution de la productivité/de l'efficacité du praticien, une perte d'empathie, un manque de sécurité pour le patient et, finalement, une baisse de qualité globale des soins.^[10,11,29,30,43]

Plusieurs mesures peuvent toutefois être envisagées pour encourager la consultation d'un confrère et faciliter le recours à un soutien externe, afin d'augmenter l'accablante proportion de 1/3 de professionnels médicalement suivis de notre échantillon :

- Obligation de s'inscrire auprès d'un médecin généraliste indépendant, sans lien familial/amical/professionnel, expérimenté et formé particulièrement pour la prise en charge complexe de confrères/consœurs (il serait en effet utopiste de croire qu'un membre du corps médical cesse d'être « médecin » une fois qu'il devient « patient »)^[10,14,20,21,24,25,28,29,31]
- Suggestion de contrevenir à la « courtoisie professionnelle » du serment d'Hippocrate en exigeant la rémunération de la consultation afin de clarifier les rôles et de créer une distanciation relationnelle opportune^[10,20]
- Garantie absolue d'une confidentialité totale^[10,20,23,46]
- Limitation et contrôle de l'autoprescription^[20,33]

- Mise en place d'un service de remplacement rapidement disponible (comme les « médecins itinérants » en France) et consolidation d'un service de garde efficace^[5,20,23,28]
- Instauration d'une branche médicale spécifique de type « médecine du travail » exclusivement destinée aux soins des médecins, afin d'assurer un suivi régulier et périodique de leur état de santé (comme le « Practitioner Health Program » au Royaume-Uni, le « Programa de Atención Integral al Médico Enfermo » en Espagne, « Norwegian Medical Association » en Norvège, « Canadian Medical Association » au Canada, ...)^[5,11,14,20,25,28]
- Simplification de l'accès pour les professionnels de la santé à une aide psychologique/psychiatrique (comme le centre d'accueil à bas-seuil « Villa Sana Resource Center » en Norvège)^[9,33]
- Éducation au bien-être émotionnel et à la gestion du stress (sport, yoga, pleine conscience, ...)^[28,46]
- Recommandation de souscrire à une assurance « revenu garanti »^[9,20,23,47]
- Implémentation de campagne de prévention spécifiquement dédiée à ce public professionnel (dépistage, activité physique, alcool, alimentation, ...)^[20,32]
- Promotion des structures d'aide déjà en place : « Médecins en difficulté »¹⁴, « Doctors4Doctors »¹⁵, ...^[28,33]

Bien souvent, en l'absence de valeur contraignante et de surveillance active, les règles de conduite éthiques et le code de déontologie sont insuffisants pour décourager les médecins de prendre en charge individuellement et de manière indépendante, sans assistance externe, leur propre santé.^[9,26,29]

Nonobstant ces considérations professionnelles, les patients ont également un rôle majeur à jouer dans cette problématique. En effet, conjointement à l'évolution sociétale, les patients sont devenus de plus en plus consommateurs vis-à-vis du monde médical. Leur éducation à une utilisation raisonnable/raisonnée des soins de santé et leur compréhension du rôle considérable/essentiel du médecin généraliste (qui n'est évidemment pas uniquement un

¹⁴ "Médecins en difficulté" : 0800 23 460 - <https://www.medecinsendifficulte.be>

¹⁵ "Doctors4Doctors" : <https://www.doctors4doctors.be>

distributeur de certificats) semblent être une étape absolument nécessaire pour assurer le besoin de reconnaissance et de revalorisation de la profession.^[28,31,40,48]

Si bien souvent les médecins, comme le montre les résultats de cette étude, ignorent leurs propres recommandations qu'ils donnent à leurs patients, en appliquant l'adage « *Faites ce que je dis, pas ce que je fais !* », il est néanmoins prouvé que le comportement du praticien envers sa propre santé influence les conseils promulgués aux patients.^[22,30,48,49] L'état de santé du médecin, réel ou interprété par le patient à partir de son apparence/de sa démarche/de son rythme de travail (un généraliste connaît souvent bien son patient, mais l'inverse est vrai aussi !), a un impact conséquent, mais pourtant méconnu, sur la relation médecin-patient. Un médecin « malade » inspire effectivement moins confiance, sera considéré comme moins compétent et plus prompt à commettre des erreurs (« *si vous ne prenez pas soin de vous, comment voulez-vous prendre soin de moi ?* »). Il est important de révéler l'existence d'un lien bi-directionnel (« Reverse Caring ») existant entre le patient et son médecin, qui, quand sa santé est défaillante, peut puiser soutien/compassion/réconfort dans sa relation de confiance avec le patient.^[20,23,48] Force est également de constater qu'une fois le médecin tombé malade et passé « de l'autre côté », celui-ci en devient souvent plus empathique et plus disposé à reconnaître et accepter ses propres limites.^[10,13]

Plusieurs organismes et instances déplorent l'absence d'une évaluation standardisée et prônent la mise en place d'un indicateur du « Bien-Être » (physique/mental/émotionnel) des professionnels des soins de santé. Ce témoin est aussi essentiel que la dispensation des soins aux patients et que la viabilité financière du système, car un médecin généraliste en bonne santé est bénéfique pour lui-même, pour ses patients, pour la durabilité/la pérennité du système des soins et pour l'ensemble de la santé publique ! Il est devenu d'autant plus capital, dans la période de pénurie actuelle, de traiter avec précaution et prévenance ces dispensateurs de soins indispensables que sont les médecins généralistes, maillon central fournissant des soins cruciaux aux patients !^[11,40,47,48]

5.5 Critique et limites de la méthodologie

Si cette étude tente d'estimer l'état de santé des médecins généralistes belges francophones en utilisant principalement des critères indirects et implicites, un possible biais de mesure pourrait dès lors intervenir dans les résultats au vu de l'absence d'un indicateur fiable,

standardisé et validé qui aurait pu permettre une évaluation objective et rigoureuse de cette problématique.

Il est également important de signaler un potentiel biais de sélection, avec une proportion importante d'assistants parmi les répondants, expliquée en partie par le recrutement sur les réseaux sociaux et pouvant donner lieu à une « surreprésentation » de ce groupe par rapport à la répartition réelle. De même qu'il est légitime d'estimer que seuls les médecins les plus motivés/intéressés par la thématique ont pris le temps de répondre à cette enquête sur base facultative et volontaire, ne reflétant donc qu'une portion de l'ensemble de la profession et donnant lieu à un biais de représentation.

Bien que 224 réponses, dont 189 complètes et exploitables, représentent un score tout à fait honnête et satisfaisant par rapport à ce type d'étude et l'objectif préalablement fixé, il est raisonnable de penser qu'un plus grand nombre de répondants aurait pu, en augmentant la taille de l'échantillon et en enrichissant la base de données, améliorer la puissance des tests statistiques et optimiser les seuils de significativité, et ainsi potentiellement pu permettre l'observation et la mise en évidence d'autres corrélations/différences. L'absence de dénominateur par impossibilité de calculer le nombre total de médecins exposés/soumis à cette étude (diffusion par plusieurs relais de façon électronique) empêche l'extrapolation réaliste et la généralisation de ces résultats, par manque de représentativité.

Compte tenu de la thématique sensible et épineuse, et cela malgré l'anonymat certifié de l'étude et l'anonymisation garantie des données, certains auraient pu être tentés de falsifier/modifier/contrefaire leurs réponses à certaines questions plus personnelles et délicates, afin de consciemment (ou non) se conformer aux normes et aux attentes implicites inhérentes à la profession, occasionnant de la sorte un plausible biais de réponse.

Les analyses statistiques présentées dans ce travail ont été individuellement et personnellement réalisées par l'auteur, simple assistant en médecine générale, sans formation spécifique ou approfondie dans ce domaine, grâce au logiciel JMP. Il est évident que d'autres analyses plus performantes et poussées auraient pu être menées sur les données récoltées et d'autres modèles multivariés créés pour croiser de façon plus efficiente ces dernières entre elles.

Si une influence significative du nombre d'heures de travail hebdomadaire sur la santé globale perçue a pu être mise en évidence, il est important de garder à l'esprit le potentiel biais lié au « Healthy Worker Effect »^[50], selon lequel les travailleurs seraient en meilleure santé que la

population générale en raison de leur capacité à travailler (ceux en mauvaise santé étant bien souvent exclus du marché du travail), mais aussi du phénomène paradoxal de certains s'estimant en moins bonne santé alors qu'ils travaillent en horaire réduit (maladie chronique, post-burnout, salariés plus âgés, ...).

5.6 Conclusion

Bien qu'aucune influence significative relevante n'ait pu concrètement être mise en évidence entre les différents modes de pratique (rural VS urbain, solo VS groupe, acte VS forfait) sur certaines variables de santé sélectionnées : peu importe où, avec qui et comment le médecin travaille, c'est principalement le nombre d'heures de travail hebdomadaire qui impacte la perception de sa propre santé, probablement lié à un déséquilibre préjudiciable entre vie privée et vie professionnelle.

Devant les résultats obtenus, force est également de constater que les médecins généralistes belges francophones ne sont pas forcément en parfaite santé et que cela pourrait influencer sur la relation thérapeutique et les soins administrés au patient, ainsi que, de facto, sur la qualité globale de l'ensemble des soins de santé. Le maintien et la promotion de la santé des médecins semblent dès lors constituer une priorité, dans un intérêt de santé publique, en envisageant l'instauration et l'application de certaines mesures et résolutions : de la conscientisation précoce des étudiants en médecine vis-à-vis de leur propre vulnérabilité à l'obligation d'enregistrement auprès d'un médecin généraliste indépendant, en passant, entre autres, par la création d'un indicateur universel standardisé du bien-être (physique/mental/émotionnel) du corps médical.

Si cette étude se concentre principalement sur l'influence du type de pratique sur la santé des médecins, il serait intéressant d'aller plus loin en identifiant les facteurs influençant ces différentes variables de pratique/de choix d'installation. Il serait également pertinent d'examiner les raisons conduisant à une augmentation du temps de travail hebdomadaire pour certains de ces professionnels (*pénurie de médecins ? trop grand nombre de patients ? temps perdu et distance trop importante à parcourir lors de visites à domicile ? surcharge administrative ? problèmes organisationnels ? etc.*), afin de cibler de façon plus efficiente les stratégies à mettre en place pour aider à la réduction de ce nombre d'heures prestées. Une étude qualitative serait également opportune pour investiguer de façon plus approfondie les fondements des freins qui semblent empêcher les médecins de recourir à une aide externe indépendante et objective pour gérer leur propre santé.

En espérant que la lecture de ce travail puisse susciter l'intérêt, la prise de conscience et l'auto-réflexion des médecins au sujet de leur propre santé, ainsi que de ses répercussions globales potentielles et des possibles enjeux en termes de santé publique.

En définitive, prenons soin de nous pour prendre soin des autres !

« La santé est le trésor le plus précieux et le plus facile à perdre, c'est cependant le plus mal gardé »

(Edme-François CHAUVOT DE BEAUCHENE)

6 Bibliographie

- 1) Alla F. Les déterminants de la santé. *Traité de Santé Publique*. Cachan : Lavoisier. 2016 ; 15-18.
- 2) Wilkinson R, Marmot M. Les déterminants sociaux de la santé : les faits. *Organisation Mondiale de la Santé – Bureau régional de l'Europe*. 2000.
- 3) Aday L, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*. 1974; 9(3): 208-220.
- 4) Kay M, Mitchell G, Clavarino A, et al. Doctors as patients: a systematic review of doctors' health access and the barriers they experience. *British Journal of General Practice*. 2008; 58: 501-508.
- 5) Forsythe M, Calnan M, Wall B. Doctors as patients: postal survey examining consultants and general practitioners' adherence to guidelines. *British Medical Journal*. 1999; 319: 605-608.
- 6) Lunn JA. The sick doctor. *British Journal of Industrial Medicine*. 1989; 46: 825.
- 7) Sebo P, Favrod-Coune T, Mahler L, et al. A cross-sectional study of the health status of Swiss primary care physicians. *Scientific Reports*. 2021; 11: 23459.
- 8) Desprès P, Grimbert I, Lemery B, et al. Santé physique et psychique des médecins généralistes. *DREES*. Juin 2010 ; 731.
- 9) Field R, Haslam D. Do you have your own doctor, doctor? Tackling barriers to health care. *British Journal of General Practice*. 2008; 58: 462-464.
- 10) Jaye C, Wilson H. When general practitioners become patients. *Health*. 2003; 7(2): 201-225.
- 11) Wallace J, Lemaire J, Ghali W. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet*. 2009; 374: 1714-21.
- 12) Steffen M, Hagen P, Benkhadra K, et al. A survey of physicians' perceptions of their health care needs. *Occupational Medicine*. 2015; 65: 49-53.
- 13) Fox F, Harris M, Taylor G, et al. What happens when doctors are patients? Qualitative study of GPs. *British Journal of General Practice*. 2009; 59: 811-818.
- 14) Tyssen R. Health problems and the use of health services among physicians: a review article with particular emphasis on Norwegian studies. *Industrial Health*. 2007; 45: 599-610.
- 15) Clever L, Arsham G. Physicians' own health – Some advice for the advisors. *The Western Journal of Medicine*. 1984; 141: 846-854.
- 16) Chambers R, Belcher J. Self-reported health care over the past 10 years: a survey of general practitioners. *British Journal of General Practice*. 1992; 42: 153-156.
- 17) Verhoef N, Blomme R. Burnout among general practitioners: a systematic quantitative review of the literature on determinants of burnout and their ecological value. *Frontiers in Psychology*. 2022; 13: 1064889.
- 18) Karuna C, Palmer V, Scott A, et al. Prevalence of burnout among GPs: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*. 2022; online first.
- 19) Dyrbye L, Shanafelt T. Physician burnout: a potential threat to successful health care reform. *JAMA*. 2011; 305(19): 2009-10.
- 20) Leriche B, Biencourt M, Bouet P, et al. Le médecin malade. Rapport de la Commission nationale permanente - Ordre National des Médecins (France). Juin 2008.

- 21) Schneider M, Bouvier-Gallacchi M, Goebring C, et al. Personal use of medical care and drugs among Swiss primary care physicians. *Swiss Medical Weekly*. 2007; 137: 121-126.
- 22) Gardner M, Ogden J. Do GPs practice what they preach? A questionnaire study of GPs' treatments for themselves and their patients. *Patient Education and Counseling*. 2005; 56: 112-115.
- 23) Thompson W, Cupples M, Sibbett C, et al. Challenge of culture, conscience and contract to general practitioners' care of their own health: qualitative study. *British Medical Journal*. 2001; 323: 728-731.
- 24) Cohidon C, Mahler L, Broers B, et al. Primary care physicians' personal and professional attributes associated with forgoing own care and presenteeism: a cross sectional study. *International Journal of Public Health*. 2022; 66: 1604442.
- 25) Gustafsson S, Lovseth L, Schenck-Gustafsson K, et al. What makes physicians go to work while sick: a comparative study of sickness presenteeism in four European countries (HOUPE). *Swiss Medical Weekly*. 2013; 143: w13840.
- 26) Ordre des Médecins (Belgique). Code de déontologie médicale. Chapitre 2 : Professionnalisme – Article 10. 31/12/2021.
- 27) Gosse AH. The health of the doctor. *British Medical Journal*. 1942; 2: 567-569.
- 28) Jonckheer P, Stordeur S, Lebeer G, et al. Le Burnout des médecins généralistes : prévention et prise en charge – Synthèse. *Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE)*. 2011 ; Reports 165B.
- 29) Chen J, Tse E, Lam T, et al. Doctors' personal health care choices: a cross-sectional survey in a mixed public/private setting. *BMC Public Health*. 2008; 8: 183.
- 30) Fawibe A, Odeigah L, Akande T, et al. Self-reported medical care seeking behaviour of doctors in Nigeria. *Alexandria Journal of Medicine*. 2017; 53: 117-122.
- 31) Cannella M. Comprendre le recours des médecins généralistes à l'automédication et à la consultation d'un collègue en ce qui concerne leur santé physique et/ou mentale – Etude qualitative sur un échantillon de médecins généralistes dans la région de Bruxelles. ULB.
- 32) Legrand C. Prise en charge de leur propre santé par les médecins généralistes namurois : comparaison à la population générale et comparaison générationnelle. UCL; 2017/2018.
- 33) Muyshont J. Qui soigne les médecins généralistes de la Fédération Wallonie-Bruxelles ? Mise au point des pratiques des médecins de première ligne pour leur santé. UCL; 2021/2022.
- 34) Charafeddine R, Van der Heyden J, Demarest S, et al. Santé et qualité de Vie : Résumé des résultats (Enquête de santé 2018). *Sciensano*. Belgique; Juillet 2019.
- 35) World Health Organization. Core health indicators in the WHO European Region 2022 – Special focus : European Programme of Work Measurement Framework. *World Health Organization – Regional Office for Europe*.
- 36) Devaux M, Jusot F, Sermet C, et al. Hétérogénéité sociale de déclaration de l'état de santé et mesure des inégalités de santé. *Revue française des affaires sociales*. 2008; 1: 29-47.
- 37) Alsteens O. Analyse de l'évolution spatiale des médecins généralistes en Belgique entre 1989 et 2019. Faculté des sciences (UCL) ; 2022.

- 38) Annemans L, Closon J-P, Closon M-C, et al. Comparaison du coût et de la qualité de deux systèmes de financements des soins de première ligne en Belgique. *Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE)*. 2008 ; Reports 85B.
- 39) Fédération des associations de médecins généralistes de Bruxelles/Federatie van de brusselse huisartsenvereniging. Le petit guide des types de pratique [en ligne]. *FAMGB/FBHAV*. Consulté le 25/03/2023 et disponible sur : <https://famgb.be/documents/FichepratiqueTYPESDEPRATIQUEextraitduDossierSinstalleraBruxelles174.pdf>
- 40) Buchin O, De Wever A, Vanherweghem J-L. La santé des Belges en 25 questions. Waterloo : LucPire Editions ; 2021, 176p.
- 41) Delara M, Murray L, Jafari B, et al. Prevalence and factors associated with polypharmacy: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*. 2022; 22: 601.
- 42) Gomant F, Legrand F. Les médecins et leur santé. Sondage IFOP pour COMM Santé & La Mutuelle du Médecin. France, septembre 2019.
- 43) Medisaukaite A, Kamau C. Does occupational distress raise the risk of alcohol use, binge-eating, ill health and sleep problems among medical doctors? A UK cross-sectional study. *BMJ Open*. 2019; 9: e027362.
- 44) Biais M, Cassou M, Franc C. Des conditions de travail plus satisfaisantes pour les médecins généralistes exerçant en groupe. *DREES*. Mai 2022 ; 1229.
- 45) Balme E, Gerada C, Page L. Doctors need to be supported, not trained in resilience. *British Medical Journal*. 2015; 351: h4709.
- 46) Verleyzen T. Le mythe du médecin surhumain. *MediQuality*. 23/02/2021.
- 47) Naehrig D, Glozier N, Klinner C, et al. Determinants of well-being and their interconnections in Australian general practitioners: a qualitative study. *BMJ Open*. 2022; 12: e058616.
- 48) Lemaire J, Ewashina D, Polachek A, et al. Understanding how patients perceive physician wellness and its links to patient care: a qualitative study. *PLoS ONE*. 2018; 13(5): e0196888.
- 49) Underner M, Ingrand P, Allouch A, et al. Influence du tabagisme des médecins généralistes sur leur pratique du conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac. *Revue des Maladies Respiratoires*. 2006 ; 23 : 426-429.
- 50) Shah D. Healthy worker effect phenomenon. *Indian Journal of Occupational & Environmental Medicine*. 2009; 13(2): 77-79.

7 Annexes

7.1 Questionnaire

Influence du type de pratique sur la santé des médecins généralistes belges francophones

Cette enquête est réalisée dans le cadre d'un travail de fin d'études pour l'obtention de la spécialisation en médecine générale.

Ce questionnaire a pour but d'avoir un bref aperçu de la santé des médecins généralistes belges francophones, ainsi que d'identifier les facteurs influençant cet état de santé.

Ce questionnaire comporte 27 questions et devrait vous prendre maximum 10-15min.

Les données récoltées sont totalement anonymes et seront utilisées uniquement et spécifiquement dans le cadre de ce TFE.

En remplissant ce questionnaire, vous acceptez donc de participer de manière **libre, volontaire, confidentielle et anonyme** à cette enquête.

Si vous avez des questions ou des remarques à soumettre concernant cette enquête, vous pouvez les adresser par mail à l'adresse suivante :

romain.bischoff@student.uclouvain.be

MERCI d'avance pour votre participation,

Dr BISCHOFF Romain (1-04241-67-006)

Il y a 34 questions dans ce questionnaire.

Données démographiques

1 Vous êtes : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Féminin
 Masculin

2 Quel âge avez-vous ? *

❗ Votre réponse doit être au moins 18

❗ Seul un nombre entier peut être inscrit dans ce champ.

Veillez écrire votre réponse ici :

3 Vous êtes : *

❗ Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Assistant
 Médecin généraliste

Type de pratique

4 Quelle est la localisation de votre pratique principale ? *

❗ Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Brabant Wallon
 Bruxelles
 Hainaut
 Liège
 Luxembourg
 Namur
 Autre

5 Quelle zone de pratique principale ? *

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Rurale
- Semi-rurale
- Urbaine

6 Quel genre de structure ? *

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- En solo
- En groupement de médecins
- En association pluridisciplinaire
- En intra-hospitalier

Autre

7 Quel type de rémunération ? *

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- A l'acte
- Au forfait

Autre

Conditions de travail

8 Combien de demi-journée(s) travaillez-vous par semaine ? *

● Votre réponse doit être comprise entre 1 et 14
● Seul un nombre entier peut être inscrit dans ce champ.
Veuillez écrire votre réponse ici :

demi-journée(s) par semaine (en moyenne)

9 Combien d'heure(s) par semaine consacrez-vous à la clinique/soins des patients ? *

● Seul un nombre entier peut être inscrit dans ce champ.
Veuillez écrire votre réponse ici :

h/sem (en moyenne)

10 Combien d'heure(s) par semaine consacrez-vous aux tâches administratives ? *

● Seul un nombre entier peut être inscrit dans ce champ.
Veuillez écrire votre réponse ici :

h/sem (en moyenne)

11 Combien d'heure(s) par semaine consacrez-vous à d'autres activités médicales (ex : association, ONE, planning familial, faculté universitaire, GLEM, ...) ? *

● Seul un nombre entier peut être inscrit dans ce champ.
Veuillez écrire votre réponse ici :

h/sem (en moyenne)

12 Quelle(s) activité(s) ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était supérieure ou égale à '1' à la question '11 [G03Q4]' (Combien d'heure(s) par semaine consacrez-vous à d'autres activités médicales (ex : association, ONE, planning familial, faculté universitaire, GLEM, ...) ?)

Veillez écrire votre réponse ici :

13 Après votre assistanat : dans quel genre de structure prévoyez-vous d'exercer ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Assistant' à la question '3 [G01Q3]' (Vous êtes :)

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- En solo
- En groupement avec d'autres médecins généralistes
- En association pluridisciplinaire
- Arrêt de la médecine
- Changement de spécialisation
- Autre

14 Quand prévoyez-vous de prendre votre pension/retraite ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était supérieure ou égale à '55' à la question '2 [G01Q2]' (Quel âge avez-vous ?)

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- A l'âge légal fixé par le gouvernement
- AVANT** l'âge légal fixé
- APRES** l'âge légal
- Je n'envisage **PAS** de prendre ma pension/retraite
- NON**-applicable

Etat de santé

15 Dans l'ensemble, comment jugeriez-vous votre **état de santé global** (*physique et mental*) ? *

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- MAUVAIS
- MEDIOCRE
- BON
- TRES BON
- EXCELLENT

16 Avez-vous un médecin traitant (AUTRE que vous-même) ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

17 L'avez-vous consulté(e) au cours des 12 derniers mois ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Oui' à la question '16 [G04Q2]' (Avez-vous un médecin traitant (AUTRE que vous-même) ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

18 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté un psychiatre, un psychologue ou un psychothérapeute ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

19 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous envisagé de consulter un(e) confrère (généraliste ou spécialiste) pour un problème de santé/un bilan pour finalement y renoncer ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

20 Pour quelle(s) raison(s) ne l'avez-vous finalement PAS consulté ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Oui' à la question '19 [G04Q4]' (Au cours des 12 derniers mois, avez-vous envisagé de consulter un(e) confrère (généraliste ou spécialiste) pour un problème de santé/un bilan pour finalement y renoncer ?)

📌 Cochez la ou les réponses
Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Eviter de "laisser/abandonner" mes patients
 Eviter une perte financière
 Eviter de surcharger mes collègues
 Peur du jugement
 Peur de devoir faire face à un diagnostic difficile
 Peur d'être considéré comme "malade"
 Poursuite du travail possible malgré tout (= post-posé à plus tard)
 Autre:

21 Vous a-t-on diagnostiqué, ou avez-vous présenté au cours des 5 dernières années, les affections médicales/comportements à risque suivants ?

📌 Cochez la ou les réponses
Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- HTA
 Diabète
 Dyslipidémie/hypercholestérolémie
 Cardiopathie ischémique
 Insuffisance cardiaque
 AVC/AIT
 Artériopathie périphérique
 Asthme
 BPCO
 Cancer colo-rectal
 Cancer de la prostate
 Cancer du sein
 Cancer du poumon
 AUTRE cancer
 Etat dépressif/trouble anxieux
 Trouble bipolaire
 Burnout/épouement professionnel
 Problème de mésusage d'alcool
 Consommation de tabac (min 1x/j)
 Vapotage (min 1x/j)
 Consommation de cannabis (min 1x/sem)
 Consommation d'autre(s) drogue(s)
 Consommation de BZD (min 1x/j)
 Consommation d'opioïdes (min 1x/j)
 Autre:

22 Prenez-vous un traitement chronique pour une ou plusieurs de ses pathologies ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Consommation d'autre(s) drogue(s)' ou 'Consommation d'opioïdes (min 1x/j)' ou 'Consommation de BZD (min 1x/j)' ou 'Consommation de cannabis (min 1x/sem)' ou 'Vapotage (min 1x/j)' ou 'Consommation de tabac (min 1x/j)' ou 'Problème de mésusage d'alcool' ou 'Burnout/épuisement professionnel' ou 'Trouble bipolaire' ou 'Etat dépressif/trouble anxieux' ou 'AUTRE cancer' ou 'Cancer du poumon' ou 'Cancer du sein' ou 'Cancer de la prostate' ou 'Cancer colo-rectal' ou 'BPCO' ou 'Asthme' ou 'Artériopathie périphérique' ou 'AVC/AIT' ou 'Insuffisance cardiaque' ou 'Cardiopathie ischémique' ou 'Dyslipidémie/hypercholestérolémie' ou 'Diabète' ou 'HTA' à la question '21 [G04Q5]' (Vous a-t-on diagnostiqué, ou avez-vous présenté au cours des 5 dernières années, les affections médicales/comportements à risque suivants ?)

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

23 Combien de médication(s) chronique(s) différente(s) prenez-vous par jour ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Oui' à la question '22 [G04Q5a]' (Prenez-vous un traitement chronique pour une ou plusieurs de ses pathologies ?)

ⓘ Seul un nombre entier peut être inscrit dans ce champ.

Veuillez écrire votre réponse ici :

médicament(s) chronique(s) différent(s) par jour

Prévention

24 Quelle est votre TAILLE actuelle (en mètre) ? *

Veuillez écrire votre réponse ici :

m

25 Quel est votre POIDS actuel (en kilogramme) ? *

Veuillez écrire votre réponse ici :

kg

26 En moyenne, combien de jour(s) par semaine pratiquez-vous une activité physique modérée à soutenue (à en être essouffé/à en transpirer) ? *

ⓘ Seul un nombre entier peut être inscrit dans ce champ.

Veuillez écrire votre réponse ici :

jour(s) par semaine (en moyenne)

27 En moyenne, combien de minute(s) par jour consacrez-vous à ces activités physiques modérées/soutenues ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était supérieure ou égale à '1' à la question '26 [G05Q3]' (En moyenne, combien de jour(s) par semaine pratiquez-vous une activité physique modérée à soutenue (à en être essouffé/à en transpirer) ?)

ⓘ Seul un nombre entier peut être inscrit dans ce champ.

Veuillez écrire votre réponse ici :

minute(s) par jour (en moyenne)

28 Au cours des **3 derniers mois**, avez-vous eu des problèmes pour vous endormir ou des **troubles du sommeil** ? *

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Jamais
- Parfois
- Souvent
- Toutes les nuits

29 A quelle fréquence consommez-vous des **boissons alcoolisées** ? *

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Jamais
- 1x/mois (ou moins)
- 1x/sem (ou moins)
- 2-3x/sem
- 4x/sem (ou plus)

30 Lorsque vous consommez des boissons alcoolisées, combien de **verre(s)/unité(s) d'alcool** buvez-vous sur la journée (en moyenne) ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était '1x/mois (ou moins)' ou '1x/sem (ou moins)' ou '2-3x/sem' ou '4x/sem (ou plus)' à la question '29 [G05Q5]' (A quelle fréquence consommez-vous des boissons alcoolisées ?)

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 1-2
- 3-4
- 5-6
- 7-9
- 10 (et +)

31 Si concerné(e), êtes-vous à jour dans le **dépistage de cancer** (Sein/Col/Colorectal) ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Incapacité

32 Combien de jour(s) d'incapacité de travail pour cause de **MALADIE** au cours de l'année écoulée (en 2022) ? *

● Seul un nombre entier peut être inscrit dans ce champ.
Veuillez écrire votre réponse ici :

jour(s) d'incapacité pour MALADIE

33 Combien de jour(s) d'incapacité de travail pour cause de **ACCIDENT** au cours de l'année écoulée (en 2022) ? *

● Seul un nombre entier peut être inscrit dans ce champ.
Veuillez écrire votre réponse ici :

jour(s) d'incapacité pour ACCIDENT

34 Si un(e) confrère vous a rédigé un **certificat d'incapacité** de travail (en lien avec une maladie/un accident), avez-vous respecté l'**entièreté de la durée** préconisée/prescrite ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

MERCI pour votre participation !
 Dr BISCHOFF Romain
 (romain.bischoff@student.uclouvain.be)

7.2 Multivariée 1 – Médication chronique (variable « dépendante ») par âge, sexe et structure de pratique (variables « indépendantes ») selon ajustement du modèle linéaire généralisé

Ajustement du modèle linéaire généralisé

Tester tout le modèle

Modèle	-Log- vraisemblance	Khi deux du rapport de vraisemblance	Degrés de liberté	Prob. > khi deux
Différence	15,4464488	30,8929	3	<,0001*
Complet	78,2668898			
Réduit	93,7133386			

Statistiques de qualité de l'ajustement	Khi deux	Degrés de liberté	Prob. > khi deux
Pearson	185,1736	180	0,3801
Déviante	156,5338	180	0,8961

AICc
164,7572

Résumé des effets

Source	Logworth	P-value
=> Quel âge avez-vous ?	4,090	0,00008
Vous êtes :	0,657	0,22043
Quel genre de structure ? 2	0,538	0,28984

[Supprimer](#) [Ajouter](#) [Édition](#) FDR

Tests des effets

Source	Degrés de liberté	Khi deux du rapport de vraisemblance	Prob. > khi deux
Vous êtes :	1	1,5015388	0,2204
Quel âge avez-vous ?	1	15,528154	<,0001*
Quel genre de structure ? 2	1	1,1203488	0,2898

Estimations des coefficients

Terme	Estimation	Erreur standard	Khi deux du rapport de vraisemblance	Prob. > khi deux	Limite de contrôle inférieure	Limite de contrôle supérieure
Constante	3,5166572	0,7284296	28,55397	<,0001*	2,1565424	5,03248
Vous êtes :[Féminin]	0,2701917	0,2179973	1,5015388	0,2204	-0,165811	0,6936522
Quel âge avez-vous ?	-0,053179	0,0140776	15,528154	<,0001*	-0,081853	-0,026324
Quel genre de structure ? 2[GROUPE]	0,2384183	0,2225877	1,1203488	0,2898	-0,208563	0,668618

7.3 Multivariée 2 – État de santé global perçu (variable « dépendante ») par heures de travail/semaine, âge, sexe et type de rémunération (variables « indépendantes ») selon ajustement du modèle linéaire généralisé

Ajustement du modèle linéaire généralisé						
Tester tout le modèle						
Modèle	-Log- vraisemblance	Khi deux du rapport de vraisemblance	Degrés de liberté	Prob. > khi deux		
Différence	2,25825433	4,5165	5	0,4777		
Complet	222,840267					
Réduit	225,098521					
Statistiques de qualité de l'ajustement						
	Khi deux	Degrés de liberté	Prob. > khi deux	Hyperdispersion		
Pearson	121,4176	178	0,9996	0,6599		
Déviance	121,4176	178	0,9996			
AICc						
460,3169						
Résumé des effets						
Source	Logworth				P-value	
⇒ Heures/sem	1,333				0,04649	
Quel âge avez-vous ?	0,287				0,51648	
Vous êtes :	0,079				0,83398	
Quel type de rémunération ?	0,034				0,92448	
Supprimer Ajouter Édition <input type="checkbox"/> FDR						
Tests des effets						
Source	Degrés de liberté	Khi deux du rapport de vraisemblance	Prob. > khi deux			
Vous êtes :	1	0,0439345	0,8340			
Quel âge avez-vous ?	1	0,4209137	0,5165			
Quel type de rémunération ?	2	0,157037	0,9245			
Heures/sem	1	3,9638224	0,0465*			
Estimations des coefficients						
Terme	Estimation	Erreur standard	Khi deux du rapport de vraisemblance	Prob. > khi deux	Limite de contrôle inférieure	Limite de contrôle supérieure
Constante	2,4878824	0,4062692	34,129625	<,0001*	1,6874353	3,2883296
Vous êtes :[Féminin]	0,0151323	0,0721898	0,0439345	0,8340	-0,127099	0,1573633
Quel âge avez-vous ?	-0,002861	0,0044077	0,4209137	0,5165	-0,011545	0,0058229
Quel type de rémunération ?[A l'acte]	-0,077866	0,2796869	0,0774932	0,7807	-0,628916	0,4731836
Quel type de rémunération ?[Au forfait]	-0,028775	0,2835585	0,0102974	0,9192	-0,587453	0,5299031
Heures/sem	0,0110074	0,005499	3,9638224	0,0465*	0,000173	0,0218418

UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LOUVAIN
Faculté de médecine et médecine dentaire

Avenue Mounier, 50 bte B1.50.04, 1200 Woluwe-Saint-Lambert, Belgique | www.uclouvain.be/mede