



**Université Lille 2**  
**Droit et Santé**

**UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2**  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

**Année : 2013/2014**

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT**  
**DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**Exercer la médecine générale en étant sourd ? Etude qualitative sur la perception et le vécu des troubles auditifs chez les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais lors de l'exercice de leur profession.**

**Présentée et soutenue publiquement le 06 Novembre 2013 à 18 heures au**  
**Pôle Recherche**  
**Par François Bourel**

**Jury**

**Président : Monsieur le Professeur Christophe VINCENT**

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Dominique CHEVALIER**  
**Monsieur le Professeur François PUISIEUX**

**Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Marc DENEUCHE**

**Travail de la Faculté Libre de Médecine de l'Institut Catholique de Lille**

# **SOMMAIRE.**

<b><u>I.INTRODUCTION</u></b> .....	4
<b>1.1) <u>Contexte de l'étude</u></b> .....	4
<b>1.1.1) <u>Physiologie de l'audition</u></b> .....	4
<b>1.1.2) <u>La surdité</u></b> .....	5
<b>1.1.3) <u>La presbyacousie</u></b> .....	6
<b>1.1.4) <u>Le handicap auditif</u></b> .....	9
1.1.4.1) Définition du handicap .....	9
1.1.4.2) Le vécu du handicap auditif.....	10
1.1.4.3) L'image véhicul�e par le handicap auditif.....	11
<b>1.1.5) <u>Etat des lieux en France</u></b> .....	13
1.1.5.1) La défiance auditive .....	13
1.1.5.2) Le vieillissement et la presbyacousie en France .....	14
<b>1.1.6) <u>Thérapeutiques actuelles</u></b> .....	14
1.1.6.1) Les traitements médicamenteux.....	15
1.1.6.2) L'appareillage audioprothétique.....	15
<b>1.2) <u>Justification de l'étude</u></b> .....	16
<b>1.2.1) <u>Le vieillissement des médecins généralistes</u></b> .....	16
<b>1.2.2) <u>L'importance de l'audition en médecine générale</u></b> .....	17
<b>1.2.3) <u>L'absence de données sur ce thème</u></b> .....	17
<b>1.2.4) <u>Le manque de connaissance des solutions</u></b> .....	17
<b><u>II.METHODOLOGIE</u></b> .....	18
<b>2.1) <u>La méthode qualitative</u></b> .....	18
<b>2.1.1) <u>Les entretiens individuels semi-dirigés</u></b> .....	19
<b>2.1.2) <u>Les Focus Groups</u></b> .....	20
<b>2.2) <u>La population ciblée</u></b> .....	21
<b>2.2.1) <u>Echantillonnage en entretiens semi-dirigés</u></b> .....	21
<b>2.2.2) <u>Echantillonnage en Focus Groups</u></b> .....	21
<b>2.3) <u>Elaboration du guide d'entretien</u></b> .....	22
<b>2.3.1) <u>Le guide d'entretien semi-dirig�</u></b> .....	22
<b>2.3.2) <u>Le guide d'entretien de groupe</u></b> .....	23
<b>2.4) <u>D�roulement des entretiens</u></b> .....	23
<b>2.4.1) <u>Entretiens individuels</u></b> .....	24
<b>2.4.2) <u>Focus Groups</u></b> .....	24

2.5) <u>Traitement des données</u> .....	25
2.6) <u>Objectifs</u> .....	26
2.6.1) <u>Objectif principal</u> .....	26
2.6.2) <u>Objectif secondaire</u> .....	26
<b><u>III. RESULTATS</u></b> .....	27
3.1) <u>Caractéristiques des médecins interrogés</u> .....	27
3.2) <u>Enregistrements</u> .....	27
3.3) <u>Analyse</u> .....	28
<b><u>IV. DISCUSSION</u></b> .....	56
4.1) <u>Notre ressenti face à ce travail</u> .....	56
4.2) <u>Limites et biais</u> .....	57
4.2.1) <u>La formation de l'enquêteur</u> .....	57
4.2.2) <u>La triangulation des chercheurs</u> .....	58
4.2.3) <u>La comparaison aux données de la littérature</u> .....	58
4.2.4) <u>La taille de l'échantillon</u> .....	58
4.3) <u>Forces de l'étude</u> .....	58
4.3.1) <u>Une méthode appropriée à la question de recherche</u> .	59
4.3.2) <u>La triangulation des méthodes</u> .....	59
4.3.3) <u>La rétroaction</u> .....	59
4.3.4) <u>La saturation des données</u> .....	60
4.3.5) <u>La sélection des participants</u> .....	60
4.4) <u>Apports de l'étude</u> .....	60
4.5) <u>Perspectives</u> .....	62
4.5.1) <u>La sensibilisation des médecins</u> .....	62
4.5.2) <u>Un bilan de santé proposé</u> .....	62
4.5.3) <u>Une prise en charge par la médecine du travail</u> .....	63
4.5.4) <u>Une information sur les aides à l'auscultation</u> .....	63
4.5.4.1) L'appareillage auditif .....	63
4.5.4.2) Le stéthoscope électronique.....	64
4.5.4.3) La télémédecine .....	65
<b><u>V. CONCLUSION</u></b> .....	67
<b><u>GLOSSAIRE</u></b> .....	69
<b><u>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u></b> .....	70
<b><u>ANNEXES</u></b> .....	73

*"Parler à un sourd, c'est déranger l'une de nos activités volontaires les plus automatiques : le langage. Notre organisme supporte mal cette agression. C'est pourquoi, quelque soit notre gentillesse, inconsciemment, nous n'aimons pas les sourds, car ils perturbent en nous quelque chose de très profond"*  
*-Claude Henri Chouard-*

# **I.INTRODUCTION.**

Au cours de mon expérience professionnelle comme personnelle, il m'est arrivé de côtoyer des médecins qui ne possédaient plus l'intégrité de leur fonction auditive. Ces médecins malentendants m'ont fait part de leurs difficultés à réaliser correctement certains gestes de l'examen clinique de leurs patients, en particulier l'auscultation au stéthoscope, qui était difficilement compatible avec un appareillage auditif.

L'audition est un sens capital pour la réalisation d'un examen clinique performant. Malheureusement, dans la plupart des cas, les médecins ne s'en rendent compte que lorsque leur propre audition est altérée. Ainsi le dépistage et la prévention des troubles auditifs de manière systématique sont quasiment inexistantes dans notre profession.

A une époque où l'âge moyen des médecins en activité est en augmentation (51.4 ans en 2011 contre 40 ans en 1990) - et par la même, la prévalence des troubles auditifs des médecins (en particulier de la presbycusie) l'est également - les médecins généralistes se soucient-ils de ce problème ?

## **1.1) Contexte de l'étude.**

### **1.1.1) Physiologie de l'audition.**

Les sons sont des variations de pression de l'air. Parce que l'audition est un sens, la relation qui unit l'intensité du stimulus sonore, la vibration acoustique et l'ampleur de la sensation (sensation d'intensité) obéit à la loi de Weber-Fechner, c'est-à-dire qu'elle est de type logarithmique. C'est pour cela qu'une unité logarithmique, le décibel (dB), a été choisie pour mesurer l'audition. Les sons sont également définis par leur fréquence en Hertz (Hz). Entre 20 et 20 000 Hz, ainsi qu'entre 10 et 140 dB, ils sont perceptibles par l'oreille humaine. Au-delà de 140 dB, ils sont destructeurs (1).

Pour schématiser le trajet de l'onde sonore du milieu aérien jusqu'à son intégration cérébrale, cinq étapes successives, de rôles et d'importance inégaux, peuvent être décrites (2) : l'oreille externe (permettant la localisation et l'amplification des sons), la chaîne tympano-ossiculaire (jouant le rôle d'adaptateur d'impédance entre le milieu aérien et le milieu liquidien), la cochlée (permettant le codage du message sonore), le nerf cochléaire (transmettant les potentiels d'action issus de la transduction vers les centres bulbaires) et enfin les voies auditives centrales (jouant le rôle de décodeur de ces potentiels d'action et permettant une localisation du son ainsi qu'une adaptation comportementale).

### **1.1.2) La surdité.**

La surdité est un état pathologique caractérisé par une perte partielle ou totale du sens de l'ouïe. Elle peut être la conséquence d'un dysfonctionnement de l'oreille externe, de l'oreille moyenne, de l'oreille interne et/ou de la voie auditive centrale. En fonction du niveau lésionnel, on décrit les surdités de transmission, les surdités de perception, et les surdités mixtes, lorsque les deux types sont associés (3).

#### **Les types de surdité**

- **Les surdités de transmission** sont liées à une atteinte de l'oreille externe (pavillon et conduit auditif externe) et/ou de l'oreille moyenne (chaîne tympano-ossiculaire). Elles peuvent être congénitales ou le plus souvent acquises (d'origine inflammatoire ou infectieuse). Certaines surdités correspondent à des atteintes dégénératives avec ankylose stapédovestibulaire, comme dans l'otospongiose chez l'adulte. Ces déficits auditifs sont liés à la perte de la fonction d'adaptateur d'impédance de l'oreille moyenne, la perte auditive est donc au maximum de 60 dB.
- **Les surdités de perception** sont liées le plus souvent à les pathologies de l'oreille interne, du nerf auditif ou plus rarement des voies auditives centrales. Le déficit auditif est variable selon les cas (entre 20 et plus de 120 dB). Dans les surdités congénitales bilatérales, d'origine génétique ou inconnue, l'atteinte de l'oreille interne est prédominante.

## **Classification des surdités :**

Elle s'établit sur la meilleure des deux oreilles :

- surdité légère : de 20 à 39 dB de perte auditive.
- surdité moyenne : de 40 à 69 dB de perte auditive.
- surdité sévère : de 70 à 89 dB de perte auditive.
- surdité profonde : de plus de 90 dB de perte auditive.

Le niveau de 40 dB représente le premier niveau majeur de handicap, en effet la parole ne peut être perçue que si l'interlocuteur élève la voix. A 90 dB la parole ne peut plus être perçue.

### **1.1.3) La presbyacousie.**

La presbyacousie, altération de l'audition liée au vieillissement, est la cause la plus fréquente de surdité de perception chez l'adulte (4).

Le vieillissement commence très tôt (dès 30 ans) pour l'organe auditif. Mais il s'accélère à partir de la cinquantaine sous les effets combinés de multiples facteurs, intrinsèques et extrinsèques (5). Il est lié en partie au terrain génétique et en partie à des facteurs aggravants locaux (par exemple les otites chroniques) généraux, (métaboliques ou vasculaires), ou environnementaux (par exemple les traumatismes sonores) (3).

Ce fait est illustré par l'enquête de S. Rosen et coll., qui, dans les années soixante, constatèrent que les personnes âgées de 80 à 90 ans d'une tribu primitive du Soudan avaient une audition comparable à celle d'une population d'adolescents New-Yorkais. Cette tribu vivait selon certaines particularités : un régime pauvre en graisses et en protides et une vie en milieu calme avec une musique folklorique dépourvue de percussions. Cette observation suggère donc un effet délétère pour l'audition des diverses nuisances citadines modernes, qu'elles soient sonores ou alimentaires (6).

## 1. Physiopathogénie

La presbyacousie touche essentiellement les cellules sensorielles de l'organe de Corti qui subissent une dégénérescence plus importante à la base de la cochlée qu'à son sommet. La perte auditive prédomine donc sur les sons aigus plutôt que sur les sons graves.

Les cellules les plus touchées sont les cellules ciliées externes.

Les données expérimentales animales et histopathologiques humaines ont permis d'établir des corrélations anatomo-cliniques permettant de distinguer quatre formes principales de presbyacousie (7) :

- **métabolique** par microangiopathie striale.
- **neuronale** par perte primaire de la population neuronale du nerf cochléaire.
- **sensorielle** par atteinte des cellules ciliées externes.
- **mécanique** par diminution des mouvements mécaniques de la cochlée, due à la perte d'élasticité de la membrane basilaire.
- **formes mixtes** : associant, à des degrés variables, différentes lésions (4).
- **formes indéterminées** : 25 % des cas de presbyacousie ne permettent pas une corrélation entre les données audiométriques et histopathologiques.

Cependant la dégénérescence des **voies auditives centrales**, probablement secondaire à l'atteinte de l'organe périphérique, vient ajouter ses propres effets en altérant les stratégies de suppléance mentale mises en jeu par tout déficient auditif (8).

## 2. Signes cliniques

Il s'agit d'une surdité de perception bilatérale et symétrique, prédominant sur les fréquences aiguës. Elle est le plus souvent isolée mais peut s'accompagner d'acouphènes et de vertiges.

Les premiers troubles perçus apparaissent généralement vers 50 ans, s'ils débutent plus tôt on parle alors de presbyacousie précoce ou aggravée.

On distingue habituellement trois stades à la presbyacousie (6) :

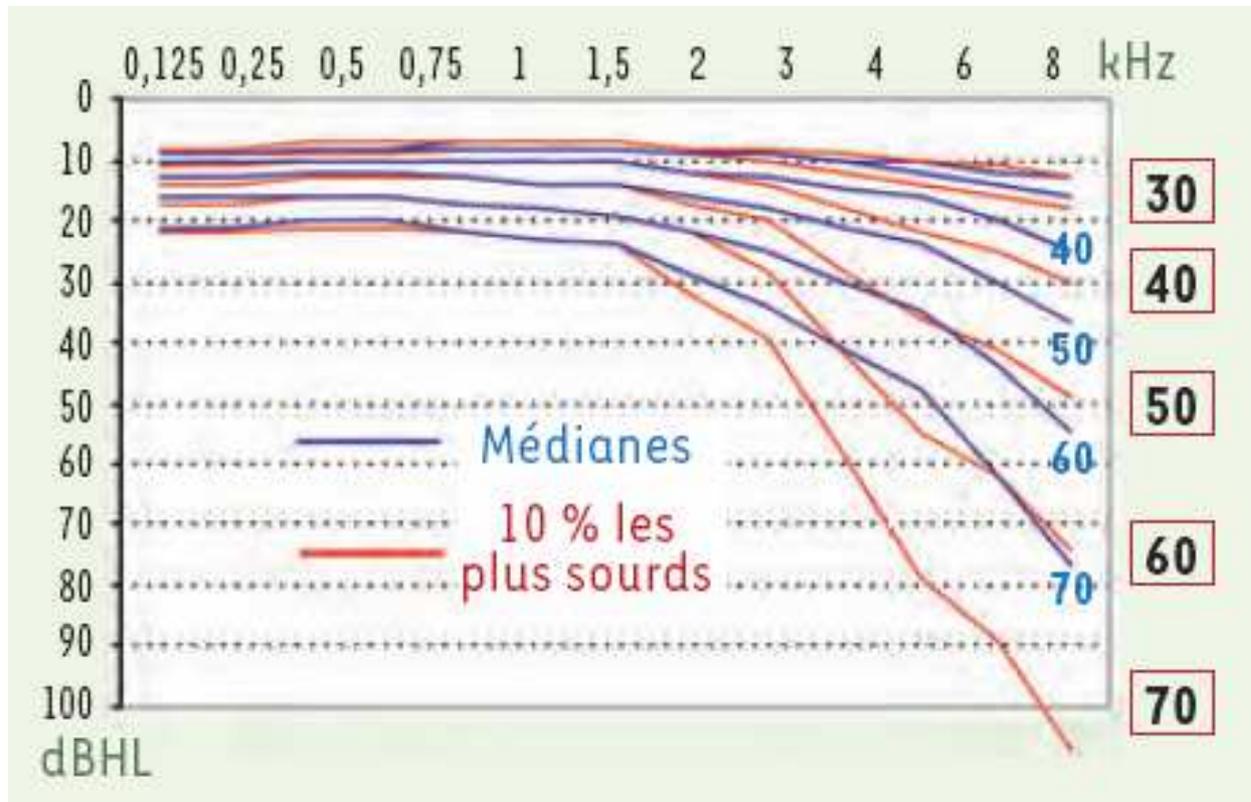
- **Stade infraclinique** : la presbyacousie se manifeste par une baisse de la perception des sons aigus et par une altération de la perception de la hauteur des sons. En général, seules certaines personnes, les musiciens, les

personnes professionnellement concernées par l'audition, ou les personnes particulièrement attentives, en prennent conscience. L'audiogramme montre des seuils normaux sur les graves jusqu'à 2 000 Hz avec une perte inférieure à 30 dB et inconstante sur les fréquences aiguës.

- **Stade de retentissement social** : la presbyacousie se manifeste en premier lieu par la gêne dans le bruit, réalisant le classique effet « cocktail party ». Le sujet éprouve des difficultés à suivre une conversation de groupe ou dans un milieu bruyant. Ce signe traduit l'atteinte des cellules ciliées externes. Un autre signe est également très évocateur de presbyacousie : l'intolérance aux sons forts, qui traduit le phénomène de recrutement. Le sujet ne supporte pas les ambiances bruyantes. De plus, bien qu'il ne comprenne plus les conversations courantes, il ressent douloureusement la perception de mots prononcés de façon haute et intelligible au creux de son oreille. Ces difficultés de compréhension sont majorées par une diminution de la suppléance mentale et du pouvoir de mémorisation qui provoque une plus grande vulnérabilité face aux situations de communication. La perte est supérieure ou égale à 30 dB sur la fréquence 2 000 Hz. La prise en charge est impérative.
- **Stade d'isolement** : la presbyacousie aboutit à un véritable isolement social du sujet. En effet, le sentiment de frustration de la personne âgée incapable d'appréhender correctement son environnement sonore la conduit à se retrancher de celui-ci et à éviter les situations communicationnelles difficiles, plutôt que de se retrouver dans l'embarras qui résulte de ses erreurs d'interprétation et de l'échec de ses tentatives de compréhension. Le sujet renonce à communiquer, sa vigilance diminue, son intérêt pour son entourage s'estompe, et il s'ensuit parfois même l'installation d'un syndrome dépressif réactionnel.

L'audiométrie montre que la perte tonale liée au vieillissement commence à la fréquence de 1 000 Hz dès l'âge de 30 ans, avec une progression de 3 dB par dix ans. Sur la fréquence de 6 000 Hz, cette perte est de 10 dB par dix ans. Il semble donc que la baisse auditive soit fréquence-dépendante. Elle s'aggrave inexorablement, avec une perte moyenne d'environ 5 dB par décennie à partir de 55 ans et de 1 à 3 dB par an à partir de 70 ans. Elle atteint progressivement les fréquences conversationnelles comprises entre 30 et 40 dB et 500 et 4 000 Hz (6).

Les audiogrammes suivants ont été tracés à partir des données de la norme ISO 7029 (Organisation Internationale de Normalisation) (9) :



Les décennies d'âge sont encadrées en rouge. Les courbes bleues correspondent aux tracés médians, et les courbes rouges aux audiogrammes des 10% les plus sourds de la population de référence otologiquement normale.

#### 1.1.4) Le handicap auditif

##### 1.1.4.1) Définition du handicap.

Le handicap auditif est la conséquence d'une surdité. L'importance de ce handicap dépend, sur le plan physiologique, de son caractère uni- ou bilatéral, de sa date de survenue, de son intensité et de sa permanence. Cependant de multiples facteurs personnels, interpersonnels, sociaux ou environnementaux interviennent dans la notion de handicap.

Afin de distinguer différents niveaux de retentissement de la maladie, l'OMS a repris la classification fonctionnelle des maladies de Wood (1976), en 3 éléments :

- **la déficience (notion biomédicale)** : elle correspond à une anomalie d'un organe, appareil ou système. Cette anomalie peut être sans conséquence pathologique mais le plus souvent, elle est symptomatique et équivaut à la maladie.
- **l'incapacité (notion fonctionnelle)** : elle représente une des conséquences de la déficience et en est l'expression en termes de fonction ou de performance.
- **le handicap (notion de comportement social)** : c'est le désavantage résultant de l'incapacité. Il traduit l'écart entre l'incapacité physique et intellectuelle de la personne et les normes habituelles de qualité de vie. Le handicap est proportionnel aux ressources matérielles et sociales disponibles pour pallier à l'incapacité.

#### **1.1.4.2) Le vécu du handicap auditif.**

Le handicap auditif a un retentissement comportemental, psychoaffectif et social sur la vie du sujet sourd. Le retentissement comportemental se manifeste par une perte de l'attention et une perte des capacités à acquérir, analyser et stocker l'information. Le retentissement psychoaffectif et social se manifeste par une irritabilité, une frustration, une perplexité, un renoncement, une perte de confiance voire une tristesse et une dépression.

L'enquête Handicaps, incapacités, dépendance (HID) menée en France en 1998 et 1999 a permis d'apporter de nouveaux éléments concernant le handicap auditif (10) :

- Chez l'adulte, les difficultés de communication avec l'entourage retentissent sur la vie professionnelle et les relations socio-familiales. Avec l'âge, le caractère insidieux et lentement progressif de la déficience auditive peut conduire à un isolement relationnel important, aggravé par un contexte de pluri-pathologies et de résignation lié au vieillissement.
- La déficience auditive retentit sur la vie affective et relationnelle. Ainsi, parmi les personnes âgées de 20 ans ou plus, celles ayant une déficience auditive profonde ou totale sont proportionnellement beaucoup moins nombreuses à

déclarer « vivre en couple ou avoir un/e fiancé/e, copain/copine, petit/e ami/e, partenaire » que l'ensemble de la population. Les personnes ayant une déficience auditive profonde ou totale sont presque deux fois plus nombreuses que l'ensemble de la population à déclarer « ne pas avoir des contacts fréquents à la fois avec leur famille proche et avec leur famille élargie ou d'autres relations ».

- Toutes déficiences auditives confondues, les déficients auditifs sont un peu moins nombreux que l'ensemble de la population à participer régulièrement à des activités de loisirs (60 % contre 65 %, à structure par âge et sexe identique) et ces inégalités s'accroissent fortement avec la sévérité de la déficience auditive.

#### **1.1.4.3) L'image véhiculée par le handicap auditif.**

L'étude qualitative réalisée par l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) en 2010 a permis de mettre en évidence de nouveaux éléments dans le rapport des personnes malentendantes avec leur entourage (11) :

- **Les échanges délétères avec l'entourage.**

La responsabilité des difficultés de communication est attribuée de manière variable aux limites des aides techniques, à la déficience, à leurs propres attitudes mais aussi à celles de leur entourage. Généralement, les proches peinent à s'ajuster à la situation : ils ne parlent pas en face, de manière distincte et lentement. Les moins avisés crient dans l'oreille, s'expriment de manière rudimentaire ou par signes improvisés. Des enfants en profitent pour déjouer l'autorité de leurs parents. Non seulement peu d'entendants font des efforts pour communiquer plus facilement, mais peu arrivent à être compréhensibles. A l'inverse, des malentendants indiquent engendrer une gêne, du malaise dans l'interaction, du fait du non-respect des codes de communication usuels.

Cette gêne de l'entourage et l'éloignement qui peut en découler sont interprétés de diverses manières : un manque de patience, d'empathie ou une méconnaissance des attitudes appropriées, une mauvaise acceptation du handicap, voire son déni ou son oubli du fait de son caractère invisible (l'élocution très bonne de personnes sourdes faisant complètement oublier la déficience).

L'expérience de la surdité, comme d'autres formes de handicaps, semble impossible à appréhender pour autrui. L'incompréhension est mutuelle : des personnes malentendantes ne comprennent pas pourquoi l'autre ne fait pas d'effort pour être compris tandis que des entendants ne comprennent pas pourquoi ils ne sont pas entendus et se sentiraient de ce fait rejetés.

Si mettre la surdité en avant est difficilement supportable à certains, l'absence de visibilité pèse à d'autres, qui à l'inverse et afin de faciliter la communication, optent par contrainte pour la révélation de leur déficience. Cet acte qui demande du courage et une certaine confiance en soi s'avère souvent pénible, pouvant soulever un sentiment de honte et d'angoisse. Ses modalités d'énonciation sont peu évidentes. Cet aveu est d'autant plus coûteux qu'il doit sans cesse être réitéré, tout comme doivent être rappelées les « bonnes pratiques » à adopter, l'autre n'arrivant pas toujours à maintenir son effort dans le temps et peinant à adapter son mode de communication par incapacité ou méconnaissance des comportements appropriés.

- **La stigmatisation.**

Une autre raison de fuir réside dans le sentiment d'être stigmatisé au quotidien. Les moqueries sont fréquentes face aux paroles décalées, à une main placée derrière l'oreille visant à amplifier l'audition. Elles sont d'autant plus mal vécues qu'elles visent des personnes fragilisées réalisant d'immenses et vains efforts pour comprendre celui qui au final se raille de la situation. Aussi, avouer sa surdité déséquilibre d'emblée les relations et implique une situation d'infériorité dont l'autre peut abuser.

Les représentations de la surdité véhiculées dans les médias sont parfois désignées comme ayant leur part de responsabilité dans ces formes de stigmatisation. Dans la présence très discrète du sujet, le ton est à la dérision, le sujet étant souvent abordé par le biais de la raillerie. En France, l'image renvoyée de la surdité est ainsi qualifiée de problème culturel. L'image du sourd est réduite à quelques traits caricaturaux, qui consistent en une susceptibilité exacerbée (liée à l'interprétation des rires des entendants comme des moqueries), en un manque de délicatesse et de nuances (les personnes seraient très directes, ne prendraient pas de gant pour dire les choses, pouvant être blessantes) ou encore en des difficultés à conceptualiser.

- **Conséquence de cette stigmatisation : la dissimulation du handicap.**

L'image de la correction auditive dans le cadre d'une surdité a une connotation très différente, en comparaison avec la correction d'autres handicaps, en particulier la correction visuelle.

En effet, l'utilisation de lunettes est bien mieux acceptée par la société moderne, et même soumise à un effet de mode, voire porte une image d'intelligence ou d'élégance. La notion de « handicapé visuel » est effacée.

A contrario, le fait de porter des prothèses auditives renvoie systématiquement à l'image du handicap auditif aux yeux de nos contemporains, à laquelle s'ajoute même bien souvent l'idée de vieillissement, peu flatteuse. L'aide auditive est alors souvent dissimulée par la personne malentendante, et cette dissimulation est d'ailleurs facilitée par les progrès rapides en miniaturisation de prothèses effectués depuis plusieurs années.

Cependant une nouvelle difficulté peut émerger de cette situation : le malentendant fait alors face à une personne qui ignore son handicap, et qui ne peut ajuster son comportement pour faciliter la communication, en se plaçant par exemple de face, en articulant correctement, etc... Dans cette situation, la connotation péjorative du handicap auditif empêche le malentendant de communiquer dans des conditions favorables.

### **1.1.5) Etat des lieux en France.**

#### **1.1.5.1) La déficience auditive.**

Les résultats de l'enquête HID extrapolés à l'ensemble de la population de France métropolitaine, ont permis d'estimer le nombre de déficients auditifs en France métropolitaine en 2007 (10) :

**5 182 000 personnes en France ont un handicap auditif (8.12% de la population Française) soit une prévalence globale de 89 pour 1 000 habitants.**

Parmi elles on dénombre :

- 303 000 déficients auditifs profonds
  - 1 430 800 déficients auditifs moyen à sévère
  - 3 449 300 déficients auditifs léger à moyen
- 
- La prévalence des déficiences auditives est faible dans l'enfance (0.2% chez les moins de 10 ans), modérée chez l'adulte jeune (2% entre 10 et 40 ans) puis **augmente fortement à partir de la quarantaine**. Elle est de 22% chez les personnes âgées de 60 à 74 ans et de 43% pour les plus de 75 ans.
  - Les aides techniques destinées à compenser ce handicap sont peu utilisées : 730 000 personnes ont recours à une aide auditive, soit 14% des déficients auditifs. Par ailleurs, les gênes auditives sont mal corrigées, comparativement aux gênes visuelles, et ce quel que soit l'âge. Un peu moins de 60 % des corrections sont ainsi déclarées efficaces (39 % chez les plus de 85 ans).

#### **1.1.5.2) Le vieillissement et la presbyacousie en France.**

La proportion de personnes âgées de 65 ans et plus correspond à 17.1% de la population au 1er janvier 2012 (soit 11 206 400 personnes), selon l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) (12).

La presbyacousie est la plus fréquente des causes de surdité bilatérale et devient aujourd'hui une préoccupation importante de santé publique. Le vieillissement de la population explique, en effet, une nette augmentation de sa prévalence qui affecterait près de 40% des sujets de plus de 65 ans, ce qui à l'horizon de 2020 représenterait 6 à 8 millions de personnes en France (7).

Le diagnostic et le traitement de la presbyacousie représentent donc des enjeux majeurs de santé publique.

#### **1.1.6) Thérapeutiques actuelles.**

Il n'y a pas de traitement efficace qui permette d'éviter l'installation de la presbyacousie avec l'âge. La lutte contre les traumatismes sonores, les médicaments ototoxiques, l'hypertension artérielle et les troubles métaboliques contribue à préserver le capital auditif sensoriel tout au long de la vie. En revanche, il

est souvent possible de suppléer la déficience auditive. Le but est donc de tirer le meilleur bénéfice possible de l'audition restante. Sachant que les connexions de notre système nerveux ne sont pas figées et qu'elles peuvent se modifier sous l'influence de stimuli extérieurs, il est indispensable de stimuler les fonctions auditives par entraînement et apprentissage.

#### **1.1.6.1) Les traitements médicamenteux.**

De nombreux médicaments sont proposés pour améliorer les performances des patients présentant une presbyacousie, mais leur efficacité n'est pas encore démontrée par les études cliniques. Leurs sites d'action sont divers (périphérique et/ou central) et différentes classes thérapeutiques sont proposées : alphabloquants, antisérotoninergiques, dopaminergiques, extrait de ginkgo biloba, etc... Certaines molécules piègent les radicaux libres nocifs provenant de la dégradation des cellules ciliées internes, et protègent donc ces cellules. D'autres favorisent le phénomène de plasticité neuronale, indispensable pour compenser le déficit sensoriel.

#### **1.1.6.2) L'appareillage audioprothétique.**

L'appareillage est le principal moyen d'améliorer les performances auditives des patients hypoacousiques. Ces dernières années, l'apparition de l'appareil numérique a marqué une étape importante dans l'évolution des aides auditives, au niveau :

- **du traitement du signal acoustique** : l'appareil peut supprimer les bruits de fond pour privilégier l'amplification du langage, dont il connaît les caractéristiques fréquentielles et temporelles ;
- **de l'amplification du signal**, qui se fait désormais sans distorsion ni bruit de fond ;
- **de la tolérance**, excellente, d'où une adaptation et une acceptation des aides auditives plus rapides ;
- **de la miniaturisation** qui apporte une amélioration esthétique, soit par l'intra-auriculaire en fond du conduit auditif externe, soit par le mini-contour d'oreille, dont la forme est adaptée à l'anatomie du pavillon du conduit auditif externe. Cette qualité esthétique des produits lève un frein indiscutable à la demande d'appareillage auditif.

## **1.2) Justification de l'étude.**

### **1.2.1) Le vieillissement des médecins généralistes.**

Les données au 1<sup>er</sup> Janvier 2011 de l'atlas de la démographie médicale, édité par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, nous permettent de mettre en évidence les informations suivantes (13) :

- Au 1er janvier 2011, le tableau de l'Ordre recense **264 466 médecins inscrits** dont 216 145 actifs et 48 321 retraités. **Les médecins généralistes représentent 46.7% des effectifs.**
- **L'âge moyen des médecins en activité régulière est de 51,4 ans** (respectivement 53 ans pour les hommes et 49 ans pour les femmes). **Les médecins âgés de 55 ans et plus représentent 42,9% des effectifs** tandis que les moins de 40 ans comptabilisent 13,9% des effectifs. Un bassin de vie sur deux se caractérise par la présence de médecins généralistes libéraux âgés de plus de 53 ans. **Cinquante-trois bassins de vie sont exclusivement composés de médecins généralistes libéraux âgés de 60 ans et plus.**
- **L'âge moyen de départ à la retraite est de 65,5 ans** ; 64 ans pour les femmes et 66 ans pour les hommes.

Ces données confirment une accentuation du vieillissement des médecins (l'âge moyen des médecins était de 40 ans en 1990) (13), cependant elles ne concernent que les médecins en activité régulière. Il faut également prendre en compte **l'impressionnante augmentation du nombre de médecins retraités actifs (+30,6% en 2011), qui continuent à exercer la médecine. Ces médecins sont âgés en moyenne de 68,6 ans.**

### **1.2.2) L'importance de l'audition en médecine générale.**

La consultation de médecine générale est avant tout relationnelle. Le médecin doit être à l'écoute, non seulement de la plainte du patient, mais également des intonations et des hésitations qui peuvent l'amener à découvrir l'objet réel de sa plainte, en particulier dans certaines situations embarrassantes ou douloureuses pour celui-ci : dysfonctionnement sexuel, secret familial pesant, agression, dépression, etc... Des connaissances et une expérience en communication non verbale peuvent également être un atout dans ces situations. Tout frein à la communication verbale comme non-verbale peut engendrer une gêne dans la confiance du patient, parfois même une perte de confiance envers le médecin. L'audition joue également un rôle capital lors de l'examen clinique. Réaliser un examen clinique complet et de qualité nous impose de pouvoir entendre, voir, sentir et palper de manière fiable et efficace. Un des temps importants de cet examen est l'auscultation ; si un handicap auditif altère la qualité de celle-ci, peuvent survenir des erreurs diagnostiques (confondre une bronchite et un œdème aigu du poumon) ou des retards diagnostiques (non perception d'un souffle cardiaque pathologique, temps nécessaire pour faire des explorations complémentaires...).

### **1.2.3) L'absence de données sur ce thème.**

Il n'existe actuellement aucune étude similaire dans la littérature médicale francophone et anglophone.

### **1.2.4) Le manque de connaissance des solutions.**

Le dépistage et la prévention des troubles auditifs de manière systématique sont quasiment inexistantes dans notre profession.

Les prothèses auditives adaptées à l'auscultation par le stéthoscope sont peu connues par les médecins.

## **II.METHODOLOGIE.**

### **2.1) La méthode qualitative.**

Cette étude porte sur les perceptions, l'appréhension et le vécu des troubles auditifs par les médecins généralistes. C'est un travail qui a pour but d'analyser, comprendre et expliquer ces perceptions, et non pas de les quantifier ou de les mesurer.

L'approche qualitative semble donc la méthode la plus appropriée pour répondre à cet objectif.

Issue des techniques de marketing d'après-guerre aux Etats-Unis et des sciences humaines et sociales, c'est à partir des années 1990 que les chercheurs en santé se sont approprié la méthode de recherche qualitative (14).

La recherche qualitative a pour but d'aider à comprendre les phénomènes sociaux dans leur contexte naturel. Dans le domaine de la santé, elle a pour objet l'étude des représentations et des comportements des fournisseurs et des consommateurs de soins. Elle peut également permettre l'étude des expériences vécues par les acteurs de santé (15) (16).

Le recours à une méthode de recherche, qu'elle soit quantitative ou qualitative, relève d'une même démarche scientifique avec élaboration d'une hypothèse, d'une question et d'une méthode adaptée pour y répondre. Le choix de la méthode dépend de la question de recherche. Les deux types de méthodes sont complémentaires et peuvent se succéder dans un même programme de recherche.

La méthode qualitative est particulièrement adaptée lorsque les facteurs observés sont subjectifs et donc difficiles à mesurer. Elle permet d'explorer les émotions, les sentiments, les comportements et les expériences personnelles. Elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales, permettant d'inclure les analphabètes. C'est une démarche interprétative. Elle permet de répondre aux questions de type « pourquoi ? » ou « comment ? », contrairement à la méthode quantitative qui permet de répondre aux questions de type « combien ? » ou « pourquoi ? » (mais cette fois-ci en étudiant un lien de causalité de manière statistique). En d'autres termes, la méthode qualitative permet de comprendre plutôt que de compter.

Les particularités méthodologiques en recherche qualitative sont les suivantes (15) :

- L'hypothèse est générée à partir des faits observés, au cours de l'étude, et non pas bâtie au préalable. C'est une démarche inductive et interprétative.
- L'analyse se fait tout au long du recueil de données, ce qui nécessite un aller-retour permanent entre la conception de l'étude, le recueil et l'analyse. Cette analyse peut, et même doit conduire à modifier la méthodologie en cours d'étude, par exemple en modifiant les modalités de l'échantillonnage ou en faisant évoluer le guide d'entretien dans le cas d'une étude par entretiens semi-dirigés.
- L'échantillonnage ne recherche pas la représentativité, mais plutôt la plus grande diversité des opinions, comportements ou expériences. On parle alors d'échantillonnage raisonné ou « en recherche de variation maximale ».

### **2.1.1) Les entretiens individuels semi-dirigés.**

Les entretiens individuels ont été le fer de lance de cette étude, car ils permettent d'aborder certaines questions intimes, en particulier celles concernant la santé et les handicaps des médecins interrogés. Les sujets sont donc plus profonds et exprimés plus aisément qu'en Focus Group, d'autant plus que les entretiens sont réalisés dans un lieu familier aux médecins : leur cabinet médical.

Pour réaliser cette étude, plusieurs types d'entretiens individuels étaient envisageables (15) :

- ***L'entretien ouvert ou « compréhensif »*** : Le chercheur n'a pas de grille de questions, il lance l'entretien sur une ou deux thématiques et le laisse suivre son cours en fondant les questions suivantes sur les réponses de l'enquêté.
- ***L'entretien structuré ou « directif »*** : Il s'approche des méthodes quantitatives en se fondant sur une liste de questions fermées, avec un choix de réponses prédéterminé.
- ***L'entretien semi-structuré ou « semi-directif »*** : Le chercheur utilise une grille préétablie de questions ouvertes, reprenant la liste des thèmes à aborder. Des sous-questions « de relance » permettent d'amener les points importants si l'enquêté ne les développe pas spontanément. Ce fil conducteur

reste souple, permettant à l'enquêté d'expliquer ses choix et exprimer ses sentiments et son vécu.

Nous avons fait le choix de ce dernier car il permettait davantage l'expression des sentiments et du vécu qu'un entretien directif et était plus structuré qu'un entretien ouvert, où le risque de hors-sujet est plus grand.

### **2.1.2) Les Focus Groups.**

Le Focus Group est une technique d'entretien de groupe, un «Groupe d'expression», qui permet de collecter des informations sur un sujet ciblé en exploitant les aspects positifs de l'interaction et de la dynamique de groupe. Il fait partie des techniques d'enquête qualitative (17).

La dynamique du groupe permet de faire émerger de nouveaux points de vue. Chaque participant défend ses priorités, ses préférences, ses valeurs (aspects socioculturels, normes de groupe) et son vécu. La discussion permet de préciser et de clarifier les pensées. L'expression sans tabou de certains peut lever les inhibitions des autres. L'expérience commune partagée peut entraîner des solidarités. Le collectif peut donner plus de poids aux critiques que dans des entretiens individuels. Tout est valide, même une seule idée minoritaire est « vraie ». Même si une idée n'est citée qu'une fois, elle a autant de valeur qu'une autre, citée plusieurs fois. Cette technique permet d'évaluer et de mieux comprendre des opinions, des motivations ou des comportements. Elle sert aussi à tester ou à faire émerger de nouvelles idées inattendues pour le chercheur (18).

Les limites des Focus Groups sont liées aux aspects négatifs de l'interaction de groupe : il est difficile en entretien de groupe d'aborder des questions d'ordre personnel. De plus, les consensus sont à éviter car ils bloquent l'émergence de nouvelles idées et opinions. Enfin, l'apparition d'un leader d'opinion dans le groupe est également préjudiciable car celui-ci peut chercher à monopoliser le temps de parole et à influencer l'opinion des autres.

## **2.2) La population ciblée.**

### **2.2.1) Echantillonnage en entretiens semi-dirigés.**

Lors de cet échantillonnage le but n'était pas d'obtenir une représentativité de la population, mais la plus grande diversité possible des opinions, expériences ou comportements. Nous avons donc recherché un échantillonnage « en variation maximale ».

Les personnes recrutées étaient toutes des médecins généralistes actifs travaillant en cabinet, dans la région Nord-Pas de Calais.

Afin d'obtenir la plus grande variabilité, nous avons identifié les variables qui pouvaient influencer les réponses des médecins : la présence ou non d'un trouble auditif chez ce médecin, l'âge, le sexe, la durée d'exercice, le milieu d'exercice (rural, semi-rural ou urbain), le mode d'exercice (seul ou en association, la cadence de travail), les éventuelles spécialités ou études complémentaires effectuées. Le but était de recruter des médecins dont ces variables différaient le plus possible.

Les médecins étaient recrutés par différents procédés : l'utilisation des Pages Jaunes© permettait de recruter les médecins en fonction du sexe et du milieu d'exercice. L'échantillonnage selon les autres variables était réalisé grâce aux témoignages et discussions avec différents médecins interrogés au fur et à mesure de l'étude. Un des participants a été interrogé en entretien semi-dirigé après avoir participé à l'un des Focus Groups, et nous avons souhaité le revoir en entretien individuel afin d'aborder avec lui des questions plus intimes qu'il n'avait pas pu exprimer en entretien de groupe. L'anonymat était garanti.

Les médecins contactés pour ces entretiens individuels ont très bien accueilli cette étude. A notre grande surprise, nous n'avons essuyé aucun refus.

### **2.2.2) Echantillonnage en Focus Groups.**

L'échantillonnage en Focus Groups a été plus difficile car il nécessitait de réunir plusieurs médecins, aux emplois du temps souvent surchargés, dans un même lieu et au même moment. L'aspect intimidant de ces groupes et la crainte d'être jugés par leurs confrères ont également été un facteur négatif pour le recrutement. Nous avons

donc essayé de multiples refus et désistements, ce qui nous a poussés à faire plusieurs relances et à contacter un très grand nombre de médecins. A titre d'exemple, plus de 90 médecins ont été contactés pour la réalisation du second Focus Group.

Le premier Focus Group a été réalisé dans les locaux du Département de Médecine Générale (DMG) de la Faculté Libre de Médecine de Lille. Les médecins présents étaient tous issus de la Faculté Libre de Médecine, et certains parmi eux y étaient enseignants de médecine générale.

Leurs coordonnées ont été fournies par le DMG avec l'accord du directeur du département et les médecins ont été contactés par courrier électronique.

Le second Focus Group a été réalisé dans les locaux du Centre Hospitalier d'Hazebrouck, avec l'accord du directeur de l'établissement. Les médecins présents ont été contactés soit par courrier électronique, avec l'accord du président de la formation médicale continue (FMC) Hazebrouck et Flandres, soit par téléphone via les Pages Jaunes®. Les médecins les plus proches géographiquement de la ville d'Hazebrouck ont été contactés en priorité.

### **2.3) Elaboration du guide d'entretien.**

L'élaboration d'un guide d'entretien était nécessaire afin d'assurer une base commune à chaque entretien et pour ne pas se perdre dans la masse d'information délivrée par les médecins enquêtés. Il devait cependant rester souple et favoriser une dynamique de conversation.

#### **2.3.1) Le guide d'entretien semi-dirigés.**

Elaboré dans un premier temps avec l'aide de mon directeur de thèse, le guide d'entretien a été remanié à trois reprises au fur et à mesure des entretiens.

Finalement, il comportait 7 thèmes à aborder :

- Caractéristiques de la population-cible
- L'importance de l'audition au cours de la consultation
- Le vieillissement de l'audition
- La prévention et le suivi des troubles auditifs
- L'image du médecin sourd et la relation médecin-malade

- Le dépistage des troubles auditifs
- Expression libre

Cette version finale du guide d'entretien est disponible en annexe.

### **2.3.2) Le guide d'entretien de groupe.**

Ce guide fut également élaboré avec l'aide de mon directeur de thèse. Les questions étaient volontairement plus ouvertes afin de permettre un échange libre entre les participants. Le sujet principal était également amené de manière plus progressive. A la fin du premier Focus Group, ce questionnaire a été remanié car nous nous sommes aperçus que les premières questions amenaient trop de propos hors-sujet. Nous avons également changé la méthode de recueil des caractéristiques de la population-cible pour le second Focus Group, en distribuant un questionnaire à remplir par écrit aux participants avant l'entretien. Ce questionnaire a permis un recueil plus complet des informations, notamment pour des questions plus intimes comme celle portant sur les antécédents médicaux, ainsi qu'un gain de temps lors de l'entretien.

Au final, la liste des thèmes à aborder était la suivante :

- Caractéristiques de la population-cible (par questionnaire écrit)
- L'importance de l'audition au cours de la consultation
- Le vieillissement de l'audition
- La prévention et le suivi des troubles auditifs
- L'image du médecin sourd et la relation médecin-malade
- Le dépistage des troubles auditifs
- Expression libre

### **2.4) Déroulement des entretiens.**

Pour cette étude, nous avons l'accord du directeur du Département de Médecine Générale de la Faculté Libre de Médecine. Nous avons également informé la présidente du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins du Nord-Pas-de-Calais de notre travail.

Aucun patient n'a été sollicité au cours de cette étude. L'accord d'un comité d'éthique n'a donc pas été nécessaire pour sa réalisation.

### **2.4.1) Entretiens individuels.**

Lorsque nous contactons les médecins par téléphone, nous leur expliquons d'abord le but de l'étude et la méthode utilisée, en restant toutefois vague sur le sujet exact afin de ne pas fausser certaines questions de l'entretien.

Si les médecins acceptaient de participer à l'étude, nous prenions un rendez-vous pour réaliser l'entretien, ceux-ci se sont déroulés la plupart du temps dans les cabinets des médecins, le soir à la fin de leurs consultations. Tous les entretiens ont été réalisés en tête à tête.

Au début de l'entretien, nous remercions les participants et nous précisons le but de l'entretien. Ils étaient informés que celui-ci serait enregistré et retranscrit par écrit, et qu'ils pourraient, après la transcription de l'entretien, apporter des précisions sur une idée ou rectifier une transcription qui leur paraîtrait erronée. Enfin, ils étaient informés que l'anonymat était garanti.

Les enregistrements étaient effectués à l'aide du mode dictaphone d'un iPhone 4S©, la qualité d'enregistrement numérique étant supérieure à la qualité d'un dictaphone à cassette analogique. Les données étaient ensuite transférées sur ordinateur à l'aide du logiciel i-FunBox2011 version1.7©.

Les expressions non-verbales des participants étaient répertoriées par écrit au cours de l'entretien.

En fin d'entretien, nous arrêtons l'enregistrement et expliquons aux participants les objectifs exacts de cette étude. Nous notons leurs coordonnées afin de leur transmettre un exemplaire de la retranscription de l'entretien.

L'avis à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) n'était pas utile car le fichier répond aux critères de la circulaire numéro 2006-138 du 9 Mai 2006 (19).

Les entretiens ont eu une durée de 25 à 55 minutes. Huit personnes ont été interrogées.

### **2.4.2) Focus Groups.**

Les médecins ont été contactés soit par téléphone, soit par courrier électronique. Les explications fournies et les conditions d'enregistrement étaient les mêmes que lors des entretiens individuels.

En raison de mon manque d'expérience lors du premier Focus Group, mon directeur de thèse était l'animateur de cette première séance. Son rôle était de donner la parole aux différents participants, d'orienter le débat et d'inciter les participants les moins actifs à s'exprimer. J'endossais le rôle d'observateur, en notant par écrit les éléments de communication non verbale.

Le Focus Group a eu une durée d'une heure, et huit participants s'étaient réunis. Lors du second Focus Group, nous avons inversé les rôles, mon directeur de thèse jouait le rôle d'observateur et moi-même celui d'animateur. Le Focus Group a eu une durée d'une heure, et cinq participants s'étaient réunis.

## **2.5) Traitement des données.**

Une fois les enregistrements transférés sur ordinateur, ceux-ci étaient retranscrits intégralement via le logiciel de traitement de texte Microsoft Office Word 2007©. Cette retranscription était longue et fastidieuse puisqu'elle nécessitait environ une heure pour dix minutes d'entretien.

Les paroles des participants étaient retranscrites le plus fidèlement possible, en respectant le style oral des entretiens. Les silences et les éléments de communication non verbale étaient représentés entre crochets [...].

Les entretiens étaient également anonymisés. Chaque participant aux entretiens individuels se voyait répartir aléatoirement un chiffre de 1 à 8 pour les identifier. Les participants des Focus Groups étaient identifiés par la lettre F (comme Focus) puis un chiffre, correspondant à leur position dans l'ordre de prise de parole au cours du Focus Group. Les participants du premier Focus Group étaient donc identifiés de F1 à F8, et ceux du second Focus Group de F9 à F13. Tous les éléments permettant d'identifier un médecin (ville d'exercice, noms de confrères, etc...) ont été remplacés par [...]

Une fois l'entretien transcrit en texte (ou « verbatim ») (17), celui-ci était transmis au(x) médecin(s) interrogé(s) afin qu'il puisse corriger une idée qui aurait été mal retranscrite ou y apporter une précision. Les modifications de texte ont cependant été exceptionnelles.

Enfin, la phase de codage était réalisée à l'aide du logiciel de tableur Microsoft Office Excel 2007©. Les « verbatims » étaient analysés afin d'y dégager une ou plusieurs idées exprimées (ou « occurrences »). Ces phrases étaient ensuite découpées,

codées puis intégrées dans un tableau, ce qui permettait de regrouper les idées par grand thème (ou « dimension »), et de retrouver rapidement les différentes citations au cours de l'analyse des retranscriptions.

## **2.6) Objectifs.**

### **2.6.1) Objectif principal.**

Evaluer la perception et le vécu des troubles auditifs chez les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais au cours de l'exercice de leur profession.

### **2.6.2) Objectif secondaire.**

Evaluer la prise en charge et le suivi auditif des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais.

# III. RESULTATS.

## 3.1) Caractéristiques des médecins interrogés.

1	2	3	4	5	6	7	8	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F8	F9	F10	F11	F12	F13
sexe	âge	exercice Rural/Semi-Rural/Urban et département	spécialités ou orientations	durée d'exercice (en années)	seul ou associé	cadence de travail	surdité ?	autre pathologie ?											
H	62	SR 62	orthopédie	35	remplaçant	légère. 4 mois 1/2 à 5 mois par an	pas de symptômes	troubles visuels sans précision, port de lunettes											
H	47	SR 62	psychiatrie	18	seul	légère. 6h30 par jour	presbyacousie (-25dB) et surdité de transmission (bouchons de cerumen)												
H	60	U 59	gynécologie, psychiatrie, addictologie	33	seul	élevée. 12-14h/jour. 5 jours 1/2/semaine. A lèvé le pied depuis 4-5 ans	presbyacousie, pas d'appareillage, antécédents familiaux de presbyacousie	cardiopathie ischémique silencieuse. Stenose 75%. 2 stents. Troubles visuels (port de lentilles). Surmenage											
F	55	R 59	DU de douleur, pédiatrie, gynécologie	22	3 associés	légère. Petite patientèle	non (dépistage négatif)	arthrose des pouces, myopie légère, correction peu portée											
H	52	U 59	DU de maladies métaboliques, endocrinologie	22	seul	élevée	surdité de perception droite (otospongiose -70dB), appareillage externe à droite, presbyacousie gauche	troubles visuels sans précision, port de lunettes											
H	59	SR 62	non	33	seul	élevée	presbyacousie bilatérale, 2 appareils intracanaux	HTAP primitive, tendinite d'Achille, aponévrosite plantaire, myopie (port de lentilles mais 6/10 après correction)											
F	49	SR 59	homéopathie, pédiatrie, gynécologie, gériatrie	18	seule		pas de symptômes	presbytie, pas de correction											
F	44	U 59	DU stress et anxiété, gériatrie, pédiatrie		1 associée	élevée (10 à 12h/j)	pas de symptômes, antécédent : otite barotraumatique	myopie légère, correction non portée											
H	68	R 59	Retraité. Médecine humanitaire (Cameroun), Secours Catholique			moyenne		pathologies cardio-vasculaire et colique											
H	61	SR 59	non			moyenne	pas de symptômes												
H	30	U 59	non			moyenne	symptômes (plaintes de l'entourage)												
F	42	R 62	pédiatrie, gynécologie			moyenne													
F	56	SR 59				moyenne	symptômes (plaintes de l'entourage)												
H	56	SR 59	non			élevée		pathologie cardiovasculaire, burn-out											
H	57	U 59	addictologie, VIH, IVG			élevée	antécédents familiaux de surdité	dépression et burn-out											
H	49	SR 59	gériatrie	20	seul	moyenne	presbyacousie	apnée du sommeil ?											
H	52	U 59	non	20	association	moyenne	pas de symptômes	dépression réactionnelle											
F	29	U 59	non	0,5	3 associés	moyenne	pas de symptômes	prééclampsie, 2 césariennes											
H	33	SR 62	pédiatrie	3,5	association	moyenne	non (dépistage négatif)	non											
H	58	U 59	non	28	seul	légère	presbyacousie	adénome prostatique, appendicectomie, amygdaléctomie.											

## 3.2) Enregistrements.

Annexes et CD joint.

### **3.3) Analyse.**

#### **L'importance de la bonne santé du médecin.**

Les médecins interrogés à ce sujet pensent de manière quasi-unanime que l'altération de l'état de santé d'un médecin peut avoir un retentissement négatif sur la prise en charge de leurs patients.

2 : *« C'est évident ! C'est évident ! Un médecin soigne si, lui, il est bien ! Un médecin est toxique si, lui, est malade ! Il ne peut pas soigner si, lui, il n'est pas bien »*

3 : *« Oui. C'est sûr que, quand on a un problème assez important, on ne peut pas être aussi disponible que quand on n'est pas du tout souffrant. »*

5 : *« J'imagine parfaitement qu'un médecin qui n'est pas en forme ne sera pas forcément toujours à l'écoute de ses patients. »*

L'un des médecins nie cet impact, mais en se limitant toutefois à la notion de handicap.

6 : *« Non, pas vraiment, non... S'il fait bien attention, s'il gère son handicap, je pense qu'il peut arriver à se débrouiller. »*

#### **Les problèmes de santé du médecin pouvant interférer sur la qualité de la consultation.**

Cette question, posée de manière volontairement vague, avait pour but de déterminer si l'audition était un problème de santé spontanément évoqué par les médecins interrogés. Je rappelle que les médecins interrogés ne connaissaient pas le sujet exact de l'entretien au début de celui-ci.

Le « burn-out », ainsi que le surmenage psychologique ou la dépression étaient les affections les plus fréquemment évoquées par les médecins. Ce sont celles qui ont le plus d'impact à la fois sur leur propre santé mais également sur la prise en charge du patient.

*F6 : « J'en parle parce que j'en ai souffert justement, j'ai déjà été en burn-out à plusieurs reprises [...] malheureusement je ne peux plus donner de rendez-vous au jour le jour, je suis obligé de donner rendez-vous quelque fois à deux jours, trois jours, quatre jours, cinq jours. »*

*F8 : « Trois ans de psychanalyse qui m'ont permis, bon heu... d'avancer quoi hein. Ensuite dix ans de Balint [...], trois ans de systémique familiale et trois ans de thérapie brève, et on a fait le tour quoi après... »*

*2 : « Le plus gros [problème de santé] c'est le surmenage, chez le médecin, c'est le burn-out. [...] Si tu dépasses [tes limites], tu ne fais pas de la médecine générale, tu maltraites. Je maintiens, tu maltraites. »*

*8 : « Si nous on ne va pas bien pour une raison X ou Y et qu'en face c'est la même chose, soit nous on va être dans l'empathie et transférer notre pathologie vers le patient, soit ça va nous rappeler nos propres souffrances. »*

Les médecins ont donc facilement fait part de leurs préoccupations à ce sujet et de leur volonté de se prémunir contre ce surmenage.

*F4 : « J'arrive encore à gérer parce que, heu, c'est vrai que j'ai mis, dès le départ, je me suis mis très vite des limites, et j'ai mis aussi très vite des limites à mes patients. »*

*F2 : « Moi justement j'ai fait super gaffe à ça, de façon à ne pas me sentir... Tu vois, heu, l'idée de me retrouver en burn-out pour moi c'était absolument impossible. »*

Les pathologies psychiatriques autres que le surmenage ou la dépression ont été évoquées par un participant.

1 : « La majorité des écueils, mais j'espère qu'ils sont évités, sont les problèmes psychiatriques. Un médecin doit garder quand même, heu, son intellect entier, et puis son relationnel correct. »

Les handicaps locomoteurs ont été évoqués par sept médecins. (médecins 1,4,5,6,7,8,F12)

5 : « J'imagine quelqu'un qui serait en fauteuil roulant, des choses comme ça, il aurait peut-être des difficultés à exercer son métier. »

1 : « Un médecin handicapé physiquement, pour faire ses visites à domicile, il est bien évident que c'est assez difficile. »

F12 : « Oui, les handicaps physiques des médecins, il y en a, quand même. Beaucoup, quoi. Alors forcément ça gêne un petit peu la consultation. Que ce soit une amputation de membre, par exemple, j'ai déjà vu chez un médecin hospitalier. »

Les pathologies infectieuses ont été mises en avant par quelques médecins.

5 : « Quand vous faites un syndrome grippal, [...] on bosse, quand même, à 40°C. Je pense que des fois on n'est pas vraiment au top pour travailler, et on travaille. »

2 : « Alors les pathologies saisonnières et tout ça, [...] on passe cahin caha. »

De même que la fatigue physique et le vieillissement.

3 : « quand on a une très bonne santé et 30 ou 40 ans, on est beaucoup plus disponible que quand on a 60 ans par exemple. »

F7 : « Oui, oui je suis crevé j'en peux plus. Je travaille, il faut bien, oui. Je suis crevé, je dors six heures par nuit, heu, je sais pas si je vais aller à 65 ans. »

La douleur fut également citée.

4 : « Ca me paraît évident, si on a mal quelque part on n'est pas très à l'écoute. »

Cependant les pathologies cardio-vasculaires ne sont pas un frein au déroulement de la consultation.

6 : « L'HTAP [Hypertension artérielle pulmonaire], qui est pourtant une maladie sérieuse, c'est ce qui me gêne le moins. »

En ce qui concerne les troubles auditifs, parmi les médecins interrogés, six ont spontanément envisagé ces troubles comme un frein à la consultation. Pour rappel, ces médecins ne connaissaient pas le sujet exact de l'étude à ce moment de l'entretien. On note que les médecins qui souffrent d'une diminution de l'audition ont cité beaucoup plus facilement ce problème, s'appuyant sur leur vécu.

5 : « Moi j'ai une surdité unilatérale, je suis appareillé mais ça me gêne déjà dans ma pratique. »

6 : « La surdité. Essentiellement la surdité ! Qui nécessite, heu, d'être plus attentif à l'auscultation, qui est bien gênante parce qu'il y a un effet « Larsen » avec le stéthoscope. [...] De tous les handicaps, je pense que c'est la surdité le plus gênant. »

F10 : « J'ai un quelqu'un de ma famille qui a ça régulièrement, des fois elle est bien embêtée pour aller travailler, parce qu'elle n'entend rien avec son stétho, hein. [...] Elle a une baisse sensorielle, de son audition. Oui, oui. »

2 : [en parlant de l'audition en médecine générale] : « Primordial ! PRI-MOR-DIAL ! C'est primordial ! Il faut les entendre et il faut aller chercher dans l'examen physique, tu le sais ça. L'auscultation c'est quelque chose d'énorme chez nous. [...] Alors y'a des appareils hein, t'as des stéthos hyper sophistiqués. Mais non. Ton stétho et ta qualité d'écoute, ton audition elle est primordiale. »

Les médecins ayant évoqué les troubles auditifs ont quasi-unanimement évoqué les troubles visuels, par association d'idées autour du handicap sensoriel.

4 : « Alors après, pour un handicap sensitif c'est pareil, si on n'entend pas bien, si on ne voit pas bien, je ne vois pas comment on peut bien exercer son métier. »

1 : « J'ai parlé des handicaps moteurs, et des handicaps de la vision, de l'audition, heu... »

5 : « C'est vrai que quelqu'un qui aurait un trouble visuel important pourrait être gêné. [...] C'est vrai qu'avec un déficit visuel important, bon, à partir d'un moment vous n'arriverez plus à bosser, c'est comme ça. »

L'un de ces médecins a évoqué ces troubles visuels en précisant que ceux-ci n'étaient pas une gêne au déroulement de la consultation.

8 : « Ben, les troubles de la vue, mais ça on peut encore y pallier, ça n'empêchera pas de travailler, on corrige vite. »

### **L'importance de l'audition au cours de la consultation.**

Quelles sont les situations, au cours de la consultation de médecine générale, où avoir une bonne audition est capital ?

- Développer une bonne relation avec le patient est capital dans l'exercice de la médecine générale. Le médecin est à l'écoute du patient. Une communication difficile ou partielle entre eux peut entraver ce relationnel.

1 : « Il est exact qu'il faut que le médecin généraliste ait un rôle pivot dans tout ce qui est écoute des patients, tout ce qui est relationnel avec les patients. [...] Alors l'audition, l'audition heu... Evidemment fait partie de la relation de base avec son patient.

F10 : « Notre métier comprend essentiellement de la communication, et donc effectivement s'il y a un problème de communication avec le patient, on ne peut pas être que technique, en médecine générale essentiellement. On peut faire de la radiologie sourd je pense, mais on ne peut pas faire de la médecine générale sourd. »

6 : « Il y a des gens qui, par exemple, se mettent à parler tout bas, notamment quand ils racontent leur vie privée... Généralement ils baissent un petit peu la voix quand ils se mettent à parler de sujets un peu plus personnels. A ce moment là je

*suis obligé de me déplacer, parce que je ne peux pas toujours leur demander de répéter. »*

- La réalisation d'un examen clinique complet nécessite une bonne audition, en particulier au cours de l'auscultation.

*5 [en parlant de l'audition] : « Ca peut gêner une consultation, oui, même une surdité. [...] Le problème c'est surtout les examens qu'on doit pratiquer avec une bonne oreille. Ca peut arriver qu'on ait besoin d'ausculter, quand même. »*

Un des médecins interrogés individuellement a contesté l'impact de l'audition sur la qualité de l'auscultation, en prétendant que l'appareillage auditif et les examens complémentaires pouvaient compenser les problèmes auditifs du médecin.

*1 : « Ah non non pas du tout, absolument pas, la qualité de l'auscultation n'a absolument rien à voir avec heu, avec une atteinte de la sphère ORL. [...] Il existe des appareillages, hein, qui peuvent pallier au stéthoscope. [...] C'est vrai que c'est pas facile hein, mais la médecine ne se fait plus beaucoup au stéthoscope. La médecine moderne se fait heu, par spécialiste interposé et par appareillage interposé. [...] Si on n'entend pas un souffle ou si on n'entend pas une chose comme ça, je pense que l'examen complémentaire va nous le prouver. C'est pas gênant, à mon avis. »*

Cependant la majorité des médecins ont évoqué ces deux situations.

*F11 : « Les deux sont importants. On peut avoir une bonne relation, mais si on sait pas entendre un souffle, si on sait pas... On est là pour soigner les gens aussi. On n'a pas que des gens qui se sentent mal, on a aussi des gens qui ont des problèmes physiques, ou même les deux. »*

*7 : « Ah oui, l'audition c'est quand même capital... Déjà, les gens ils ont besoin de parler beaucoup, si on les fait répéter beaucoup, ça va les agacer, ils vont peut être pas dire tout ce qu'ils disent normalement. Le contact ne va pas se faire de la même façon. Après c'est vrai que pour l'auscultation, pour les pneumopathies ou les problèmes d'asthme, si on n'entend pas bien c'est quand même embêtant. C'est vrai que l'audition, on n'y pense pas, enfin j'y pense pas, mais c'est quand même*

*quelque chose de très important pour un médecin. Autant du point de vue relationnel que la qualité diagnostique. »*

*8 : « Pour moi ? Tous les jours ! Pour l'auscultation déjà, il faut avoir une bonne oreille. Dans la discussion aussi, si le patient m'apporte un argument que je n'entends pas... On répond beaucoup au téléphone aussi. Donc oui, c'est un sens capital. »*

*3 : « Je crois qu'on a besoin de tous les sens. Les cinq sens sont importants, et oui l'audition ça sert non seulement à écouter dans un dialogue avec le patient, mais écouter le cœur, les poumons, etc. [...] Par exemple, une réflexion faite en sourdine, un bruit, un borborygme involontaire entendu, c'est pas anodin, ça nous donne quand même des renseignements. Celui qui n'entend pas ou très très mal, je dirais qu'il passe à côté de certaines petites choses. »*

Pour certains médecins interrogés au cours des Focus Groups, et contrairement à ce qui a été rapporté pendant les entretiens individuels, l'audition n'a pas ou peu de retentissement sur la qualité de la consultation.

*F1 : « L'écoute est importante, pas l'audition. Un médecin sourd peut être un très très bon médecin. [...] Les deux, les deux, je pense qu'un médecin aveugle peut être un excellent médecin... [Interruption de F2] : Non mais attends... [Brouhaha] »*

*F4 : « J'ai un associé qui est vraiment heu, on va dire qu'il a une acousie très diminuée, puisque quand je lui parle il met sa main comme ça [tend l'oreille]. [...] Je pense que son diagnostic clinique est encore très bon. C'est vrai qu'il a acheté un stéthoscope avec amplificateur, c'est vrai qu'il nous tend l'oreille et qu'il se tourne vers nous pour nous entendre et nous écouter, mais heu [...] j'ai pas l'impression qu'il ait un diagnostic faussé à cause de sa presbycusie. »*

*F13 : « F13 se rend parfaitement compte de la dégradation de son audition, de sa mémoire, de... etc. Mais ce n'est pas un handicap. »*

*F6 : « Moi je pense pas que ça puisse gêner les patients, j'ai pas l'impression que ça perturberait beaucoup, peut être un peu, la relation médecin-malade, mais en fait faudrait poser la question aux patients. »*

*F7 : « J'ai eu, j'ai eu un confrère [...] il avait une sclérose en plaques, il était en fauteuil. Et y'avait un monde fou qui venait le voir ! Malgré que, il n'examinait pas les gens, y'avait en effet un aide, qui, heu... prenait la tension, etc [...] bon, je dis pas, les choses importantes certainement il les voyait pas, ou les gens ne venaient pas le voir. Cependant y'avait beaucoup de personnes qui venaient. Donc c'est pas uniquement, heu... l'audition, il peut y avoir beaucoup d'autres possibilités de faire des diagnostics, heu... sans avoir une audition parfaite. »*

*F2 : « Y'a une grande tolérance des patients vis-à-vis de leur médecin, on, on a tous connu des médecins qui étaient, heu, un peu alcoolos, et les patients continuaient à venir les voir même quand ils étaient un peu allumés... »*

### **Le vieillissement de l'audition.**

Une publication de P Herman, B Meyer et P Tran Ba Huy (5) montre que le vieillissement de l'oreille commence très tôt, dès 30 ans, et que les premiers signes cliniques de presbyacousie peuvent apparaître dès l'âge de 40 ans. Même s'il n'existe en France aucune étude statistique concernant ce sujet, étant donné l'âge moyen des médecins en exercice, 51.4 ans, beaucoup d'entre eux devraient être concernés par la presbyacousie, qu'elle soit symptomatique ou non.

Plusieurs médecins interrogés déclaraient être conscients de ces données, et bien souvent ces mêmes médecins prétendaient ne pas être inquiets de ce vieillissement auditifs.

*2 : « Oh je suis d'accord avec ça, je suis absolument d'accord, parce que je pense que ma presbyacousie, la mienne, elle a commencé à peu près à cet âge là. [...] Mais pour l'instant elle ne me gêne pas trop. Je pense pouvoir écouter et ausculter correctement. »*

*1 : « Tout à fait. La presbyacousie commence très tôt, et on y est tous confrontés plus ou moins... [...] J'ai 60 ans, je suis bien entendu concerné par des problèmes d'audition. [...] ça ne m'inquiète pas du tout parce que je pense que c'est le vieillissement normal, et je compense par d'autres heu, je compense par l'expérience, par les examens complémentaires, et puis heu... Et puis voilà, quoi. »*

F12 : « Non, ça ne m'inquiète pas spécialement, enfin j'ai pas l'impression d'être concerné pour l'instant. Heu, pour l'instant ça ne me fait pas peur du tout. »

F2 : « Tant qu'il n'y a pas de gêne, pourquoi tu veux que je m'embête avec ton étude de savoir si... de toutes les façons, quand il y a une gêne, ben oui il faut prendre les devants, sinon... [...] Qu'est-ce que je vais m'embêter à faire un audiogramme pour heu... Même si j'ai peut être un petit déficit, j'ai peut être une petite presbyacousie, mais un examen complémentaire qui ne débouche pas sur une conduite à tenir, je ne vois pas son intérêt quoi ! »

D'autres médecins se sont montrés surpris et inquiets par cette information.

7 : « C'est intéressant. Et ça, on n'en parle jamais, on n'en parle pas assez oui. Je ne le savais pas. [...] J'avais pas l'impression d'être concernée, mais je crois que de toute façon on a tous des problèmes d'audition. [...] Oui c'est vrai que ça m'interpelle, quelque part. Ça m'inquiète un peu... »

8 « Ben je ne savais pas que c'était aussi tôt, moi j'aurais dit 50-60 ans. Donc je suis surprise. »

5 « Moi je me sens concerné parce qu'en plus, personnellement, ça me touche. [...] Mon audioprothésiste me dit que je devrais m'appareiller éventuellement de l'autre côté, ça commence à m'embêter. A cause d'une presbyacousie. C'est gênant. »

Parmi les médecins interrogés au cours de ces entretiens, neuf ont déclaré être concernés ou probablement concernés par un problème de presbyacousie (médecins 2,3,5,6,F3,F5,F9,F13).

F9 : « Oui, je suis pas surpris. Je me rends compte de temps en temps que j'ai pas l'audition que j'avais... Il y a quelques années. Et on me le dit, donc heu... Et ça c'est pire »

F13 : « La presbyacousie, je l'ai ressentie très vite. Heu... Parce que quand plusieurs personnes parlent en même temps, s'il y a du bruit, heu je n'entends plus rien. »

7 : « J'avais pas l'impression d'être concernée, mais je crois que de toute façon on a tous des problèmes d'audition. »

5 : « Je me sens concerné parce que je me rends compte que de l'autre côté [montre son oreille gauche] je perds un petit peu. »

Enfin six participants ont évoqué la notion de presbycousie asymptomatique, reconnaissant le fait qu'une partie des personnes atteintes de presbycousie pouvait ne pas s'en rendre compte (médecins 1,3,7,F1,F6,F11).

1 : « Le problème c'est que celui qui est dit malentendant le sait. Beaucoup se croient entendants et entendent très mal. »

3 « Et elle [le médecin ORL] m'a dit : « Bon oui, en effet, sur les hautes fréquences, vous avez déjà une diminution de pas mal de décibels. Est-ce que ça vous gêne ? » J'ai dit « Ben non, je ne m'en suis même jamais rendu compte. » »

F11 : « Je pense aussi que c'est quelque chose qui s'installe insidieusement, donc on s'en rend pas... A part quand c'est la femme qui le fait remarquer. Mais sinon en soi on a du mal à s'en rendre compte. Parce que tous les jours on met un ou deux degrés de volume en plus à la radio ou à la télé, enfin voilà. C'est tout doucement, on s'y habitue, et on s'y fait donc c'est quelque chose dont on se rend pas vraiment compte. »

F6 « C'est ça, le problème de subjectivité. Y'a un gros problème de subjectivité. Qu'on n'a pas avec la vue, hein. »

### **Le dépistage individuel des troubles auditifs.**

Parmi les médecins ayant déjà réalisé un audiogramme de dépistage, la majorité l'ont réalisé devant l'apparition de symptômes de presbycousie.

6 : « [En parlant de son premier audiogramme] En 2000, donc à l'âge de 47 ans. C'était 3 ou 4 ans après les premiers symptômes. »

Seul un des participants l'a réalisé sans ressentir de symptômes, en raison de ses antécédents familiaux de surdité.

*F7 : « J'en ai fait parce que j'ai des problèmes d'audition d'origine familiale, donc maintenant j'en fais à peu près une fois par an depuis 4-5 ans. »*

Pour les médecins n'ayant jamais fait d'audiogramme, les raisons évoquées étaient:

- L'absence de symptômes ressentis.

*1 « Je n'ai pas consulté d'ORL parce que je n'ai, à mon avis, aucun trouble de l'audition. »*

*F11 : « Oui, tant qu'on est pas concerné, c'est vrai que ça nous inquiète pas... »*

-Ils n'en ont pas eu l'idée.

*F12 : « Ouais, parce qu'on n'y pense pas, et il faudrait vraiment être gêné je pense. »*

*M1 « C'est parce que je n'y ai pas pensé en fait, surtout. C'est sans doute une erreur, c'est une erreur de se croire trop sûr de soi. »*

-La volonté de ne pas se « médicaliser » à l'excès, le refus de s'appareiller.

*F8 : « Que tu me dises qu'on commence à vieillir à partir de 30 ans, oui, que de plus en plus on a envie de médicaliser tout, ouais, qu'on aie envie de médicaliser le vieillissement, ouais, qu'on aie envie de donner à l'humain l'éternelle jeunesse, ouais, est-ce que pour ça que je vais faire un audiogramme, non, et est-ce que c'est pour ça que là je vais entendre n'importe quel spécialiste de n'importe quel organe qui peut me dire : écoute, tout organe à partir de 30 ans vieillit, ouais et heu est-ce qu'on pourrait permettre à l'humain de ralentir le vieillissement de l'organe, bof heu, non »*

*F2 : « Quand tu vois nos patients, pour porter une prothèse auditive faut vraiment qu'il y ait une gêne, sinon ils les portent jamais hein. Qu'est ce que je vais m'embêter à faire un audiogramme pour heu... Même si j'ai peut être un petit déficit, j'ai peut*

*être une petite presbyacousie, mais heu... un examen complémentaire qui ne débouche pas sur une conduite à tenir, je vois pas son intérêt quoi! »*

-La volonté de ne pas « rechercher » de nouvelles pathologies.

*F1 : « Non, moi non plus, je ne chasse pas. [...] J'ai jamais éprouvé le besoin, heu, j'ai jamais chassé. »*

- D'autres moyens de dépistage ont été utilisés.

*4 : « J'ai jamais fait d'audiogramme chez un ORL. Non, j'ai testé mon petit machin là, qui teste sur plusieurs fréquences [Montre l'appareil de dépistage auditif.] Et j'entends bien. Mais personnellement, j'ai jamais fait d'audiogramme, non. »*

*F12 : « J'ai un audiomètre de dépistage au cabinet, de temps en temps j'écoute quand même pour voir si j'entends bien. »*

- La possibilité de faire un auto-dépistage.

*F8 : « Et j'étais en train d'essayer d'auto-résoudre moi-même une analyse critique d'est-ce que j'entends ou j'entends pas. Et je la résous voilà. J'ai fais une résolution personnelle et pas par l'ORL. J'ai trouvé que j'entendais bien donc heu j'ai annulé mon rendez-vous, je l'ai pas pris, enfin... J'ai pas appelé l'ORL. »*

-Ils pensent qu'il est inutile de dépister un trouble auditif non symptomatique.

*F1 : « Alors moi mon expérience des bilans de santé de l'institut Pasteur est d'intégrer systématiquement un audiogramme et, heu, m'a jamais permis de mettre en évidence des déficits de... auditifs qui n'étaient pas évidents. Donc le fait de faire systématiquement un audiogramme, ça te met noir sur blanc un truc qui te semblait complètement évident [...], j'ai jamais eu de retour sur cet investissement heu positif dans quelque pathologie que ce soit. Les gens qui sont en bonne santé font des bilans, les gens qui ont une santé défailante ne font pas de bilan. »*

-Le manque d'information sur les pathologies touchant l'audition :

*F2 : « Toi par exemple tu parles de l'ophtalmo, l'ophtalmo tu peux avoir une arrière pensée : je peux avoir par exemple, heu, un glaucome débutant, je peux avoir quelque chose sur lesquelles il y a un impact. L'audition, ben y'a... y'a pas d'impact. »*

-Le manque d'informations sur les solutions existantes.

*F13 : « : Je sais que j'entends moins bien. Je sais que c'est d'origine heu, de l'âge, la cochlée et tout ça. Je sais que ce n'est pas appareillable, enfin je ne vais pas m'appareiller pour ça, cependant. »*

### **La prévention des troubles auditifs.**

Deux médecins disaient prévenir la survenue de troubles auditifs par l'éviction des nuisances sonores.

*8 : « J'essaye de ne pas avoir trop de nuisances sonores, mais c'est difficile, on est en ville [...] »*

*7 : « C'est vrai que j'aime beaucoup le calme, et je suis assez sensible au bruit. Peut être que je me prémunis de cette façon là. Je n'aime pas une ambiance bruyante. »*

Cependant une majorité des médecins interrogés n'observaient aucune mesure de protection auditive.

*2 : « Non. Je suis un grand amateur de musique, et j'aime bien la musique forte. Donc déjà là... Quand je vais aux concerts, parce que je vais à beaucoup de concerts, je suis pas forcément adepte des bouchons d'oreille ou des choses comme ça. »*

*F1 : « Non moi j'aime trop la musique, heu, moi c'est ma détente, en voiture, et même à la maison quand je suis tout seul. C'est vraiment mon moment de paix donc pour rien au monde je baisserai la musique. »*

Deux participants ont évoqué port quotidien du stéthoscope comme facteur d'aggravation de la presbyacousie, l'un à cause des nuisances sonores, l'autre comme facteur de risque d'infection ORL.

*F9 : « Je me demande si ne pas porter en permanence un stéthoscope, au bout d'un moment ça ne doit pas avoir une incidence. Toujours avoir un truc dans les oreilles, enfin un certain nombre d'heures par jour, je me demande toujours si ça, heu, à terme, c'est pas un truc qui doit être embêtant pour l'oreille. »*

*F10 : « Il faudrait quand même veiller à l'hygiène de nos stéthoscopes parce que des fois effectivement on a des eczémas ou des irritations du conduit, on supporte moins bien le stéthoscope quand on a une petite infection du conduit. »*

### **L'appareillage auditif.**

Les médecins étaient bien informés au sujet des différents appareillages auditifs existants.

*3 : « J'en vois tout de même pas mal, hein. Maintenant on a quand même pas mal de modèles. Les contours d'oreilles, qui existent depuis longtemps. Les intra-auriculaires, vraiment peu visibles avec juste un petit fil qui permet de les retirer. Tout ça, ça a des potentiels intéressants, avec des limites, bien sûr, c'est pas la panacée. Il y a aussi, dans les grandes surdités, les implants, mais là il faut laisser ça pour les surdités graves, ou les enfants ayant de gros problèmes. »*

*4 : « Il y a un labo, ici, à [...] qui fabrique des prothèses auditives, qui nous a présenté ses différents petits appareils, et le fonctionnement de leur entreprise. »*

*8 : « Alors j'ai un labo qui vient régulièrement pour me présenter les techniques, justement, pour en parler aux patients, être plus ouverte à leur montrer, donc oui, enfin je ne suis pas spécialiste, mais on m'a montré les différents types... »*

Concernant les aides auditives pour la pratique de la médecine, seul le stéthoscope électronique était connu des médecins.

*2 : « Les stethos électroniques, j'en connais quelques-uns qui sont dans les catalogues médicaux, bien plus chers que tous les autres hein [rires] donc on ne les privilégie pas. »*

Ce type de stéthoscope restait cependant très peu utilisé. Il était parfois même considéré à tort comme exclusivement destiné aux médecins sourds.

*F10 : « Sauf appareillage et surdité profonde, je crois que c'est une pathologie qui doit être assez répandue puisqu'il existe des stéthoscopes avec amplification électronique depuis longtemps quand même hein. Moi j'en ai eu un à l'essai, ça me plaisait pas trop tous les bruits, c'était pas aussi sélectif qu'une audition spontanée quoi »*

*F12 : « Moi par exemple, je connaissais le stéthoscope électronique comme ça, mais j'ai jamais pensé que c'était pour des médecins malentendants. »*

*F9 : « Non, moi je connaissais que le stéthoscope électronique, pour en avoir eu un à une époque, il y a quelques années, par un labo. Qui est toujours dans sa boîte, je l'ai jamais sorti. »*

Globalement les médecins connaissaient peu les aides auditives disponibles pour les médecins. Un médecin a évoqué des problèmes de compatibilité avec le port du stéthoscope.

*F9 : « Ben là y'a un problème technique, le contour d'oreille pour mettre le stétho, pour ausculter. Donc déjà y'a un problème, je dirais, physique, matériel. Après je sais pas comment c'est faisable, j'avoue »*

Seul un médecin m'a parlé d'un appareillage auditif à double réglage permettant d'éviter l'effet « Larsen » du stéthoscope (il s'agit d'un sifflement produit par un signal auto ondulatoire dû à la mise à proximité d'un récepteur et d'un émetteur d'un système audio). Ce médecin était lui-même possesseur d'un tel appareil.

6 : « Maintenant on a des appareils qui ont deux sortes de réglages, avec des petits aimants sur les stéthoscopes, donc heu... quand on met le stéthoscope, les petits aimants font passer les appareils sur un autre réglage, et à ce moment là on entend moins l'environnement mais on entend mieux le cœur. Et après, quand on enlève le stéthoscope avec les aimants, hop, les appareils se remettent sur un réglage pour entendre les sons d'ambiance. Mais ça, ça demande aussi un effort financier. Et qui n'est pas forcément pris en charge. Parce qu'un appareil comme ça ça vaut 2 000 € donc deux appareils c'est 4 000 €... Non remboursés sécu. »

Un autre médecin a évoqué les écouteurs numériques comme substitut au stéthoscope.

F10 : « Moi je pense qu'il y a possibilité d'avoir une adaptation matérielle hein. Tu mets un casque à la place d'un stéthoscope, un casque qui prend le dessus de ton oreille comme un casque d'audiométrie, à la limite. Y'a une compensation matérielle possible, qui doit pas être très répandue. [...] »

Aucun des médecins ne s'est montré réticent à l'idée de s'appareiller si le besoin s'en faisait sentir. Le bénéfice recherché était à la fois personnel et professionnel.

8 : « Oh oui, et même en dehors de ma vie professionnelle, pour ma qualité de vie, moi j'écoute beaucoup de musique, on va aux concerts, etc, c'est vraiment un sens important pour moi. Ne pas le faire comme certains de mes patients, pour moi c'est une vraie négligence, je ne pourrais pas le vivre. »

### **L'image du médecin sourd.**

Au cours de ces entretiens, la question de l'image du médecin sourd auprès de ses patients a été posée. En effet, plusieurs médecins ont suggéré l'idée que, par son comportement spécifique aux sourds, ou par le port d'un appareil auditif visible, le médecin sourd pouvait susciter la méfiance de certains patients, voire même une perte de confiance.

2 : « Alors, sans appareillage, les patients ils auront du mal. Vraiment ils auront du mal. Parce que pour pouvoir cacher une surdité, il faut adopter des choses. C'est-à-dire qu'il faut que toi, d'abord tu parles bien plus fort, et les patients s'en aperçoivent. Et tu fais répéter. Et ça, vis-à-vis des patients, c'est pas forcément quelque chose qui est très très bon. »

1 : « Pourquoi le docteur ne m'écoute plus ? pourquoi ne fait-il plus attention à mes remarques ? Pourquoi se trompe-t-il dans les ordonnances ? Pourquoi oublie-t-il des médicaments que j'ai demandés ? Pourquoi ne fait-il pas un examen que j'ai demandé ? »

4 : « ... Ca doit être inquiétant, j'imagine, pour un patient. Parce que oui, ce problème d'auscultation, de prise de tension, d'auscultation du cœur, d'auscultation des poumons, chez quelqu'un qui n'entend pas bien, on peut se demander comment il peut détecter une bronchite, de l'asthme, une BPCO, un souffle cardiaque, que sais-je... Certainement, ça doit être inquiétant. Ils doivent se dire « mon médecin, il vieillit, je ne sais pas si on peut avoir confiance dans son diagnostic. » Moi ça m'inquiéterait en tout cas d'aller consulter un médecin qui n'entend pas bien. »

3 : « Moi si j'avais un médecin comme ça je me poserais des questions, hein !  
[Rires] »

Les médecins étaient plus optimistes en ce qui concerne l'image du porteur d'appareillage auditif, estimant que leurs patients tenaient compte du fait que le médecin corrigeait son handicap. Parfois même, ils pensent que le médecin peut servir d'exemple au patient.

5 : « Et puis ça permet aussi de mieux prendre en charge leur presbyacousie. [...] Dans ce domaine là, je parais plus sérieux que quelqu'un qui n'aurait pas d'appareil. »

8 : « Et puis nous même, on est amené à aider les gens, à leur montrer qu'avec un handicap, on peut vivre normalement. Donc au contraire, ce serait même un modèle. [...] Je pense que ça peut aussi être une façon de dire : « Allez voir un ORL, allez essayer une audioprothèse ! »

2 : « S'il est appareillé c'est qu'il a un souci, mais à partir du moment où il est appareillé ça veut dire qu'il le prend en compte, donc le patient, je pense qu'il voit ça. »

A contrario, deux médecins craignaient l'incompréhension et la méfiance de certains patients devant cet appareillage auditif.

6 : « Alors, je n'ai pas beaucoup envie que ça se sache ou que ça se voie, parce que j'ai peur que les gens perdent confiance, notamment au moment de l'auscultation. C'est pourquoi j'ai des appareils intracanalaires. »

4 : « Peut être un peu de méfiance quand même. [...] Ca peut être inquiétant, peut être que le patient regarde ça avec un œil un peu suspect, avec une petite crainte. »

Une participante évoquait également la crainte du patient de voir son médecin se dégrader et de n'être plus apte à les suivre.

F11 : « Y'a peut être certains patients qui auront une crainte de l'évolution, qui se diront « Moi, mon médecin, j'ai envie qu'il me suive, mes enfants ils ont 15 ans, moi j'ai 30 ans, il doit encore me suivre pendant quelques années, est-ce que dans deux ans, dans trois ans, dans quatre ans il va pouvoir encore assumer ? »

La solution proposée par certains médecins était de devancer ces réactions en parlant de leur problème aux patients.

2 : « Il faut en parler. Moi je parle des choses très facilement. Je te dis, l'orientation est plutôt psy ici, j'ai appris à mes patients à parler, ce serait dommage que moi je ne parle pas quand même ! »

4 : « Je préférerais en parler plutôt que d'essayer de planquer ça et de ne pas jouer la carte de la transparence. »

3 : « Notre patientèle et nous on a des échanges, donc si jamais j'avais un appareil j'en parlerais. Je dirais « Ben écoutez je suis désolé, je mets un appareil, mais sachez que j'entends bien. » ou des trucs comme ça. J'essaierais de rassurer les gens, etc. »

*F8 : « Comment moi je vais vivre avec un niveau de handicap, comment je vais en faire part à l'autre ? Le handicap étant à ce moment là un handicap sonore. « Je vous préviens, j'entends moins bien » : est-ce que je le dis d'emblée ? Enfin comment moi je vais apprendre à vivre avec l'autre en gérant mon handicap. Et alors là il faudra aussi que... peut être qu'on prenne des leçons là-dessus, ça pourrait être bien... »*

Cette discussion nous a amené vers le débat du droit du médecin d'être malade. En dehors de deux participants (médecins 8 et F9) qui pensaient que le patient était en attente d'un médecin infaillible, la majorité des médecins pensait que le patient pouvait être compréhensif et accepter les problèmes de santé de son médecin.

*8 : « Je pense que déjà, le patient, dans notre société aujourd'hui, il n' imagine pas le médecin pas performant.[...] Pour eux c'est pas logique, on n'est pas un bon médecin si on est malade. »*

*F9 : « Je sais pas si en tant que patient j'irai voir un médecin porteur de handicap, parce que heu j'ai un problème à apporter, je l'apporte à quelqu'un qui a son propre problème, heu j'aurai l'impression qu'il y a quelque chose qui va pas, quoi. Je pense que pour le patient, le médecin il doit être toujours au top. »*

*5 : « Mais s'ils vous connaissent depuis longtemps, et bien on peut avoir un problème de santé comme eux, hein. On leur dit que c'est possible, qu'on n'est pas non plus des surhommes, qu'on peut avoir un souci un jour. La plupart du temps ça se passe bien. Je ne pense pas qu'ils mettraient en doute votre compétence pour un handicap qui arriverait comme ça... »*

*2 : « Je leur dis « Attendez, vous avez une physiologie, votre physiologie a des limites. Si vous arrivez à vos limites, que faites vous si vous continuez au-delà ? Ça veut dire que vous êtes sur le fil du rasoir. Vous pouvez à tout moment décompenser. » Je les fais réfléchir, et donc d'eux-mêmes ils en viennent à dire « Il faut peut être effectivement lever le pied ou arrêter. » Tout doucement, ça se prépare. Et bien je ferai exactement la même chose. D'ailleurs je fais la même chose ! »*

Un des participants mettait le doigt sur le fait que les médecins, même très malades, continuaient souvent à travailler, là où un patient « classique » aurait bénéficié d'un arrêt de travail.

4 : *« Mais des médecins malades qui travaillent, j'en connais des quantités. Quelquefois on met en arrêt longue durée des gens qui sont moins malades que nous. J'ai déjà vu des médecins pour qui j'aurais franchement mis un arrêt longue durée et qui continuent à travailler. Des gens qui avaient des pathologies très sévères. Et qui ont continué à travailler quand même. Je ne sais pas si c'était dangereux pour leur patientèle mais... »*

L'image du handicapé auditif était également comparée à l'image du handicapé visuel.

Les participants mettaient en évidence une image plus négative chez le handicapé auditif, en particulier en ce qui concerne la prothèse auditive.

1 : *« Dans le dicton populaire, dans la foi populaire, il est peut être plus... Comment dire ça, plus... plus agréable, plus « design » de porter des belles lunettes que d'avoir un gros appareil auditif. Voilà hein, ça fait moins... ça fait mieux. Un médecin avec des lunettes, ça fait très respectueux. Un médecin avec un pavillon dans l'oreille, ça fait très dangereux. »*

4 : *« Des lunettes, tout le monde en a, que ce soit pour la myopie, la presbytie ou autre. Et en général les gens sont bien corrigés. Oui ça me paraît plus... invalidant d'avoir une hypoacousie que d'avoir un trouble visuel. »*

7 : *« Peut être plus dévalorisant. Parce que c'est vrai que dans l'esprit des gens, il n'y a pas trop de solutions aux troubles auditifs, et quand ils entendent moins bien ça les perturbe, ils sont embêtés. Par contre mettre des lunettes ça ne les perturbe pas plus que ça. Après, on sait qu'avec l'âge, la vue baisse. Donc les gens l'acceptent comme quelque chose de physiologique, même si parfois ça peut apparaître plus tôt. Mais ça ne les perturbe pas. Mais comme on ne sait peut être apporter que peu de solutions au niveau auditif, ça peut être perturbant. »*

C'est pour cette raison, ainsi que pour une question esthétique, que la majorité des médecins projetaient de s'équiper d'un appareil intra-canalair si leur audition se dégradait.

7 : « *Oh je pense, oui. [Je cacherais mon appareillage auditif à mes patients.] Chez une personne âgée, ça ne choque pas. Par contre si on est jeune, je trouve que c'est mieux. »*

### **Que comptent faire les médecins généralistes lorsque leur audition sera diminuée ?**

Lorsque j'évoquais cette question avec les participants des entretiens, je les informais au préalable qu'en moyenne, une personne de 60 ans avait un capital auditif amputé de 15 à 60 dB selon les fréquences. (Norme ISO 7029) (9). La prévalence globale de la presbyacousie est de l'ordre de 30 % à partir de 60 ans (4). Etant donné que l'âge moyen de départ à la retraite des médecins est de 65,5 ans, ceux-ci sont donc susceptibles d'être confrontés à la presbyacousie au cours de leur exercice.

Les réponses des médecins généralistes étaient les suivantes :

- Faire des examens auditifs.

7 : « *D'abord j'irai voir un ORL, et je ferai un audiogramme. »*

3 : « *A partir d'un certain âge il faut savoir dire « Tiens, j'entends moins bien, je vais faire un audiogramme ». Et s'il y a une diminution ou une hypoacousie, il faut savoir le refaire tous les ans, voire même tous les 6 mois, et s'il y a une diminution, savoir dire « je vais retourner voir l'ORL »*

- Ecouter son entourage.

4 : « *Y'a pas que les tests, y'a aussi le téléphone, y'a aussi les gens que vous faites répéter, y'a aussi la télévision dont on monte le son et vos enfants vous disent « ben enfin maman, c'est beaucoup trop fort ! » Enfin voilà, des petits symptômes qui me feront certainement dire « tiens, peut être que j'entends moins bien. »*

- Restreindre les visites à domicile, afin d'examiner les patients dans le calme du cabinet.

1 : « *Et puis des choses comme moins de visites à domicile, des choses comme ça.* »

- Ne plus réaliser certains examens.

2 : « *Si je voyais qu'il y a des choses que je ne peux plus bien faire, je l'adapterais. J'arrêterai de la faire de la même manière, peut être autrement. Voire arrêter de faire des choses qui sont dangereuses pour le patient, je ne sais pas. Je pense que le stetho on peut encore l'appareiller, l'oreille aussi, mais il y a peut-être des choses effectivement qui sont difficiles.* »

- Utiliser une aide informatique.

1 : « *Me faire aider par de l'informatique, quand c'est possible.* »

- Prévenir les patients, leur demander de parler plus fort.

3 : « *Je dirais peut être à certains de parler plus fort, ceux qui parlent vraiment tout bas.* »

- Adopter des attitudes ou des positions favorisant la communication.

6 : « *Je me suis rapproché des gens, j'ai essayé de tendre l'oreille, heu... d'être plus attentif à la conversation.* »

5 : « *Si je mets pas mon appareil et que je me mets là [montre un point éloigné] je ne vous entends pas. C'est embêtant. [...] Donc on adapte, on s'arrange.* »

- Se faire seconder.

F8 : « *Et ce qu'il y a de bien, c'est la présence d'internes ou d'externes, parce que, heu, y'a des moments, si un jour quelqu'un me renvoie qu'il a entendu ce que j'ai pas entendu, je me poserai des questions.* »

Les médecins étaient prêts, dans leur grande majorité, à s'appareiller pour exercer leur profession si le besoin s'en faisait sentir.

2 : « *Moi je fais confiance à mon ORL, s'il me dit, « [2], il faut que tu te fasses appareiller », voilà, aucun souci je m'appareille. »*

1 : « *D'abord, s'il le faut, je me ferai appareiller. »*

3 : « *Je mettrais un appareil, et je leur dirais que je porte un appareil ou que j'entends moins bien. »*

Enfin certains d'entre-eux se disaient prêts à arrêter d'exercer la médecine si la surdité devenait trop handicapante pour exercer leur profession.

7 : « *Oui, ou alors si c'est vraiment important... arrêter. Après tout c'est un handicap comme un autre, un médecin qui perd la vue ne peut plus continuer. Il ne faut pas non plus que ça porte préjudice au patient. »*

1 : « *Et puis vraiment si ça s'avère impossible, arrêter la médecine. »*

6 : « *Là je me dirais : « Tiens, si mon oreille se dégradait, faudrait peut être penser à une reconversion. »*

### **Le dépistage collectif des troubles auditifs.**

Parmi les médecins interrogés, deux ont évoqué la nécessité de faire un dépistage de masse de la surdité chez les médecins en activité, à partir d'un certain âge. Ce dépistage pourrait aboutir à une obligation de s'appareiller, ou, en cas de refus du médecin, imposer un arrêt d'activité.

4 : « *Vous n'entendez pas bien, vous ne pouvez pas bien exercer votre métier dans ces conditions là. Et donc de deux choses l'une, soit vous vous soignez en faisant ce qu'il faut pour récupérer de l'audition, soit vous arrêtez de travailler. »*

2 : *[après lui avoir demandé s'il fallait dépister la surdité des médecins systématiquement à partir d'un certain âge] « Ce serait vachement bien ! Pas que ça, mais effectivement ça oui. Ah oui je suis tout à fait d'accord. [...] Evidemment, je te*

*l'ai dit, on n'a pas de médecine du travail nous ! C'est incroyable quoi ! On peut continuer comme ça, alors que quand même, c'est dangereux ! On certifie des choses, tu vois ? Non non bien sûr, tout à fait d'accord. Rendre ça obligatoire ! »*

Cependant la majorité des médecins, même s'ils étaient favorables à un dépistage, étaient gênés par le terme « obligatoire », et suggéraient plutôt un dépistage proposé.

*3 : « Moi je crois qu'il faut responsabiliser les médecins. Faire du dépistage systématique, je trouve que c'est pas judicieux [...] On doit savoir dire stop, je ne suis plus apte et j'arrête. Faire un dépistage systématique non. »*

*5 : « Obligatoirement non. Quand le médecin a une surdité vraiment importante, son exercice est déjà limité au niveau relationnel. Si c'est que pour poser un coup de stéthoscope... C'est peut être intéressant pour le médecin de le savoir. Je ne sais pas vraiment si on peut obliger les médecins à faire ça. D'abord les obligations, on en a assez comme ça. C'est le terme « obligatoirement » qui m'embête. Proposer, pourquoi pas. Proposer un dépistage de l'audition. »*

*8 : « Je ne suis pas trop trop dans l'obligation, je pense qu'il faut que les gens se responsabilisent. »*

*7 : « Non, peut être pas obligatoire... Mais c'est vrai que, ne serait-ce que par cet interrogatoire, ça sensibilise, parce qu'on n'est pas du tout sensibilisé à ce problème là. [...] On a déjà assez de choses obligatoires à faire. Maintenant, qu'on nous propose un dépistage, je trouve que ce serait bien. Et une visite de temps en temps, je trouve que ce serait bien. [...] Mais le caractère obligatoire, par esprit de contradiction, on n'aime pas trop.»*

Qui doit définir les capacités du médecin traitant à travailler ou non ?

Certains pensent que le médecin traitant est apte à les définir lui-même.

*3 : « Oui. Comme la conduite automobile, c'est pareil. Soit on se sent apte et on conduit. Soit on ne se sent pas apte et on fait des ronds dans le quartier, ou on arrête complètement de conduire. Mais heu, pour le moment il n'y a pas encore de*

*loi, et je trouve que c'est tant mieux, les gens doivent se sentir responsables, il ne faut pas non plus des lois et des lois et des lois pour tout... »*

*F13 : « Pardon, c'est comme ça jusqu'à présent, hein. C'est le médecin, si il devient « Alzheimer » par exemple, heu, ses patients, ils voient qu'il y a des choses qui sont pas nettes, quoi, mais ils continuent quand même jusqu'à ce que vraiment, heu, ça peut durer assez longtemps comme ça. »*

*8 : « Je pense qu'il faut qu'ils s'éduquent, et qu'ils ont leur responsabilité là dedans. C'est comme l'alcool au volant ou autre, être répressif je sais pas si ça fonctionnerait... »*

Cependant beaucoup reconnaissent les difficultés qu'ont les médecins à s'occuper de leur propre santé.

*7 : « Et c'est vrai qu'en tant que médecin, quand j'ai un problème de santé, je m'en occupe pas trop. C'est pas bien hein ? Une prise de sang, je ne me rappelle pas en avoir faite. [...] Mais comme on prend souvent ça à la légère, et c'est pour ça qu'il y a de la casse quelquefois... [...]. On est assez grands, enfin on pense être assez grands, pour fixer nos propres limites.»*

*2 : « Mais tu peux pas ! Impossible ! On ne le demande pas à nos patients, pourquoi on le ferait pour nous ? C'est impossible, on ne peut pas ! Tu es biaisé, tu le sais très bien [...] Donc tu n'as pas l'objectivité nécessaire pour que tu puisses être neutre et pour dire « voilà, j'arrive au diagnostic. » Il faut être objectif. Et donc pareil pour la surdité, tu vas faire en sorte, en gros, de pas aller voir le toubib. Tu vas t'arranger pour ne pas y aller. Donc non, il faut un truc objectif, l'ORL il fait son examen, t'es compliant et puis voilà quoi. »*

La médecine du travail était une solution proposée.

*7 : « Mais je pense qu'on devrait le proposer aux médecins, après tout on s'occupe toujours des gens, on pourrait s'occuper un peu plus de nous [rires]. Donc au moins une fois passer par la médecine du travail et faire un petit examen général, ce serait bien oui »*

Bien que parfois controversée (médecin 5).

5 : « *On ne va pas nous faire de la médecine du travail pour les médecins ! [...]* Vous avez déjà vu la médecine du travail pour les médecins, dans certains hôpitaux ? *Oui, la médecine du travail fait du très bon boulot, d'accord. Mais de médecin à médecin c'est difficile. C'est difficile de garder une certaine... distance, on va dire. »*

Cependant le recours à un autre médecin peut être l'occasion d'une prise de conscience et d'une responsabilisation du médecin.

F11 : « *Et puis des fois peut être que le fait d'avoir pris un avis extérieur peut nous faire prendre la décision, nous faire prendre conscience. »*

Une autre idée évoquée était celle d'un « conseil de médecins » ou d'un organisme ayant une « autorité » sur les médecins.

3 : « *A partir de quand va-t-on dire qu'on est apte ou pas apte ? Ou à partir de quand il y aurait un conseil, le conseil de l'ordre ou un conseil de médecins, qui dirait « Ok vous pouvez continuer parce que votre pathologie vous l'avez surmontée, vous êtes bien. » Et tout ça. Et à un autre il dirait « Ben non, vous êtes trop diminué. » C'est trop de responsabilité. Est-ce que c'est le médecin, est-ce qu'il y aura quelqu'un, un conseil, je ne sais pas. »*

F10 : « *Après la seule instance qui peut nous empêcher de travailler ce serait le conseil de l'ordre, sur plainte. Là effectivement on serait convoqué et interdit d'exercer, heu. Pour raison de santé. »*

4 : « *Je ne sais pas, il faudrait qu'il y ait une autorité compétente qui décide. Mais je ne sais pas qui. Oui c'est une profession libérale, donc ceux qui sont diplômés ont le droit d'exercer. Après si les patients veulent venir, ils viennent. Qui pourrait interdire un médecin d'exercer ? J'en sais rien. »*

## **Les médecins ont-ils été sensibilisés par cet entretien ?**

Plusieurs médecins, essentiellement ceux ayant participé aux Focus Groups, ont déclaré qu'ils ne feraient rien de particulier en ce qui concerne leur audition, en dépit de cet entretien.

*F5 : « Moi je bouge pas. »*

*F4 : « Non, je vais rien faire. Je vais faire comme d'habitude, je vais préserver mes oreilles, c'est-à-dire je vais pas mettre de musique [rires] et je vais plus mettre la télé à fond. Et j'empêche les gamins d'hurler. »*

*F10 : « Personnellement j'ai pas l'impression d'avoir de gêne à ce niveau là, et dans l'immédiat je ne pense pas modifier quoi que ce soit, prochainement. »*

*F6 : « Je dis pas, peut-être, si j'ai un copain ORL un jour, si j'ai le temps et s'il a le temps, je lui dis « Tiens, bah, tu me ferais pas un audiogramme, comme ça, pour voir ? » Aujourd'hui non, je... Malgré le fait qu'on en ait parlé en long en large en travers... »*

*F8 : « Heu non j'ai pas heu... Enfin je me pose des questions, tout le temps. [Rires] Donc voilà, est-ce que je vais aller voir un ORL prochainement ? Non, probablement pas. Mais heu, je réfléchis sur cette proposition. [Rires] »*

A contrario, huit participants se sont dit sensibilisés par l'entretien (médecins 2,3,4,7,8,F3,F7,F9). Ces participants, majoritairement rencontrés en entretiens individuels, se disaient prêts à faire des contrôles d'audition réguliers au cours de leur carrière.

*7 : « Oui, je vous l'ai déjà dit tout à l'heure, vous m'avez sensibilisée, en effet ! Oui bien sûr. [Vous comptez faire un audiogramme ?] Tout à fait, ça je vais le programmer. Là on est en fin d'année, donc l'année prochaine, je pense que je vais noter ça dans mes petites tablettes. Je ne dis pas ça pour vous faire plaisir, mais c'est quelque chose qui m'interpelle en effet... »*

*F9 : « Moi c'est un problème auquel j'ai déjà pensé, donc c'est vrai que c'est à mon programme de faire un audiogramme. »*

*F7 : « Moi j'ai plutôt un tempérament d'être différent de ceux qui se sont exprimés. J'aime pas me sentir diminué, donc je... la prévention moi j'y crois beaucoup, non seulement pour les autres bien sûr mais pour moi-même. Et donc heu... le jour où j'en aurais besoin, oui je me mettrai un appareil. Je peux pas imaginer ne pas bien entendre. Je peux pas imaginer ne pas bien voir, j'ai déjà des lentilles, heu... parce que je vois pas bien. Je crois qu'il faut... On est tout de même bien placé pour faire de la prévention et pour se prendre en charge. »*

*2 : « Alors c'est vrai que ça me renforce encore plus, c'est vrai que je n'avais pas fait mes contrôles à titre systématique, je les avais faits pour moi et mes problèmes de cérumen et de presbyacousie. Mais ça m'encourage encore plus à le faire vraiment régulièrement. Je pense que le rythme d'une fois par an c'est pas mal, sauf si on détecte quelque chose, et là il faudra se conformer à ce que l'ORL veut faire. Je suis tout à fait d'accord avec toi. »*

## **IV. DISCUSSION.**

### **4.1) Notre ressenti face à ce travail.**

Globalement, ce travail a été bien accueilli par les médecins généralistes contactés. Les médecins contactés étaient satisfaits qu'on s'intéresse à la prise en charge de leur propre santé, et que l'on mette le doigt sur la problématique du vieillissement des médecins.

Comme il a été dit précédemment, nous n'avons essuyé aucun refus lorsque nous avons sollicité les médecins afin de participer aux entretiens individuels. Notre principal problème a été la réalisation des Focus Groups, pour lesquels nous avons dû solliciter un très grand nombre de médecins afin que ces groupes aient un nombre de participants adéquat. Comme le sujet de ces Focus Groups était le même que celui des entretiens individuels, on peut en conclure que ce qui a freiné les médecins se retrouve probablement dans les conditions mêmes de réalisation des Focus Groups :

- le regroupement avec plusieurs médecins dont on ignore au préalable l'identité (pouvant conduire à rassembler des confrères qui sont en mauvais rapports)
- le lieu inconnu ou peu familier (par opposition au cabinet médical)
- la distance à parcourir
- la non flexibilité des horaires
- la timidité et la gêne d'évoquer ses faiblesses devant des confrères.

Pour les mêmes raisons, nous avons pu ressentir une différence dans les comportements et les réponses lors de ces Focus Groups : en groupe, les médecins avouaient moins facilement leurs pathologies et handicaps, et sous-estimaient davantage le handicap, en évoquant un médecin « tout-puissant », capable de soigner les gens quelles que soient ses conditions physiques.

*F1 : « Je pense qu'un médecin aveugle peut être un excellent médecin. »*

*F13 : « C'est le médecin, si il devient « Alzheimer » par exemple, heu, ses patients, ils voient qu'il y a des choses qui sont pas nettes, quoi, mais ils continuent quand même jusqu'à ce que vraiment, heu, ça peut durer assez longtemps comme ça.*

*Hein, ça peut durer assez longtemps comme ça, alors qu'il y a vraiment des problèmes, mais les patients continuent. C'est normal, c'est un médecin super, heu, c'est normal que la confiance ne lâche pas, tout à coup. »*

*F7 : « il avait une sclérose en plaques, il était en fauteuil. Et y'avait un monde fou qui venait le voir ! Malgré que, il examinait pas les gens [...] »*

Par ailleurs, contrairement aux enquêtes quantitatives, les enquêtes qualitatives n'ont pas pour but de répondre à une hypothèse mais de générer les hypothèses à partir des données recueillies. Nous avons donc dû être confrontés à la difficulté de faire taire nos impressions personnelles et nos opinions sur le sujet afin de rester ouverts à toutes les hypothèses possibles.

Malgré ces nuances, ce travail, bien qu'original et différent des travaux de mémoires « classiques » auxquels les médecins étaient habitués, a été bien accueilli par ceux-ci et nous a permis d'avoir un aperçu de « comment » ils appréhendaient la question de la surdité au cours de leur profession.

## **4.2) Limites et biais.**

### **4.2.1) La formation de l'enquêteur.**

Dans ce mode d'enquête, le chercheur est lui-même un instrument de recherche. Les entretiens exigent une certaine habileté pour utiliser les techniques de reformulation, de relance et d'écoute active (16). Une des principales difficultés rencontrées pendant cette étude a été mon manque de culture sociologique pour m'approprier ces techniques.

Pour compenser ce manque, j'ai dû faire des recherches bibliographiques sur les méthodes qualitatives en début d'étude. J'ai également fait appel au groupe de recherche qualitative de la Faculté Libre de Médecine, qui a su m'aiguiller dans ces travaux et m'enseigner les méthodes de recherche qualitative. Enfin, j'ai eu l'opportunité de pouvoir réaliser un séminaire de psychiatrie pendant lequel j'ai pu m'approprier les techniques d'écoute active et de reflet, afin d'aider mes interlocuteurs à faire émerger leurs idées.

#### **4.2.2) La triangulation des chercheurs.**

En recherche qualitative, la crédibilité est améliorée si les données ont été analysées par plus d'un chercheur (triangulation des chercheurs) (20). Alors que beaucoup de travaux de recherche qualitative sont réalisés en binôme, cette étude a été réalisée par un seul chercheur et l'analyse des données peut donc souffrir d'un manque d'objectivité.

#### **4.2.3) La comparaison aux données de la littérature.**

Le manque de données de la littérature concernant des études similaires n'a pas permis de vérifier la crédibilité des résultats par rapport à ce qui a déjà été fait.

#### **4.2.4) La taille de l'échantillon.**

Vingt médecins généralistes ont participé à l'étude, la petite taille de cet échantillon est à prendre en considération dans le degré de généralisation des données. Cependant, dans le contexte de la recherche et avec la méthode utilisée, les médecins étaient suffisamment nombreux pour que l'on atteigne une saturation des informations lors des interviews.

### **4.3) Forces de l'étude.**

D'abord utilisées dans les sciences sociales et humaines, les méthodes qualitatives ont longtemps été victimes d'une image négative et qualifiées « d'insuffisamment scientifiques ».

Des grilles d'évaluation d'articles de recherche qualitative ont été créées afin d'augmenter leur validité scientifique (20).

Pour notre travail, nous nous sommes appuyés sur les critères de scientificité suivants :

### **4.3.1) Une méthode appropriée à la question de recherche.**

L'utilisation d'une méthode quantitative ne nous aurait pas permis de répondre à la question posée, car nous cherchions à comprendre les perceptions et analyser le vécu des médecins généralistes face à la surdité. Une méthode quantitative, par exemple par questionnaire fermé, aurait trop limité les médecins dans leurs réponses, et le manque d'interaction avec ceux-ci n'aurait pas permis de faire émerger des idées plus profondes et plus réfléchies. De surcroît, nous aurions été confrontés au problème de la représentativité de l'échantillon : à notre échelle, il aurait été impossible de recueillir suffisamment de données pour avoir un échantillon représentatif de médecins sourds, étant donné la prévalence modérée de cette pathologie dans notre profession.

Il s'agit donc d'un travail qualitatif original, permettant de comprendre le sens ou la signification de ce phénomène à partir de l'expérience de ceux qui le vivent.

### **4.3.2) La triangulation des méthodes.**

Le fait d'avoir pu recueillir les données par deux méthodes différentes (entretiens individuels et Focus Groups) a permis de comparer les résultats obtenus par ces deux techniques et a donc accru la validité interne des résultats. La triangulation des méthodes a également permis de faire émerger plus d'idées et donc une saturation plus rapide des résultats.

### **4.3.3) La rétroaction.**

La rétroaction consiste à permettre aux participants de prendre connaissance et de rectifier les données de leur propre entretien. Au cours de cette étude, chaque participant a reçu un exemplaire de son entretien retranscrit et a eu la possibilité de clarifier et de compléter les données de cet entretien.

#### **4.3.4) La saturation des données.**

Il s'agit du moment où la poursuite des entretiens n'apporte plus de nouvelles données permettant d'expliquer le phénomène observé. Quelques entretiens supplémentaires permettent de vérifier que la saturation a bien été atteinte. En ce qui concerne cette étude, la saturation des données a été atteinte après le sixième entretien individuel et les deux Focus Group, soit après avoir interrogé dix-huit médecins.

#### **4.3.5) La sélection des participants.**

Les échantillons doivent être choisis avec minutie en fonction des buts de l'étude et de l'approche méthodologique retenue (20).

Pour cette étude qualitative, la sélection des participants pour les entretiens individuels s'est faite en variation maximale, c'est-à-dire que les variables qui pouvaient influencer les réponses des médecins (âge, sexe, présence d'une surdité ou non...) différaient le plus possible, afin d'obtenir une plus grande diversité des opinions, expériences ou comportements.

#### **4.4) Apports de l'étude.**

Les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais sont convaincus de l'importance de la bonne santé du médecin pour la prise en charge optimale de leurs patients.

Lorsqu'interrogés sur les problèmes de santé pouvant nuire à la qualité de la consultation, la majorité des médecins ne pensent pas aux troubles de l'audition, mais à des pathologies telles que le burn-out, le surmenage ou la fatigue physique. Seul un tiers d'entre-eux pensent spontanément aux troubles auditifs, dont en majorité des médecins souffrant eux-mêmes de troubles de l'audition. Le fait de vivre le handicap auditif leur permet donc de réaliser l'importance de ce sens au cours de la consultation.

Bien que la majorité des participants pensent qu'il est capital pour un médecin généraliste de bien entendre, aussi bien pour la qualité de l'auscultation que pour la qualité du dialogue avec leurs patients, ils ne sont pas inquiets quand au

vieillesse de leur audition. La raison évoquée est que ce vieillissement est lent et insidieux, la gêne occasionnée sera donc progressive.

A l'exception des médecins généralistes ayant un trouble auditif objectivé, les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais sont peu préoccupés par les troubles auditifs. Ils n'effectuent ni dépistage par audiogramme, ni prévention des troubles auditifs. Ils connaissent les différentes audioprothèses disponibles sur le marché mais ont peu d'informations sur les aides auditives à l'auscultation.

Ces médecins pensent que la découverte d'une surdité chez un médecin peut induire de la méfiance et une perte de confiance chez les patients qui le consultent. En revanche, les médecins pensent que ces mêmes patients ne seraient pas gênés par le port d'un appareil auditif visible chez leur médecin, estimant que c'était une bonne chose que le médecin tienne compte de son handicap et le corrige. Parfois même, le médecin peut servir d'exemple au patient. Ces médecins ne seraient donc pas embarrassés de parler de leurs troubles auditifs avec leurs patients, estimant que la plupart des patients peuvent être tolérants et accepter le vieillissement et la maladie chez leur médecin.

Au fur et à mesure qu'ils vieilliront, les médecins généralistes ne s'opposeront pas à faire un dépistage de la surdité par audiogramme, mais seulement si la surdité devenait symptomatique. Cependant ils mettent en avant un problème de subjectivité : le médecin est-il capable de définir lui-même ses limites ?

Les médecins sont globalement hostiles à l'idée d'un dépistage obligatoire de la surdité à partir d'un certain âge, mais suggèrent plutôt un dépistage proposé, incluant un examen de santé général et un audiogramme.

Enfin, au cours de ces entretiens, huit médecins (soit 40% des participants) ont affirmé avoir été sensibilisés à la surveillance de leur audition, et envisagent un suivi auditif plus régulier, par audiogramme notamment. Mais combien l'effectueront réellement ?

## **4.5) Perspectives.**

### **4.5.1) La sensibilisation des médecins.**

Comme l'a montré cette étude, le fait de communiquer avec les médecins et de mettre le doigt sur cette problématique peut entraîner une prise de conscience chez eux de l'importance de préserver ce sens. Ainsi au décours de cette étude, huit médecins nous ont affirmé avoir l'intention de programmer un audiogramme à court ou moyen terme. Il serait facilement envisageable de prévoir une sensibilisation des médecins au cours de formations médicales continues, particulièrement les soirées à thème sur les pathologies ORL, voire une promotion du dépistage par les visiteurs médicaux au cours de la présentation de leurs appareils auditifs.

### **4.5.2) Un bilan de santé proposé.**

En France, une surveillance médicale est prévue pour les médecins salariés par le biais des services de santé au travail. Cependant, pour les médecins libéraux, il n'existe aucune démarche nationale de suivi médical, à l'exception des travailleurs susceptibles d'être exposés aux rayonnements ionisants (21).

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a déjà publié des rapports soulignant ce problème (22).

Ainsi un rapport en 2008 proposait des solutions à l'amélioration de la prise en charge des médecins, dont la création d'une visite médicale régulière et/ou obligatoire auprès de médecins formés à soigner leurs confrères et envisageait la création d'une structure de dépistage précoce et de soutien formée de médecins volontaires (23).

Deux études françaises confirment que la majorité des médecins sont favorables à la mise en place d'un service de médecine préventive pour les médecins :

- les médecins libéraux de Haute Normandie se disent favorables pour 80% d'entre-eux à la mise en place d'un service de médecine préventive pour les médecins (24).
- 68,9% des médecins libéraux des Savoie et Isère étaient favorables à un système de soins dédié à leur propre santé. Ces praticiens étaient demandeurs de consultations de prévention (25).

La mise en place d'une consultation de prévention permettrait donc le dépistage des troubles auditifs parmi un bilan de santé plus complet. Elle permettrait aux médecins libéraux de bénéficier d'un suivi régulier tout en enlevant le sentiment de honte ressenti par le médecin qui entre dans le cabinet d'un autre.

### **4.5.3) Une prise en charge par la médecine du travail.**

Comme un médecin l'a évoqué au cours d'un entretien (médecin 2), les médecins généralistes libéraux n'ont pas accès aux consultations de médecine du travail. Une étude réalisée en Ile de France en 2007 montre pourtant que 75,1 % des médecins plébiscitent l'instauration des consultations de médecine du travail pour tous les médecins, avec une plus forte demande chez les 50-55 ans (78,5 %) (26).

Une solution serait donc d'ouvrir les consultations de médecine du travail à l'ensemble des praticiens de santé libéraux. En y intégrant les consultations de dépistage et de prévention, elles permettraient un suivi plus régulier des praticiens et un meilleur remboursement de ces actes.

### **4.5.4) Une information sur les aides à l'auscultation.**

#### **4.5.4.1) L'appareillage auditif.**

Il existe des adaptations aux appareillages auditifs « classiques » permettant l'emploi d'un stéthoscope. Comme nous l'a décrit l'un des participants (médecin 6), pour éviter l'effet « Larsen » lors de l'utilisation d'un stéthoscope avec des appareils auditifs intracanaux, il est possible de modifier leur réglage au moyen d'aimants à adapter sur les embouts de stéthoscope. Cette adaptation se fait par l'audioprothésiste.

En ce qui concerne les appareils à contour d'oreille, il existe des stéthoscopes à bobine magnétique (la position T) qui enverront le son directement dans l'appareil, qui le restituera ensuite en son amplifié dans l'oreille. L'audioprothésiste doit au préalable activer cette position par l'installation d'un programme dédié. Cette solution nécessite un stéthoscope électronique disposant d'une sortie casque audio classique.

#### **4.5.4.2) Le stéthoscope électronique.**

Comme nous l'avons vu au cours de cette étude, les médecins connaissaient peu les aides à l'auscultation. Le stéthoscope électronique a souvent été évoqué mais peu utilisé.

Les différentes études portant sur les stéthoscopes électroniques ont des résultats contrastés :

- Une étude danoise de 2005 (27) comparait les performances d'un stéthoscope acoustique classique (3M Littmann Classic II S.E.) au modèle électronique : (3M Littmann electronic model 4000). Le résultat de l'étude ne montrait pas de différence significative entre les performances des deux stéthoscopes pour 5 types de souffles cardiaques sur 6, ainsi que pour 7 types de sons pulmonaires sur 8.
- Une étude réalisée en 2011 (28) par des médecins militaires français comparait les performances d'un stéthoscope conventionnel (LittmannR cardiology III) avec un stéthoscope électronique (LittmannR 3 100) pour l'auscultation cardio-pulmonaire à bord d'un avion à réaction (Falcon 50). Les praticiens, au cours du vol, étaient plus performants dans l'auscultation cardiaque avec le stéthoscope électronique qu'avec le stéthoscope classique. Il n'existait pas de différence significative pour les bruits pulmonaires.
- En 2005, le groupe 3M Health Care a réalisé deux études cliniques contrôlées en double aveugle comparant le stéthoscope électronique 3M™ Littmann® E3000 au stéthoscope acoustique classique 3M™ Littmann® Cardiology III, dans une salle où l'intensité sonore était comprise entre 70 et 75 dB :
  - 112 cardiologues ont testé ces stéthoscopes pour l'auscultation cardiaque. Il n'y avait pas de différence significative entre le nombre de fois où les participants ont correctement reconnu un murmure normal en utilisant l'un ou l'autre stéthoscope. En revanche, les participants ont reconnu une anomalie cardiaque de grade 1 ou 2 un nombre de fois significativement plus élevé

avec le stéthoscope électronique. (149 vs 111,  $p=0.0066$  pour les anomalies de grade 1, 198 vs 160,  $p<0.0001$  pour les anomalies de grade 2) (29).

- 136 infirmiers de soins intensifs ont testé ces stéthoscopes pour l'auscultation pulmonaire. En utilisant le stéthoscope électronique, ils ont correctement identifié une anomalie pulmonaire un nombre de fois plus élevé qu'avec le stéthoscope acoustique. (961 vs 815,  $p<0.0001$ ) (30).

Pour son travail de thèse en informatique en 2009, S Reichert a comparé différents modèles de stéthoscopes électroniques et en tire les conclusions suivantes (31) :

*« Le principal inconvénient de ces stéthoscopes électroniques est que les interférences et bruits masquent des séquences utiles des sons, voire peut être, empêchent le médecin de détecter des éléments qui pourraient s'avérer pertinents pour l'analyse clinique. De plus, une caractéristique commune réapparaît sur tous ces stéthoscopes : la restriction de la plage de fréquence enregistrée.*

*Enfin, même si certains stéthoscopes proposent déjà une connexion par liaison sans fil à un équipement de traitement, ils ne sont pas réellement communicants au sens où nous le décrivons dans le chapitre 4. En effet, ils ne permettent pas d'échanger, en local ou à distance, de manière simple, des sons et des données auscultatoires complètes entre les différents acteurs de santé. »*

Elle propose donc la conception d'un nouveau stéthoscope électronique qui permet une capture du son performante et une analyse automatique. Ce type de stéthoscope est une solution prometteuse pour un médecin partiellement ou totalement sourd, car il bénéficierait à la fois d'une amplification du son et d'un enregistrement utilisable via une plateforme de télémédecine.

#### **4.5.4.3) La télémédecine.**

La télémédecine consiste en l'utilisation des télécommunications et des technologies de l'information pour permettre l'accès aux informations médicales, la prestation de soins et la supervision des patients à distance. L'aspect de la télémédecine qui nous intéresse ici est l'échange des données auscultatoires en temps réel ou en temps différé.

Différentes plateformes de télémédecine existent, mais se limitent à un échange de données sans interactivité, et souffrent d'un problème d'homogénéité dans le traitement de ces données.

S Reichert nous propose son projet de télémédecine MERCURE (Mobile Et Réseau pour la Clinique, l'Urgence ou la Résidence Externe) (31) dont les applications pour un médecin sourd ou malentendant sont les suivantes :

- La capacité pour le médecin de visualiser, réécouter (en les amplifiant) et analyser les sons.
- La création d'une base de données de sons auscultatoires (projet ASAP : Analyse des Sons Auscultatoires et Pathologiques), avec des signatures acoustiques et visuelles. Une analyse statistique des sons pathologiques est également réalisée afin de rechercher, dans le son auscultatoire, de nouveaux marqueurs, inconnus jusqu'à présent.
- L'échange de données auscultatoires entre médecins, permettant un avis rapide auprès d'un confrère.

## **V. CONCLUSION.**

L'audition est un sens capital pour la réalisation d'un examen clinique en médecine, que ce soit pour un entretien sans contraintes avec le patient ou pour la réalisation d'une auscultation complète et performante de celui-ci. A l'heure actuelle, l'âge moyen des médecins généralistes en exercice est en augmentation, et de ce fait, chez ces médecins, la prévalence des troubles auditifs comme la presbyacousie l'est également.

L'objectif principal de cette étude était d'analyser les perceptions et le vécu des troubles auditifs par les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais au cours de leur exercice. Malgré ses limites, l'étude a permis de donner une vision globale de la problématique.

Bien que les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais soient convaincus de l'importance de leur bonne santé dans la prise en charge de leurs patients, ils ne pensent pas spontanément au handicap auditif, en dehors des médecins présentant un tel handicap. Les médecins ne sont pas inquiets et ne se sentent pas concernés par ce problème. Par conséquent ils n'effectuent ni prévention ni dépistage auditif, et sont peu informés sur les aides auditives à l'auscultation.

L'étude a révélé que ces médecins pensent que le patient peut avoir une mauvaise image du médecin sourd, mais pas du médecin portant une prothèse auditive. Ils sont donc prêts à s'appareiller si le besoin s'en faisait sentir, voire même à en parler à leurs patients.

Conscients du problème de subjectivité posé lorsqu'on demande aux médecins de définir leurs propres limites d'exercice, les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais sont favorables à un examen de santé incluant un dépistage auditif proposé pour les médecins, mais sont hostiles à l'idée que ce bilan soit obligatoire. Plusieurs études ont confirmé, au niveau national, le souhait des médecins de bénéficier de ces bilans préventifs, et le conseil de l'ordre proposait en 2008 la création d'une structure de dépistage précoce et de soutien aux médecins.

40% des médecins interrogés au cours de cette étude ont déclaré envisager de faire un dépistage auditif au décours de leur entretien. Ainsi il serait pertinent de diffuser

ces principes de dépistage et de prévention de l'audition des médecins au cours de formations continues ou de visites médicales.

Le développement d'aides auditives à l'auscultation, bien qu'encore marginal, est prometteur, et nous retiendrons particulièrement les évolutions encourageantes faites dans le développement du stéthoscope électronique et de la télémédecine. En couplant ces nouvelles technologies à un dépistage précoce de la presbyacousie chez les médecins, elles permettraient une prise en charge efficace de ces troubles, afin d'améliorer le confort du médecin lors de son exercice ainsi que son efficacité dans la prise en charge de ses patients.

Enfin, sur un plan plus personnel, nous aimerions souligner l'enrichissement que nous a procuré ce travail de thèse, non seulement par notre travail de recherches bibliographiques qui a permis d'enrichir nos connaissances théoriques, mais également en développant notre expérience de la recherche qualitative en médecine générale. Cette expérience nous faisait initialement défaut, mais ce travail nous a permis, notamment grâce à des rencontres humaines, de découvrir et d'expérimenter l'approche qualitative et ses champs d'application en médecine générale.

## **GLOSSAIRE.**

ARS : Agence Régionale de Santé

ASAP : Analyse des Sons Auscultatoires et Pathologiques

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

dB : décibel

DMG : Département de Médecine Générale

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

FG : Focus Group

FLM : Faculté Libre de Médecine de Lille

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

HID : Handicap Incapacité Dépendance

Hz : Hertz

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

ISO : Organisation Internationale de Normalisation

MERCURE : Mobile Et Réseau pour la Clinique, l'Urgence ou la Résidence Externe

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

SPIM : Ecole Doctorale Sciences Pour l'Ingénieur et Microtechniques

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.**

1. Dauman R. Bases anatomiques et physiologiques de l'audition. In : Tran Ba Huy P, O.R.L. Paris : Ellipses ; 1995:137-149
2. Courtat P, Elbaz P, François M, Ohresser M, Lecas F. Exploration de la fonction auditive. In : Courtat P, Peytral C, Elbaz P. Explorations fonctionnelles en ORL. Paris : Masson ; 1995:1-4
3. Debry C, Mondain M, Reyt E. ORL. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2009
4. Bouccara D, Ferrary E, Mosnier I, Bozorg Grayeli A, Sterkers O. Presbyacousie. In : EMC-Oto-Rhino-Laryngologie. 2e édition. Elsevier ; 2005:329-342
5. Herman P, Meyer B, Tran Ba Huy P. Qu'est-ce qu'une surdité ? Physiopathologie des surdités appareillables. In : Suppléance instrumentale de la surdité : les aides auditives. Paris, Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie et de pathologie cervico-faciale éd., 1998, 41-54
6. Sauvaget E, Tran Ba Hui P. Presbyacousie : diagnostic et prise en charge. Le concours médical 2002;124-21 :1449-1452
7. Tran Ba Hui P. Presbyacousie : un problème de santé publique. In : Séance commune. Académie des Sciences. Académie Nationale de Médecine ; 2005 ; Paris, France
8. Kirikae I, Sato T, Shitara T. Study of hearing in advanced age. Laryngoscope 1964 ;74 : 205-221
9. Meyer-Bisch C. Hypoacousie due au bruit : la réglementation évolue. M/S : médecine sciences, vol. 21, n°12, 2005, p. 1089-1095.  
<http://id.erudit.org/iderudit/012017ar>
10. Sander MS, Lelievre F, Tallec A. Le handicap auditif en France : apports de l'enquête Handicaps, incapacités, dépendance 1998-1999. Etudes et résultats 2007 ; n°589
11. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Le rapport à la santé des personnes sourdes, malentendantes ou ayant des troubles de l'audition : résultats d'une étude qualitative. [28/11/2012].  
<http://www.inpes.sante.fr/lsf/pdf/rapport-a-la-sante-surdite-resultats-etude-qualitative.pdf>
12. Pla A, Beaumel C. Bilan démographique 2011. INSEE première 2012;n°1385:1-4

13. Romestaing P, Lebreton-Lerouillois G, Chapdelaine P, Bissonier C, Boetsch D, Matuszewski C. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er Janvier 2011. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Paris ; 2011
14. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer 2008 ;84:142-5
15. Frappé P. Initiation à la recherche. Neuilly-sur-Seine : GMSanté et CNGE ; 2011
16. Borgès Da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. La Revue Médicale de l'Assurance Maladie. 2001 ; 32(2) :117-21
17. Moreau A. Recherche en médecine générale : s'approprier la méthode du Focus Group. La Revue du Praticien Médecine Générale.2004;645:382-4
18. Kitzinger J. Qualitative research: Introducing Focus Groups. BMJ 1995 ;311 : 299-302
19. Service public de la diffusion du droit. Base de données. Délibération n°2006-138 du 9 mai 2006 décidant de la dispense de déclaration des traitements constitués à des fins d'information ou de communication externe (décision de dispense de déclaration n°7) [page consultée le 10/12/2012].  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000788488&dateTexte=&categorieLien=id>
20. COTE L. et al. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagogie Médicale. Mai 2002; 3:81-90
21. Article R4451-9 du Code du travail modifié par décret n°2010-750 du 2 juillet 2010-art 1. [14/07/2013]  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072050&idArticle=LEGIARTI000018491147&dateTexte=&categorieLien=cid>
22. Pouillard J, Delga ME, Bernard-Catinat M, Montané F. L'entraide ordinale- Rapport de la Commission Nationale Permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des Médecins du 19 juin 2004. 2004
23. Leriche B. Le médecin malade. Ordre des Médecins ; 2008
24. Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Seine-Maritime. Enquête sur la santé des médecins libéraux de Haute Normandie. 2008
25. Verjus AL. Médecins libéraux des Savoie et Isère : étude épidémiologique des besoins d'un système de soins dédié à leur propre santé. Thèse méd. Grenoble, Faculté de médecine , 2012

26. Galam E. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives. URML Ile de France ; 2007
27. Iversen K. et al. A randomized trial comparing electronic and conventional stethoscopes. *The American Journal of Medicine* 2005 ; 118:1289.e1-1289.e4
28. Tourtier J.-P. et al. Comparaison des performances d'un stéthoscope classique et d'un stéthoscope électronique au cours des EVASAN militaires françaises a bord d'aéronefs a réaction. *Médecine et Armées* 2011;39(5) :423-26
29. 3M Health Care. Comparison by cardiologists of the 3M™ Littmann® Model 3000 Electronic Stethoscope with Ambient Noise Reduction to the 3M™ Littmann Cardiology III Stethoscope for detection of recorded murmurs in the presence of simulated ambient noise. [19/07/2013].  
[http://solutions.3m.com/wps/portal/3M/en\\_US/All/3M-Markets/HealthCare/?WT.mc\\_id=www.3m.com/healthcare](http://solutions.3m.com/wps/portal/3M/en_US/All/3M-Markets/HealthCare/?WT.mc_id=www.3m.com/healthcare)
30. 3M Health Care. Comparison by critical care nurses of the 3M™ Littmann® Model 3000 Electronic Stethoscope with Ambient Noise Reduction to the 3M™ Littmann® Cardiology III Stethoscope for detection of recorded lung sounds in the presence of simulated ambient noise. [19/07/2013].  
[http://solutions.3m.com/wps/portal/3M/en\\_US/All/3M-Markets/HealthCare/?WT.mc\\_id=www.3m.com/healthcare](http://solutions.3m.com/wps/portal/3M/en_US/All/3M-Markets/HealthCare/?WT.mc_id=www.3m.com/healthcare)
31. Reichert S. Nouveaux outils de communication pour le diagnostic partagé et la surveillance du patient. Application au domaine de l'auscultation. Thèse informatique Belfort, Université de Technologie de Belfort-Montbéliard et Université de Franche Comte, Ecole Doctorale Sciences Pour l'Ingénieur et Microtechniques (S.P.I.M.), 2009

# **ANNEXES**

## **ANNEXE 1 : Guide d'entretien individuel (version finale)**

### **INTRODUCTION**

Avant toute chose je tenais à vous remercier d'avoir accepté de participer à cet entretien. Je suis actuellement interne en médecine générale à Lille. Je réalise dans le cadre de ma thèse une étude sur la santé des médecins, dont le thème exact sera abordé au cours de la conversation.

Cet entretien aura une durée de trente minutes environ. Il sera enregistré puis retranscrit par écrit mais aucun nom n'apparaîtra afin de garantir l'anonymat des participants. De plus un exemplaire vous sera transmis et vous aurez la possibilité d'apporter des précisions sur ce que vous avez dit ou de rectifier une transcription qui vous paraîtrait erronée.

### **QUESTIONS A ABORDER**

#### **1/Pouvez-vous vous présenter ?**

Quel est votre âge, depuis combien de temps exercez-vous, dans quel lieu exercez-vous (rural, semi-rural, urbain), quel mode d'exercice (seul, en association, en cabinet de groupe...), quelle est votre cadence de travail, quelles sont vos spécialités ou orientations éventuelles ?

#### **2/Croyez-vous que l'état de santé d'un médecin généraliste puisse avoir un impact sur la qualité de ses consultations ?**

En quoi/pour quelle raison ?

#### **3/A quels problèmes de santé pensez-vous en particulier ?**

#### **4/Pensez-vous que l'audition du médecin soit importante au cours de la consultation ?**

Quelles sont les situations de consultation où l'audition du médecin vous paraît capitale ? (Relationnel avec les patients, qualité de l'auscultation, autre...)

#### **5/ Une publication de P Herman, B Meyer, P Tran Ba Huy montre que le vieillissement de l'oreille commence très tôt, dès 30 ans, et que les premiers signes cliniques de presbycusie peuvent apparaître dès 40 ans. Que pensez-vous de cette étude ?**

Etes-vous inquiets, vous sentez-vous concerné...

Pensez-vous avoir un déficit auditif ? En ressentez-vous les symptômes ? Depuis quand ?

#### **6/ Pourquoi n'avez-vous pas fait d'audiogramme en 2011 ?**

Comment prévenez-vous les troubles auditifs ?

Si vous êtes suivi, par qui ? depuis quand ? (quel âge ?) A quelle fréquence ?

#### **7/ Quelle serait d'après vous l'image renvoyée par un médecin sourd auprès de sa patientèle ?**

Pensez-vous que le patient serait gêné ?

Le cacheriez-vous ?

Qu'en est-il du médecin appareillé ?

Est-ce, d'après vous, plus ou moins dévalorisant qu'un trouble visuel ?

Avez-vous déjà parlé de vos éventuels troubles visuels à un de vos patients ? Pensez-vous que vos patients puissent en être gênés ?

Le médecin a-t-il le droit d'être malade ?

**8/ La prévalence globale de la presbycusie est de l'ordre de 30 % à partir de 60 ans . A 60 ans votre capital auditif sera amputé en moyenne de 15 à 60 dB selon les fréquences sonores, que comptez-vous faire ?**

Arrêt d'activité, adaptation d'activité, achat de matériel, lequel...

**9/Pensez-vous qu'il faille dépister systématiquement la surdité à partir d'un certain âge chez les médecins ?**

Qui doit définir les capacités du médecin à travailler ou non ? Lui-même ? La médecine du travail ? Autre ?

**10/ Suite à cet entretien, que comptez vous faire concernant votre audition ?**

**11/Souhaitez-vous rajouter quelque chose ? Avez-vous des remarques à faire ?**

## **ANNEXE 2 : Guide d'entretien en Focus Group (version finale)**

### INTRODUCTION

Avant toute chose je tenais à vous remercier d'avoir accepté de participer à cet entretien. Je suis actuellement interne en médecine générale à Lille. Je réalise dans le cadre de ma thèse une étude sur la santé des médecins, dont le thème exact sera abordé au cours de la conversation.

Cet entretien de groupe aura une durée d' 1 h à 1 h 30. Il sera enregistré puis retranscrit par écrit mais aucun nom n'apparaîtra afin de garantir l'anonymat des participants. De plus, un exemplaire vous sera transmis et vous aurez la possibilité d'apporter des précisions sur ce que vous avez dit ou de rectifier une transcription qui vous paraîtrait erronée.

Merci de bien vouloir remplir les feuilles de renseignements que je vous ai distribuées. Les résultats de ces questionnaires seront également anonymes.

Je vous remercie de bien vouloir parler distinctement, une personne à la fois, et d'annoncer votre prénom avant chaque prise de parole.

### QUESTIONS A ABORDER

#### **1/ Tour de table : Pouvez-vous vous présenter ?**

(Présentation brève, les caractéristiques de la population-cible étant recueillies par écrit.)

**2/Croyez-vous que l'état de santé d'un médecin généraliste puisse avoir un impact sur la qualité de ses consultations ?** En quoi/pour quelle raison ? A quels problèmes de santé pensez-vous en particulier ?

**3/Pensez-vous que l'audition du médecin soit importante au cours de la consultation ?**

Quelles sont les situations de consultation où l'audition du médecin vous paraît capitale ? (Relationnel avec les patients, qualité de l'auscultation, autre...)

**4/ Une publication de trois médecins ORL, P Herman, B Meyer et P Tran Ba Huy montre que le vieillissement de l'oreille commence très tôt, dès 30 ans, et que les premiers signes cliniques de presbycusie peuvent apparaître dès 40 ans. Que pensez-vous de cette étude ?**

Etes-vous inquiets, vous sentez-vous concerné...

Pensez-vous avoir un déficit auditif ? En ressentez-vous les symptômes ? Depuis quand ?

**5/ Pourquoi n'avez-vous pas fait d'audiogramme en 2011 ?**

Comment prévenez-vous les troubles auditifs ?

Si vous êtes suivi, précisez les modalités

**6/ Quelle serait, d'après vous, l'image renvoyée par un médecin sourd auprès de sa patientèle ?**

Pensez-vous que le patient serait gêné ?

Le cacheriez-vous à vos patients ?

Qu'en est-il du médecin appareillé ?

Est-ce, d'après vous, plus ou moins dévalorisant qu'un trouble visuel ?

**7/ La prévalence globale de la presbycousie est de l'ordre de 30 % à partir de 60 ans. A 60 ans votre capital auditif sera amputé en moyenne de 15 à 60 dB selon les fréquences sonores, que comptez-vous faire ?**

Arrêt d'activité, adaptation d'activité, achat de matériel, lequel...

**8/Pensez-vous qu'il faille dépister systématiquement la surdité à partir d'un certain âge chez les médecins ?**

Qui doit définir les capacités du médecin à travailler ou non ?

**9/ Suite à cet entretien, que comptez-vous faire concernant votre audition ?**

## **ANNEXE 3 : Retranscription de l'entretien 2**

**Tout d'abord merci de m'avoir reçu !**

Je t'en prie !

**Comme je vous l'avais dit par téléphone, je suis interne en médecine générale à Lille, et je réalise, dans le cadre de ma thèse, une étude, pour rester vague, sur la santé des médecins, mais vous allez voir que je vais préciser le sujet au fur et à mesure de l'entretien, pour ne pas fausser l'entretien.**

Ca roule, c'est très bien.

**Alors il aura une durée d'environ 30 minutes, il est enregistré puis je le retranscrirai par écrit et je vous enverrai un exemplaire, vous pourrez alors apporter des modifications si vous voulez préciser une idée ou si vous pensez que quelque chose a été mal retranscrit. D'accord ?**

Ok, ça marche.

**Donc, heu, pour commencer, est-ce que vous voulez bien vous présenter ? Au niveau professionnel bien sûr.**

Oui ! Je suis [...], j'ai 47 ans. Je suis médecin généraliste ici à [...] dans une commune semi-rurale depuis à peu près 8 ans ici. Et j'ai été médecin généraliste avant à [...], commune beaucoup plus citadine pendant 10 ans. Donc ça fait 18 ans que je fais de la médecine générale. Voilà.

**Vous exercez seul ou en association ?**

Alors j'ai toujours exercé seul, dans mon cabinet. A [...] j'ai fait l'expérience d'une association dans le même cabinet, où on partageait tout, c'est-à-dire qu'on avait même une caisse commune, la caisse était commune. Et ça s'est pas forcément très très très bien passé parce que les egos sont pas toujours compatibles, c'est très compliqué, le mariage de deux médecins c'est comme le mariage tout court. C'est très facile de converger sur des choses qui convergent. Mais dès que ça commence à diverger, là, ça diverge vraiment. Donc non non, j'exerce seul et je prends des remplaçants.

**D'accord. Est-ce que vous avez des orientations ou spécialités, dans votre activité ?**

Psy ! Tous les confrères qui n'aiment pas la psy m'envoient la psy ! Ils le savent. Bon j'ai pas mal de formation là-dessus, mais c'est mon inspiration surtout qui est... J'ai voulu faire médecine pour faire psy, et heu... Lors de mes études, je me suis orienté beaucoup sur la psy, au fur et à mesure je suis tombé sur des gens qui ont essayé de m'orienter correctement, concernant mes aspirations à moi, dont une personne à [...], peu importe où, qui était chef de service, qui était un psychanalyste de grand renom, qui m'a dit : « Toi, [...], tu es fait pour faire de la psy en médecine générale, parce que les gens ont besoin de gens comme toi. La médecine générale connaît très très peu de gens qui connaissent la psy ou qui ont envie de faire de la psy, pour des gens comme tout le monde. Pas pour des grosses pathologies de psy, mais pour orienter des gens comme tout le monde. Il faut des gens comme toi. » Et je l'ai écouté, et je suis absolument bien là où je suis ! Voilà !

**Très bien. Concernant votre cadence de travail, c'est plutôt une cadence élevée ou...**

Sincèrement ? Moi je me ménage beaucoup beaucoup beaucoup de moments. Je vais te dire, je commence le matin, les appels commencent à 9 h, c'est mon épouse qui prend les appels, mais elle ne me met jamais de rendez-vous avant 10 h moins le quart, déjà. Donc entre 10 h et 12 h 30. Et je reprends à 15 h jusque 19 h. Et voilà. Je fais rarement des visites, pour les patients qui ne peuvent pas se déplacer, mais je dirais 1 à 2 par semaine. Et encore c'est les grosses semaines. Sinon non, j'ai volontairement restreint, chose qu'il faut savoir faire. Tu fais de la médecine générale ou t'en feras. J'ai restreint mon nombre de patients très très vite. Vu l'expérience que j'ai eue à [...] dans une activité citadine, où là tu crois à une vitesse exponentielle. C'est pareil en médecine rurale, un peu plus lentement, mais c'est pareil. Et donc moi, dès que j'ai atteint un nombre de patients critique, j'ai dit « je ne prends plus de nouveaux patients, je suis désolé, il faut vous adresser aux confrères. » Quand quelqu'un part pour n'importe quelle raison, il ne veut plus être mon patient ou il ne peut plus, ou il est décédé, là je peux prendre quelqu'un. Voilà, mais je ne déroge pas à ça. Il faut limiter. C'est le secret, en médecine générale. C'est un super métier, mais si tu te fais noyer par le nombre de patients et par ton activité en elle même, ce n'est plus le métier que tu aimes. Tu ne fais plus de la médecine générale. Tu ne le feras plus. Voilà.

**Pour commencer, ma première question : est-ce que vous croyez que l'état de santé d'un médecin généraliste puisse avoir un impact sur la qualité de ses consultations ?**

C'est évident ! C'est évident ! Un médecin soigne, si lui, il est bien ! Un médecin est toxique si lui, est malade ! Il ne peut pas soigner si lui, il n'est pas bien. A tous les points de vue hein, physique, et surtout psychologique. A partir d'un certain moment, tu es dangereux pour tes patients. Tu ne les soignes plus, tu les maltraites. Tu ne les traites plus, tu les maltraites.

**A quels problèmes de santé pensez-vous ?**

Le plus gros c'est le surmenage, chez le médecin, c'est le burn-out. Chez le médecin généraliste le plus grand danger, c'est ça. On est tellement fait pour être tout ! On fait tout ! L'administratif, tenir les mains, l'écoute, la pathologie elle-même, la prévention ! T'as vu qu'il y a plein de volets dans la médecine générale. On est formaté pour être des omniscients. Mais omniscient, ça ne veut pas dire... On reste quand même des hommes, hein ! Et les hommes omniscients, à un moment ils ont des limites. Il faut très très vite les reconnaître, très très vite et très très tôt dans son cursus pour ne pas les dépasser. Si tu les dépases, tu ne fais pas de la médecine générale, tu maltraites. Je maintiens, tu maltraites. C'est des mots forts hein, mais c'est ceux-là.

**Vous me parlez surtout du surmenage, est-ce que vous voyez aussi des problèmes physiques ou...**

Oui, alors le médecin généraliste, tu sais que c'est quand même très compliqué, parce qu'on est quand même la seule profession qui n'a pas de médecine du travail. Nous, on n'a pas de médecine du travail ! Moi par exemple, si j'avais pas été voir des confrères, ben heu... on serait cahin caha... Heureusement j'essaye de faire attention à certaines choses. Et encore, je suis sous-médicalisé ! Je pense que je traite plus mes patients que moi-même hein, ça c'est clair ! Je pense à la pathologie cardio-vasculaire, on est quand même des gens qui mangeons bien, qui aimons bien vivre. On ne fait pas tellement d'activité physique. Donc on n'est pas à l'abri des pathologies cardiovasculaires, hein. Alors les pathologies saisonnières et tout ça, on est vacciné, on essaie de se débrouiller, on passe cahin caha. La vaccination c'est une catastrophe, que ce soit pour nous ou pour la famille. Pour la

famille hein ! Je peux te dire qu'un carnet d'un mec qui est toubib ou d'une nénette qui est toubib, c'est un facteur de risque. Quand je le prends, je regarde tout parce que je sais qu'il y a des trucs qui vont pas. Parce qu'on considère toujours que la maladie c'est pour les autres, c'est pas pour soi.

**Et parmi ces problèmes de santé, lesquels pourraient avoir un impact sur la qualité de la consultation ?**

Comme je t'ai dit, le plus gros c'est le surmenage, la fatigue physique, la fatigue psychologique qui est absolument énorme, hein. Donc t'as plus la qualité d'écoute. Donc tu passes à côté de beaucoup de choses. Que ce soit sur des choses que le patient voudrait te dire et que tu chopes pas au passage parce que t'es trop fatigué. Ou alors carrément sur des syndromes, où tu vas pas aller chercher les choses, parce que tu veux aller au plus vite. Parce que t'es crevé et qu'il y en a dix qui attendent derrière. Voilà. Après pour les pathologies physiques, je ne sais pas si ça a vraiment un impact sur ton... Sur la façon dont tu fais de la médecine. Oui si tu as, admettons une pathologie cardiovasculaire, tu seras peut être enclin à écouter un peu les choses. Je ne sais pas. Ca c'est difficile à analyser. Ca aurait certainement un impact, mais je ne peux pas le mesurer.

**Est-ce qu'il y aurait des pathologies qu'on pourrait caractériser comme handicap, physiques ou sensoriels, qui pourraient gêner le déroulement de la consultation ?**

Oui, oui. Nos oreilles, on est des gens qui ne font trop gaffe à ce qu'on fait de nos oreilles. J'avoue qu'il y a des fois où j'entends plus grand-chose. J'ai, entre guillemets, la chance de savoir que je fais beaucoup de cérumen. Donc chaque année je vais chez l'ORL qui me fait un audiogramme et qui m'enlève les bouchons de cérumen. Donc ça va. Mais il y a plein de collègues [rises] je suis sûr qu'en fait, ils n'entendent plus grand-chose dans leur stetho, ou pour la tension et tout, et qui continuent hein ! Oui, jusqu'à temps que ce soit vraiment heu... Oui, je suis assez d'accord avec toi. Après le nez, le toucher non, je crois pas. Mais effectivement l'oreille, oui. La vue, heu, je suis pas encore presbyte, mais ça va arriver, 47 ans, ça va arriver, je lis bien encore sans devoir mettre mon bouquin à 50 cm donc ça va, mais ça va arriver. Quand j'en serai là, j'irai voir l'ophtalmo.

**Vous me parlez de problèmes auditifs, donc à priori pour vous, l'audition c'est quelque chose d'important en médecine générale ?**

Primordial ! PRI-MOR-DIAL ! C'est primordial ! Il faut les entendre, et il faut aller chercher dans l'examen physique, tu le sais ça. L'auscultation c'est quelque chose d'énorme chez nous. Pourquoi la médecine par téléphone est limitée ? A cause de ça, parce qu'il faut qu'on entende, qu'on voie, qu'on touche. C'est compliqué, internet bien sûr, ça va nous rendre service, mais ça ne remplacera jamais nos écoutes et tout. Alors y'a des appareils hein, t'as des stethos hyper sophistiqués. Mais non. Ton stetho et ta qualité d'écoute, ton audition elle est primordiale. C'est sûr. Ah oui oui oui, je suis d'accord avec toi.

**D'accord. Donc vous voyez surtout le niveau relationnel, et ensuite la qualité de l'auscultation ?**

Qualité de l'auscultation et relationnel, oui. C'est important, très important.

**Une publication de Herman, Meyer et Tran Ba Huy montre que le vieillissement de l'oreille commence très tôt, dès 30 ans, et que les premiers signes cliniques de presbycusie peuvent apparaître dès l'âge de 40 ans. Qu'est-ce que vous en pensez ?**

Oh je suis d'accord avec ça, je suis absolument d'accord, parce que je pense que ma presbycusie, la mienne, elle a commencé à peu près à cet âge là. Comme je fais régulièrement des audiogrammes, j'ai des petites baisses, d'un côté, qui ne sont pas du tout des surdités de transmission hein, qui sont des surdités de perception ! Donc c'est déjà la presbycusie qui commence. Oh oui, j'en suis sûr. Mais pour l'instant, elle ne me gêne pas trop. Je pense pouvoir écouter et ausculter encore correctement.

**Vous ne ressentez pas de symptômes ?**

Y'a des fois où je les ressens, et dans ce cas là je vais voir l'ORL, il m'enlève le bouchon et il mesure. Donc s'il me dit que ça va encore, c'est que c'est bon, je lui fais confiance hein. Je vais voir [...] à [...], bon c'est quand même pas le petit...

**Je le connais, oui.**

Oui, il est ce qu'il est, hein ? Mais je l'aime bien. [Rires]

**Vous y allez chaque année ?**

Quasiment oui, parce que j'ai un cérumen très épais, que j'accumule. A un moment donné, oui, j'entendais plus rien ! Et je suis suivi depuis heu, environ l'âge de 39-40 ans.

**Vous me parlez de votre presbycusie débutante, est-ce que par rapport à ça, vous faites quelque chose pour prévenir le déclin auditif ?**

Non. Je suis un grand amateur de musique et j'aime bien la musique forte. Donc déjà là... Quand je vais aux concerts, parce que je vais à beaucoup de concerts, je suis pas forcément adepte des bouchons d'oreille ou des choses comme ça. Mes stethos ils ne sont pas forcément adaptés, je te dis les renforcements acoustiques, heu... J'ai pas encore eu l'utilité de le faire, peut être qu'un jour ça viendra, peut être qu'il faudrait que je le fasse.

**Connaissez-vous justement, le matériel qu'on peut proposer au médecin malentendant ?**

Les stethos électroniques, j'en connais quelques-uns qui sont dans les catalogues médicaux, bien plus chers que tous les autres hein [rires] donc on ne les privilégie pas. J'avoue que je n'ai jamais essayé un stetho avec un renforcement, c'est quelque chose qu'il faudrait que j'essaie, c'est vrai. Pourquoi pas, peut être que j'aurais une meilleure perception... C'est vrai.

**D'après vous, quelle serait l'image d'un médecin sourd auprès de sa patientèle ? Est-ce que ça pourrait gêner le patient si le médecin était sourd ?**

Complètement, complètement... S'il n'est pas appareillé ?

**Avec et sans appareillage.**

Alors, sans appareillage, les patients ils auront du mal. Vraiment ils auront du mal. Parce que, pour pouvoir cacher une surdité, il faut adopter des choses. C'est-à-dire qu'il faut que toi, d'abord tu parles bien plus fort, et les patients s'en aperçoivent. Et tu fais répéter. Et ça, vis-à-vis des patients, c'est pas forcément quelque chose qui est très très bon. Après, si tu es appareillé, je pense que les choses peuvent être nettement atténuées donc heu... Là, tu peux t'en sortir. Mais il faudrait que tu adoptes des attitudes, tu vois, qui te permettent de... d'att nu er, justement, le handicap. Je ne sais pas si tu connais, alors là c'est tout à fait un aparté, un écrivain qui s'appelle David Lodge. David Lodge c'est un écrivain américain, de la côte californienne, qui a écrit un bouquin qui s'appelle « la vie en sourdine ». C'est un type qui fait d'habitude des romans mi-polars ou universitaires-polars, et là il s'est mis dans la peau d'un sourd et il se trouve qu'il est universitaire. Il aurait pu être médecin, il est pas médecin mais voilà. Et c'est un bouquin qu'il faut absolument lire ! Je l'ai lu il y a quelques années, et c'est sur la vie de quelqu'un qui commence à être sourd, et qui le devient, et tout son parcours professionnel et familial... A lire absolument ! Et ça m'a ouvert, ça m'a ouvert les oreilles j'allais dire. [Rires] Parce que c'est vrai qu'on ne s' imagine pas ce que c'est la vie d'un sourd, et effectivement on a tendance à toujours minimiser nos propres perceptions. Oh oui ! En se disant « je suis le meilleur, tout va bien ».

**Vous m'avez parlé du médecin sourd, et le médecin qui a un appareil visible, à votre avis le patient, il le...**

Non ! Non non, Non ! Je ne pense pas, parce qu'ici on est là pour parler de pathologies donc s'il est appareillé c'est qu'il a un souci, mais à partir du moment qu'il est appareillé ça veut dire qu'il le prend en compte, donc le patient je pense qu'il voit  a. Non non. Qu'il soit visible ou pas, c'est pas ça, quand je disais appareillé, c'est plutôt que tu aies une aide. Parce qu'il faut qu'elle ait lieu hein, si t'es pas bien, il vaut mieux qu'elle ait lieu.

**Et si vous un jour vous deviez être amené à porter un appareil, le cacheriez-vous ?**

Ben s'il peut être le plus discret possible, pourquoi pas ? Bon, je sais que ça a un c t, plus c'est petit plus c'est cher, mais s'il devait être apparent non, je le cacherais pas forcément. J'ai des tas de patients qui ont des appareils et que j'estime au plus haut point. Voilà.

**Est-ce qu'on pourrait imaginer que certains patients aient moins confiance dans un médecin qui porte un appareil ?**

Non, franchement, à priori non. Il faut en parler. Moi, je parle des choses très facilement. Je te dis, l'orientation est plutôt psy ici, j'ai appris à mes patients à parler, ce serait dommage que moi je ne parle pas quand même ! Et il m'arrive, contrairement à ce qu'on dit, tu sais la trop grande distance ou distanciation avec le patient nuit à la qualité ! Il faut pas être copain avec son patient, ça c'est quelque chose de compliqué. Mais il faut savoir lui parler aussi de ta vie à toi. C'est quelque chose qui aide le patient à lui-même arriver à se livrer donc bon si j'avais des problèmes de surdité, j'en parlerais facilement. Oh oui, je pense.

**Tout à l'heure vous me parliez aussi de troubles visuels, d'après vous, le patient serait plus dérangé si son médecin avait des troubles visuels ou des troubles auditifs ?**

Je pense que pour le patient, c'est plus gênant les troubles auditifs. Parce que c'est compliqué de vivre avec quelqu'un qui n'entend pas bien. Son entourage est mis bien plus à partie que pour celui qui ne voit ou ne distingue plus très bien. Bon évidemment s'il est aveugle c'est compliqué hein. Mais s'il distingue moins bien, je ne pense pas que le patient en tienne grief.

**A l'âge de 60 ans, votre capital auditif, en moyenne, devrait être amputé de 15 à 60 dB en fonction des fréquences...**

Je suis déjà à moins 25 dB alors là... [Rires]

**Alors ma question c'est : comme il y ait de fortes chances que vous continuiez de travailler à cet âge, qu'est-ce que vous comptez faire à ce moment là ?**

Ah mais bien avant ! Moi je fais confiance à mon ORL, s'il me dit « [...] , il faut que tu te fasses appareiller. », voilà, aucun souci, je m'appareille. Peut être, que s'il me donne des outils, tu vois, genre stethos qui sont un peu plus performants... Et puis moi m'appareiller, mais je le fais hein ! Je vais prêcher pour ma paroisse quand même ! [Rires] J'en fais appareiller plein de mes patients ! Non non j'ai aucun souci là-dessus. Le vieillissement fait partie de la vie, hein. Après tout, le problème du vieillissement c'est un problème de gens vivants. Si je n'étais pas vivant, je ne vieillirais pas ! On choisit entre vieillir ou mourir. Et bien moi j'ai choisi de vieillir ! Bien sûr non mais attend, on est dans la décrépitude, on le sait hein. C'est quelque chose que j'accepte tout à fait. Pas de gaieté de cœur forcément, on aime sa jeunesse, on aime sa force. Mais j'ai accepté ça, j'ai accepté. La vie m'a donné beaucoup de choses, beaucoup de chance. Voilà. Pas de souci.

**Et par rapport à votre activité, si vous deviez avoir une surdité invalidante, est-ce que vous adapteriez votre activité ?**

Ah complètement ! Si je voyais qu'il y a des choses que je ne peux plus bien faire, je l'adapterais. J'arrêterai de la faire de la même manière, peut être autrement. Voire arrêter de faire des choses qui sont dangereuses pour le patient, je ne sais pas. Je pense que le stetho, on peut encore l'appareiller, l'oreille aussi, mais il y a peut-être des choses effectivement qui sont difficiles. J'ai pas encore réfléchi aux choses, mais peut être que l'ORL me dirait « Fais attention en faisant ces choses là, tu ne pourras peut être plus apprécier les choses normalement. »

**Vous iriez jusqu'à arrêter de travailler à cause de ça ?**

Complètement ! C'est des choses que je dis à mes patients. Je n'ai pas peur de leur dire et je les fais réfléchir là-dessus. Je leur dis « Attendez vous avez une physiologie, votre physiologie a des limites. Si vous arrivez à vos limites, que faites vous si vous continuez au-delà ? Ca veut dire que vous êtes sur le fil du rasoir. Vous pouvez à tout moment décompenser. » Je les fais réfléchir, et donc d'eux-mêmes ils en viennent à dire « Il faut peut être effectivement lever le pied ou arrêter. » Tout doucement, ça se prépare. Et bien je ferai exactement la même chose. D'ailleurs je fais la même chose ! Parce que moi je vois ce que je faisais à 25 ans quand je suis sorti tout frais de l'école comme toi, je ne fais plus la même chose. C'est évident. Les gardes où je faisais une garde de pédiatrie toutes les 48 heures, c'est impossible maintenant. Je peux plus, il faut que je me repose. Tu vois, quand j'ai vu 20 patients dans la journée, je suis un peu fatigué, c'est normal. Je suis un peu fatigué, et oui 47 ans. Je suis jeune peut être pour certains médecins...

**Oui vous êtes en dessous de l'âge moyen des médecins en exercice.**

Oh oui oui oui, surtout dans le Nord-Pas-de-Calais, t'as vu... On est une population vieillissante, mais moi je suis vieillissant déjà à 47 ans, je le sais. Ca c'est un avantage, je pense que c'est un avantage. Savoir que je vieillis.

**Est-ce que vous pensez, justement, qu'il faudrait dépister systématiquement la surdité chez les médecins à partir d'un certain âge ?**

Ce serait vachement bien ! Pas que ça, mais effectivement ça oui. Ah oui je suis tout à fait d'accord. Ca c'est une super étude si tu fais une étude là-dessus, parce que t'as pas voulu me dévoiler mais je vois que c'est parti là-dessus. [Rires] Evidemment, je te l'ai dit, on n'a pas de médecine du travail nous ! C'est incroyable quoi ! On peut continuer, comme ça, alors que quand même, c'est dangereux ! On certifie des choses, tu vois ? Non non bien sûr, tout à fait d'accord ! Rendre ça obligatoire !

**Qui devrait s'en occuper ? La médecine du travail, le médecin lui-même...**

Mais tu peux pas ! Impossible ! On ne le demande pas à nos patients, pourquoi on le ferait pour nous ? C'est impossible, on ne peut pas ! Tu es biaisé, tu le sais très bien. Un syndrome, quand tu le regardes pour toi ou pour ta famille, soit tu le minimises complètement, c'est-à-dire que tu ne veux pas le voir, soit tu vas le maximiser, tu vas voir tout ce qu'il y a de plus grave ! Donc tu n'as pas l'objectivité nécessaire pour que tu puisses être neutre et pour dire « voilà, j'arrive au diagnostic. » Il faut être objectif. Et donc pareil pour la surdité, tu vas faire en sorte, en gros, de pas aller voir le toubib. Tu vas t'arranger pour ne pas y aller. Donc non, il faut un truc objectif, l'ORL il fait son examen, t'es compliant et puis voilà quoi.

**Et à l'issue de cette consultation, ça ne vous gênerait pas s'il disait « vous devez vous appareiller ou arrêter de travailler. » ?**

Ah il le sait hein ! Je lui ai dit ! Je lui ai dit « le jour où tu penses qu'il faut m'appareiller, il faut m'en parler. » [...] C'est tout simple, hein ! Il n'aura pas à me forcer la main, il suffira qu'il m'en parle. Et je comprendrai. C'est tout, j'accepte de vieillir. Je suis un être humain, et ça prouve que je suis vivant ! [Rires] Tu sais que c'est une sacré façon de voir les choses, quand tu dis aux gens « Vous savez que ça c'est un problème de vivant ? » Et bien même si tu as un problème, ils voient les choses en se disant « je suis vivant d'abord, si je ne l'étais plus, je n'aurais pas mon problème mais je ne serais pas là. » C'est intéressant. C'est mon côté méditerranéen tu sais. [Rires]

**Suite à cet entretien, est-ce que vous comptez faire quelque chose concernant votre audition ?**

Oui, continuer à... Alors c'est vrai que ça me renforce encore plus, c'est vrai que je n'avais pas fait mes contrôles à titre systématique, je les avais fait pour moi et mes problèmes de cérumen et de presbycusie. Mais ça m'encourage encore plus à le faire vraiment régulièrement. Je pense que le rythme d'une fois par an c'est pas mal, sauf si on détecte quelque chose, et là il faudra se conformer à ce que l'ORL veut faire. Je suis tout à fait d'accord avec toi. C'est une super étude, tu fais un truc bien. Tu vas rendre service à pas mal de toubibs à mon avis. Je te le dis, c'est clair.

**Est-ce que vous souhaitez rajouter quelque chose ?**

Je te le dis, c'est bien. J'ai passé un bon moment sur ce questionnaire, parce que c'est un truc que j'ai jamais vu. C'est même la première fois qu'on me parle de ma santé, qu'un autre médecin me parle de ma santé en dehors de quand je les sollicite. Ben bravo, c'est bien.

**Merci de votre participation !**

## **ANNEXE 4 : Retranscription du Focus Group 2**

**-Animateur : Avant tout, merci d'avoir accepté de participer à cet entretien. Donc, comme je vous l'ai expliqué par téléphone, je suis interne en médecine générale à Lille, et puis je réalise dans le cadre de ma thèse une étude sur la santé des médecins, dont, heu, on abordera le thème exact au cours de la conversation. Donc c'est un entretien qui aura une durée d'environ une heure hein, et comme je vous l'ai dit il sera enregistré puis retranscrit par écrit. Par contre aucun nom n'apparaîtra pour garantir l'anonymat, ni aucune localisation exacte. Tout sera anonymisé. Puis je vous transmettrai un exemplaire, et vous aurez la possibilité d'apporter des modifications si vous jugez qu'une idée a été mal... mal transcrite ou si vous voulez apporter une précision. Donc, heu, je vous remercierais de bien parler distinctement pour l'enregistrement, et une personne à la fois. Et essayez de penser de donner votre pseudonyme avant de prendre la parole. D'accord ? Bon, pour commencer on peut faire un petit tour de table, pour se présenter brièvement. Qui veut commencer ?**

-F9 : Ben, [raclement de gorge], F9. Qu'est-ce que je vais bien dire ? Médecin généraliste à [...]. Bientôt 50 balais, bientôt 20 ans de présence sur le secteur.

-F10 : F10, 52 ans, un peu plus de 20 ans d'installation, toujours dans la même ville, [...], voilà.

-F11 : F11, moi je suis toute jeune installée, depuis 6 mois à [...], en association, heu, avec trois autres médecins.

-F12 : F12, 33 ans et, heu, installé depuis trois ans et demi. A [...]

-F13 : F13, 58 ans, heu, exerçant depuis bientôt 20 ans. Seul. Médecin généraliste. Heu... Voilà.

**-A : Ok, merci. Donc, heu, première question : est-ce que vous croyez que l'état de santé d'un médecin généraliste, il puisse avoir un impact sur la qualité de ses consultations ?**

-F10 : Oui, quand t'es fatigué, heu, c'est sûr que t'as pas les mêmes temps de réaction, t'as pas les mêmes temps de réaction, t'as pas la même patience, ton comportement vis-à-vis de la clientèle est différent, et puis t'as moins d'idées, tu tournes un peu en rond, c'est sûr que t'es pas très innovant, et t'as pas forcément l'information qui va bien avec tes patients quand t'es pas en forme physiquement.

**-A : D'accord, surtout la fatigue ?**

-F10 : Fatigue physique...

-F9 : ...et psychique.

-F11 : Oui je pense aussi que... Même pour les gens, quand ils nous voient peu attentifs, fatigués, ils auront pas le même discours, ils auront pas les mêmes attentes, vis-à-vis de nous. Par rapport à quand on est en pleine forme, super dynamique et qu'on a... Même moralement. Moralement, on

n'a pas forcément envie d'entendre quelqu'un pleurer et se plaindre quand nous même on n'est pas... on n'est pas en forme quoi.

-F12 : Ouais, je pense aussi la même chose. Même le fait d'être heu... Si un médecin est déjà passé par une pathologie, par exemple douloureuse, et si un patient repasse par la même chose, à mon avis on va le prendre d'une façon différente, quoi.

-F13 : Heu... Sûrement, l'écoute est différente selon l'humeur qu'on a, et puis aussi il y a peut être des secteurs de la médecine où on a été un peu échaudé.

**-A : C'est-à-dire ?**

-F13 : C'est-à-dire, par exemple, heu, je sais pas moi, si on a eu quelqu'un dans sa famille qui a eu la maladie d'Alzheimer, et la maladie de Parkinson en même temps, qui a eu des neuroleptiques, heu, qui a été soigné avec difficulté, disons que les, heu..., y'a des moments difficiles dans la médecine, parce que des fois on n'est pas en position de bien écouter, et puis on a des préventions, on doit faire un peu le clair dans son esprit, ce qui n'est pas trop facile car on a eu des choses douloureuses.

**-A : D'accord, donc d'avoir vécu quelque chose de particulier...**

-F13 : Voilà, des choses négatives, qui ne sont pas passées. Qui sont passées mais pas passées.

**-A : Est-ce qu'il y a d'autres problèmes de santé en particulier ? Vous m'avez parlé de la forme physique, de la forme psychique. Est-ce qu'il y a des choses en particulier, n'importe quoi, par exemple une maladie ou un déficit, qui pourrait gêner la consultation ?**

[...]

**-A : Des maladies, des handicaps...**

-F12 : Oui, les handicaps physiques des médecins, il y en a, quand même. Beaucoup, quoi. Alors forcément ça gêne un petit peu la consultation. Que ce soit une amputation de membre, par exemple, j'ai déjà vu chez un médecin hospitalier. Moi j'ai un bon ami qui a, heu, une pathologie, il a complètement une rétraction, il est comme ça [montre sa main en griffe]. Donc à mon avis le contact avec les patients il est un peu différent, quoi. Rien qu'en disant bonjour.

-F10 : Et puis tout bêtement t'as une plaie à la main, t'examines pas les gens de la même façon. Palper un ventre quand t'as un doigt qui ne vas pas, ben t'appuies moins fort, hein.

**-A : Est-ce que des handicaps sensitifs seraient gênants ?**

-F9 : Ah, sûrement. Je n'ai eu aucun problème de santé, heureusement, jusqu'à maintenant, mais j'imagine bien que quelqu'un qui est un peu dur de la feuille ou qui a un petit trouble visuel, pour examiner un patient, pour ausculter un souffle, entendre un truc... Enfin quelque part, le médecin est un peu obligé d'être à 100% pour pouvoir être efficace. S'il est pas à 100%, ben forcément... Comme on disait tout à l'heure, l'examen s'en ressent, l'écoute s'en ressent, à tous les niveaux. Souvent les patients disent : « Bonjour Docteur, ça va ? » « Oui, ça va. De toute façon si ça va pas je vais vous soigner quand même. » [Rires] Je ne peux pas faire autrement. Quelque part heu... De toute façon les

gens viennent pas, heu, ils viennent pour voir quelqu'un en forme qui soit prêt répondre à leurs questions à eux. S'ils ont quelqu'un en face qui n'est pas en forme, qui tire la patte, enfin bref, l'interaction va dans les deux sens comme tu disais tout à l'heure. Mais les gens vont peut être moins réagir si toi t'es pas à l'écoute ou t'es pas à un moment donné au top. Y'a toujours un paraître. Je pense que le médecin c'est un grand comédien, globalement...

-F11 : [rires]

-F9 : Ah oui.

-F11 : Je pense qu'on s'adapte aussi aux patients qu'on a en face de nous, en fonction de comment on les connaît, comment... C'est vrai qu'on a pas le même visage en fonction du patient, de...

-F9 : Ah ben oui.

-F10 : A la fois il faut une bonne écoute de ce que nous disent les patients, à la fois il faut une bonne audition, parce que tu mets son stétho, t'as une otite séreuse, ben t'entends pas grand-chose quoi. Donc voilà quoi. J'ai quelqu'un de ma famille qui a ça régulièrement, des fois elle est bien embêtée pour aller travailler, parce qu'elle n'entend rien avec son stétho, hein.

**-A : D'accord. C'est un médecin qui vous a dit qu'elle était handicapée par un problème auditif, et qui a du mal à exercer ?**

-F10 : Elle a une baisse sensorielle, de son audition. Oui, oui.

**-A : Est-ce que vous pensez que l'audition est quelque chose d'important en médecine générale ?**

-F11 : Essentiel, oui...

-F13 : C'est sûr, parce que heu... Il y a le stétho, bien sûr. Et puis aussi heu... Pour l'écoute, hein. Si on n'entend pas bien, bon... Mais il n'y a pire sourd que celui qui ne veut pas entendre. Il y a ça aussi. Et puis si F13 oublie ses lunettes, s'il marche dessus ou si elles sont cassées [montre ses lunettes cassées] [rires]. C'est embêtant, hein.

-F11 : C'est vrai qu'il y a le côté « stéthoscope » mais c'est vrai que par exemple si on a quelqu'un qui vient se livrer, quand ça va pas ou quelque chose comme ça, si on lui fait répéter parce qu'on a mal entendu ou parce qu'il y avait un petit bruit à coté, et que du coup comme on a déjà une petite baisse d'audition, on lui fait redire « Ben qu'est-ce qui ne va pas ? » Forcément il ne peut pas avoir confiance, il ne peut pas se livrer complètement, c'est pas possible. Donc c'est sûr, une bonne audition, y'a rien qui peut compenser ça. Autant pour l'examen, on peut avoir un tensiomètre électrique qui va prendre une tension à notre place, bon pour ausculter, c'est plus compliqué mais...

-F9 : Ca existe aussi les électroniques, hein.

-F11 : Ouais.

-F10 : Un médecin en bonne santé a besoin de ses cinq sens, même de l'olfaction. Des fois on met son nez dans des trucs [rires] ça donne des renseignements. Sur l'hygiène des gens, des choses comme ça. [Rires]

**-A : Ok. Ce qui vient en avant, par exemple pour vous, F11, c'est d'abord le relationnel avant l'auscultation ?**

-F11 : Ben les deux. Les deux sont importants. On peut avoir une bonne relation, mais si on sait pas entendre un souffle, si on sait pas... On est là pour soigner les gens aussi. On n'a pas que des gens qui se sentent mal, on a aussi des gens qui ont des problèmes physiques, ou même les deux.

**-A : F9 ?**

-F9 : Globalement, je crois qu'on doit rassurer. Moi je dirais. D'où l'importance de l'écoute, donc de l'audition fatalement, par heu, indirectement. Mais bon c'est pas le seul sens, comme disait F10, il faut les cinq sens. La vue permet de voir plein de choses. C'est vrai que si t'es un peu miro et que tu dois examiner un grain de beauté, qu'il faut commencer à prendre une loupe pour aller voir de plus près... [Se penche en avant en mimant une loupe]. Et puis ainsi de suite pour plein de choses. Le toucher on n'en parle même pas. Et puis tu l'as dit tout à l'heure, l'odorat, tout ça c'est... Pas seulement en consultation, mais aussi en visite. En visite, en deux coups de cuillère à pot t'as compris plein de choses. Rien qu'en regardant, en faisant un tour d'horizon de la maison, y'a beaucoup de choses que tu comprends comme ça, rapidement, alors qu'à ton cabinet t'as rien compris. Il suffit d'aller une fois au domicile et t'apprends plein de choses. Enfin bon bref. De toutes façon un médecin c'est heu, c'est un peu un enquêteur. Y'a besoin de tous ses sens pour être heu, repérer tout, le moindre indice nécessaire pour heu, trouver le diagnostic.

**-A : Vous êtes tous d'accord avec ce point de vue ?**

-F13 : Une loupe, c'est toujours utile, hein ! [Rires]

-F10 : Surtout avec tes lunettes !

-F9 : En plus des lunettes !

[Rires]

**-A : Une publication de trois ORL, Herman, Meyer et Tran Bah Huy, montre que le vieillissement de l'oreille, il commence très tôt, il commence dès 30 ans, et que les premiers signes cliniques de presbycusie peuvent apparaître dès l'âge de 40 ans...**

-F9 : Ben on est mal barrés...

**-A : ...Qu'est-ce que vous pensez de cette information ? On est mal barré, F9 ?**

-F9 : Oui F9 est mal barré, parce qu'il y a ma femme qui arrête pas de me répéter que je suis sourd, que j'entends jamais rien à ce qu'elle me raconte, donc heu...

[Rires]

-F10 : Ca c'est parce que tu l'écoutes pas !

-F9 : Non non non non non, il paraît que je mets la télé très fort. Donc heu... Bon, c'est tout. Mais je suis pas surpris, hein !

**-A : Vous vous sentez concerné ?**

-F9 : Ah ben des fois je suis un peu surpris, je regarde toujours les... Les petits capuchons de stéthoscope pour voir si y'a pas un peu de cérumen dedans, que c'est pas bouché, pour voir si j'entends bien. Non je suis certain que l'audition... Oui, je suis pas surpris. Je me rends compte de temps en temps que j'ai pas l'audition que j'avais... Il y a quelques années. Et on me le dit, donc heu... Et ça c'est pire [rires].

**- A : F13 ?**

-F13 : Bon, je pense qu'avec l'âge, c'est vrai que les oreilles fonctionnent moins bien, la vue également. Mais il faut savoir vieillir avec grâce [rires] et heu, je pense qu'en fait on compense par une meilleure écoute, heu, plus de compréhension, heu, plus d'indulgence, plus de bénignité. On compense par beaucoup de choses qui nous viennent aussi avec l'âge, et, globalement, je me trouve meilleur médecin, bon je suis peut être « Alzheimer », mais je me trouve meilleur médecin actuellement qu'au départ. Bien que mes oreilles, et mes yeux, et le reste, et mon cerveau aussi, soient moins performants.

**-A : Pour vous, on peut compenser tous les types de handicaps ? On peut toujours s'adapter ?**

-F13 : De l'âge, disons. Non parce que c'est vrai que la presbycousie, je l'ai ressentie très vite. Heu... Parce que quand plusieurs personnes parlent en même temps, s'il y a du bruit, heu je n'entends plus rien. Dans le brouhaha je ne... Enfin c'est pas gênant dans une consultation. Mais c'est vrai que bon, heu la presbycousie on la ressent très vite. La mémoire qui baisse aussi. On la ressent très vite, à partir de 38 ans. Il y a toujours la mémoire bien sûr, mais elle est beaucoup moins accorte, beaucoup moins fidèle, beaucoup moins serviable que quand on est jeune. Et puis voilà.

-F9 : Y'a F10 qui veut parler.

-F10 : Je voudrais corriger quelque chose. Tout à l'heure, j'ai parlé des cinq sens. J'ai réfléchi, le goût finalement, je m'en sers pas beaucoup... [Rires]

-F13 : Tu goûtes pas les urines ?

[Rires]

-F10 : Petite correction, voilà.

-F9 : T'as mis le temps à réfléchir, on voit que tu vieillis aussi. [Rires]

**-A : Et pour nos plus jeunes médecins ? [En regardant F11 et F12]**

-F11 : Ben moi je me dis que je vais pas forcément m'améliorer avec l'âge, parce que heu je me rends compte que quelque chose qu'on ne pratique pas, on n'est plus bon dedans. Enfin, je veux dire, on est bon que dans ce qu'on pratique régulièrement mais après, bon ben notre patientèle et notre activité, elle se fait en fonction de ce qu'on fait, de la population qu'on a, etc. Moi y'a des choses que j'ai pas vu depuis mes études, et si j'en revois pas, y'a des choses, je me dis... Même techniquement on est pas forcément...

-F10 : On perd, oui.

-F11 : Après c'est sûr que l'expérience fait qu'on s'améliore sur le relationnel, peut être, et sur certaines choses. Après...

**-A : Et par rapport à cette presbycusie qui peut parfois survenir de manière précoce, est-ce que ça vous inquiète ? Est-ce que pour votre profession, vous vous sentez concernés ?**

-F12 : Non, ça ne m'inquiète pas spécialement, enfin j'ai pas l'impression d'être concerné pour l'instant. Heu, pour l'instant ça ne me fait pas peur du tout.

-F11 : Oui, tant qu'on est pas concerné, c'est vrai que ça nous inquiète pas...

**-A : D'accord.**

-F12 : Je pense pas faire un audiogramme de dépistage à partir de 40 ans, quoi.

**-A : Pour quelles raisons, justement ? Parce que vous n'y pensez pas ?**

-F12 : Ouais, parce qu'on n'y pense pas, et il faudrait vraiment être gêné je pense.

-F9 : Et parce qu'on n'est pas assez exposé, enfin on se pense pas assez exposé au bruit. Mais heu, je me dis, je me demande si ne pas porter en permanence un stéthoscope, au bout d'un moment ça ne doit pas avoir une incidence. Toujours avoir un truc dans les oreilles, enfin un certain nombre d'heures par jour, je me demande toujours si ça, heu, à terme, c'est pas un truc qui doit être embêtant pour l'oreille. Je sais pas s'il y a des études là-dessus mais...

-F10 : Il faudrait quand même veiller à l'hygiène de nos stéthoscopes parce que des fois effectivement on a des eczémas ou des irritations du conduit, on supporte moins bien le stéthoscope quand on a une petite infection du conduit. Et au niveau de l'exposition au bruit, on a certains vaccins, chez les nourrissons, qui sont quand même violents [rires], où on met cinq minutes à récupérer... J'entends bien mon petit réflexe stapédien qui se bloque, qui revient et qui repart [rires].

-F9 : Ah oui, c'est vrai ça, j'avais oublié. Remarque, y'a pas que les nourrissons, hein.

-F11 : Je pense aussi que c'est quelque chose qui s'installe insidieusement, donc on s'en rend pas... A part quand c'est la femme qui le fait remarquer. Mais sinon en soi on a du mal à s'en rendre compte. Parce que tous les jours on met un ou deux degrés de volume en plus à la radio ou à la télé, enfin voilà. C'est tout doucement, on s'y habitue, et on s'y fait donc c'est quelque chose dont on se rend pas vraiment compte. Sauf le jour où vraiment j'entends pas dans mon stéthoscope mais sinon...

-F9 : Comme quand tu changes le téléphone d'oreille. [Rires]

-F13 : F13 se rend parfaitement compte de la dégradation de son audition, de sa mémoire, de... etc. Mais ce n'est pas un handicap. C'est quelque chose qui est... dont il faut... à laquelle on s'habitue. Et puis bon il faut être attentif à ça. Disons que, c'est comme, je sais pas moi... La distraction par exemple. Je suis de nature distraite mais, cependant, je fais attention à ne pas l'être. De même que je n'entends pas bien, par exemple quand tu parles F9, je comprends pas toujours ce que tu dis...

-F9 : C'est la moustache ça.

-F13 : Des fois, je fais répéter, je... Je suis plus attentif. Je perds des mots, mais je me doute un petit peu de quoi il parle, tout ça quoi. Et puis je le connais un petit peu aussi. [Rires]

**-A : Et pour en revenir... On parlait d'audiogramme avec F12, pour vous, le fait de n'avoir jamais fait d'audiogramme, c'était une démarche volontaire ?**

- F13 : Je sais que j'entends moins bien. Je sais que c'est d'origine heu, de l'âge, la cochlée et tout ça. Je sais que ce n'est pas appareillable, enfin je ne vais pas m'appareiller pour ça, cependant. Je vais attendre d'être plus vieux, peut être, etc. Mais ce n'est pas un problème pour ma profession.

**-A : Ce n'est pas suffisamment évolué pour faire un audiogramme, c'est ça ?**

-F13 : Non. Parce que un audiogramme, ça va fixer les choses, mais ça ne va pas m'avancer. Ça ne va pas m'avancer. Voilà. Y'a beaucoup de choses comme ça dans la médecine, où on voit que l'on fait des tas d'exams, bon ça donne une étiquette, mais ça n'avance pas à grand-chose. Bon je caricature bien sûr, mais c'est un point de vue, quand même, que... que j'ai.

**-A : Le souci c'est donc un manque de solutions ?**

-F13 : Ben disons que... Bon, voilà... Ce... Je crois avoir été assez explicite, en fait. [Rires]

-F9 : Moi, c'est à mon programme, mais il faut que je le fasse, de prendre rendez-vous chez [...], l'ORL du secteur, pour faire un audiogramme.

**-A : Oui ? C'est quelque chose que vous avez déjà planifié ?**

-F9 : C'est à mon programme, c'est inscrit dans les choses à faire. Quand j'aurai le temps et quand l'ORL aura le temps aussi.

**-A : F10, vous n'avez jamais fait d'audiogramme ?**

-F10 : F10 n'a jamais fait d'audiogramme, c'est vrai que j'ai pas de pathologie ORL particulière non plus, qui inciterait à ce que je me dépiste plus rapidement aussi.

**-A : Est-ce que les troubles auditifs, c'est quelque chose qui vous préoccupe ? Est-ce que vous faites quelque chose pour les prévenir ?**

-F10 : Personnellement ou dans la clientèle ?

**-A : Personnellement.**

-F13 : Alors les jeunes, ils sont avec des casques pour écouter de la musique. Je trouve ça très dommage. Heu, il y a beaucoup de personnes qui font ce qui n'est pas bon pour elles, ça me renvoie justement à comment... A la motivation personnelle, et la motivation de mes patients, pour que ça aille bien pour eux. Hein ? Je pense que j'ai beaucoup de progrès à faire de ce côté-là. D'avoir une attitude positive vis-à-vis de la motivation, de ne pas être dans le jugement mais dans la motivation pour que ça aille mieux. Par exemple pour que les jeunes se méfient de, un petit peu de ce qui pourrait leur faire du mal point de vue audition, par exemple. Hein. Alors les gens qui travaillent dans le bruit, ils sont en otage par rapport à leur profession, donc heu c'est un problème aussi. Quand on s'en rend compte il est souvent un petit peu tard. Ce n'est pas facile non plus de faire valoir leurs droits. Ce n'est pas facile du tout, parce qu'il y a beaucoup de mauvaise volonté, on rencontre beaucoup de mauvaise volonté. Pas de la part des médecins mais de tout le monde quoi.

**-A : La question suivante serait par rapport à l'image du médecin sourd. D'après vous, quelle serait l'image renvoyée par un médecin sourd auprès de ses patients ? Est-ce que ça pourrait gêner certains d'entre eux ? Est-ce que ça aurait un effet négatif pour vous ?**

-F10 : Notre métier comprend essentiellement de la communication, et donc effectivement s'il y a un problème de communication avec le patient, on ne peut pas être que technique, en médecine générale essentiellement. On peut faire de la radiologie sourd je pense, mais on ne peut pas faire de la médecine générale sourd, je pense. Je ne vois pas comment ça pourrait se faire.

**-A : Donc le patient serait gêné, pour vous ? S'il avait un médecin qui a du mal à le comprendre ?**

-F10 : Y'aurait une perte de temps, pour les deux parties en fait. Donc oui.

-F11 : Je pense qu'il y a aussi des a priori, des gens qui se diraient « il est sourd, il peut pas me comprendre. » Même s'il y a des gens qui savent lire sur les lèvres pour compenser, etc. Mais du point de vue dialogue, je pense qu'il y a beaucoup d'a priori. Donc il y aurait beaucoup de gens qui auraient vite fait de pousser la porte du cabinet d'à côté plutôt que d'aller voir ce médecin là. Donc je pense oui. Et puis y'a aussi la crainte, je pense que le médecin passe à côté des problèmes de santé qu'ils pourraient avoir. De se dire « un médecin sourd, comment il peut entendre mon cœur, prendre ma tension correctement ? »

**-A : Vous êtes tous d'accord avec ça ?**

-F13 : Oui, c'est des choses de bon sens.

**-A : Et le médecin appareillé, qui aurait un appareil auditif visible, est-ce que ce serait différent pour lui ?**

-F9 : Ben là y'a un problème technique, le contour d'oreille pour mettre le stétho, pour ausculter. Donc déjà y'a un problème, je dirais, physique, matériel. Après je sais pas comment c'est faisable, j'avoue. Je sais qu'il existe des appareils pour amplifier des sons, des stéthoscopes électroniques. Bon le problème sera le même que pour un médecin sourd. Les gens voient arriver un médecin avec un

gros contour d'oreille, ils disent celui là il est carrément sourd. Le stétho déjà tu peux pas le porter donc ça peut pas marcher.

-F10 : Moi je pense qu'il y a possibilité d'avoir une adaptation matérielle hein. Tu mets un casque à la place d'un stéthoscope, un casque qui prend le dessus de ton oreille comme un casque d'audiométrie, à la limite. Y'a une compensation matérielle possible, qui doit pas être très répandue, je sais pas si ça existe, qui doit être réalisable aussi. Mais si ses capacités d'auditions sont normales... Bon après y'a toujours des gens qui ont des a priori, c'est sûr, mais si lui il a une audition qui est normalisée par un appareillage technique, pourquoi pas, oui.

-F13 : Je ne pense pas que ça minimise la confiance d'un patient. Je ne pense pas. Il comprend, se dit « le médecin, il met un appareil, c'est comme si il prenait le téléphone. » Des fois, il faut des accessoires quoi. Ca, je pense que ça fait partie des accessoires de son médecin en qui il a mis sa confiance, déjà. Je pense que le patient est capable de cautionner beaucoup de choses de la part de son médecin.

-F9 : Moi je suis pas certain de ça. Moi je trouve que... Enfin, après ça dépend de tes patients, ça dépend de plein de choses. Je sais pas si en tant que patient j'irai voir un médecin porteur de handicap, parce que heu j'ai un problème à apporter, je l'apporte à quelqu'un qui a son propre problème, heu j'aurai l'impression qu'il y a quelque chose qui va pas, quoi. Je pense que pour le patient, le médecin il doit être toujours au top, il doit être au top de sa forme physique et générale, et que ils viennent nous voir pour ça. Parce que nous on est heu, soit disant en bonne santé, il paraît, et on vient leur apporter quelque chose. Moi j'ai l'impression qu'il y a beaucoup de gens qui fonctionnent comme ça, c'est mon point de vue.

-F13 : F13 a l'impression que c'est un fantasme. Mais, heu, tout le monde en a. Je pense que tout le monde ne pense pas comme toi.

-F9 : Ah mais j'espère. Et j'ai pas dit que tous les patients pensent comme ça, j'espère que non. Mais j'ai l'impression que... Bon...

-F13 : Je me souviens par exemple de mes parents qui avaient consulté, heu, une dame assez âgée, pour un problème veineux. Et la dame médecin avait, heu, des grosses jambes, douloureuses, elle était un peu gênée pour marcher. Et, heu, ça ne l'a pas empêchée de faire sa consultation. Et heu, ça ne l'a pas empêchée de faire un peu sourire mes parents quand même, qui ont été un petit peu, pas moqueurs, mais ils ont eu confiance, ils ont fait la part des choses quoi. Ils ont fait la part des choses. Je me souviens de ça.

-F9 : Mais ils ne l'ont vue qu'une fois ? Ils l'ont vue une fois ou deux, en tant que spécialiste ?

-F13 : Ils l'ont vue en tant que spécialiste, oui. Alors généraliste, c'est sûr, mais un généraliste je crois qu'il accompagne aussi ses patients sur une certaine durée, donc ils ont le temps de s'habituer, heu, à ses petites faiblesses, etc. Je pense qu'ils le connaissent et ils le cautionnent. Je pense. C'est comme ça qu'on fait dans la vie, en fait hein.

**-A : Et pour les autres, vous pensez que vos patients auraient plutôt peur de ça ou seraient plutôt tolérants ?**

-F12 : Oh moi je pense qu'ils seraient plutôt tolérants. Après voilà, heu, si le médecin il a juste des contours d'oreille et que la communication elle est pas du tout... perturbée, et que tout se passe bien, bon... Après voilà, hein. Si le médecin il a une bonne attitude, une bonne communication, qu'on a l'impression qu'il ne se passe rien, que la consultation n'est pas du tout altérée, voilà. Après c'est vrai que si le médecin fait « Pardon ? Je comprends pas. Répétez. » Là je crois que le patient il va...

-F13 : « Faudrait voir l'ORL, docteur ! »

-F12 : Ouais. « Je vais vous prescrire ça. »

**- A : F10 ?**

-F10 : Sauf appareillage et surdité profonde, je crois que c'est une pathologie qui doit être assez répandue puisqu'il existe des stéthoscopes avec amplification électronique depuis longtemps quand même hein. Moi j'en ai eu un à l'essai, ça me plaisait pas trop tous les bruits, c'étais pas aussi sélectif qu'une audition spontanée quoi. Mais ça existe depuis longtemps, et puis ça doit pouvoir se trouver facilement et niveau esthétique c'est tout à fait supportable et heu, pas handicapant du tout quoi. Mais y'a quand même une qualité d'audition qui n'est pas naturelle quoi.

-F11 : [hoche la tête]

**-A : Vous êtes d'accord F11 ?**

-F11 : Moi, je suis d'accord, après je pense que, sur des handicaps comme ça, y'a peut être certains patients qui auront une crainte de l'évolution, qui se diront « Moi, mon médecin j'ai envie qu'il me suive, mes enfants ils ont 15 ans, moi j'ai 30 ans, il doit encore me suivre pendant quelques années, est-ce que dans deux ans, dans trois ans, dans quatre ans il va pouvoir encore assumer. Ce genre de handicap là peut... Après les autres problèmes de santé, je pense que, on, heu... Ca en fait une expérience. Moi je sais que par expérience, y'a des choses que j'ai vécues donc on peut en parler avec les patients donc du coup on peut beaucoup plus leur faire comprendre comment ça se passe, etc. Ca, de ce côté-là c'est une expérience. Après des handicaps, sur le chronique, je pense que ça peut faire peur dans le sens où ils se disent « comment ça va évoluer ? Est-ce qu'il sera encore capable, dans deux ans, dans trois ans, de s'occuper encore de moi ? »

-F13 : Mais justement, j' imagine qu'un, par exemple un médecin, heu, qui a un appareil auditif, pour continuer de répondre à ta question, il peut dire : « Bon ben là je perçois un souffle cardiaque, je ne sais pas, heu, mais je vous envoie chez le cardiologue, hein. Et puis il fera un phono cardiogramme, bon ben voilà. » Ca dépend aussi de l'attitude du médecin par rapport à son handicap. Si heu... S'il l'admet, si c'est pas, heu, si c'est pas nié. Enfin je pense.

**-A : Vous m'avez parlé de stéthoscope électronique, est-ce que vous connaissez un peu d'autres types de matériel qui peuvent aider un médecin sourd ?**

-F11 : Pas du tout

-F12 : Moi par exemple, je connaissais le stéthoscope électronique comme ça, mais j'ai jamais pensé que c'était pour des médecins malentendants. Je pensais juste que c'était un truc un peu

technologique, pour un médecin qui entendait bien et qui voulait peut être... J'étais presque tenté, tu vois. Ce soir moins mais... [Rires]

**-A : Ah mais ce n'est pas forcément le cas.**

-F10 : Pourquoi, tu fais de la réclame pour des stéthos ?

**-A : Non, non. [Rires] Et pour les appareillages auditifs, vous connaissez un peu ce qu'on peut proposer aux médecins ?**

- F9 : Non, moi je connaissais que le stéthoscope électronique, pour en avoir eu un à une époque, il y a quelques années, par un labo. Qui est toujours dans sa boîte, je l'ai jamais sorti. Je voulais essayer, après tout. On pouvait même le brancher sur l'ordinateur pour enregistrer des souffles, etc. Même pour un maître de stage, pour faire entendre à l'étudiant qui est à côté. Mais bon... Non c'est vrai que y'a que ça que je connaisse, je sais pas s'il existe d'autres choses.

**-A : Pour finir sur l'image du médecin sourd, si on comparait par rapport à un autre handicap, par exemple le handicap visuel. Un médecin qui aurait un gros handicap visuel, pour vous par rapport à ça, est-ce que le handicap auditif est plus ou moins dévalorisant, aux yeux des patients ?**

-F9 : Faudrait leur demander aux patients... Moi dans la commune on avait un toubib qui était bien atteint visuellement, qui est même parti à la retraite, heu, bien bien touché. Il faisait un peu de tout, il faisait un peu d'acupuncture, d'homéopathie, de tout. Et il avait une clientèle d'enfer.

**-A : C'était pas un souci ?**

-F9 : Si, à la fin, ça devait commencer à être un peu galère pour mettre ses aiguilles. [Rires]

-F13 : Ben, dans le contexte, c'est peut être pas trop mal. [Rires]

-F9 : Donc a priori, non. Il avait une clientèle, il était très aimé dans sa clientèle. C'est sûr aussi qu'il avait une clientèle qui a vieilli avec lui, donc ils se rendaient pas compte qu'il piquait à côté. [Rires]

-F10 : [réfléchit] Moi je pense qu'un handicap, s'il est parfaitement compensé, même si c'est par une aide matérielle et technologique, du moment qu'elle est compensée et que le sens a retrouvé sa fonction, je vois pas où est le problème non plus quoi. On ne peut pas travailler handicapé, mais si la compensation est suffisante, l'esthétique est relativement secondaire par rapport au relationnel.

-F9 : Comme on disait tout à l'heure, si les gens ont accompagné le médecin depuis longtemps, le handicap il est venu progressivement, avec des patients qui connaissent le médecin depuis le début, à la limite, les gens ils ne s'en rendent même pas compte. Comme on disait, les gens vieillissent en même temps, donc quelque part ça passe très facilement. Si ça arrive brutalement suite à un accident ou quelque chose, les choses seraient peut être un peu différentes. Mais je pense que les patients qui ont toujours vu leur médecin comme ça, depuis tout petit, et qu'à la fin il fait « Comment ? », ils vont trouver ça normal. Mais est-ce que d'emblée, t'irais voir un médecin pour la première fois que tu découvres sourd ? C'est ça la question. Si tu débarques dans un patelin, tu vas voir un médecin qui est sourd, est-ce que tu l'inscrirais comme médecin traitant ou est-ce que t'irais voir à côté ? Ca c'est la question qu'on peut se poser. Par contre si t'as connu un médecin d'emblée,

qui devient un petit peu sourd en vieillissant, dans le temps, je pense que tu lui pardonnes parce que c'est le mec qui t'as vu grandir, qui t'as suivi tout le temps, et puis voilà. [...]

-F11 : Y'a toujours une méfiance, après. Je pense que si les gens ont les échos des voisins, voilà, qui disent « ce médecin là il est bien. » Peut être qu'ils iront, etc. Après la patientèle elle se fait en fonction du caractère et de la manière qu'ils ont. Je pense que n'importe quel médecin, qu'il soit sourd ou aveugle, peut avoir les patients qui lui correspondent et qui acceptent ce problème là. Après, heu...

**-A : Et si un jour vous étiez amenés à porter un appareil auditif, est-ce que vous le cacheriez à vos patients ?**

-F11 : Je pense pas. J'irai pas le mettre en évidence en disant : « regardez, maintenant j'ai ça. » Voilà. Mais j'irai pas le cacher, celui qui le voit et qui m'en parle, je... Non...

-F13 : Je pense qu'il ne faut pas le cacher. C'est un manque de...

-F10 : Sincérité.

-F13 : Oui, et puis ça altère la relation, c'est ça qui altérerait la relation je pense.

-F9 : Et puis techniquement, pour cacher c'est difficile. Pour en revenir bêtement au stétho, t'as des appareils même discrets comme on en fait maintenant, qui sont à peine visibles de l'extérieur. Bon, ton stétho, tu le mets où ? Ça demanderait d'utiliser un casque, d'utiliser un appareillage différent, que tes patients t'ont jamais vu utiliser auparavant. Donc forcément, quelque part ils te poseront la question.

-F12 : Je pense qu'il y a quand même maintenant des appareillages où on met le stétho facile, hein.

-F9 : Ca écoute heu, je vois pas comment. Parce que ton appareillage auditif il est quand même intra-auriculaire. Les plus discrets et les plus chers, ils sont tous, heu, même les thermo heu, comment on appelle ça, thermoformés, c'est intra-auriculaire. [...] Donc je pense pas qu'on puisse le cacher, de toute façon.

**-A : Alors est-ce qu'il faut en parler au patient ?**

-F9 : Ah ben tu vas pas le crier sous tous les toits. Si on te pose la question, tu réponds et puis voilà tout.

**-A : D'accord.**

-F10 : Si tu l'as entendue.

[Rires]

**-A : Une étude montre qu'à 60 ans, la prévalence de la presbycousie est de 30%. Le capital auditif en moyenne est amputé de 15 à 60 dB selon les fréquences sonores...**

-F9 : Heu, je te rappelle qu'on est parti pour bosser jusque 67... [Rires]

**-A : C'est ma question justement, normalement vous continuerez à travailler au-delà de 60 ans...**

-F9 : Voire même 70...

**-A : Et donc ma question c'est : qu'est ce que vous comptez faire à ce moment là ?**

-F10 : Une perte auditive, si elle n'altère pas ta capacité de travail, on n'a pas besoin d'avoir toutes les fréquences et toutes les amplitudes et toutes les... Pour avoir un travail correct quand même. Enfin, c'est pas... L'audition, on en a besoin mais c'est pas le plus fin des sens qui est utilisé malgré tout. On peut avoir une fonction auditive qui est un peu déficiente et avoir un exercice qui est quand même correct malgré tout. On n'a pas besoin de performance auditive particulière, on n'est pas dans le chant, on n'est pas dans la musique non plus.

-F9 : En médecine on réclame pas l'oreille absolue.

-F13 : Absolument.

-F9 : Surtout qu'on est pas cardiologue, quand même. Donc entre le « toum ta » et le « tram toum ta », bon... [Rires]

-F10 : De toute façon, il fait une écho quand même, derrière... [Rires]

-F13 : Les ORL disent cela, mais nous on est médecins généralistes. C'est vrai. C'est un handicap, heu, vu par un médecin spécialiste de l'oreille, mais en fait heu, un médecin généraliste qui deviendrait un peu sourd, il a le temps de s'en rendre compte, quoi. Et si jamais il devient un peu sourd : « Est-ce que j'ai un bouchon dans les oreilles », tout ça ?

**-A : Donc jusque là personne ne ferait un audiogramme, a priori, à 60 ans ?**

-F13 : Si, si vraiment on est embêté, oui.

-F12 : J'ai un audiomètre de dépistage au cabinet, de temps en temps j'écoute quand même pour voir si j'entends bien. Voilà, si on fait que ça, peut être qu'à 50 ans j'y penserai peut être encore.

**-A : Et si ça devenait symptomatique ? Si votre entourage commençait à vous dire qu'il y a des soucis, qu'il vous trouve sourd, le feriez-vous ?**

-F9 : Oui, comme je l'ai dit tout à l'heure, c'est au programme. Ne serait-ce pour montrer que c'est pas vrai. [Rires]

-F13 : Mais je crois qu'un médecin il s'en rend compte avant son entourage.

-F9 : Ah bon ? Nan c'est pas vrai, ça.

-F10 : Un médecin c'est un humain comme les autres, et si son audition baisse il va pas s'en rendre compte plus que les autres, hein. Même s'il est attentif, même s'il connaît la possibilité que ça puisse se produire, il sera surpris parce que c'est trop progressif pour être perçu brutalement.

-F13 : Bon je crois que tous les cas sont possibles, mais en fait heu, le cas particulier de F13, il entend bien que c'est plus pareil qu'avant. Avant les disques qu'on entendait, on était attentif au timbre, etc. Après, c'est tout, hein. Mais c'est pas grave, on, se dit c'est tout...

-F9 : C'est normal, c'est du MP3, c'est condensé. [Rires]

-F13 : Je me sens du coup, bien avant... Mon entourage ne se plaint pas, j'entends bien, mais j'entends pas comme avant, c'est sûr. C'est sûr. Mais ça ne gêne pas mon entourage, il ne s'en est jamais plaint, et moi je ne m'en plains pas non plus, d'ailleurs. Je constate, mais ça ne me gêne pas.

**-A : Ok ? Quelqu'un d'autre souhaite réagir par rapport à ça ?**

[...]

**-A : Et donc, ma question suivante, certains d'entre vous y ont répondu en partie : Est-ce que vous pensez qu'il faudrait dépister systématiquement la surdité à partir d'un certain âge, chez les médecins ?**

-F13 : Une nécessité ?

**-A : Systématiquement. Un dépistage systématique.**

-F13 : Pour le permis de conduire, pour tout à ce moment là aussi, on peut faire, hein. L'alcoolémie, s'il prend du cannabis, de l'héroïne, de... etc. Parce que c'est un métier à risque aussi, pour ça. Comme les pharmaciens, etc. Donc c'est vrai qu'on peut policer les médecins, c'est vrai. Avant c'était un métier libéral, maintenant de plus en plus c'est profilé, ça peut être encore appuyé, hein.

-F9 : Est-ce que t'as une étude sur les erreurs médicales produites par les médecins sourds ? La question est là. Est-ce qu'être sourd induit plus d'erreurs médicales que chez un toubib normal ? Si c'est non, ben y'a pas d'intérêt à emmerder le monde.

-F11 : Ben dans ces cas là on peut essayer de faire des MMS ou d'autres types aussi, des médecins qui ont des problèmes de mémoire, et qui exercent encore, il y en a...

-F9 : Il y en a quelques-uns, oui.

-F13 : Ou des médecins qui sont daltoniens, qui sont dermato. Qui sont mabouls dès le départ...

-F9 : Et qui sont psychiatres ? [Rires]

-F13 : Ben, oui.

-F12 : C'est une condition sine qua non. [Rires]

**-A : Et un bilan de santé général, à partir de 60 ans pour les médecins, qu'est-ce que vous en pensez ?**

-F11 : Faut qu'ils prennent le temps d'y aller.

-F13 : Mais pourquoi à partir de 60 ans ? Si on nous donne la retraite avant, moi je veux bien faire le sourd, comme un pot. [Rires] « Hein, quoi, qu'est ce que vous me proposez là ? Un audiogramme, comment ? »

-F9 : Là je suis d'accord avec toi, un bilan de santé pour les toubibs, y'en faut un de temps en temps. Forcément, parce que les toubibs c'est les plus mal soignés.

-F10 : Effectivement, en tant que libéraux, on n'a pas de médecine du travail, on n'a pas de reconnaissance MDPH, on est libre de faire ce qu'on veut...

-F9 : et de ne pas le faire.

-F10 : Tout en ayant des pathologies, comme tout à chacun. Notre profession ne nous protège d'absolument rien, hein.

-F9 : Si, de la grippe.

-F10 : Et encore, on est exposé.

-F9 : Justement, on s'immunise au contact. [Rires]

**-A : Donc d'après vous, le médecin doit connaître lui-même ses limites, connaître jusqu'où il peut travailler ? Ou alors c'est quelqu'un d'autre qui doit le définir ?**

-F10 : Je pense que ça doit être différent encore entre médecine libérale et médecine salariée. Je crois même pas qu'en médecine salariée ils aient non plus de dépistage, ils aient non plus de médecine du travail particulière pour les médecins salariés, hein. Ils ont un cadre un petit peu particulier, par rapport à d'autres membres du milieu hospitalier, quoi.

-F9 : Ils n'ont pas de médecine du travail à l'hôpital ?

-F10 : [réfléchit] Ah si, si excuse moi.

-F9 : Oui en tant que salarié, heu...

-F10 : En tant que salarié, oui c'est vrai.

**-A : Et donc le médecin libéral, qui n'a pas de médecine du travail, c'est lui qui doit déterminer lui-même jusqu'où il peut travailler ?**

-F11 : Oui.

-F10 : Je crois que c'est comme ça, oui.

-F13 : Pardon, c'est comme ça jusqu'à présent, hein. C'est le médecin, si il devient « Alzheimer » par exemple, heu, ses patients, ils voient qu'il y a des choses qui sont pas nettes, quoi, mais ils continuent quand même, jusqu'à ce que vraiment, heu, ça peut durer assez longtemps comme ça. Hein, ça peut durer assez longtemps comme ça, alors qu'il y a vraiment des problèmes, mais les patients continuent. C'est normal, c'est un médecin super, heu, c'est normal que la confiance ne

lâche pas, tout à coup. Y'a des liens, y'a beaucoup de choses qui font. Maintenant, heu... C'est difficile pour un médecin de dire à un autre médecin : « Faux arrêter. Arrête, garçon ! Je vais te donner des sous pour que t'arrêtes. »

-F9 : Ben oui, on en revient toujours au même problème. Quel est le médecin qui peut définir l'âge de la retraite ? C'est tout, on en reprend pour 2 ans, et encore une à deux années de plus pour les années à venir. Je me vois mal arriver à 70 ans en train de dire au papy à côté : « Prends tes gouttes. » Moi je serai pas mieux, hein. On est parti pour 67, ça c'est la quille, 68 peut être bientôt. Les 70 pour les plus jeunes sont pas très loin.

-F10 : Moi je vais direct au 69. [Rires]

-F9 : Nan mais, blague mise à part, la question de la santé du toubib va être quelque chose à se poser à terme, parce que le médecin n'est pas un surhomme. Les rythmes de travail qu'on fournit, et ainsi de suite, font qu'on arrivera à l'âge de la retraite bien épuisé, est-ce qu'on saura encore soigner correctement à ce moment là ? Ca on verra. Mais le problème, c'est qu'on sera pas assez nombreux donc il faudra quand même nous garder. Donc on n'ira pas nous dire, madame, monsieur, prenez un peu à votre pactole et partez en retraite, pour vous soigner. Ca ce sera pas possible.

**-A : Donc pour vous, ça doit rester comme ça, un système où le médecin évalue lui-même jusqu'où il doit aller ?**

-F9 : Ben, quel médecin irait dire à un de ses confrères : « Ben écoute, faut vraiment que t'arrêtes. Avant d'en arriver à des extrêmes. » Moi j'ai connu, chez moi, chez mes remplaçants, moi j'ai deux remplaçants qui ont fini à [...], en hôpital psychiatrique. Dès mon début de carrière, mes deux premiers remplaçants, ils ont fini en psychiatrie. Parce qu'un confrère est venu les chercher en disant : « Ecoute, faut que t'arrêtes de bosser. Faut te faire hospitaliser. » Ca c'est les cas extrêmes. Mais les cas, que ce soit des pathologies un peu chroniques, heu, en dehors des maladies franchement invalidantes qui te forcent franchement à t'arrêter. Ou sinon tu fais un infarct, ben c'est tout, t'es obligé de t'arrêter. Quelque temps. Après, le reste, c'est pareil.

-F10 : Après la seule instance qui peut nous empêcher de travailler ce serait le Conseil de l'Ordre, sur plainte. Là effectivement on serait convoqué et interdit d'exercer, heu. Pour raison de santé. Sinon spontanément si personne te dis rien tu peux continuer de travailler quelque soit ton handicap, hein. Y'a que les interventions extérieures qui peuvent vraiment t'interdire d'exercer contre ta volonté, sinon, y'a ... Tant que tu t'en sens capable, rien ne te l'interdit.

-F11 : Et puis des fois, peut être que le fait d'avoir pris un avis extérieur peut nous faire prendre la décision, nous faire prendre conscience. Moi j'ai l'expérience à ce niveau là, je parle du cas auquel je pense, en hospitalisation il a décompensé et on lui a dit « Maintenant, il faut arrêter. »

-F9 : A quel âge ?

-F11 : Ben c'était heu...

-F10 : QUEL AGE ? [Rires]

-F11 : Je sais pas quel âge il avait moi...

-F13 : Mais pour le permis de conduire c'est un peu le même problème hein, les gens qui conduisent, qui sont... Peut être pas des dangers publics, on dirait que ce sont des dangers publics mais ils sont peut être pas plus dangereux que quelqu'un qui conduit, heu, qui a toutes ses facultés mais qui de temps en temps boit un coup et qui ne les a plus, hein. Donc heu... C'est la même chose que pour le permis de conduire.

-F12 : Y'a des médecins alcooliques aussi, ça rejoint un peu...

-F9 : Nan mais arrête un peu...

-F12 : Non mais je vous regarde pas. [Rires] Y'a des médecins où moi j'ai halluciné, les patients viennent le matin, parce qu'ils savent que l'après midi, le mec il est complètement bourré. Et ça fonctionne comme ça pendant des années, tout va bien.

-F9 : Ben oui. Et c'est un bon médecin, les gens l'adorent parce que c'est un bon toubib.

-F12 : Il faut aller lui acheter la bouteille quand il vient en visite. Et après il faut le raccompagner.

-F11 : Ou les chirurgiens qui tremblent trop parce qu'ils sont en manque aussi.

-F12 : Ben ouais.

-F13 : Ils doivent boire un coup, comme ça, ça va droit.

-F11 : Ouais ils tremblent plus.

-F10 : Avec le seul certificat d'aptitude à exercer la médecine, c'est au moment où on s'inscrit à l'ordre, où on a un entretien d'à peu près dix minutes, qui nous demande à peu près si ça va bien. Et après c'est bon. Il est très succin, il est pas clinique.

-F11 : Oui, moi je l'ai eu. « Faites attention, pas trop d'investissements financiers. On a des médecins qui dorment dans leur voiture avec leur chien, vous savez. Vous allez vous installer, vous allez vous associer ? Vous êtes sur de vous associer, ils sont réglo, etc ? » En gros c'est faites attention quoi, ça fait vachement envie...

-F13 : Moi il m'a donné une police pour une assurance vie, un truc comme ça. Il a ouvert son tiroir, [mime l'ouverture d'un tiroir] il s'est penché en arrière comme ça sur sa chaise, il a sorti un papier d'assurance et il a dit : « Heu... Faut vous inscrire, hein. »

-F9 : [rires] Y'a un mec qui tire les alarmes derrière.

-F10 : A la limite, qu'il nous parle d'une assurance professionnelle, là ce serai effectivement plus que judicieux. Mais c'est du domaine du privé, ça.

-F13 : Il était intéressé, quoi.

-F9 : Ben ouais, sûrement.

**-A : Pour terminer, suite à cet entretien, est-ce que vous comptez modifier quelque chose par rapport à votre audition ?**

[...]

-F10 : Personnellement j'ai pas l'impression d'avoir de gêne à ce niveau là, et dans l'immédiat, je ne pense pas modifier quoi que ce soit, prochainement.

-F9 : Moi c'est un problème auquel j'ai déjà pensé, donc c'est vrai que c'est à mon programme de faire un audiogramme. C'est prévu. En même temps que j'irai consulter parce que je ronfle un petit peu, un peu trop. Mais bon c'est surtout sur la demande de ma chère et tendre épouse, sinon c'est vrai que je ferais pas grand-chose. Mais apparemment ça gêne. [Rires] Que ce soit le ronflement ou la surdité...

**-A : F11 ?**

-F11 : Ben non, moi, pas pour le moment, je me sens pas encore concernée par le problème. Je suis un peu jeune.

-F12 : Bon ben j'ai la même réponse.

-F13 : Bon ben, heu, je ne me porte pas trop mal. Et heu, cet entretien... Je vous trouve très sympathique, mes confrères également. [Rires] Et voilà, c'est tout, ça ne change rien.

**-A : Je vous remercie !**

**AUTEUR : Bourel, François**

**Date de Soutenance : Mercredi 06 Novembre 2013**

**Titre de la Thèse : Exercer la médecine générale en étant sourd ? Etude qualitative sur la perception et le vécu des troubles auditifs chez les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais lors de l'exercice de leur profession.**

**Thèse - Médecine - Lille 2013**

**Cadre de classement : DES Médecine Générale**

**Mots-clés : troubles auditifs, presbyacousie, médecine générale, handicap auditif, vieillissement des médecins généralistes, étude qualitative, médecine du travail, prévention, dépistage, traitement.**

**Résumé :** L'âge moyen des médecins en activité, actuellement à 51.4ans, est en augmentation. L'âge moyen de départ à la retraite des médecins est de 65.5 ans. La prévalence des troubles auditifs augmente avec l'âge, ainsi la prévalence de la presbyacousie est de l'ordre de 30% à partir de 60 ans. Les médecins généralistes sont donc susceptibles de développer des troubles auditifs au cours de l'exercice de leur profession. Or l'audition est un élément clé de l'examen clinique en médecine générale. Le but de ce travail est d'évaluer la perception et le vécu des troubles auditifs chez les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais au cours de l'exercice de leur profession.

Il s'agit d'une étude qualitative réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés et de Focus Groups auprès de médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais.

Bien que les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais soient convaincus de l'importance de leur bonne santé dans la prise en charge optimale de leurs patients, ils ne pensent pas spontanément au handicap auditif, en dehors des médecins présentant un tel handicap. Par conséquent ils n'effectuent ni prévention ni dépistage auditif, et sont peu informés sur les aides auditives à l'auscultation. Ils sont favorables à un examen de santé incluant un dépistage auditif proposé pour les médecins, mais sont hostiles à l'idée que ce bilan soit obligatoire. 40% des médecins interrogés au cours de cette étude ont déclaré envisager de faire un dépistage auditif au décours de leur entretien, mais combien le feront réellement ?

Une diffusion de messages de prévention au cours de formations médicales continues permettrait une sensibilisation des médecins à cette problématique et un meilleur dépistage des troubles auditifs. De plus, les médecins sont favorables à la réalisation d'un bilan de santé régulier incluant un dépistage auditif au cours de leur profession. Enfin, la diffusion d'informations sur les aides auditives à l'auscultation et la télémédecine permettrait une meilleure prise en charge de ces troubles auditifs.

**Composition du Jury :**

**Président : Professeur Christophe Vincent**

**Assesseurs : Professeur Dominique Chevalier, Professeur François Puisieux**

**Directeur de thèse : Docteur Marc Deneuche**