



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Comment les médecins généralistes du Nord-Pas-De-Calais prennent-ils
en charge leurs problèmes de santé ?**

Présentée et soutenue publiquement le 22/10/2015 à 14 heures
au Pôle Recherche
Par Laure Machuelle

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Dominique Lacroix

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Paul Frimat

Monsieur le Docteur Matthieu Calafiore

Directeur de Thèse :

Monsieur le Professeur Jean-Marc Lefebvre

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

AAPML	Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux
ASRA	Aide aux Soignants de Rhône-Alpes
ASSPC	Association pour la Santé des Soignants en Poitou-Charentes
BMA	British Medical Association
CARMF	Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CPP	Comité de Protection des Personnes
CROM	Conseil Régional de l'Ordre des Médecins
MG	Médecin Généraliste
MT	Médecin Traitant
NPDC	Nord-Pas-De-Calais
PEC	Prise En Charge
PTMG	Praticien Territorial de Médecine Générale
URPS	Unions Régionales de Professionnels de Santé
WONCA	World Organization of National Colleges and Academies of General Practitioners

Table des matières

Résumé	1
Introduction	2
Matériels et méthodes.....	4
I. Choix de la méthode.....	4
II. Population cible	4
III. Déroulement des entretiens.....	4
IV. Analyse des entretiens	5
Résultats	6
I. Caractéristiques des entretiens et de l'échantillon.....	6
A. Données générales des entretiens.....	6
B. Données générales de l'échantillon.....	6
II. Analyse des entretiens	8
A. Description de la prise en charge	8
1. La prise en charge auto-administrée	8
a) Justifications de cette prise en charge.....	8
<i>i.</i> <i>Dues au médecin malade.....</i>	<i>8</i>
<i>ii.</i> <i>Dues aux confrères consultés</i>	<i>9</i>
b) Opinions de la prise en charge auto-administrée	9
<i>i.</i> <i>Opinions positives.....</i>	<i>9</i>
<i>ii.</i> <i>Opinions mitigées.....</i>	<i>9</i>
<i>iii.</i> <i>Opinions négatives</i>	<i>9</i>
c) Prises en charge auto-administrées détaillées	10
<i>i.</i> <i>Autodiagnostic.....</i>	<i>10</i>
<i>ii.</i> <i>Autoprescription médicamenteuse</i>	<i>10</i>
<i>iii.</i> <i>Autres autoprescriptions</i>	<i>11</i>
<i>iv.</i> <i>Auto-suivi en chronique</i>	<i>11</i>
<i>v.</i> <i>Auto-déclaration de médecin traitant.....</i>	<i>11</i>
d) Limites de la prise en charge auto-administrée	12
2. La prise en charge externalisée	12
a) Le choix des soignants consultés.....	12
b) La proximité des soignants consultés.....	12
c) La nature des consultations.....	13
B. Spécificités et difficultés liées au statut de MG libéral	13
1. Inhérentes au médecin.....	13
a) Difficultés psychologiques	13
b) Difficultés physiques.....	14
2. Inhérentes à la relation avec les médecins consultés	14
3. Inhérentes à la profession	14
a) Difficultés organisationnelles	14
b) Crainte des répercussions sur l'activité libérale.....	15
4. Inhérentes au système de protection sociale : difficultés financières ...	15
a) La CARMF.....	15
b) Les prévoyances complémentaires	16
5. Inhérentes aux exigences sociétales.....	16

C.	Souhaits et propositions d'amélioration	16
1.	Les Attentes	17
a)	Aides politiques	17
i.	<i>En terme de démographie médicale</i>	17
ii.	<i>En terme de protection sociale</i>	17
iii.	<i>En terme d'indemnisation financière</i>	17
b)	Aides confraternelles	17
i.	<i>En termes financiers</i>	17
ii.	<i>En terme d'aides humaines</i>	18
iii.	<i>En terme d'aide psychologique</i>	18
iv.	<i>En terme d'organisation des remplacements</i>	18
c)	Aides médicales	18
i.	<i>Médecine du travail</i>	18
ii.	<i>Education thérapeutique</i>	18
iii.	<i>Connaissance des systèmes existants</i>	19
2.	Les conditions de mise en place de ces dispositifs	19
Discussion	20
I.	Forces et faiblesses de l'étude	20
A.	Choix de la méthode	20
B.	L'échantillon	20
C.	Validité interne	20
1.	Biais de déclaration	20
2.	Biais de mémorisation	21
3.	Biais de mesure lors du recueil des données	21
4.	Biais d'interprétation	21
II.	Discussion des résultats	21
A.	La prise en charge auto-administrée	21
1.	Motivations	21
2.	Opinion	22
3.	L'auto-déclaration de MT	22
4.	L'autoprescription	23
5.	Limites de l'auto-PEC : externalisation des soins	23
B.	Spécificités et difficultés liées au statut de MG libéral	23
1.	Difficultés à l'arrêt de travail	23
2.	Difficulté des relations soignant-soigné	24
3.	Crainte des répercussions sur l'activité libérale	25
C.	Souhaits et propositions d'amélioration	25
1.	Aides matérielles et financières	25
2.	Aides confraternelles	26
3.	Aides médicales	26
4.	Coercition ?	27
Conclusion	29
Références bibliographiques	30
Annexes	33
Annexe 1 :	Courrier de recrutement	33
Annexe 2 :	Guide d'entretien	34
Annexe 3 :	Questionnaire socio-démographique	35
Annexe 4 :	Retranscription intégrale des entretiens (sur CD)	36
Annexe 5 :	Livre de codes final [codage ouvert] (sur CD)	36

RESUME

Contexte : Selon l'atlas de démographie médicale 2015, 26% des médecins spécialistes en médecine générale (MG) sont âgés de plus de 60 ans, susceptibles de partir à la retraite d'ici 2020. Il était et reste indispensable que les médecins en exercice soient dans le meilleur état de santé possible pour prodiguer leurs soins. L'étude a cherché à explorer la façon dont les MG du Nord-Pas-De-Calais (NPDC), exerçant en libéral, se prenaient en charge lorsqu'ils étaient eux-mêmes confrontés à un problème de santé.

Méthode : Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés de médecins généralistes du NPDC. Les verbatims obtenus ont été analysés à l'aide du logiciel QSR NVIVO10®.

Résultats : 12 médecins ont été inclus de juillet 2014 à mars 2015. L'analyse a révélé une prise en charge (PEC) très souvent auto-administrée, une auto-déclaration de médecin traitant majoritaire et la pratique massive de l'autoprescription médicamenteuse. Les MG avaient une opinion plutôt négative de leur auto-PEC mais paradoxalement ne souhaitaient pas forcément la modifier. Ils consultaient des confrères spécialistes quand ils le jugeaient nécessaire, mais souvent « entre deux portes » et sans réel suivi ultérieur. Ils relataient des difficultés psychologiques à s'avouer malades, à confier leur santé, craignaient des répercussions délétères de leur problème de santé sur leur activité libérale, et fustigeaient un système de protection sociale obligatoire qu'ils trouvaient insécure et insuffisant. Ils exprimaient des attentes d'amélioration de ce système de prévoyance, souhaitaient bénéficier d'une médecine du travail mais aussi d'une plus grande solidarité confraternelle.

Conclusion : L'étude a montré que les MG libéraux étaient en difficulté pour la PEC de leurs problèmes de santé, mais qu'ils font des propositions pour l'améliorer, afin d'optimiser les soins aux patients. Une étude quantitative pourrait étudier ces mesures et leur possibilité de mise en œuvre.

INTRODUCTION

« *Medicus, curate ipsum* », ou « Médecin, soigne-toi toi-même », sentence christique (Luc 4/23), montre que la question du médecin malade est une préoccupation millénaire. Si Montaigne disait « la maladie du médecin est un scandale » et Voltaire « il n'y a rien de plus ridicule qu'un médecin qui ne meurt pas de vieillesse » le sujet reste tabou pour les principaux intéressés qui ont peu tendance en parler spontanément.

Même si le thème de la santé des médecins a fait l'objet d'un intérêt important ces dernières années, c'est principalement l'attitude préventive des médecins envers leur propre santé qui a été étudiée, tels les dépistages, la couverture vaccinale, la consommation tabagique et alcoolique, par des thèses de médecine générale (1,2).

Or, un paradoxe émerge à la lecture de ces travaux.

Si les médecins interrogés étaient globalement satisfaits de leur état de santé, à 75% dans le travail de Gillard (2) portant sur 386 médecins franciliens, ils estimaient dans la majorité des cas que leur prise en charge (PEC) était moins bonne que celle de leurs patients, pour 55% d'entre eux chez Gillard (2) , pour 58% d'entre eux chez Nouger (1).

Cette contradiction est-elle le signe de difficultés de PEC rencontrées par les médecins généralistes (MG) libéraux ?

La WONCA (World Organization of National Colleges and Academies of General Practitioners) (3) précise en 2002 que les MG « ont la responsabilité d'assumer le développement et le maintien de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients ». Au Royaume-Uni, des recommandations de la BMA (British Medical Association) (4) de 1995 vont dans le même sens : « les médecins ont un devoir d'éthique envers eux-mêmes et leurs patients pour s'assurer que leurs propres problèmes de santé sont efficacement contrôlés, pour chercher les conseils professionnels compétents particulièrement sur leur capacité de travail et pour suivre ces conseils ».

Pour mettre au jour ces difficultés de PEC et tenter d'y proposer des solutions, les questions suivantes ont émergé :

Quelles sont les pratiques des MG lors de la survenue de problèmes de santé les concernant? Quelles représentations ont-ils de leurs comportements ? Quelles en sont les spécificités, liées au statut de médecin, ainsi que les difficultés rencontrées?

L'objectif du travail était de décrire les pratiques pour mettre en lumière les difficultés et les attentes afin de formuler des propositions d'amélioration de PEC émanant des médecins eux-mêmes.

MATERIELS ET METHODES

I. Choix de la méthode

Il s'agissait d'une enquête qualitative réalisée auprès de MG du Nord-Pas-De-Calais (NPDC), par le biais d'entretiens semi-dirigés.

II. Population cible

Les MG rencontrés devaient être titulaires d'un doctorat en médecine, avoir une activité libérale, même partielle, être installés et avoir déjà été confrontés à un problème de santé, quel qu'en soit la nature, depuis leur installation.

Le recrutement a été réalisé à partir du réseau de connaissances rencontrées pendant les études et les remplacements de l'investigatrice, puis par effet « boule de neige » auprès de connaissances des premiers médecins interviewés, par le biais d'un courrier de recrutement (Annexe 1). La sélection des médecins à rencontrer s'effectuait ensuite selon le principe d'un échantillonnage raisonné, à variation maximale.

III. Déroulement des entretiens

Le guide d'entretien a été réalisé à partir d'une revue de la littérature. Il a été modifié au niveau de sa formulation en cours d'étude pour une meilleure compréhension de certaines questions (version finale en Annexe 2). Un questionnaire a recueilli les données sociodémographiques en fin d'entretien (Annexe 3). Les entretiens ont été réalisés en face à face, jusqu'à obtention de la saturation des données, confirmée par un dernier entretien. Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des participants par dictaphone numérique. Ils ont ensuite été retranscrits intégralement sur Microsoft Word® et anonymisés. Les éléments de communication non verbale ont été recueillis également et précisés entre parenthèses dans les verbatims (retranscriptions intégrales en Annexe 4). Une déclaration a été faite à la CNIL, référencée sous le numéro 1784567v0. L'étude

n'était pas interventionnelle et a obtenu l'aval du Comité de Protection des Personnes (CPP) Nord-Ouest IV.

IV. Analyse des entretiens

Les verbatims ont été analysés à l'aide du logiciel QSR NVIVO 10®. Une analyse thématique a été effectuée. Dans un premier temps, le codage a consisté à dégager des Unités Minimales de Sens (UMS) à partir des verbatims pour un codage ouvert et inductif (liste de codes non préétablie). Puis les codes ainsi obtenus ont été classés et regroupés en thèmes et catégories (codage axial), à l'origine du plan de présentation des résultats. Le codage a fait l'objet d'une triangulation avec un deuxième chercheur, remplaçant en médecine générale, afin d'augmenter la validité interne de l'étude (livre de codes final en Annexe 5).

RESULTATS

I. Caractéristiques des entretiens et de l'échantillon

A. Données générales des entretiens

12 entretiens ont été réalisés de juillet 2014 à mars 2015. La saturation des données a été atteinte au 11^{ème} entretien, et confirmée au 12^{ème}. Les entretiens ont duré de 10 à 32 minutes, avec une durée moyenne de 19min36. La durée totale des entretiens a été de 3 heures et 55 minutes.

B. Données générales de l'échantillon

L'échantillon se composait de 6 hommes et 6 femmes, d'un âge moyen de 48.6 ans. 8 médecins sur 12 exerçaient en cabinet de groupe. La durée moyenne d'installation était de 19.5 ans.

Les caractéristiques de l'échantillon sont détaillées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques

Nom	Sexe	Age (ans)	Situation familiale	Nombre d'enfants	Distance domicile-cabinet (km)	Durée d'installation (ans)	Conditions d'exercice	Mode d'exercice	Lieu d'exercice	Tour de garde	Nombre de gardes/mois	Fonction électorale	Enseignement
P1	féminin	42	en couple	3	115	8	en groupe	mixte	semi-rural	oui	5	non	non
P2	masculin	39	en couple	3	10	10	en groupe	libéral exclusif	semi-rural	oui	1	non	non
P3	masculin	61	en couple	3	1,2	34	en groupe	libéral exclusif	semi-rural	non	0	non	non
P4	féminin	60	seul	2	0,5	34	seul	libéral exclusif	rural	non	0	non	non
P5	féminin	39	en couple	0	5	7	seul	libéral exclusif	urbain	non	0	non	non
P6	masculin	58	en couple	3	0	32	seul	libéral exclusif	rural	oui	1	non	non
P7	masculin	62	en couple	3	7	32	en groupe	libéral exclusif	rural	oui	3	non	non
P8	féminin	53	en couple	2	5	29	seul	libéral exclusif	rural	oui	2	non	oui
P9	masculin	39	en couple	3	10	7	en groupe	libéral exclusif	urbain	oui	3	non	non
P10	féminin	46	en couple	2	2	17	en groupe	libéral exclusif	urbain	oui	1	non	non
P11	masculin	54	seul	3	1	23	en groupe	mixte	urbain	oui	1	non	oui
P12	féminin	31	en couple	2	8	2	en groupe	libéral exclusif	urbain	oui	3	non	non

II. Analyse des entretiens

La retranscription intégrale des verbatims représentait 101 pages et 479 codes en ont été extraits.

A. Description de la prise en charge

1. La prise en charge auto-administrée

Elle était pratiquée par tous les MG interviewés pour la gestion globale de leurs problèmes de santé : « *hum hum je gère tout moi-même* »(M2). Un médecin insistait sur le choix délibéré de se prendre en charge lui-même, avec une pratique personnelle revendiquée : « *ma pratique c'est moi ! Et je ne me suis pas comme dans les livres ça c'est sûr !* »(M6). Plusieurs MG décrivaient une auto-PEC dans des cas aigus et bénins : « *si je me suis tordu le pied si j'ai le nez qui coule ça je gère tout seul hein !* »(M11) mais aussi dans des situations beaucoup plus sérieuses : « *elle m'a ramené ma seringue d'Anapen® et je me la suis fait* »(M7). La plupart décrivaient des soins différents de ceux des patients, moins attentifs, moins rigoureux : « *voilà j'ai pas l'impression de me soigner comme mes patients quoi* »(M7).

a) Justifications de cette prise en charge

i. Dues au médecin malade

Plusieurs médecins ne se posaient pas la question, ils considéraient leur PEC comme évidente et naturelle : « *je m'analyse moi-même, naturellement* » (M6), mais aussi suffisante, ne ressentant pas le besoin de faire appel à quelqu'un d'autre : « *par rapport à mon analyse j'ai pas l'impression que je dois aller voir un confrère pour me prendre en charge* »(M6). Cette attitude était pour d'autres liée au sentiment de capacité : « *je me suis dit que j'étais a priori dans la plupart des cas capables de m'autogérer* »(M10), et de légitimité à se prendre en charge dans son domaine de compétence, la médecine générale. Cette capacité était parfois vécue comme une obligation « *je suis médecin, je soigne des patients, donc normalement je dois être capable sinon ce serait...enfin voilà* »(M7) au risque d'être considéré comme un mauvais médecin par ses pairs « *il pourrait penser : ben il vient me voir il n'est pas apte à se prendre en charge* » (M7). La crainte du jugement négatif des confrères ou des patients était avancée par plusieurs médecins pour justifier leur propre PEC et ils

se rassuraient en pensant conformer leur pratique à celle de leurs confrères. Ils voulaient parfois aussi éviter de se retrouver en situation d'infériorité ressentie par rapport au médecin consulté ou ne pas le déranger « *on se dit tous qu'on va pas les déranger avec nos problèmes* »(M9).

Des justifications psychologiques étaient aussi avancées « *ben c'est ma nature certainement ma psychologie qui fait ça peut-être, de me prendre en charge moi-même* »(M6), ainsi que la pudeur et la réticence à se mettre à nu, dans tous les sens du terme, devant un confrère.

ii. Dues aux confrères consultés

Plusieurs médecins déclaraient subir leur PEC et pensaient qu'elle était la conséquence de l'attitude de leurs confrères : « *donc en gros c'est : tu soignes bien ça pour tes patients tu peux bien le faire toi-même !* »(M8). Ils soulignaient l'absence de proposition de suivi de la part des confrères consultés, les renvoyant automatiquement à leur propre PEC. Une MG relevait la difficulté à trouver un autre médecin « *j'ai l'impression qu'il n'y a personne qui se précipite pour prendre en charge un autre médecin, je ne sais pas, c'est peut-être une idée que je me fais* » (M5).

b) Opinions de la prise en charge auto-administrée

i. Opinions positives

Une minorité de MG avait une opinion positive de leur auto-PEC « *je pense que vraiment dans des cas où j'ai pu intervenir pour moi-même, ça a été plutôt rapide, positif* »(M1).

ii. Opinions mitigées

D'autres MG avaient un avis plus contrasté, doutant pour l'un d'eux être un bon médecin pour lui-même : « *ce qui me fait toujours un peu redouter c'est [...] comment sait-on qu'un médecin est bon médecin ? Pour les autres et pour lui-même, on ne sait pas* »(M3). Un autre qualifiait l'auto-PEC d'activité « *particulière* »(M6).

iii. Opinions négatives

La plupart des MG critiquaient leur auto-PEC, pensaient que la démarche n'était pas idéale, était source de retards de PEC et donc potentiellement

dangereuse : « *le problème c'est que quelquefois on peut prendre du retard à force de se dire : je vais attendre et puis [...] ouais ça peut être dangereux* »(M6). Plusieurs critiquaient un manque d'objectivité et de lucidité lors de ces PEC, faisaient le constat de négligences lors de ces démarches ou déclaraient que prendre soi-même en charge sa santé était une erreur « *mais je pense que c'est une erreur de faire comme ça, ce que je fais, de prendre en charge ma propre santé je pense que c'est une erreur mais voilà* »(M7)

Paradoxalement, nombre de ces MG persévéraient dans ces PEC jugées négativement pour eux-mêmes ou les autres : « *je serais fâché contre un de mes confrères s'il faisait exactement comme moi, mais je ferais tout pareil* »(M9).

c) Prises en charge auto-administrées détaillées

i. Autodiagnostic

L'autodiagnostic était pratiqué par tous les MG, de façon parfois inconsciente et informelle en début de PEC tout du moins. Une minorité de MG critiquaient cette démarche, pour eux source d'erreurs, par déni ou au contraire dramatisation de leurs propres symptômes « *on a toujours l'impression que ça y est, c'est mon tour, et que, j'avais une saloperie épouvantable au niveau de ma prostate ou que à 46 ans j'avais un cancer du pancréas* »(M3) et par négligence ensuite de l'autodiagnostic posé.

ii. Autoprescription médicamenteuse

Elle était pratiquée par tous les MG rencontrés, en aigu « *au niveau médecine générale ouais on s'autoprescrit, enfin je m'autoprescris tout* »(M9) comme en chronique « *je me prescris mon Klipal®, je me prescris mon kétoprofène, et puis quand j'en ai plus je vais en rechercher* »(M8). Elle concernait toutes les classes médicamenteuses : antalgiques, antibiotiques : « *je me traitais complètement effectivement par antibiothérapie large spectre (rire nerveux)* »(M2) mais aussi psychotropes « *j'ai commencé par me soigner tout seul à prendre des anxiolytiques et des antidépresseurs tout seul ouais* »(M11). Seule une MG rapportait une réticence à s'autoprescrire : « *je me vois mal me prescrire des antalgiques forts en fait* »(M5) et s'automédiquait sans autoprescription en achetant ses médicaments en pharmacie « *ben les médicaments que je me fais délivrer ce sont des médicaments qu'on ne peut avoir que sur ordonnance mais je ne fais pas l'ordonnance !* »(M5).

Les MG disaient pratiquer l'autoprescription puisque la possibilité leur était offerte de le faire. Un MG relatait que l'Ordre des Médecins avait laissé cette possibilité à un confrère atteint de démence « *alors qu'il n'exerce plus, et qu'il a une maladie neurodégénérative mais il a eu l'accord il a encore le droit de faire des ordonnances pour lui et pour sa famille* »(M9).

iii. Autres autoprescriptions

L'autoprescription d'examens paracliniques était pratiquée par l'ensemble des MG rencontrés : « *bon là je me suis pris en charge et j'ai prescrit mon arthroscanner*»(M6) pour conforter leur autodiagnostic. Seule une MG consultait un confrère quand elle avait besoin d'une ordonnance d'examen radiologique.

Une MG s'était prescrite elle-même un arrêt de travail « *oui oui ! D'arrêts de travail puisqu'on a le droit !* »(M1).

iv. Auto-suivi en chronique

La plupart des MG concernés par une maladie chronique en effectuaient eux-mêmes le suivi, et restaient maîtres de décider si et quand ils allaient consulter le spécialiste non généraliste concerné. Cet auto-suivi était souvent jugé non optimal et non conventionnel mais pratiqué malgré tout « *je me traite moi-même mais je peux pas dire que je me surveille, euh, dans les clous...si, je prends ma tension de temps en temps [...] je fais très rarement des prises de sang et puis le cardio je l'ai vu que dans le cadre de mes douleurs en fait hein* »(M6). Un MG rapportait une inobservance thérapeutique importante lors de son auto-PEC de maladie chronique.

v. Auto-déclaration de médecin traitant

Tous les MG interrogés s'étaient auto-déclarés comme étant leur propre médecin traitant (MT), hormis une qui avait conservé administrativement un autre MT (déclaré avant son installation) mais ne le consultait plus en pratique, et une qui n'en avait déclaré aucun. 2 MG ignoraient presque qui était leur MT, et on du vérifier sur le site Espace Pro® qu'ils s'étaient auto-déclarés. Les MG justifiaient cette auto-déclaration par la facilité, la praticité d'être leur propre MT pour s'auto-prescrire et effectuer toutes les autres auto-PEC en toute liberté « *on rentre pas dans le...le cursus obligatoire de la sécurité sociale* »(M2). Pour beaucoup, ce choix était évident

et était en tous cas le plus simple « *c'était ce qui était le plus facile hein c'est certain j'avais qu'à remplir le papier* »(M11). Pour autant, certains pensaient qu'avoir un autre MG s'occupant d'eux serait une bonne chose, mais le MT était surtout vu sous son aspect de contrainte administrative à remplir pour être correctement remboursé notamment en cas de soins coûteux.

d) Limites de la prise en charge auto-administrée

Pour plusieurs MG, le sentiment d'incapacité à gérer la situation conditionnait l'arrêt de l'auto-PEC, ainsi que l'impossibilité de réaliser certains bilans diagnostiques ou paracliniques. D'autres considéraient qu'ils stopperaient leur propre PEC lors de leur retraite professionnelle, ou si une pathologie grave survenait. Plusieurs MG disaient craindre à l'avenir les conséquences d'une PEC imparfaite mais paradoxalement ne souhaitaient rien changer dans l'immédiat à leur pratique.

2. La prise en charge externalisée

Elle était pratiquée en cas de besoin ressenti d'aide, de conseil, de réassurance, et quand le MG ressentait une incertitude ou une incapacité à gérer son problème de santé.

a) Le choix des soignants consultés

Quelques MG disaient consulter leurs associés ou confrères MG pour des actes techniques simples ou à visée de concertation pour discuter de leur cas mais ils étaient minoritaires, la plupart rapportait ne jamais consulter de confrères généralistes : « *je vais pas voir un confrère généraliste, ça c'est certain hein !* »(M6).

Logiquement, ils consultaient donc directement les spécialistes concernés par leur problème de santé, après leur PEC en général, parfois immédiatement.

b) La proximité des soignants consultés

La plupart des MG consultaient un soignant connu, de leur réseau habituel, pour la confiance, la facilité du dialogue, le contact, mais aussi pour la rapidité, la facilité de prise de rendez-vous et la compatibilité avec leur propre emploi du temps. D'autres MG choisissaient un confrère connu ou non en fonction de l'intimité de l'investigation envisagée.

Une minorité de MG choisissait un correspondant non habituel dans certains cas pour cloisonner le privé du professionnel et pour que leur profession ne soit pas connue, afin d'être soigné comme un patient *lambda*.

c) La nature des consultations

Dans la plupart des cas les consultations étaient informelles : avis « entre deux portes », téléphoniques : « *des avis sur un coin de table, des choses qui sont pas très formelles mais bon* »(M5). Les MG expliquaient que ce genre de consultation était plus rapide, plus pratique, davantage compatible avec leur emploi du temps, même si un médecin nuançait « *je sais très bien la valeur des consultations sur le bout du zinc, là* »(M3).

B. Spécificités et difficultés liées au statut de MG libéral

Les particularités que les MG exposaient expliquaient selon eux les atypies de PEC décrites ci-dessus, et notamment les difficultés de prise d'arrêt de travail, puisque la majorité des MG décrivait cette prise comme compliquée, difficile, voire impossible avec le lapsus suivant : « *j'ai toujours tendance à taper large pour ne pas pouvoir m'arrêter, pour pouvoir ne pas m'arrêter plutôt !* »(M2).

1. Inhérentes au médecin

a) Difficultés psychologiques

Plusieurs MG décrivaient une difficulté d'acceptation du statut de malade, renforcée en tant que médecin, à « passer de l'autre côté de la barrière » tandis que d'autres ressentait plutôt un sentiment d'impunité et de toute-puissance vis-à-vis des pathologies graves. Souvent les MG se sentaient indispensables à leur patientèle, presque par altruisme excessif, et avaient des scrupules à envisager un arrêt en raison d'un engagement moral envers leurs patients et leurs confrères, pour ne pas les mettre en difficulté : « *pour pas mettre mon associé dans le comment dire... dans la mouise parce que ça faisait peu de temps que j'étais installée à l'époque avec lui et que je voulais pas créer de soucis* »(M10).

b) Difficultés physiques

Les MG décrivaient aussi des difficultés physiques à exercer pendant leurs problèmes de santé. Une MG relatait la difficulté de concilier grossesse avancée et exercice de la médecine générale, tandis que d'autres expliquaient avoir continué à exercer avec une fracture, une phlébite, une colique néphrétique « *on travaille vraiment jusqu'au bout de nos limites* »(M1) malgré les difficultés à assurer les visites et les consultations dans ces conditions.

2. Inhérentes à la relation avec les médecins consultés

Le statut de MG était à double tranchant puisqu'ils bénéficiaient d'un accès privilégié au système de soins grâce à leur réseau, mais se plaignaient pour la plupart de ne pas être considérés comme des patients *lambda*. Ils appréciaient d'être associés aux décisions les concernant, mais d'un autre côté critiquaient un traitement particulier, une PEC différente des autres patients, parfois une absence de suivi et une trop grande autonomie dans les prises de décision. Une MG résumait « *ben la relation avec les confrères est parfois difficile* »(M8).

3. Inhérentes à la profession

a) Difficultés organisationnelles

Plusieurs médecins rapprochaient leur PEC non optimale à des difficultés d'adaptation de leur emploi du temps, avec la difficulté d'y insérer des plages pour leurs propres soins « *faire des examens, des prises de sang entre deux c'est toujours la galère* »(M9) en supprimant ou interrompant des créneaux de consultation, surtout dans certaines zones rurales ou semi-rurales où la démographie médicale ne permettait pas d'alléger leur planning. Ils craignaient aussi les pathologies urgentes qui pourraient survenir pendant leurs plages de travail, surtout en tant que médecin exerçant seul. L'exercice groupé permettait, selon certains, de pallier à ces difficultés organisationnelles par entraide confraternelle.

Une autre difficulté rapportée était d'assurer la continuité des soins en trouvant rapidement un remplaçant, parfois au pied levé, en cas de problème de santé. C'était un frein important à la prise d'arrêt.

Les MG expliquaient aussi devoir continuer à organiser la gestion de leur entreprise médicale dans toutes les circonstances, à cause de leur statut d'entrepreneur et souvent d'employeur.

b) Crainte des répercussions sur l'activité libérale

Certains MG disaient orienter leur PEC pour qu'elle n'interfère pas trop avec leur activité, même si la PEC devait en pâtir. Un MG expliquait que la crainte d'une difficulté ultérieure à obtenir des prêts professionnels, et la crainte ultime d'une interdiction d'exercer en cas de pathologie grave, n'incitaient pas au diagnostic. D'autres médecins avouaient plutôt une inobservance thérapeutique ou des soins non menés à terme pour ne pas gêner leur activité professionnelle.

4. Inhérentes au système de protection sociale : difficultés financières

a) La CARMF

La crainte ou le vécu de difficultés financières était mis en avant par de nombreux MG lors de la survenue de problèmes de santé. Ils expliquaient ne percevoir aucun revenu de leur système de prévoyance obligatoire, la CARMF (Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France) en cas d'arrêt de moins de 90 jours. De fait, quasi tous les MG avaient une opinion défavorable de leur système de protection sociale « *le système de protection sociale il est cataclysmique pour les médecins, vu les délais de prise en charge qui sont très longs* »(M5).

La plupart ne se sentaient pas sereins financièrement à cause des insuffisances de ce régime, et plusieurs relataient des arrêts de travail reportés ou amputés suite à cela. Plusieurs MG avaient choisi de se faire opérer pendant leurs congés et considéraient ne pas bénéficier de vrais arrêts de travail « *parce que pour moi comme on n'a pas de vrai arrêt de travail enfin on a trop de carence* »(M12). Une MG considérait ce système comme injuste au regard de la situation des salariés « *c'est quand même quelque chose qui est très inégalitaire et très dérangeant !* »(M12)

b) Les prévoyances complémentaires

La majorité des MG avait choisi de souscrire à un organisme de prévoyance complémentaire privé, pour pallier aux délais de carence du système obligatoire et personnaliser leurs indemnités journalières. Une MG avait fait volontairement le choix de ne pas y souscrire, estimant pouvoir assumer trois mois de charges en cas d'arrêt. Un autre MG ne comprenait pas bien lui pourquoi cette prévoyance correcte était facultative. Cette prévoyance complémentaire rassurait certains MG « *maintenant que j'ai un peu assuré mes arrières au niveau couverture financière je vois ça plus sereinement quand même quoi* »(M11), même si d'autres pensaient que cette assurance privée devait être difficile à faire jouer, insuffisante à assurer le train de vie en cas d'arrêt, ou trop onéreuse pour assurer l'ensemble du chiffre d'affaire. Une MG était choquée de devoir effectuer cette dépense supplémentaire pour s'assurer une protection suffisante. Le hiatus avec la protection sociale des salariés était donc relevé par plusieurs MG et un médecin pensait que le problème serait prépondérant à l'avenir avec la crise de démographie du secteur libéral.

5. Inhérentes aux exigences sociétales

Plusieurs MG ont relevé l'exigence toujours plus grande de performance et d'infaillibilité de la société à l'égard des médecins, leur niant le droit d'être malade ou de rencontrer un « passage à vide » mais exigeant d'eux d'assurer leur mission en toutes circonstances. Ils relataient que parfois même leurs proches ne les imaginaient pas malades, et qu'ils ne pouvaient donc pas, au regard de la société assumer ce rôle « *t'as l'impression que t'as jamais le droit à l'erreur quoi, que t'as jamais le droit de pas être en forme ce jour-là* »(M8).

C. Souhaits et propositions d'amélioration

De nombreux médecins pensaient que la situation actuelle était améliorable, d'ailleurs l'un d'eux pensait qu'aucun progrès n'était intervenu dans ce domaine depuis des années. Un seul MG ne formulait aucun souhait d'amélioration car il était satisfait du système actuel. Un autre pensait que c'était un choix personnel et individuel de mieux PEC sa santé en dégageant du temps pour soi par exemple et n'avait pas d'autre attente. Les autres MG interviewés avaient des souhaits d'amélioration dans les domaines suivants:

1. Les Attentes

a) Aides politiques

i. *En terme de démographie médicale*

Quelques MG pensaient qu'il était illusoire d'essayer d'améliorer eux-mêmes leur PEC et que celle-ci résulterait de choix politiques « *ben, si, si nos députés passaient pas leur temps à se bouffer le nez, euh sur des sujets stupides, peut-être qu'ils pourraient améliorer la situation* » (M3), notamment celui d'améliorer la démographie médicale, surtout en zone déficitaire, pour alléger la charge de travail, trouver le temps de PEC la santé et améliorer la qualité de vie.

ii. *En terme de protection sociale*

D'autres notaient que c'était surtout la protection sociale des MG libéraux qu'il fallait améliorer en premier lieu, en améliorant la rémunération en cas d'arrêt de travail, en diminuant les délais de carence de la CARMF, en s'alignant sur le régime des médecins salariés « *ah bah moi je pense qu'on pourrait déjà proposer un régime identique à celui des salariés aux médecins* » (M1).

iii. *En terme d'indemnisation financière*

Un MG souhaitait voir développer des aides financières pour inciter les MG à dégager du temps indemnisé pour prendre en charge leur santé « *euh je sais pas...une demi-journée de remplaçant offerte par le Sécu (rires) pour pouvoir effectivement s'occuper de nous* » (M2)

b) Aides confraternelles

i. *En termes financiers*

Plusieurs MG déploraient un trop grand individualisme et un manque de solidarité confraternelle dans l'exercice de la profession. Ils plébiscitaient des systèmes financiers d'aides confraternelles, telles que les tontines, pour pallier aux insuffisances du régime de protection sociale obligatoire, au niveau local, mais aussi au niveau ordinal « *c'est pas un système de solidarité nationale mais bon...à défaut d'autre chose c'est peut-être quelque chose qui peut être mis en place* » (M5)

ii. En terme d'aides humaines

Plusieurs souhaitaient davantage de solidarité confraternelle « *moi je pense que en médecine générale on est quand même beaucoup trop individualistes* » (M8), pour prendre en charge les patients en cas d'arrêt, alléger la charge de travail d'un médecin malade, et espéraient qu'une amélioration de la démographie médicale améliorerait cette solidarité. D'autres pensaient que l'exercice groupé était une partie de la solution au problème.

iii. En terme d'aide psychologique

Une MG déplorait particulièrement un manque d'écoute, de soutien, et disait souffrir d'une solitude psychique dans l'exercice de sa profession « *en fait on voit cinquante personnes par jour mais on se sent seul !* » (M8). Elle plébiscitait la mise en place de groupe de paroles entre médecins, sur le modèle des groupes Balint.

iv. En terme d'organisation des remplacements

Un autre MG souhaitait qu'on puisse améliorer, faciliter les conditions de remplacement, surtout en cas d'urgence, pour permettre au MG de s'arrêter plus facilement.

c) Aides médicales

i. Médecine du travail

Plusieurs médecins souhaitaient bénéficier d'une médecine du travail dédiée, et principalement de son volet préventif. Ils déploraient ne pas en bénéficier « *on n'a pas de médecine du travail et pourtant on est fort exposés à des pathologies variées* » (M11)

ii. Education thérapeutique

Un médecin aurait souhaité pouvoir s'inscrire dans une démarche d'éducation thérapeutique pour l'aider à changer son attitude envers sa santé « *peut-être une éducation en fait [...] pour nous faire changer notre comportement en fait* » (M6).

iii. Connaissance des systèmes existants

Quelques MG disaient avoir connaissance de systèmes médicaux d'aide dédiés aux médecins en *burn-out* ou en difficulté, mais déploraient un manque de communication sur le sujet, ne sachant pas en pratique comment les déclencher. Plutôt que la création de nouveaux services réservés aux MG libéraux, ils souhaitaient davantage connaître ceux déjà existants.

Enfin, un MG déclarait que les solutions d'améliorations restaient à inventer.

2. Les conditions de mise en place de ces dispositifs

Les avis étaient très contrastés sur le sujet, entre les partisans de davantage de contrôle, notamment ordinal, sur les pratiques des médecins et les tenants d'une liberté préservée.

Un MG notait « *y a pas tellement de garde-fou autour de nous, hein, qui contrôlent que machin est raisonnable ou fait des bêtises* »(M3)

Ainsi certains pensaient que des mesures visant à améliorer la PEC de la santé des MG devaient forcément être coercitives pour se voir appliquées, alors que d'autres avaient un avis diamétralement opposé et vouaient à l'échec toute coercition, notamment ordinale, pour respecter le principe « *j'ai pas envie de me soigner et c'est mon droit* »(M2).

La liberté de s'assurer ou non en terme de prévoyance, devait aussi être respectée, pour un autre MG, au risque de bafouer les principes libéraux.

Un médecin, enfin, désabusé, vouait déjà à l'échec l'ensemble des mesures d'amélioration du système existant, qu'il appelait pourtant de ses vœux.

DISCUSSION

Le but de l'étude était de faire un état des lieux de la pratique des MG du NPDC lors de la survenue de problèmes de santé les concernant, d'en faire ressortir les difficultés et les attentes d'amélioration. La réalisation de 12 entretiens semi-dirigés a permis de répondre à cet objectif par atteinte de la saturation des données.

I. Forces et faiblesses de l'étude

A. Choix de la méthode

L'approche qualitative permet d'explorer des phénomènes complexes, elle se base sur l'analyse des différents points de vue (5) pour faire émerger des concepts. Le choix des entretiens semi-dirigés au profit des focus group a été fait car il s'agissait d'un sujet intime.

B. L'échantillon

Sa taille est petite, mais c'est sa qualité qui compte en recherche qualitative, afin de faire émerger la diversité des points de vue sur le sujet (5). La principale difficulté a été de recruter de jeunes MG installés ayant rencontré des problèmes de santé. La saturation des données a pu être atteinte, et vérifiée par un ultime entretien.

C. Validité interne

1. Biais de déclaration

Les médecins ont pu exprimer des attitudes et des opinions qui ne reflètent pas leur pratique. La qualité de médecin remplaçante de l'investigatrice, sa connaissance antérieure de certains MG interviewés a pu influencer leur discours par crainte du jugement.

2. Biais de mémorisation

Les MG n'avaient pas connaissance des questions préalablement à l'entretien. Ils ont pu relater des expériences anecdotiques au lieu d'autres plus représentatives de leurs pratiques. Devant les difficultés exprimées par le 1^{er} médecin de s'exprimer sans pouvoir illustrer son propos, il a ensuite été laissé aux interviewés le choix de le faire.

3. Biais de mesure lors du recueil des données

Les MG ont été interviewés sur leur lieu de travail, pour des raisons pratiques, et certains entretiens ont été interrompus par leur activité professionnelle. Le recueil des éléments de communication non verbaux a pu aussi ne pas être optimal dans ce contexte.

4. Biais d'interprétation

Il semble difficilement évitable par une investigatrice inexpérimentée en méthode qualitative, mais il a été réduit par la retranscription mot à mot des verbatims et par la triangulation des données.

II. Discussion des résultats

A. La prise en charge auto-administrée

1. Motivations

Nombreux sont les MG de l'étude qui se prennent en charge seuls. Interrogés sur leurs motivations, ils se sentent capables de gérer leur santé et notent que l'auto-PEC est plus rapide. Ces résultats sont retrouvés par Stepowski (6) dans sa thèse sur l'auto-prescription où 79.5% des 484 MG qu'elle interroge s'en sentent capables, et 88% évoquent le gain de temps. Les MG de l'étude rapportent aussi la crainte d'être mal jugés en cas de PEC non auto-administrée, crainte confirmée par Galam (7), qui explique que « *le médecin craint d'être discrédité s'il avoue ses difficultés de santé* ». Un article d'Impact Médecine (8) de 2003, rapporte la même crainte, ainsi que la volonté de ne pas déranger ses confrères débordés. Ce dernier point est retrouvé dans l'étude, et par Portalier dans sa thèse qualitative portant sur 15 MG en Rhône-Alpes (9), avec une gêne de les consulter, un manque de temps, et un regret de ne pas être considéré comme un patient « *lambda* ». Elle retrouve par contre une

crainte de manque de confidentialité non retrouvée ici. Quant aux MG qui disent subir leur auto-PEC en raison des insuffisances de PEC de leurs confrères soignants, Portalier note que « *les médecins malades ont besoin d'interlocuteurs professionnels [...] pour que les médecins malades puissent endosser leur rôle de patient* ».

2. Opinion

Le jugement négatif est majoritaire, comme Gatt (10), médecin israélien, qui a subi les conséquences délétères de l'auto-PEC, et qui note « *un médecin qui se soigne lui-même a un mauvais docteur* »

Bonneaudeau et Lhote (11,12), dans leurs thèses en miroir sur les médecins soignés et soignants, décrivent les mêmes conséquences néfastes de l'auto-PEC que les MG de l'étude avec des retards de PEC, un manque d'objectivité, une négligence des symptômes et un déni de la maladie. Bouche (13), dans sa thèse menée en parallèle à l'étude chez des médecins d'hôpitaux généraux du NPDC retrouve ces mêmes inconvénients.

3. L'auto-déclaration de MT

Elle est largement majoritaire dans l'étude puisqu'elle concerne 10 médecins sur 12. 1 seul a déclaré un autre MT, mais ne le consulte plus. Labeille dans sa thèse (14) sur l'autoprescription retrouve un taux d'auto-déclaration de 65 à 90 % selon les études récentes françaises. Une étude de la DRESS (15) dans 5 régions françaises en 2010 retrouve un taux de 84% parmi les 1900 MG interrogés, Gillard (2) 90%, Nougier (1) 86%. Aboukais (16), dans sa thèse menée parallèlement à l'étude chez des médecins du CHRU de Lille, et Bouche (13) retrouvent des taux d'auto-déclaration inférieurs à ceux de l'étude, mais pas davantage d'externalisation des soins. D'ailleurs Stepowski (6) ne retrouve pas de lien statistique entre la déclaration d'un MT autre que soi et une moindre autoprescription. Un article d'Exercer, en 2011(17), explore les raisons de cette auto-déclaration, en relatant qu'elles sont calquées sur celles de l'auto-PEC mais on retrouve aussi une déception du dispositif, confirmée dans l'étude, les MG n'y voyant qu'une contrainte administrative pour être correctement remboursés. Ce dernier résultat est également retrouvé par Bouche (13).

4. L'autoprescription

Elle est pratiquée par tous les médecins de l'étude, sauf par une MG qui se fournit directement en pharmacie. Ce comportement est retrouvé chez un des médecins du CHRU interrogé par Aboukais (16), révélateur d'un certain malaise à l'autoprescription, néanmoins très minoritaire. Stepowski (6) retrouve ainsi que seuls 2% des médecins libéraux de Haute-Normandie n'y ont jamais recours, et qu'ils sont respectivement 42.5% et 29% à s'être déjà autoprescrit un antalgique de palier II et un hypnotique. Ils sont 71 à 93% à pratiquer l'autoprescription dans une méta-analyse française réalisée par Gontharet (18) en 2013. Labeille (14) décrit pourtant bien les risques liés à l'autoprescription : perte d'objectivité, risque d'erreurs, effets indésirables médicamenteux. Le risque addictif, retrouvé chez Aboukais (16) n'est pas évoqué par les MG de l'étude probablement parce que les pharmacies hospitalières sont plus ouvertes que les pharmacies de ville.

5. Limites de l'auto-PEC : externalisation des soins

Lorsqu'ils se décident à aller consulter un confrère, les MG de l'étude choisissent majoritairement un spécialiste d'organe, résultat retrouvé en 2003 dans l'article d'Impact Médecine (8) : 72% des 200 MG consultent un spécialiste en premier lieu, dont 61% un spécialiste ami. Verjus (19) dans une étude menée auprès de 1076 MG isérois et savoyards confrontés à une maladie aiguë, retrouve une consultation directe de spécialiste dans 58.8% des cas, versus 2.8% de consultation de MG. Dans leurs études menées auprès de médecins hospitaliers, Aboukais (16) et Bouche (13) ont des données concordantes aux nôtres: consultations, majoritairement informelles « entre deux portes », de spécialistes, amis souvent, collègues parfois, pour la rapidité, la facilité, au détriment de la confidentialité et d'une PEC de meilleure qualité.

B. Spécificités et difficultés liées au statut de MG libéral

1. Difficultés à l'arrêt de travail

La majorité des difficultés rencontrées par les MG libéraux pour se prendre en charge sont cristallisées lors de la nécessité de prise d'arrêt de travail, décrite par la

majorité des MG de l'étude, comme très compliquée, voire impossible. Un sondage, mené par le Quotidien du Médecin (20) auprès de 1683 médecins en 2014 révèle que 92% d'entre eux hésitent à s'arrêter quand ils sont malades. Labeille (14), retrouve dans sa thèse, entre 80% et 93% de poursuite d'activité en cas d'état pathologique qui aurait motivé la prescription d'un arrêt chez un patient. Bonneaudeau (11), retrouve comme freins principaux à l'arrêt : les contraintes financières (liées à l'absence de versement d'indemnités par la CARMF avant 90 jours et aux limites des prévoyances privées), la nécessité de trouver un remplaçant, « *parfois plus urgente que de se faire soigner* » et le sentiment de trahison des associés, conformément à l'étude.

Une étude qualitative nord-irlandaise (21) menée auprès de 27 MG révèle la prépondérance de ce dernier point, puisque la « conscience professionnelle » envers les patients et les confrères les incitent à poursuivre l'exercice malgré la maladie, et qu'ils attendent la même chose de leurs confrères.

Une étude nord-américaine, menée auprès de médecins hospitaliers de Philadelphie (22) retrouve pour 99% des 536 médecins le souhait de ne pas faire défaut à leurs collègues, pour 92.5% d'entre eux la volonté d'être là pour leurs patients, pour 64% la crainte d'être mal vus par leurs confrères, et pour 63% le souci de la continuité des soins, afin d'expliquer que 83% d'entre eux soient venus travailler en étant malades au cours de l'année écoulée. Il n'est donc pas étonnant de retrouver ce même type d'attitude chez Bouche (13) et Aboukais (16), même si la question financière et de protection sociale n'y entre pas en ligne de compte.

2. Difficulté des relations soignant-soigné

Les difficultés rencontrées lors des rapports entre médecin soignant et soigné sont évoquées par de nombreux MG de l'étude. Bonneaudeau et Lhote (11,12), dont le thème est au cœur des thèses, décrivent les difficultés suivantes : manque de confiance, manque de temps, peur de gêner, difficulté à choisir le bon correspondant de la part du MG soigné.

Dans l'étude, certains MG poursuivent des objectifs inconciliables comme la reconnaissance d'un statut particulier, qui leur accorde passe-droits et possibilité de négociation et d'interférences sur les décisions du soignant, et en même temps PEC « comme un patient lambda ». Il y a fort à parier que ceux-là ne seront jamais satisfaits de leurs relations avec leurs confrères soignants.

3. Crainte des répercussions sur l'activité libérale

C'est un point spécifique au statut libéral des MG de l'étude, retrouvé également chez Portalier (9), qui explique qu'un des motifs de refus de consulter un confrère est la crainte d'être arrêté et de voir son aptitude à exercer remise en cause. Un MG de notre étude évoque aussi une crainte pour les futurs emprunts professionnels, qui n'inciterait pas à se diagnostiquer. L'inobservance thérapeutique pour limiter les effets secondaires et favoriser la poursuite de l'activité, décrite par plusieurs MG dans l'étude, est, elle, dénoncée par Biencourt et al. dans le rapport sur « Le médecin malade » publié par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) en 2008 (23).

C. Souhaits et propositions d'amélioration

1. Aides matérielles et financières

Le souhait d'amélioration de la protection sociale est formulé par de nombreux médecins, en particulier femmes, puisqu'elles sont également concernées par l'indemnisation d'éventuels congés maternité et grossesses pathologiques. Les médecins de moins de 50 ans évoquent aussi davantage ces questions. Actuellement, la protection obligatoire, la CARMF ne prend en charge qu'au 91^{ème} jour de l'arrêt maladie, et selon un barème dépendant des revenus du médecin (classes A à C : de 64 à 128 euros d'indemnités journalières) (24). Des solutions de prévoyance facultatives, privées, existent pour combler les lacunes du système obligatoire, mais comme toutes les assurances elles comportent leur lot d'exclusions et de surprimes. Le monde politique semble avoir pris conscience du caractère pénalisant de la protection sociale pour l'attractivité de l'exercice libéral, puisque les contrats Praticien Territorial de Médecine Générale (PTMG), créés en 2013 (25), comportent un volet « protection sociale », assurant une indemnité de 1552.50 euros bruts mensuels pour un arrêt maladie et 3105 euros pour un congé maternité, sous conditions. Il s'agit en outre d'une mesure censée améliorer la démographie médicale en zones sous-dotées, amélioration que plusieurs MG exerçant en zones rurales et semi-rurales appellent de leurs vœux pour mieux se prendre en charge.

2. Aides confraternelles

Une autre attente fréquemment formulée dans l'étude est celle d'une plus grande solidarité confraternelle humaine, psychologique, financière et organisationnelle (remplacements). Ce besoin est également retrouvé chez Bouche (13), en ce qui concerne les remplacements et Aboukais (16), pour l'entraide confraternelle, mais dans une moindre mesure. Une MG de l'étude, plus particulièrement, souffre d'un sentiment de solitude psychique dans l'exercice de sa profession, facteur reconnu comme à risque de *burn-out*. Elle formule clairement un besoin d'aide psychologique, préconisé dans un rapport du CNOM de 2003 « Les chiffres du suicide chez les médecins » (26) par le Dr Leopold, avec la mise en place de structures réservées aux médecins, la création d'une médecine du travail libérale, la mise en place de conditions permettant aux médecins de se soigner et de reprendre dans des conditions acceptables.

Il ne paraît pas non plus inutile de rappeler que l'article 56 du code de déontologie médicale précise que « les médecins se doivent assistance dans l'adversité » (27). Pour plusieurs MG de l'étude, l'exercice regroupé est un début de solution au problème.

Concernant l'aspect financier, il s'agit de systèmes de tontines, parfois mis en place au niveau local ou ordinal. Néanmoins, ces systèmes financiers d'entraide semblent plutôt en perte de vitesse, selon le Généraliste (28).

Enfin, la facilitation des remplacements, en cas soucis de santé, est déjà préconisée par le rapport du CNOM de 2008 « Le médecin malade » (23), accompagnée des mesures suivantes : encadrer et limiter l'autoprescription, convaincre les médecins de déclarer un confrère comme MT et le consulter, former les médecins à assister leurs confrères, rendre obligatoire la souscription d'une prévoyance, créer une visite médicale obligatoire et régulière auprès de médecins formés à soigner leurs confrères.

3. Aides médicales

Un MG formule une proposition originale d'éducation thérapeutique destinée aux médecins pour les aider à changer leur attitude envers leur propre santé. Cette proposition paraît d'autant plus intéressante que de nombreux médecins de l'étude sont en pleine ambivalence concernant leur propre PEC : bien qu'en reconnaissant les insuffisances et les limites, ils sont très peu nombreux à vouloir la modifier.

Cet état ambivalent est d'ailleurs primordial à prendre en compte dans la création de services médicaux dédiés aux MG, car si dans une étude préliminaire menée auprès de médecins haut-normands (29), Kuntz retrouve que 80% d'entre eux sont favorables à un service de médecine préventive dédié aux médecins libéraux, 2 ans après la création dudit service « Imhotep » (30), celui-ci s'est retrouvé dans de graves difficultés financières en raison d'une adhésion trop faible des médecins.

« Imhotep », créé en 2009 comporte une double approche de santé publique (dépistages) et de santé au travail mais sans détermination de l'aptitude au travail, donc il ne s'agit pas d'un service de médecine du travail en tant que tel. Dans sa thèse Verjus (19) retrouve que 68.9% des médecins savoyards et isérois sont favorables à la création d'un service dédié, de médecine préventive.

« Imhotep », en Haute-Normandie, étant le seul service physique dédié aux médecins en France, les autres solutions existantes, que plusieurs MG de notre étude aimeraient mieux connaître, sont des permanences téléphoniques, créées à l'échelon régional, souvent par collaboration entre les Unions Régionales de Professionnels de Santé (URPS) médecins libéraux et les Conseils Départementaux et Régionaux de l'Ordre des Médecins (CDOM et CROM). Il s'agit du réseau ASRA (31) en Rhône-Alpes, de l'ASSPT (32) en Poitou-Charentes, de l'AAPML (33) en Ile-de-France. Cette dernière association, fondée en 2004, connaît depuis peu une extension nationale, notamment en NPDC. Elle fonctionne, comme les autres, sur le principe d'une permanence téléphonique, anonyme, assurant une assistance psychologique, et orientant le cas échéant les MG vers une structure de PEC adaptée.

4. Coercition ?

Si les médecins de l'étude sont partagés sur ce sujet, ils sont 98.4% chez Stepowski (6) à se prononcer contre l'interdiction de l'autoprescription. Au Royaume-Uni, suite aux préconisations de la BMA en 1995, les MG ont dû déclarer obligatoirement un équivalent du médecin traitant. Néanmoins Forsythe et al.(4) décrivent une mauvaise adhésion à ce système quatre ans plus tard : si 98% des MG étaient inscrits chez un confrère, très peu d'entre eux déclaraient être allés le consulter. Cela laisse présager des possibilités de contournements de ce genre de mesure si elle était appliquée également en France, laissant planer le doute sur

l'efficacité de mesures coercitives, qui ne manqueraient pas de provoquer une levée de boucliers chez la majorité des médecins libéraux qui, dans l'étude, se plaignent déjà d'un statut qui impose beaucoup de contraintes au regard de peu d'avantages.

CONCLUSION

L'étude, menée auprès de 12 MG du NPDC, a permis de révéler une pratique largement dominée par l'auto-PEC, pratique parfois revendiquée, ou souvent subie en raison de difficultés psychologiques, relationnelles avec les confrères soignants, financières et organisationnelles avec des contraintes professionnelles fortes. Les MG formulent bien des propositions d'améliorations de la protection sociale, de l'offre de soins dédiée aux médecins, de la solidarité confraternelle ; mais quelle serait leur adhésion à ce genre de mesures si elles leurs étaient réellement proposées ? Le démarrage erratique d'un service de médecine préventive dédié aux médecins libéraux en Haute-Normandie, service que les médecins appelaient initialement de leurs vœux, pousse à la réflexion.

Que proposer pour favoriser l'adhésion des MG à ces propositions d'amélioration qu'ils formulent eux-mêmes ? Une piste serait de sensibiliser les étudiants en médecine à ces questions dès le 2ème cycle, avant qu'ils ne commencent à s'autoprescrire pendant leur internat. Une étude quantitative de plus grande envergure, portant sur l'intérêt des médecins pour ces mesures, permettrait aussi de mieux cerner leurs priorités.

In fine, le but est de réussir à concilier le libre-arbitre de chaque individu, même médecin, à se soigner ou non, avec l'exigence déontologique d'être dans un état de santé compatible avec le fait de prodiguer des soins de qualité aux patients.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Nouger F. Les médecins généralistes et leur santé, ou « Docteur, comment prenez-vous en charge votre santé? »: enquête sur les médecins généralistes libéraux installés dans le département de la Vienne. Thèse Méd. Poitiers; 2004.
2. Gillard L. La santé des généralistes. Thèse Méd. Paris; 2006.
3. WONCA definition French version.pdf [Internet]. [cité 16 août 2015]. Disponible sur:<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
4. Forsythe M, Calnan M, Wall B. Doctors as patients: postal survey examining consultants and general practitioners adherence to guidelines. *BMJ*. 4 sept 1999;319(7210):605-8.
5. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes: l'entretien. Paris: Armand Colin; 2007.
6. Stepowski C. L'auto-prescription médicamenteuse des médecins généralistes et ses déterminants en Haute-Normandie. Thèse Méd. Rouen; 2011.
7. Galam É. Soigner les médecins malades Première partie: un patient (pas tout à fait) comme les autres. *Médecine*. 2013;9(9):420-3.
8. Comment les docteurs se soignent. *IMPACT Med*. 7 mars 2003;(29):26-33.
9. Portalier Gay D. Les médecins : des patients comme les autres : ou attitude et vécu des médecins devenus eux-mêmes patients : étude qualitative de 15 médecins généralistes en Rhône-Alpes. Thèse Méd. Lyon; 2008.
10. Gatt M. My lousy doctor. *BMJ*. 24 jan 2004;328:219.
11. Bonneaudeau S. Le médecin malade: un patient comme les autres ? Thèse Méd. Paris Diderot; 2011.
12. Lhote M. Soigner un médecin malade : quelles spécificités ? : étude qualitative auprès de médecins franciliens. Thèse Méd. Paris Diderot; 2011.
13. Bouche C. Comment se prennent en charge les médecins lorsqu'ils sont eux-mêmes confrontés à un problème de santé? Etude au sein des centres hospitaliers non universitaires du NPDC. Thèse Méd. Lille; 2015.
14. Labeille G. Etude de l'autoprescription médicamenteuse chez les médecins généralistes de Rhône-Alpes. Thèse Méd. Lyon; 2013.

15. Desprès P, Grimbert I, Lemery B, Bonnet C, Aubry C, Colin C. Santé physique et psychique des médecins généralistes. DREES Etudes Résultats. 2010;(731):8.
16. Aboukais R. Comment se prennent en charge les médecins spécialistes du CHRU de Lille lorsqu'ils sont eux-mêmes confrontés à un problème de santé? Thèse Méd. Lille; 2015.
17. Joseph J, Bertrand D, Demeaux J. Le généraliste et son médecin traitant : critères de choix et représentations. Exercer. 2011;22(95):20-1.
18. Gontharet-Mariette M-H, Mauviard É. Définition du médecin traitant idéal pour la prise en charge de ses confrères: Étude qualitative par focus group auprès de médecins généralistes Hauts-Normands. Thèse méd. Rouen ; 2013.
19. 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; 2012.
20. Catala I. La santé des médecins. Comment allez-vous docteur? Quotid.med. 2014;9304:14.
21. Thompson WT, Cupples ME, Sibbett CH, Skan DI, Bradley T. Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioners' care of their own health: qualitative study. BMJ. 2001;323(7315):728.
22. Szymczak JE, Smathers S, Hoegg C, Klieger S, Coffin SE, Sammons JS. Reasons Why Physicians and Advanced Practice Clinicians Work While Sick: A Mixed-Methods Analysis. JAMA Pediatr 6 juil 2015 [cité 9 juill 2015]; Disponible sur: <http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamapediatrics.2015.0684>
23. Biencourt M, Bouet P, Carton M, Cressard P, Faroudja JM, Lucas J, et al. Le médecin malade. Paris: CNOM; 2008.
24. Rapport d'activité de la CARMF en 2014. [Internet]. 2015 [cité 17 juin 2015]. Disponible sur: http://www.carmf.fr/doc/documents/la_carmf/la-carmf-en-2014-web.pdf
25. PTMG : vos questions, nos réponses - Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes - www.sante.gouv.fr [Internet]. [cité 18 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/ptmg-vos-questions-nos-reponses.html>
26. Leopold Y. Les chiffres du suicide chez les médecins. Rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2003.
27. Code de la santé publique - Article R4127-56. Code de la santé publique.
28. Êtes-vous tenté par la tontine ? [Internet]. Le Généraliste. [cité 20 mai 2015]. Disponible sur: http://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2012/04/06/etes-vous-tente-par-la-tontine-_171101

29. Kuntz A. Enquête sur la santé des médecins libéraux de Haute-Normandie. [Internet]. CNOM de Seine-Maritime et de l'Eure; 2008 [cité 23 juin 2015]. Disponible sur: <http://imhotepn.blogspot.fr/2010/09/resultats-de-lenquete-sur-la-sante-des.html>
30. Kuntz A. La santé des médecins libéraux en Haute-Normandie: analyse des besoins et mise en place de l'expérimentation d'un service de médecine préventive. Thèse méd. Rouen; 2011.
31. Réseau ASRA Aide aux soignants de Rhône-Alpes [Internet]. Réseau ASRA. [cité 14 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.reseau-asra.fr/>
32. ASSPC Association Santé des Soignants de Poitou-Charentes - Santé des Soignants Poitou-Charentes - ASSPC [Internet]. [cité 14 sept 2015]. Disponible sur: <http://associationsantedessoignantspc.jimdo.com/>
33. AAPML [Internet]. AAPML. [cité 14 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.aapml.fr/>

ANNEXES

Annexe 1 : Courrier de recrutement



UNIVERSITE LILLE 2- DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE

Lille, le 30/06/2014

Aux : médecins généralistes exerçant en libéral en Nord-Pas-de-Calais

Objet : demande de participation à un travail de thèse de médecine générale

Chers futurs Confrères,

J'effectue dans le cadre de ma thèse d'exercice de médecine générale un travail de recherche sous la direction du Professeur Jean-Marc Lefebvre du Département Universitaire de Médecine Générale de l'université Lille II avec l'aval du vice-doyen de la faculté de médecine H.Warembourg le Professeur Dominique Lacroix.

Le travail a pour but de décrire comment les médecins exerçant en Nord-Pas-de-Calais se prennent en charge lorsqu'ils sont confrontés à un problème de santé. Je m'intéresse pour ma part aux médecins généralistes exerçant à titre libéral.

Le seul critère pour participer à l'étude est d'avoir présenté un problème de santé, quel qu'il soit, depuis le début de votre exercice libéral et d'accepter d'en décrire la prise en charge.

Je me permettrai de vous solliciter afin d'en discuter lors d'un entretien individuel qui pourra se dérouler au lieu et à l'horaire de votre convenance et qui durera une trentaine de minutes. Avec votre accord, il sera enregistré par dictaphone pour être retranscrit et analysé de façon anonyme.

Mon directeur de thèse et moi-même, sommes à votre disposition pour toute question relative à ce projet. Je me permettrai de vous recontacter pour fixer un rendez-vous si vous souhaitez participer à l'étude.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous porterez à ce travail, et vous assurons de nos sentiments dévoués les meilleurs.

Laure Machuelle Co-investigatrice

Pr Jean-Marc Lefebvre Investigateur principal

Annexe 2 : Guide d'entretien

Présentation du projet aux interviewés : Mon travail de thèse d'exercice de médecine générale cherche à comprendre comment les médecins généralistes se prennent en charge lorsqu'ils ont un problème de santé. Je vous remercie d'avoir accepté d'y participer. Le travail s'intéresse à la prise en charge et non à la teneur des pathologies, que vous n'êtes donc pas engagés à détailler. Si néanmoins vous souhaitez donner des exemples concrets, le respect de la confidentialité et l'anonymisation des données vous concernant vous sont assurés. Si vous êtes d'accord, nous allons commencer.

Interview :

1. Voulez-vous bien relater une expérience où vous avez dû gérer le fait d'avoir un problème de santé depuis que vous êtes installé(e) ? (ce qui m'intéresse c'est comment vous avez géré la situation) Pouvez-vous la décrire ?
2. Plus généralement, pouvez-vous me décrire votre pratique dans ce genre de situation ?
 - lorsque vous êtes confronté à une pathologie aiguë ?
 - et en cas de pathologie chronique si cela vous concerne ou vous a concerné ?

Relances :

Comment cela se passe en pratique ?

En particulier pratiquez-vous l'autodiagnostic ? L'autoprescription de médicaments ? D'examens ? Comment faites-vous en cas de nécessité d'arrêt de travail ?

3. Depuis 2004, tous les assurés sont censés avoir déclaré un médecin traitant. Et pour vous qu'en est-il ?

Relances :

Pourquoi ? Le consultez-vous en cas de problème de santé ? Ou d'autres confrères ? Lesquels ? Spécialistes ou généralistes ? Parmi vos correspondants habituels ? Dans quelles situations ? Si vous n'en consultez pas pourquoi ?

4. Est-ce que le fait d'être médecin généraliste libéral a pu à votre avis modifier votre prise en charge lors de votre (ou vos) problème(s) de santé ? de par le fait d'être médecin généraliste ? et celui d'exercer en secteur libéral ?

Relances :

Positivement ou négativement ?

Par vos conditions d'exercice ?

5. Avez-vous rencontré des difficultés particulières à gérer, et si oui à quel niveau ?

Relances :

Financièrement ? Par rapport à votre emploi du temps ?

Physiquement ? Psychologiquement ?

6. Que proposeriez-vous pour améliorer la situation ? (si vous considérez qu'elle doit l'être) Qu'attendriez-vous de ces améliorations ?
7. Et si c'était à refaire (referiez-vous la même chose) ?
8. Avez-vous d'autres remarques à ajouter sur le sujet ?

Annexe 3 : Questionnaire socio-démographique

1. Genre : masculin-féminin
2. Age (en années)
3. Situation familiale : seul - en couple Nombre d'enfants :
4. Distance domicile-lieu d'exercice (en km) :
5. Année d'installation en libéral :
6. Exercice libéral: seul - en groupe
7. Exercice : libéral exclusif - mixte (part salariée)
8. Lieu d'exercice libéral : urbain - semi rural - rural
9. Participation à un tour de garde ? Nombre de gardes par mois :
10. Fonction élective (syndicat, URPS, Conseil Ordre) ?
11. Enseignement – maîtrise de stage ?

Vos réponses sont strictement anonymes et non obligatoires.

Merci encore pour votre participation.

Annexe 4 : Retranscription intégrale des entretiens (sur CD)

Annexe 5 : Livre de codes final [codage ouvert] (sur CD)

AUTEUR : Nom : MACHUELLE

Prénom : Laure

Date de Soutenance : 22 octobre 2015

Titre de la Thèse : Comment les médecins généralistes du Nord-Pas-De-Calais prennent-ils en charge leurs problèmes de santé ?

Thèse - Médecine - Lille 2015

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : attitude envers la santé, autoprescription, auto-prise en charge, médecine générale libérale

Résumé :

Contexte : Selon l'atlas de démographie médicale 2015, 26% des médecins spécialistes en médecine générale (MG) sont âgés de plus de 60 ans, susceptibles de partir à la retraite d'ici 2020. Il était et reste indispensable que les médecins en exercice soient dans le meilleur état de santé possible pour prodiguer leurs soins. L'étude a cherché à explorer la façon dont les MG du Nord-Pas-De-Calais (NPDC), exerçant en libéral, se prenaient en charge lorsqu'ils étaient eux-mêmes confrontés à un problème de santé.

Méthode : Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés de médecins généralistes du NPDC. Les verbatims obtenus ont été analysés à l'aide du logiciel QSR NVIVO10®.

Résultats : 12 médecins ont été inclus de juillet 2014 à mars 2015. L'analyse a révélé une prise en charge (PEC) très souvent auto-administrée, une auto-déclaration de médecin traitant majoritaire et la pratique massive de l'autoprescription médicamenteuse. Les MG avaient une opinion plutôt négative de leur auto-PEC mais paradoxalement ne souhaitaient pas forcément la modifier. Ils consultaient des confrères spécialistes quand ils le jugeaient nécessaire, mais souvent « entre deux portes » et sans réel suivi ultérieur. Ils relataient des difficultés psychologiques à s'avouer malades, à confier leur santé, craignaient des répercussions délétères de leur problème de santé sur leur activité libérale, et fustigeaient un système de protection sociale obligatoire qu'ils trouvaient insécure et insuffisant. Ils exprimaient des attentes d'amélioration de ce système de prévoyance, souhaitaient bénéficier d'une médecine du travail mais aussi d'une plus grande solidarité confraternelle.

Conclusion : L'étude a montré que les MG libéraux étaient en difficulté pour la PEC de leurs problèmes de santé, mais qu'ils font des propositions pour l'améliorer, afin d'optimiser les soins aux patients. Une étude quantitative pourrait étudier ces mesures et leur possibilité de mise en œuvre.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Dominique LACROIX

Asseseurs : Monsieur le Professeur Paul FRIMAT

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE