



UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE 2

**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2015

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Comment se prennent en charge les médecins lorsqu'ils sont eux  
mêmes confrontés à un problème de santé ?  
Étude au sein des centres hospitaliers généraux du Nord-Pas-de-Calais**

Présentée et soutenue publiquement le 22 octobre 2015 à 14h00  
au Pôle Recherche de la faculté  
**Par Charles BOUCHE**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Dominique LACROIX**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Paul FRIMAT**

**Monsieur le Professeur Jean Marc LEFEBVRE**

**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.**



# Remerciements

À mon maître et président de thèse,

**Monsieur le Professeur Dominique LACROIX,**

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Pôle cardio-vasculaire et pulmonaire

Clinique Cardiologique – Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Lille

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine – Université de Lille 2

Coordonnateur inter-régional du DES de cardiologie

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À mon maître et juge,

**Monsieur le Professeur Paul FRIMAT,**

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier  
Médecine du Travail, Pathologie Professionnelle et Environnement -  
Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Lille  
Chevalier de la Légion d'Honneur  
Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et de mes sentiments respectueux.

À mon maître et juge,

**Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE,**

Médecin Généraliste installé à Wattrelos (59150)

Maître de Conférence Associé de Médecine Générale -

Département de Médecine Générale – Faculté de médecine – Université de Lille 2

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et de mes sentiments respectueux.

À mon directeur de thèse,

**Monsieur le Professeur Jean Marc LEFEBVRE,**

Médecin Généraliste installé à Hem (59510)

Professeur des Universités Associé de Médecine Générale à mi-temps -

Département de Médecine Générale – Faculté de médecine – Université de Lille 2

Vous m'avez accordé votre confiance en acceptant de diriger ce travail. Je vous remercie sincèrement pour votre disponibilité, votre patience et vos innombrables conseils.

Je dédie ce travail :

À Amy,

Merci d'être là tous les jours à mes cotés depuis tant d'années,  
Merci pour tout le bonheur que tu me donnes,  
Merci pour la famille que nous construisons ensemble,  
Je t'en suis tellement reconnaissant et fier. With Love.

À Oscar,

notre plus belle aventure de vie qui commence.

À mes parents,

pour m'avoir si bien guidé et épaulé dans mes choix de vie,  
pour votre soutien sans faille,  
et m'avoir témoigné tant de joie et d'amour.  
J'ai énormément de chance.

À mon frère et mes sœurs,

du fond du cœur, j'espère être un digne grand frère.

À mes potes de toujours, Antoine et Pierre-Laurent  
qui ne m'ont jamais fait défaut et pour qui je serai toujours là.

À mes amis,

d'enfance, de passage, de la faculté et d'ailleurs

À mes fans.

Pensée à mes co-thésars, Laure et Rami. Ce fût un plaisir de travailler ensemble.

## Glossaire

CARMF	Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France
CHG	Centre Hospitalier Général
CHRU	Centre Hospitalier Régional et Universitaire
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPP	Comité de Protection des Personnes
EI	Entretien Individuel
MT	Médecin Traitant
NPdC	Nord-Pas-de-Calais
PeC	Prise en charge
PdS	Problème de santé
SST	Service de Santé au Travail

# Table des matières

<b>I. Résumé.....</b>	<b>1</b>
<b>II. Introduction.....</b>	<b>2</b>
<b>III. Méthode.....</b>	<b>4</b>
1. La population étudiée.....	4
2. Le type d'étude.....	4
3. L'échantillonnage et le recrutement.....	4
4. L'interview.....	4
5. La grille d'EI.....	5
6. Les données épidémiologiques.....	5
7. L'analyse des données.....	5
8. La déclaration à la CNIL.....	5
<b>IV. Résultats.....</b>	<b>6</b>
1. Description de l'échantillon.....	6
2. Description des entretiens.....	6
3. Analyse thématique des entretiens.....	7
3.1 Exemples de PdS.....	7
3.1.1. Pathologie aiguë.....	7
3.1.2. Pathologie chronique.....	7
3.1.3. Cas de la grossesse.....	7
3.2 Parcours de soins.....	8
3.2.1. Prendre soi-même en charge sa santé.....	8
3.2.1.1. Simplicité pour tout médecin, hospitalier ou non.....	8
3.2.1.2. L'auto prescription décomplexée.....	8
3.2.1.3. Seul, dans un premier temps.....	8
3.2.1.4. Peur du diagnostic.....	9
3.2.1.5. Synonyme de mauvaise PeC.....	9
3.2.1.6. Se prendre en charge mais avec des réserves.....	9
3.2.2. Externaliser sa PeC.....	10
3.2.2.1. Choix d'un MT surtout pour raison administrative.....	10
3.2.2.2. Le MT reste le centralisateur et référent.....	10
3.2.2.3. MT rarement consulté.....	10
3.2.2.4. Externaliser de manière informelle.....	10
3.2.2.5. Difficile PeC d'un confrère.....	11
3.2.2.6. Suivi.....	11
3.3 Le statut d'hospitalier vis à vis de sa santé.....	11
3.3.1. Influence la PeC.....	11

3.1.1.1. Facilitateur dans la consommation de soins.....	11
3.1.1.2. Problème du secret médical entre collègues.....	11
3.1.1.3. Peur d'être jugé par ses confrères.....	12
3.1.2. Mode de travail pouvant impacter la santé.....	12
3.1.2.1. Charge de travail importante.....	12
3.1.2.2. Travail en équipe.....	12
3.1.2.3. Avec des contraintes hiérarchiques et administratives .....	12
3.1.3. Avoir un service de santé au travail (SST).....	13
3.1.3.1. Trop rarement consulté et à l'initiative du praticien.....	13
3.1.3.2. Possible déclaration d'inaptitude angoissante.....	13
3.1.4. Protection sociale du salarié.....	13
3.1.4.1. Mal connue mais jugée confortable.....	13
3.1.4.2. Arrêt de travail .....	13
3.2 Améliorations proposées.....	14
3.2.1. Externalisation de la PeC au travail.....	14
3.2.1.1. SST.....	14
3.2.1.2. Service de médecine générale.....	15
3.2.2. Renforcement de la protection sociale.....	15
3.2.2.1. Soulager la charge de travail.....	15
3.2.2.2. Améliorer la couverture sociale.....	15
3.2.3. Maintien voire augmentation de la rémunération.....	15
3.2.3.1. Via des assurances personnelles.....	16
3.2.3.2. Compensation du temps de travail.....	16
<b>V. Discussion.....</b>	<b>17</b>
1. Validité interne et portée des résultats.....	17
1.1 Forces du projet.....	17
1.1.1 Échantillonnage en variation maximale.....	17
1.1.2 Fiabilité et validité du codage.....	17
1.1.3 Saturation des données.....	17
1.2 Limites de l'étude.....	17
1.2.1 Critique du mode de recrutement et taille de l'échantillon.....	17
1.2.2 Les biais.....	18
2. Validité externe et comparaison à la littérature.....	18
2.1 Les PdS rencontrés.....	18
2.1.1 Peu de PdS relevant de la psychiatrie.....	18
2.1.2 La grossesse n'était pas un PdS.....	18
2.2 Les écueils de l'auto-PeC.....	19
2.2.1 Être son propre médecin traitant.....	19
2.2.2 L'auto-prescription.....	19
2.2.3 Éviter la confrontation avec la maladie.....	19
2.3 La PeC externalisée.....	19
2.3.1 Le médecin traitant idéal pour la PeC de ses confrères.....	19
2.3.2 Le recours à l'avis spécialisé.....	20
2.3.3 Consultation de couloir, faute de mieux.....	20
2.4 La jeune génération était plus concernée par sa santé.....	20
2.5 Les particularités socioprofessionnelles du médecin hospitalier salarié.....	21
2.5.1 Le cas de l'arrêt maladie.....	21
2.5.2 Un exercice nécessairement en équipe.....	21
2.5.3 Un comité médical pour juger de l'aptitude à exercer.....	21
2.5.4 Le service de santé au travail (SST) pour le médecin hospitalier.....	21
3. Deux thèses jumelles réalisées simultanément dans d'autres populations médicales.....	22
4. Perspectives et implications méconnues des interrogés.....	22
4.1 Exemples de modèles de PeC des médecins à l'étranger.....	22

4.1.1 Programme d'Aide aux Médecins du Québec (PAMQ).....	22
4.1.2 Programme Suivi Administratif du Collège des Médecins, Québec....	23
4.1.3 Programme d'Aide aux Médecins Malades en Catalogne (PAIMM)...	23
4.1.4 Programme de Santé des Praticiens (PHP) de Londres.....	23
4.2 Initiatives françaises aussi à destination des médecins hospitaliers.....	23
4.2.1 Association pour la promotion des soins aux soignants.....	23
4.2.2 Prévention par un organisme d'assurance spécialisée pour les professionnels de la santé	23
4.2.3 Améliorer la formation des soignants de médecins.....	24
<b>VI. Conclusion.....</b>	<b>25</b>
<b>VII. Références bibliographiques.....</b>	<b>26</b>
<b>VIII. Annexes.....</b>	<b>28</b>
Annexe 1 : Grille d'entretien individuel.....	28
Annexe 2 : Questionnaire de recueil de données épidémiologiques.....	30

## I. RÉSUMÉ

**Contexte:** La question de la prise en charge (PeC) de la santé des soignants est un sujet de santé publique d'actualité. Les études françaises s'intéressent surtout aux médecins généralistes en exercice libéral. Comment se prennent en charge les médecins exerçant dans un centre hospitalier général du Nord-Pas-de-Calais, lorsqu'ils sont confrontés à un problème de santé ?

**Méthode:** Neuf entretiens individuels semi-directifs ont permis un recueil de données qualitatives. L'échantillonnage était à variation maximale. L'analyse thématique a été réalisée sur Nvivo 10.

**Résultats:** Cette étude a permis de dessiner un profil type du médecin malade. Au début, il essayait souvent de se prendre lui-même en charge. Il respectait peu le parcours de soins coordonnés. Son médecin traitant était administrativement déclaré mais peu consulté, sauf pour la jeune génération, plus rigoureuse envers sa santé. L'exercice hospitalier facilitait ces comportements de PeC auto-administrée et les consultations informelles. Son statut de salarié était jugé confortable, mais mal connu. La charge de travail soutenue sous les pressions hiérarchiques, entravait son bien-être, sa santé et sa PeC. Les améliorations proposées étaient de renforcer la protection sociale voire augmenter les émoluments du médecin hospitalier. Le service de santé au travail était trop rarement consulté. Son optimisation était réclamée.

**Conclusion :** La gestion des problèmes de santé d'un médecin hospitalier n'est pas au niveau de celle qu'il proposerait à son patient.

## II. INTRODUCTION

« La maladie provoque la rencontre [...] entre celui qui sait, et celui qui souffre ; entre celui qui est sain et celui qui espère le redevenir. » (1)

La démographie médicale tend vers un vieillissement de la profession, et un ralentissement des actifs (2). L'avancée en âge des médecins soulève la question de la prise en charge (PeC) de leur propre santé. La prévalence de troubles psychiatriques est plus élevée dans la profession qu'en population générale, notamment en ce qui concerne les addictions (3). La mortalité par suicide est préoccupante, largement relayée dans les médias. La question de la PeC de la santé des soignants est un sujet de santé publique d'actualité.

Le médecin exerce dans un environnement de plus en plus exigeant, il est un patient comme les autres. Mais il nie volontiers la fatigue et les symptômes par indifférence, mépris ou crainte de la vérité (4). Un médecin libéral interrogé sur trois a déclaré en 2010 une maladie ou un problème de santé chronique ou à caractère durable, et cette propension augmente avec l'âge (5). En réponse à la question « comment est votre état de santé en général ? », 79% des médecins se déclarent en bonne ou très bonne santé. La région et la zone géographique d'exercice n'ont pas d'influence sur la perception de la santé. Les médecins généralistes hommes portent le même jugement sur leur état de santé que leurs consœurs (5). Le médecin malade consulte, mais cette consultation ne s'ébruite pas, en particulier si le motif de consultation concerne des soins relevant de la psychiatrie et de l'addictologie, il consultera plutôt un confrère géographiquement éloigné (6).

Dès le début des études et de l'internat, il semble que les médecins prennent des habitudes de prise en charge auto administrée et d'automédication (7). L'autoprescription est plus fréquente pour certaines classes de médicaments, notamment celles qui relèvent de la compétence du médecin, et celles associées à

un risque iatrogène moins important (8). Les abus de substances, et la consommation de médicaments sont fréquents chez les médecins hospitaliers stressés par une charge de travail élevée et une latitude de décision faible (9).

C'est dans les années 2000 que les études françaises ont commencé à décrire et à analyser l'état de santé des médecins français (pour les pathologies chroniques, les addictions, les troubles psychiatriques), et en particulier leurs attitudes préventives envers leur santé. L'immense majorité des travaux a concerné les médecins libéraux spécialistes en médecine générale.

Le présent travail a été mené auprès de praticiens et attachés hospitaliers, spécialistes généralistes ou non, dans les différents pôles d'exercice de l'hôpital public du Nord-Pas-de-Calais. La question de recherche était de savoir comment se prennent en charge les médecins hospitaliers des centres hospitaliers généraux (CHG) lorsqu'ils sont eux mêmes confrontés à un problème de santé (PdS) ?

### III. MÉTHODE

#### 1. La population étudiée

Les critères d'inclusion étaient d'avoir été confronté à un PdS depuis le début de l'exercice professionnel hospitalier, et d'être en activité salariée (avec ou sans activité libérale). Tous les docteurs en médecine, spécialistes généralistes ou non, en exercice professionnel hospitalier, dans un CHG du Nord-Pas-de-Calais (NPdC), pouvaient être inclus.

#### 2. Le type d'étude

Une approche qualitative a été retenue pour mettre en évidence des tendances et des notions clés, et faire émerger des items qui n'auraient pas été retrouvés dans la première étape de bibliographie de manière exploratoire et observationnelle.

#### 3. L'échantillonnage et le recrutement

Les médecins ont été recrutés selon un échantillonnage à variation maximale. Les prises de contacts ont été effectuées par effet boule de neige. Les premiers rencontrés étaient dans le carnet d'adresses de l'investigateur principal et du co-investigateur, dans plusieurs CHG. Ils ont été contactés par téléphone pour évaluer leur intérêt pour l'étude, puis par courrier pour leur présenter le projet puis recontactés par téléphone, pour recueillir leur consentement et fixer un rendez-vous.

#### 4. L'interview

Il s'agissait d'entretiens individuels (EI), semi-dirigés, d'une durée variable de 8 à 22 minutes. Ils se sont déroulés dans un bureau au calme. L'investigateur faisait face à l'interviewé. Les échanges verbaux ont été enregistrés au moyen d'un dictaphone OLYMPUS® VN-7600. Les expressions non verbales ont été captées par l'investigateur de manière manuscrite. Un chronomètre a permis de caler le début de l'enregistrement audio et les expressions physiques.

## 5. La grille d'EI

A partir des données de la littérature, une grille d'EI comprenant les items à explorer a été rédigée. Elle donnait les grandes lignes de l'interview, afin d'obtenir une certaine reproductibilité. Il y avait 7 items, formulés sous la forme de questions ouvertes. Les relances étaient utilisées en cas de réponse brève, afin d'enrichir le discours. La grille a été testée sur un échantillon restreint de bêta-testeurs volontaires ne participant pas à l'étude. Elle était réflexive et a évolué au fur et à mesure des EI (cf Annexe 1).

## 6. Les données épidémiologiques

Un recueil de données sociodémographiques a été réalisé en fin d'interview, au moyen d'un questionnaire anonyme de 13 items, sur papier (cf Annexe 2). Aucune réponse n'était obligatoire. Elles ne faisaient pas parties de l'enregistrement audio (cf Tableau 1).

## 7. L'analyse des données

Elle a été faite au fur et à mesure des EI. L'enregistrement audio a été retranscrit sur OpenOffice *ad integrum* sous la forme d'un verbatim, complété par les expressions non verbales. L'analyse thématique, ou codage axial, a été réalisée sur le logiciel Nvivo 10. Chaque unité minimale de sens renvoyait à une notion ou idée. Les EI ont été interrompus lorsque la redondance des items a été obtenue. La méthode de triangulation a été utilisée pour construire la validité interne de l'étude grâce à un relecteur responsable d'un travail similaire dans une population différente. L'anonymisation des données a été garantie par les investigateurs à toutes les étapes du travail.

## 8. La déclaration à la CNIL

Le projet a été enregistré à la CNIL sous le n°1784567. Le comité de protection des personnes (CPP) a remis un avis favorable et a qualifié l'étude de non interventionnelle.

## IV. RÉSULTATS

### 1. Description de l'échantillon

L'échantillon se composait de neuf médecins, de 27 à 62 ans, travaillant dans les différents pôles d'exercice hospitalier. Parmi les spécialités médicales et chirurgicales représentées, 4 étaient spécialistes non généralistes, 4 spécialistes généralistes et 1 non soignant.

Tableau I : Caractéristiques de l'échantillon selon l'ordre chronologique des interviews

	Genre	Tranche d'âge	Statut hospitalier	Année de début d'exercice	Pôle d'exercice	Nombre de gardes mensuelles	Exercice secteur privé	Durée entretien en minutes
<b>M1</b>	F	46/55	PH Chef de service	1990	Médecine	0	Non	8'44
<b>M2</b>	F	56/65	PH Chef de service	1985	Médecine	2 (astreintes)	Non	21'33
<b>M3</b>	M	25/35	PH Contractuel	2013	Médecine	3 (astreintes)	Non	15'38
<b>M4</b>	M	56/65	PH	1988	Chirurgie	4	Non	12'08
<b>M5</b>	M	56/65	PH	1985	Chirurgie	5	Non	22'15
<b>M6</b>	F	25/35	Praticien attaché contractuel	2015	Médecine	0	Oui	10'08
<b>M7</b>	M	36/45	Médecin vacataire	2004	Urgence	2	Oui	10'07
<b>M8</b>	M	36/45	PH	2000	Non soignant	0	Non	7'57
<b>M9</b>	F	25/35	PH Contractuel	2014	Médecine	2 (astreintes)	Non	10'15

### 2. Description des entretiens

Les entretiens ont été réalisés entre janvier et juillet 2015, sur les CHG d'Armentières, de Denain, de La Bassée, de Lens, et de Tourcoing. Leur durée moyenne était de 13 minutes. Un seul a été interrompu à plusieurs reprises, mais a

pu être mené à terme.

### 3. Analyse thématique des entretiens

À partir de la grille de codage, chaque unité minimale de sens a été attribuée à un grand thème. L'analyse était ensuite rédigée selon les différents thèmes explorés, pour en faciliter la lecture.

#### 3.1 Exemples de PdS

L'objet de l'étude n'était pas de recueillir des données médicales, mais certains interviewés ont jugé utile d'illustrer leurs propos.

##### 3.1.1. Pathologie aiguë

Les pathologies infectieuses intercurrentes étaient fréquemment citées comme problème aigu. Elles étaient banalisées. Les lésions traumatologiques étaient aussi évoquées par plusieurs médecins.

*M2: «ce que j'ai envie d'appeler les petits bobos du quotidien. Les gripes, les bronchites et toutes ces choses là»*

##### 3.1.2. Pathologie chronique

Certains interviewés présentaient des pathologies chroniques parmi les plus fréquentes en population générale. Les addictions faisaient partie des exemples cités. Elles sont fréquentes dans la population d'étude.

*M5: «Je fais à mon avis du diabète, j'ai une glycémie qui est de plus de 1.40. A jeun, facile»*

*M5: «Si je te montre ma hernie, tu tombes dans les pommes»*

*M8: «J'ai croisé dans ma carrière [...] un confrère avec des problèmes d'addictologie, le plus fréquent on ne va pas le cacher. Et bien, il a continué à travailler pendant des années»*

##### 3.1.3. Cas de la grossesse

La grossesse n'était pas considérée comme un PdS. Plusieurs médecins femmes

n'étaient pas éligibles à une inclusion car elles ne considéraient pas leur grossesse comme un PdS.

*M1: «ce n'est pas un problème de santé, c'est physiologique ! (rires)»*

### 3.2 Parcours de soins

#### 3.2.1. Prendre soi-même en charge sa santé

##### 3.2.1.1. Simplicité pour tout médecin, hospitalier ou non

Le statut de médecin était synonyme de simplification dans la démarche de soins. Il facilitait l'accès aux médicaments. Il faisait gagner surtout du temps. Cet avantage n'était pas exclusif aux hospitaliers. La pratique au sein du cercle familial était la norme, en particulier si le conjoint était aussi médecin.

*M1: «je dois passer par un médecin... non ! Autant que ce soit moi. [...] c'est vachement plus simple!»*

*M4: «accéder rapidement, au téléphone,[...] avoir un confrère tout de suite sous la main. Spécialiste»*

*M1: «mon mari est [...] beaucoup plus balèze que moi en antibiothérapie enfin voilà, on se dit on va prendre ça...»*

##### 3.2.1.2. L'autoprescription décomplexée

Les interrogés pratiquaient tous l'autoprescription médicamenteuse, surtout pour les PdS jugés anodins. Les traitements chroniques étaient renouvelés, mais pas initiés. Le recours à l'ordonnance n'était pas toujours nécessaire, la pharmacie du service permettait de se dépanner. Les examens complémentaires en dehors de la biologie n'étaient pas autoprescrits.

*M2: «je suis en autoprescription permanente (sourire)» et «quand j'ai réellement besoin d'un examen complémentaire, bah je vais voir le collègue compétent»*

##### 3.2.1.3. Seul, dans un premier temps

L'autodiagnostic semblait être un réflexe. C'est naturellement que les médecins s'interrogeaient sur leurs symptômes. Cette première étape était source de retard diagnostic. Ils préféraient minimiser la portée du PdS. La justification passait d'abord par un manque de temps.

*M7: «J'essaye d'abord de comprendre ce qui m'arrive. C'est-à-dire que je m'auto*

*examine, parfois même devant la glace ! Et je tente un diagnostic»*

*M3: «je me suis longtemps convaincu que ça allait bien, et que je pouvais gérer moi-même ce petit souci»*

#### 3.2.1.4. Peur du diagnostic

C'était par crainte du diagnostic que certains refusaient de consulter. Le déni de la pathologie était fréquent. Un médecin se pensait en sursis, tant qu'il pouvait continuer son activité.

*M3: «lorsque je ne veux pas avoir un problème, je me convainc de ne pas avoir ce problème»*

*M5: «malade [...] en tant que médecin, tu ne l'admet pas. Je pense que je le suis, mais je refuse de l'être»*

#### 3.2.1.5. Synonyme de mauvaise PeC

La majorité avait une mauvaise opinion de leur auto-PeC. Ils admettaient un manque de sérieux, et une perte de chance. Le retard diagnostic était fréquent, et la prise de conscience de la gravité tardive. La volonté de mieux faire était tout de même retrouvée.

*M7: «Parce que si j'en suis là aujourd'hui, c'est par ce que j'ai négligé la rééducation des premiers épisodes»*

*M2: «Je ne peux pas dire que je ne fais rien, mais disons qu'il y a sûrement beaucoup plus de choses à faire»*

#### 3.2.1.6. Se prendre en charge mais avec des réserves

Les interviewés admettaient qu'une limite s'imposait à eux dans l'auto-PeC, lorsqu'ils se sentaient dépassés, en danger ou dans l'urgence. L'un d'eux refusait d'effectuer les démarches administratives en son nom.

*M4: «j'ai besoin de dire «bon écoute à un moment ou un autre il faut passer la main», et je le fais rarement»*

*M2: «je ne me suis pas fait moi-même mon propre arrêt de travail. J'ai refusé d'aller jusque-là quand même»*

### 3.2.2. Externaliser sa PeC

La jeune génération favorisait l'externalisation de la PeC. Elle semblait se considérer plus vulnérable. Cette objectivité participait à améliorer la PeC, qu'ils jugeait bonne.

#### 3.2.2.1. Choix d'un MT surtout pour raison administrative

Chaque interviewé invoquait l'obligation de déclaration par la CPAM. La proximité géographique ou les liens amicaux orientaient ce choix. Les auto-déclarations étaient rares et la facilité justifiait ce choix.

*M7: «C'est la sécurité sociale qui nous l'impose, médecin ou pas médecin. Tant mieux si il gagne cinq euros par an grâce à moi!»*

*M3: «j'ai appris par hasard que j'avais un MT déclaré, qui a été déclaré par mes parents lorsque j'avais 16 ans !»*

#### 3.2.2.2. Le MT reste le centralisateur et référent

Il était celui qui propose la meilleure PeC. Elle était plus efficiente dans l'ensemble. Ses propositions et prescriptions étaient respectées. Avoir un dossier médical à jour était indispensable pour une interviewée.

*M8: «mon médecin s'en charge très bien. Enfin, il a l'air de plutôt bien le faire !»*

*M9: «je n'aime pas cette idée d'avoir un dossier éparpillé à tout vent»*

#### 3.2.2.3. MT rarement consulté

Certains médecins le rencontraient peu, car rarement malades mais surtout par contrainte de temps. Un médecin considérait n'en tirer aucun bénéfice.

*M1: «Je ne connais pas de MT (dubitatif), et surtout je ne vais pas aller en voir (sourire)»*

#### 3.2.2.4. Externaliser de manière informelle

Les consultations de couloir ou avis entre amis étaient la règle. C'était une manière d'avoir plus d'ouverture, sans passer par le MT. Trouver un rendez-vous chez un confrère spécialiste relevait parfois du parcours du combattant.

*M9: «on demande toujours à l'un ou à l'autre, à ceux que tu connais, au spécialiste*

*que tu connais, et qui te prescrit le machin»*

#### 3.2.2.5. Difficile PeC d'un confrère

Faire confiance et s'en remettre à un confrère n'était pas simple. Le médecin soigné souhaitait souvent contrôler la PeC. Un praticien faisait l'effort de mettre de côté ses connaissances, en avouant son niveau élevé d'exigence dans le soin. Un autre se disait gêné pour son collègue et ami, en cas d'annonce d'une mauvaise nouvelle.

*M5: «celui qui reçoit la demande te dit oui, parce que tu es son copain, et puis il a peur aussi, surtout [...] de tout dire...»*

#### 3.2.2.6. Suivi

Les comportements vis à vis du suivi étaient très différents, depuis la planification complète jusqu'à la négligence lucide de la PeC, fréquente. D'autres trouvaient inutile de suivre leur PdS.

*M2: «comme j'ai épuisé mon cardiologue, je n'en ai pas repris»*

### 3.3 Le statut d'hospitalier vis à vis de sa santé

#### 3.3.1. Influence la PeC

##### 3.1.1.1. Facilitateur dans la consommation de soins

L'hôpital pouvait encourager les comportements critiquables, comme se servir dans la pharmacie, prendre des conseils informels, ou contourner le parcours de soin.

*M3: «c'est un avantage en terme de disponibilité, et de facilité, mais ça facilite l'automédication»*

##### 3.1.1.2. Problème du secret médical entre collègues

L'accès facile au dossier médical archivé ou informatisé était un frein à la consultation intra hospitalière. Presque tous craignaient la rupture du secret. La PeC sur un site extérieur était souvent préférée.

*M2: «le secret médical est partagé, mais bon, on se rend très vite compte dans un CHG qu'il y a beaucoup de gens qui partagent !»*

### 3.1.1.3. Peur d'être jugé par ses confrères

Une médecin souhaitait ne pas voir son absence pour raison de santé qualifiée de non professionnelle.

*M6: «il faudrait [...] ne pas cataloguer les personnes, [...] qui se prennent en charge»*

### 3.1.2. Mode de travail pouvant impacter la santé

#### 3.1.2.1. Charge de travail importante

À l'unanimité, la quantité de travail était élevée. Le rythme imposé réduisait les absences pour cause de PdS, et impactait la santé. La carrière engageait des sacrifices personnels importants. Le terme de *burn-out* n'était employé que par un seul praticien. La jeune génération était qualifiée de moins assidue par les plus âgés.

*M5: «il faut être sur le terrain sans arrêt [...] tu verras, je vais être complètement amorphe»* et *«dans le service, tous les médecins sont divorcés. Ça traduit quand même un mal-être dans notre profession»*

#### 3.1.2.2. Travail en équipe

En cas d'absence d'un membre de l'équipe médicale, la charge de travail pouvait être absorbée par les confrères, à défaut de son remplacement. Ce n'était pas souhaité voire craint par la majorité, en invoquant des dysfonctions de service. Pour quelques médecins, le confort des praticiens primait sur celui des patients, et l'absence de clientélisme à l'hôpital facilitait la gestion de ces sous-effectifs.

*M9: «tu es tellement à l'ouest, que tu ne fais pas bien ton boulot, et on est obligé de repasser derrière»*

*M3: «c'est pas tant envers mes patients, puisque à l'hôpital, on travaille en équipe, c'est parce que je ne veux pas reporter la charge de mon travail sur mes collègues»*

#### 3.1.2.3. Avec des contraintes hiérarchiques et administratives

Plusieurs avaient une rancœur envers la direction du CHG, à propos d'une discordance entre la pratique du terrain et les exigences financières. Un autre disait avoir peur de devoir quitter son poste, en évoquant le licenciement.

*M2: «l'hôpital c'est pas toujours une aide. Je pense qu'il a l'impression que les médecins sont inusables»*

M5: «*toute ta vie que tu t'es forcé à travailler, du jour au lendemain on te le supprime.[...] merde, ils m'ont foutu dehors*»

### 3.1.3. Avoir un service de santé au travail (SST)

#### 3.1.3.1. Trop rarement consulté et à l'initiative du praticien

La plupart n'avait jamais été reçu au SST, et ne connaissait pas son rôle. Un médecin s'y rendait uniquement pour les vaccins.

M8: «*qui décide de l'aptitude à reprendre le travail ? Jusque-là, ça a plutôt été moi le seul juge de ça.*»

#### 3.1.3.2. Possible déclaration d'inaptitude angoissante

Un enquêté révélait avoir peur d'être déclaré inapte. Il évoquait aussi un possible reclassement professionnel avec un arrêt de la pratique clinique.

M5: «*j'ai pris rendez-vous de chez moi [...] et puis, brutalement j'ai eu peur. J'ai annulé*» et «*Tu ne sais pas vraiment, ce qu'ils ont comme fonction, jusqu'où ils peuvent aller, imagine, qu'ils fassent un papier qui m'interdise de bosser*»

### 3.1.4. Protection sociale du salariée

#### 3.1.4.1. Mal connue mais jugée confortable

Ceux qui n'y avaient pas eu recours, ne connaissaient pas les termes de la convention collective dont ils relevaient. Le salariat était un confort au quotidien. Par rapport à l'exercice libéral, la couverture financière était jugée supérieure, notamment pour la retraite.

M5: «*il paraît que pendant un mois on est payé, je ne suis même pas au courant de tout ça*»

M8: «*je suppose que dans un cabinet, ou dans le privé, je perdrais plus de sous*»

#### 3.1.4.2. Arrêt de travail

Plusieurs n'avaient jamais pris d'arrêt de travail, et certains ne l'acceptait qu'en cas d'absolue nécessité. Il devenait synonyme de pathologie lourde et invalidante. Il devait être le plus court possible, et les reprises anticipées étaient fréquentes, au motif de la priorité pour le patient ou pour la formation. La négociation était moins

fréquente si le prescripteur était le MT. L'abnégation au travail était unanimement retrouvée.

M7: «de toute façon, je ne me vois pas en arrêt de travail. J'en ai jamais pris»

M6: «j'aurais [...] du mal à accepter, que ce que j'ai nécessite un arrêt de travail»

M1: «même avec 40°C de température, moi je viens»

M2: «les patients ont toujours primé sur autre chose, et je préfère annuler mon propre rendez-vous que d'annuler le rendez-vous de l'autre coté»

### 3.2 Améliorations proposées

Tous considéraient que la situation pouvait être améliorée. Les propositions d'amélioration se limitaient à une ou deux par interviewé.

#### 3.2.1. Externalisation de la PeC au travail

##### 3.2.1.1. SST

L'optimisation du SST semblait être une priorité. La convocation régulière et systématique était réclamée par plusieurs médecins. Elle ne devait pas être à l'initiative du praticien. Son caractère obligatoire était un plus.

M3: «ça serait mettre l'accent sur l'obligation de visite médicale pour tous médecins hospitaliers»

M5: «on devrait faire tu sais comme quand on prend la voiture des petits vieux, nous convoquer systématiquement et obligatoirement tous les ans»

Ce service devait être adaptatif et réflexif. Le médecin du travail était invité à d'avantage se projeter dans les conditions d'exercice du praticien.

M5: «le système doit être assez malléable.[...] en tant que médecin du travail, je suis pas persuadé que tu peux gérer ce genre de choses. Tu n'es pas acteur. [...] tu vas dire, je suis un bon médecin du travail, c'est comme ça et puis pas autrement. Et c'est là, la difficulté»

Des conditions de santé minimales requises pour exercer étaient évoquées, sous la forme d'une liste de critères. L'application d'une telle proposition semblait compliquée.

M8: «peut-être qu'avoir un cahier des charges bien précis pour définir les capacités

*physiques minimales requises pour faire le travail en sécurité. Et aussi, psychologiques peut-être pour d'autres. La question est de savoir qui peut se permettre de rédiger ça, et qui pourra l'appliquer»*

### 3.2.1.2. Service de médecine générale

Des consultations régulières dans une structure itinérante étaient proposées. Leur caractère obligatoire était aussi un plus.

*M7: «si il y avait un service de médecine générale, genre camion scolaire qui se déplace, et qui viendrait faire un check-up régulièrement, ça pourrait être pas mal. [...] l'idée c'est d'avoir un suivi régulier proposé voire imposé»*

### 3.2.2. Renforcement de la protection sociale

#### 3.2.2.1. Soulager la charge de travail

La quantité de travail était vécue comme un obstacle à l'épanouissement personnel et à la PeC des médecins. Les absences non remplacées constituaient une charge de travail supplémentaire. Pourvoir tous les postes et engager des remplaçants ou vacataires pouvait participer à diminuer cette charge de travail pesante.

*M7: «déjà, la charge de travail pourrait être un peu allégée. Ça permettrait de prendre du temps pour soi. Pour soi, et pour sa santé»*

*M2: «ils ne trouvent pas pour vous remplacer. Impossible de se faire dépanner.[...] Mais les patients sont là !»*

#### 3.2.2.2. Améliorer la couverture sociale

Un interviewé notait que la protection sociale des praticiens contractuels n'était pas équivalente à celle des titulaires.

*M3: «je sais que la protection sociale des contractuels est moins bonne [...] il faudrait axer, uniformiser la PeC des contractuels sur celle des titulaires»*

Un autre utilisait l'humour pour demander du temps supplémentaire pour sa PeC.

*M7: «remplacer les journées enfants malades par journée médecin malade!»*

### 3.2.3. Maintien voire augmentation de la rémunération

#### 3.2.3.1. Via des assurances personnelles

La souscription d'une assurance complémentaire était indispensable au regard d'un médecin. Il soulignait le cas de l'arrêt de travail prolongé.

*M1: «Et franchement, si on a pas assurance, on est mal!»*

#### 3.2.3.2. Compensation du temps de travail

En cas d'absence d'un confrère, un médecin souhaitait être récompensé pour l'augmentation de sa charge de travail. Cette compensation pouvait être en espèces ou en temps additionnel.

*M4: «ça fait donc une journée, soit il la récupère, soit il se la fait payer. [...] plus dans l'intérêt de mes confrères que des gens»*

## V. DISCUSSION

### 1. Validité interne et portée des résultats

#### 1.1 Forces du projet

##### 1.1.1 Échantillonnage en variation maximale

Le panel d'interviewés correspondait à la diversité des variables identifiées en amont du travail, susceptibles d'influencer les résultats (cf Tableau 1). Les CHG étaient répartis géographiquement dans la région.

##### 1.1.2 Fiabilité et validité du codage

L'analyse thématique a été réalisée une seconde fois par l'investigateur. Ce recodage initial était fait environ 15 jours après le premier. Puis un chercheur extérieur à la recherche a effectué le codage en double. Cette étape a permis de stabiliser la grille de codage. La triangulation a permis de renforcer la validité de l'analyse thématique et ainsi limiter le biais d'interprétation. Afin d'évaluer cette triangulation, la fiabilité inter-juges a été bonne, calculée à 71,6% d'après la formule proposée par Huberman et Miles (10), dont les références d'excellence exigent une fiabilité initiale supérieure à 70%.

##### 1.1.3 Saturation des données

Il était attendu une dizaine d'EI. Aucune nouvelle donnée n'a été retrouvée à partir du neuvième EI. Conformément aux standards d'une étude qualitative, l'analyse avait atteint le seuil de saturation.

#### 1.2 Limites de l'étude

##### 1.2.1 Critique du mode de recrutement et taille de l'échantillon

Le recrutement par effet boule de neige n'a fonctionné que pour la moitié des EI. Les interrogés qui étaient des connaissances du co-investigateur, ont pu accepter l'EI

pour le satisfaire. Le nombre faible de participants (neuf) laissait à penser que l'échantillonnage aurait pu être plus large mais le seuil de saturation était atteint.

### 1.2.2 Les biais

#### 1.2.2.1 Biais internes difficilement contrôlables

L'intimité des questions sur la santé aurait pu provoquer une réticence de l'interrogé à se confier. Le jeune âge dans la profession du co-investigateur a pu induire un décalage avec les préoccupations de ses futurs pairs.

#### 1.2.2.2 Biais d'investigation

La qualité de novice du co-investigateur, pour la passation d'EI et le codage, a pu niveler la richesse du discours. Le suivi de la grille d'EI tout en notant les expressions non verbales n'a pas été optimum au début de la recherche, malgré les bêta-tests. Certaines questions fermées étaient spontanément formulées, et ne profitaient pas à l'analyse. La durée moyenne des entretiens a été inférieure à celle attendue *a priori*.

## 2. Validité externe et comparaison à la littérature

### 2.1 Les PdS rencontrés

#### 2.1.1 Peu de PdS relevant de la psychiatrie

Malgré une prévalence plus élevée des troubles relevant de la psychiatrie dans le corps médical (3), un seul médecin évoquait la thématique du *burn-out* et un autre l'addiction. Les idées noires et idées suicidaires n'étaient pas mentionnées, peut être par pudeur ou sentiment de honte.

#### 2.1.2 La grossesse n'était pas un PdS

Plusieurs médecins femmes sollicitées n'ont pas eu d'autre suivi médical régulier que pour leur grossesse. Elles ne considéraient pas la maternité comme un PdS. La grossesse est très encadrée par la CPAM, avec des consultations obligatoires et des bilans paracliniques systématiques. Ce caractère astreignant s'adressant à toutes les futures mères, médecin ou pas, a pu participer à pondérer le caractère médical de la PeC. Le risque maternité est très bien couvert par l'assurance maladie, en particulier lors du salariat à l'hôpital. Aucun travail ne compare le vécu de la maternité sous

l'angle de la protection socioprofessionnelle du praticien salarié face au praticien libéral.

## 2.2 Les écueils de l'auto-PeC

### 2.2.1 Être son propre médecin traitant

La CPAM et le code de santé publique autorisent qu'un médecin actif puisse être son MT, c'est soutenu par le CNOM (11). Au delà des considérations économiques, c'est éthiquement et médicalement discutable, mais bien ancré dans la culture médicale française. Cela prive le médecin-patient de l'objectivité essentielle à une démarche clinique de qualité (12).

L'article 70 du code de déontologie médicale du Québec demande lui aux médecins de s'abstenir de se traiter eux mêmes.

### 2.2.2 L'autoprescription

Se faire sa propre ordonnance est légal, et les soins sont remboursés. Cette facilité d'accès aux médicaments a été critiquée par le CNOM (4). Les raisons pratiques étaient surtout mises en avant. Les médicaments les plus autoprescrits en Norvège ont été les antibiotiques, les contraceptifs, les antalgiques et les hypnotiques (13). Le risque de pharmacodépendance est grand. L'auto-médication était plus facile que la consultation.

### 2.2.3 Éviter la confrontation avec la maladie

S'entendre dire qu'il était malade n'était pas facile pour le médecin. Il n'a pas été préparé à ce brutal changement de rôle. Il a dû abandonner son sentiment de toute puissance et d'invulnérabilité. Le médecin est un héros qui n'a pas le droit d'être fatigué (14). Ses connaissances médicales l'ont empêché de livrer toute sa confiance à un confrère, et le déni des symptômes a été une échappatoire.

## 2.3 La Pec externalisée

### 2.3.1 Le médecin traitant idéal pour la PeC de ses confrères

La question de comment savoir vers qui se tourner était fréquente. Dans une étude qualitative normande, les attentes des médecins en quête d'un MT ont été les

mêmes que tout autre patient en termes de disponibilité, de proximité, de compétences, de respect du secret et d'humilité (15). Le médecin-patient a souhaité être reconnu en tant que patient normal. Et le médecin-soignant a du surmonter ses angoisses de performances.

### 2.3.2 Le recours à l'avis spécialisé

Il intervenait majoritairement dans un second temps, après échec d'une auto-gestion du PdS. Au travers d'une thèse qualitative francilienne sur le médecin devenu patient, le médecin-malade a considéré qu'il ne fallait pas cacher son métier au médecin-soignant (16). C'est une confirmation diagnostique qui a été recherchée le plus souvent lors de la consultation d'un confrère spécialiste (17).

### 2.3.3 Consultation de couloir, faute de mieux

L'avis informel était fréquemment mentionné pour sa rapidité. La tentation, pour celui qui côtoie de nombreux confrères spécialistes, de les interpeller pour un avis succinct était grande. Les informations délivrées issues d'autodiagnostic et de symptômes subjectifs, ainsi que l'absence d'examen clinique ont pu induire en erreur le consultant de couloir (15).

## 2.4 La jeune génération était plus concernée par sa santé

Les interviewés diplômés depuis quelques années seulement semblaient plus soucieux de leur santé. Leur jeune âge pouvait être synonyme de PdS moins fréquents. Ils insistaient sur le rôle central du MT référent. Pourtant, pendant les études leur comportement n'a pas été optimal. Des étudiants lillois en cinquième année de médecine ont modifié la manière de se soigner depuis l'entrée dans les études, et 65% ont eu recours à l'automédication (18). 30% des internes de médecine générale de Poitiers ont pensé que leur PeC était moins bonne depuis qu'ils sont internes. Ils consultaient rarement leur MT, mais leur attitude préventive était meilleure que dans la population générale (19).

## 2.5 Les particularités socioprofessionnelles du médecin hospitalier salarié

### 2.5.1 Le cas de l'arrêt maladie

Il était systématiquement évoqué dans les entretiens. Il constituait un symbole fort de la protection du salarié, qui représente 45,3% des médecins en activité du NPdC. Les praticiens hospitaliers à temps plein ou à temps partiel, les praticiens contractuels et les praticiens attachés bénéficient tous du régime général de la sécurité sociale et de la protection statutaire hospitalière (20). Les subtilités de certains congés exceptionnels évoquées par M3 concernent les médecins en contrat à durée déterminée. Les congés de maladie et congés de longue maladie permettent aux médecins hospitaliers en arrêt de percevoir leurs émoluments sans délai de carence. Les praticiens avec activité libérale sont moins bien indemnisés (25).

### 2.5.2 Un exercice nécessairement en équipe

L'exercice collaboratif n'était pas synonyme d'avantage pour tous. Le sentiment de solitude et d'isolement du praticien n'était pas rare, et le Dr Estryn-Behar en explique les risques dans l'étude SESMAT. Si la qualité du travail d'équipe n'a pas été au rendez vous, l'intention d'abandonner la profession a été plus fréquente (21).

### 2.5.3 Un comité médical pour juger de l'aptitude à exercer

Le législateur a prévu un contrôle des facultés à exercer pour les médecins hospitaliers. Un comité médical, placé auprès de chaque préfet, est chargé de donner un avis sur l'aptitude physique et mentale des praticiens. Il ne peut être saisi que par les directeurs de l'Agence régionale de santé, de l'établissement d'exercice ou du Centre national de gestion (22). Il n'était pas cité dans les entretiens.

### 2.5.4 Le service de santé au travail (SST) pour le médecin hospitalier

Le praticien hospitalier est un agent de la fonction publique hospitalière. Le code du travail et le code de la santé publique prévoient plusieurs examens médicaux obligatoires, comme le certificat d'aptitude par un médecin agréé, la visite médicale d'embauche ou les visites périodiques. Le SST peut être organisé sous la forme d'un service propre à l'établissement si il compte plus de 1500 agents, ou être commun à

plusieurs établissements. Son rôle est avant tout préventif. En pratique, ces visites au SST pour le personnel médical étaient souvent irrégulières et négligées de l'aveu de certains. Une mauvaise couverture vaccinale et une insuffisance de déclaration des accidents d'exposition au sang ont été retrouvés par V. Dieu au CHRU de Lille en 2001 (23). La proposition des interviewés de rendre obligatoires les visites au SST figure déjà dans la loi.

### 3. Deux thèses jumelles réalisées simultanément dans d'autres populations médicales

En appliquant la même méthodologie que le présent travail, R. Aboukais a interrogé des praticiens hospitaliers universitaires du CHRU de Lille (24). Le recours à l'auto-PeC a été similaire, avec les mêmes avantages et inconvénients cités. La PeC externalisée a été plus informelle par des consultations de couloir ou avis téléphoniques. Elle a été ici préférée directement au sein du centre hospitalier. La question du secret médical a aussi été soulevée, notamment vis à vis de la notoriété importante de certains professeurs. Les médecins se sont peu plaints de l'intensité du travail.

L. Machuelle a elle interrogé des médecins spécialistes généralistes libéraux de la région NPdC (25). Les auto-déclarations de MT ont été plus fréquentes. L'auto-PeC a été aussi la règle, avec une opinion surtout négative, voire même jugée dangereuse. L'externalisation a été envisagée lorsqu'un plateau technique était devenu nécessaire ou que la situation leur a échappé. Les améliorations envisagées ont été la création d'un SST pour les médecins libéraux, et un renforcement de la protection sociale par la CARMF.

### 4. Perspectives et implications méconnues des interrogés

#### 4.1 Exemples de modèles de PeC des médecins à l'étranger

##### 4.1.1 Programme d'Aide aux Médecins du Québec (PAMQ)

Pionnier dans le domaine de la santé des soignants, le PAMQ a été créé en 1990. Il propose une aide professionnelle, des consultations et un soutien aux médecins, résidents et étudiants en médecine. La confidentialité et la gratuité des soins en sont les principales caractéristiques. Les médecins sont eux mêmes à l'initiative de la démarche de soins.

#### 4.1.2 Programme Suivi Administratif du Collège des Médecins, Québec

Lorsqu'un médecin a un PdS susceptible de compromettre son aptitude à exercer, il peut contacter ce programme institutionnel. Il peut aussi y être adressé par un pair, un dirigeant d'établissement de santé ou un membre du collège des médecins du Québec. Ce suivi administratif protège le public en organisant le suivi médical et l'aptitude à exercer du praticien.

#### 4.1.3 Programme d'Aide aux Médecins Malades en Catalogne (PAIMM)

C'est un programme de traitement psychiatrique gratuit proposé aux médecins en activité, via la signature d'un contrat thérapeutique. Les consultants sont tous volontaires, et souffrent principalement de troubles de l'adaptation, troubles de l'humeur et de dépendances.

#### 4.1.4 Programme de Santé des Praticiens (PHP) de Londres

Ce programme londonien cible une clientèle de médecins et dentistes qui recherchent un circuit de PeC alternatif à celui du Service de Santé National, en mettant l'accent sur l'anonymat et le secret médical. Les PdS psychiatriques sont majoritaires.

### 4.2 Initiatives françaises aussi à destination des médecins hospitaliers

#### 4.2.1 Association pour la promotion des soins aux soignants

Elle a été créée en 2009, à l'initiative commune de l'Ordre des médecins, de la CARMF et de la fédération hospitalière de France. Elle vise à promouvoir toutes les actions de prévention en matière de pathologie psychique et sociale chez les médecins. La création de centres de soins spécifiques dédiés aux soignants se fait attendre. Il n'existe pas de telle structure dans le NPdC.

#### 4.2.2 Prévention par un organisme d'assurance spécialisée pour les professionnels de la santé

Le Groupe Pasteur Mutualité a mis en place pour ses adhérents des consultations de prévention et d'évaluation, assurées par des médecins spécialement formés (26).

Elles doivent permettre aux soignants de prendre conscience de l'épuisement professionnel qui les menace, dite souffrance du soignant. L'action ne cible que l'épuisement professionnel.

#### 4.2.3 Améliorer la formation des soignants de médecins

L'université Paris 7 Diderot a mis en place un diplôme inter-universitaire à destination des médecins intitulé « Soigner les soignants » (27). Le Pr E. Galam en est le responsable. Il est un pionnier français de ces questions du médecin-patient. Une meilleure formation pour prendre en charge ce patient particulier a été réclamée par un interviewé dans l'étude de R. Aboukais (24).

## VI. CONCLUSION

Ce projet a permis de dessiner un profil type du médecin confronté à un PdS. Au début, il essayait souvent de se prendre lui-même en charge. Il respectait peu le parcours de soins coordonnés. Son médecin traitant était administrativement déclaré mais peu consulté, sauf pour la jeune génération, plus rigoureuse envers sa santé. L'exercice hospitalier facilitait ces comportements de PeC auto-administrée et les consultations informelles. Son statut de salarié était jugé confortable, mais mal connu. La charge de travail soutenue sous les pressions hiérarchiques, entravait son bien-être, sa santé et sa PeC. Les améliorations proposées étaient de renforcer la protection sociale voire augmenter les émoluments du médecin hospitalier. Le SST était trop rarement consulté. Son optimisation était réclamée.

Le travail a permis d'appréhender un peu mieux la question de la PeC d'un médecin confronté à un PdS. Il complète les nombreux travaux ciblant les médecins spécialistes généralistes en exercice libéral. Son originalité tient au fait que la population d'étude a été exclusivement représentée de médecins salariés des hôpitaux généraux.

La création récente d'un groupe de travail européen impliqué dans la santé des médecins témoigne de la prise de conscience d'agir pour la PeC de la santé du corps médical. L'Association Européenne pour la Santé des Médecins (EAPH) publie régulièrement, et centralise les actions au niveau national.

Les réponses à la question de recherche du projet ne permettent pas de généraliser, mais constituent un support de travail pour élargir par une analyse quantitative cette fois, l'étude du comportement des médecins hospitaliers envers leur santé.

« Le médecin malade est un malade, le soignant d'un médecin est un soignant. »

E.Galam.

## VII. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Perez S. Histoire des médecins. EDI8; 2015. 459 p.
2. Conseil national de l'Ordre des médecins. Atlas de la Démographie Médicale [Internet]. 2014 [cité 5 juin 2015]. Disponible sur: [http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_2014.pdf](http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf)
3. Field R, Haslam D. Do you have your own doctor, doctor? Tackling barriers to health care. Br J Gen Pract. 1 juill 2008;58(552):462-4.
4. Leriche B, et al. Le médecin malade. Rapport de la commission nationale permanent du CNOM [Internet]. 2008 [cité 4 juin 2015] Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/lemedecinmalade.pdf>
5. Despres P, et al. Santé physique et psychique des médecins généralistes [Internet]. 2010 [cité 3 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er731.pdf>
6. Encyclopédie de L'Agora | Le médecin malade [Internet] [cité 4 juin 2015]. Disponible sur: [http://agora.qc.ca/documents/medecin-le\\_medecin\\_malade\\_par\\_maurice\\_thibault](http://agora.qc.ca/documents/medecin-le_medecin_malade_par_maurice_thibault)
7. Guille C, Sen S. Prescription Drug Use and Self-prescription Among Training Physicians. Arch Intern Med. 27 févr 2012;172(4):371-2.
8. Labeille G. Etude de l'autoprescription médicamenteuse chez les médecins généralistes de Rhône-Alpes [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2013.
9. Consommation de substances, stress et santé des médecins des hôpitaux universitaires de Genève [Internet]. [cité 4 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.unige.ch/cyberdocuments/theses2002/TorglerJ/these.html>
10. Miles MB, Huberman AM. Analyse des données qualitatives. De Boeck Supérieur; 2003. 626 p.
11. Questions-réponses sur le médecin traitant | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 3 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/questions-reponses-sur-le-medecin-traitant-921#8>
12. Richer S. Le médecin de famille devrait-il se traiter lui-même ou non? NON. Can Fam Physician. 8 janv 2009;55(8):784-5.
13. Hem E, et al. Self-prescribing among young Norwegian doctors: a nine-year follow-up study of a nationwide sample. BMC Med. 21 oct 2005;3:16.
14. Comment les docteurs se soignent. IMPACT Med. 7 mars 2003;(29):26-33.

15. Gontharet M. Définition du médecin traitant idéal pour la prise en charge de ses confrères [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen; 2013.
16. Bonneaudeau S. Le médecin malade: un patient comme les autres ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2011.
17. Fox F, et al. What happens when doctors are patients? Qualitative study of GPs. *Br J Gen Pract.* 1 nov 2009;59(568):811-8.
18. Huynh P. Évaluation de la santé, des addictions (alcool, tabac, drogues, médicaments) et du comportement sexuel de la population de MED-3 du Nord-Pas-de-Calais en septembre 2013 [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2014.
19. Ridet O. Comment les internes en médecine générale prennent-ils en charge leur propre santé ? : enquête menée auprès des internes en médecine générale de la faculté de Poitiers [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2013.
20. Code de la santé publique - Article R6152-35. Code de la santé publique.
21. Estryn-Behar, Comment des médecins hospitaliers apprécient leurs conditions de travail ; *Revue française des affaires sociales*, 2010(4), 96
22. Code de la santé publique - Article R6152-36. Code de la santé publique.
23. Dieu V, Leroyer A, Sobaszek A. Suivi du corps médical par le service de médecine du travail du personnel hospitalier au centre hospitalier régional universitaire de Lille. Évaluation des besoins en matière de prévention des risques professionnels. *Arch Mal Prof Environ.* sept 2008;69(4):533-40.
24. 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 d'exercice] Université Droit et Santé Lille 2; 2015.
25. Machuelle L. Comment les médecins généralistes du Nord-Pas-De-Calais prennent-ils en charge leurs problèmes de santé ? [Thèse d'exercice] Université Droit et Santé Lille 2; 2015.
26. La souffrance du soignant - Accueil [Internet]. [cité 27 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.souffrancedusoignant.fr/>
27. Soigner les soignants : spécificités et ressources - Faculté UFR de médecine Paris 7 Diderot [Internet]. [cité 25 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.medecine.univ-paris-diderot.fr/index.php/formation-continue/du-di/>

## VIII. ANNEXES

### Annexe 1 : Grille d'entretien individuel

Présentation du sujet aux interviewés : pour mon travail de thèse d'exercice de médecine générale, je cherche à comprendre comment les médecins hospitaliers exerçant en CH généraux se soignent quand ils sont malades ? La confidentialité des échanges et l'anonymisation des données tout au long de l'étude sont garantis.

Interview :

**(1)** Pouvez vous, sans entrer dans les détails médicaux, partager une situation survenue pendant votre carrière hospitalière, où vous avez dû gérer le fait d'avoir un problème de santé, quel qu'il soit ? C'est bien la manière dont vous avez géré la situation qui m'intéresse, en aucun cas les données médicales.

**(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 :*

*Que faites vous en pratique ?*

*ou Comment cela se passe en pratique ?*

*En particulier pratiquez-vous l'autodiagnostic ? l'autoprescription de médicaments ? d'examens ? consentez-vous à un arrêt de travail si besoin ?*

**(3)** Depuis 2004, tous les assurés sont sensés avoir déclaré un médecin traitant Et vous qu'en est-il ?

*Relances :*

*Pourquoi ? (quelle qu'en soit la réponse)*

*Le consultez vous en cas de problème de santé ? ou d'autres confrères ? lesquels ?*

*spécialistes ou généralistes ? Parmi votre carnet d'adresse de correspondants habituels? dans quelles situations ? (si vous n'en consultez pas pourquoi ?)*

**(4)** En quoi le fait d'être médecin hospitalier a pu à votre avis, modifier votre prise en charge lors de votre (ou vos) problème(s) de santé ?

*Relances :*

*positivement ou négativement ?, par vos conditions d'exercice ?*

*Est ce que la protection sociale dont vous bénéficiez en tant qu'hospitalier à joué un rôle dans votre prise en charge ?*

**(5)** Quelles sont les difficultés particulières à gérer, et 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)

et qu'attendriez vous de ces améliorations ?

**(7)** Et si c'était à refaire (referiez vous la même chose )?

*(concernant la 1ere situation dont vous nous avez parlé ?ou les autres ? )*

## Annexe 2 : Questionnaire de recueil de données épidémiologiques

### AUCUNE REPONSE N'EST OBLIGATOIRE

*Genre* : M / F

*Tranche d'âge* : 25/35 – 36/45 – 46/55 – 56/65 – > 66 ans

*Situation familiale* : seul – en couple – nombres d'enfants :

*Distance domicile-lieu d'exercice en km* :

*Année de début d'exercice* :

*Échelon hospitalier* :

*Fonctions électives* :

*Enseignement* : oui - non

*Pôle d'exercice* : Médecine

Chirurgie / Obstétrique

Urgence

Laboratoire

Personnel non soignant

*Participation à un tour d'astreinte* : oui / non

Nombre d'astreintes /mois

*Participation à un tour de garde* : oui / non

Nombre de gardes /mois

*Observation du repos de sécurité* : systématique / parfois / jamais

*Exercice en secteur privé* :

**AUTEUR : Nom : BOUCHE Prénom : Charles**

**Date de Soutenance : 22 octobre 2015**

**Titre de la Thèse : Comment se prennent en charge les médecins lorsqu'ils sont eux mêmes confrontés à un problème de santé ?**

**Étude au sein des centres hospitaliers généraux du Nord-Pas-de-Calais**

**Thèse - Médecine - Lille 2015**

**Cadre de classement : Médecine générale**

**DES + spécialité : Médecine générale**

**Mots-clés : qualitative, santé, personnels des hôpitaux, médecins hospitaliers, continuité des soins, prise en charge, automédication**

**Résumé :**

**Contexte:** La question de la prise en charge (PeC) de la santé des soignants est un sujet de santé publique d'actualité. Les études françaises s'intéressent surtout aux médecins généralistes en exercice libéral. Comment se prennent en charge les médecins exerçant dans un centre hospitalier général du Nord-Pas-de-Calais, lorsqu'ils sont confrontés à un problème de santé ?

**Méthode:** Neuf entretiens individuels semi-directifs ont permis un recueil de données qualitatives. L'échantillonnage était à variation maximale. L'analyse thématique a été réalisée sur Nvivo 10.

**Résultats:** Cette étude a permis de dessiner un profil type du médecin malade. Au début, il essayait souvent de se prendre lui même en charge. Il respectait peu le parcours de soins coordonnés. Son médecin traitant était administrativement déclaré mais peu consulté, sauf pour la jeune génération, plus rigoureuse envers sa santé. L'exercice hospitalier facilitait ces comportements de PeC auto-administrée et les consultations informelles. Son statut de salarié était jugé confortable, mais mal connu. La charge de travail soutenue sous les pressions hiérarchiques, entravait son bien-être, sa santé et sa PeC. Les améliorations proposées étaient de renforcer la protection sociale voire augmenter les émoluments du médecin hospitalier. Le service de santé au travail était trop rarement consulté. Son optimisation était réclamée.

**Conclusion :** La gestion des problèmes de santé d'un médecin hospitalier n'est pas au niveau de celle qu'il proposerait à son patient.

**Composition du Jury :**

**Président : Pr Dominique LACROIX**

**Assesseurs : Pr Paul FRIMAT,**

**Dr Matthieu CALAFIORE,**

**Pr Jean Marc LEFEBVRE (Directeur de thèse)**