



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

Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Comment les médecins spécialistes du CHRU de Lille se prennent  
en charge lorsqu'ils sont eux-mêmes confrontés à un problème de  
santé ?**

Présentée et soutenue publiquement le 22 octobre 2015 à 13h30

au Pôle Recherche

**Par Rami ABOU KAIS**

---

**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

AINS	Anti-inflammatoire non stéroïdien
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
BMA	British Medical Association
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CNP	Commission Nationale Permanente
CPP	Comité de Protection des Personnes
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
MC-PH	Maître de Conférences Praticien Hospitalier
MED3	Troisième année des études médicales
ORL	Oto-Rhino-Laryngologiste
PH	Praticien Hospitalier
PHU	Praticien Hospitalier Universitaire
PU-PH	Professeur des Universités Praticien Hospitalier
TSH	Thyroid-Stimulating Hormone ou Thyréostimuline

# Table des matières

Résumé.....	1
<b>Introduction .....</b>	<b>2</b>
<b>Méthodes .....</b>	<b>4</b>
I.    Type d'étude.....	4
II.   Guide d'entretien .....	4
III.  Echantillon étudié .....	4
IV.  Recueil des données.....	5
V.    Analyse.....	5
<b>Résultats.....</b>	<b>6</b>
I.    Données démographiques.....	6
II.   Prise en charge auto administrée .....	6
a) Auto-déclaration d'un médecin traitant .....	6
b) Autodiagnosics .....	7
c) Auto-prescriptions .....	7
d) Autogestion paraclinique .....	8
III.  Limites de l'auto-prise en charge .....	9
a) Consulter un confrère .....	9
b) Connaître les limites de ses compétences .....	10
c) Demander l'aide des paramédicaux .....	10
IV.  Avantages et inconvénients de gérer sa pathologie sur son lieu de travail .....	10
a) Avantages .....	10
b) Inconvénients .....	11
V.    Bonne ou mauvaise prise en charge ?.....	12
a) Satisfaction ? .....	12
b) Quelles propositions pour améliorer la prise en charge des médecins ? .....	12
c) Qu'en est-il de la médecine du travail ?.....	13
VI.  Médecins pour les proches ? .....	13

<b>Discussion</b>	<b>15</b>
I.    Objectif de l'étude	14
II.   Les biais de l'étude	14
a) Biais de sélection	14
b) Biais d'investigation	15
c) Biais de courtoisie	15
d) Biais de méthodologie	15
III.  La santé des médecins du CHRU de Lille	15
a) Gérer sa propre santé	15
b) Consulter un confrère	16
c) Travailler au CHRU de Lille	17
d) Les arrêts de travail	18
e) Paradoxe de satisfaction	19
IV.  Perspectives pour améliorer la situation	20
<b>Conclusion</b>	<b>21</b>
<b>Références bibliographiques</b>	<b>22</b>
<b>Annexes</b>	<b>25</b>
I.    Annexe 1 : Données épidémiologiques	25
II.   Annexe 2 : Guide d'entretien	26

# Résumé

**Contexte** : Beaucoup d'études se sont intéressées à la santé des médecins généralistes mais peu s'intéressent à la santé des médecins hospitaliers, plus précisément dans un CHRU. Cette étude a cherché à comprendre « comment les médecins hospitaliers du CHRU de Lille se prennent en charge lorsqu'ils sont eux-mêmes confrontés à un problème de santé ».

**Méthode** : C'était une étude qualitative faite par entretiens semi-dirigés. Un guide d'entretien était réalisé au préalable. L'échantillon était composé de 9 médecins du CHRU de Lille. Les données recueillies étaient anonymes.

**Résultats** : Plus de la moitié des médecins interrogés étaient déclarés comme leur propre médecin traitant. La grande majorité des médecins se sont auto diagnostiqués leur problème de santé. La totalité des médecins avaient recours à l'auto-prescription. Tous les médecins avaient dû consulter un confrère, de préférence un ami. Un bon nombre affirmait que certains avis de spécialistes étaient pris sans examen clinique. L'avantage de travailler au CHRU était la facilité d'obtention des consultations avec un confrère spécialiste et le court délai d'obtention d'un examen complémentaire. Quelques médecins se plaignaient des sous-effectifs dans les services et prenaient donc très peu d'arrêts de travail. Un petit nombre de médecins faisaient part de leur crainte du non-respect du secret médical, en raison de leur notoriété. Une bonne partie était satisfaite par sa prise en charge. Par rapport à la population générale, les avis étaient partagés, quant à savoir s'ils pensaient être aussi bien pris en charge. Près de la moitié avouait n'être pas allé à la médecine du travail malgré les convocations.

**Conclusion** : La grande majorité des médecins du CHRU de Lille tentaient de gérer leur maladie seuls dans un premier temps. Ils continuaient à travailler malgré la maladie. Ils consultaient rarement la médecine du travail.

# Introduction

Beaucoup d'études se sont intéressées à la santé des médecins généralistes mais peu s'intéressent à la santé des médecins hospitaliers, plus précisément dans un CHRU. Cette étude a cherché à comprendre « comment les médecins hospitaliers du CHRU de Lille se prennent en charge lorsqu'ils sont eux-mêmes confrontés à un problème de santé ».

L'enquête Sesmat réalisé par M. Estryn-Behar en 2011<sup>1</sup>, auprès des médecins de toutes les spécialités des hôpitaux publics, a retrouvé chez 43% d'entre eux un syndrome d'épuisement professionnel. Pourtant parmi ces médecins 90% jugeaient avoir une santé moyenne ou bonne. Les autres pensaient avoir une santé médiocre. Ce jugement était-il objectif ?

L'étude de P. Hyunh<sup>2</sup> en 2013 a évalué la santé, les addictions et le comportement sexuel des étudiants de MED3 du Nord-Pas-De-Calais. L'étude a montré que 31% des étudiants avaient changé leur manière de se soigner depuis leur entrée en faculté de médecine. Un étudiant sur cinq pratiquait l'automédication. Une majoration significative de la consommation d'alcool et de tabac a été constatée au passage du lycée à l'université. Les étudiants se plaignaient d'un manque d'information en matière de santé.

L'étude « Pourquoi les internes en médecine de France métropolitaine pratiquent l'automédication et l'auto prescription ? Etude qualitative »<sup>3</sup> réalisée en septembre 2013 par A. Prud'Homme et A. Richard, a montré que les médecins, dès leur plus jeune âge, avaient des pratiques envers leur propre santé parfois irraisonnables telles l'auto prescription, l'automédication excessive, le retard de prise en charge. Ces pratiques se modifiaient-elles une fois la thèse passée ?

Il a été tentant de penser que l'accès aux soins dans un CHRU, où toutes les spécialités sont regroupées, pouvait être un avantage pour les médecins y travaillant. Cependant, en font-ils bon usage ? Existe-t-il pour cela des

avantages à exercer au CHRU de Lille ? Quels sont les inconvénients ? Autant de questionnements auxquels l'étude essaie de répondre.

L'étude n'a pas eu la prétention de prouver quoique ce soit sur la santé des médecins ni la volonté d'extrapoler les résultats à l'ensemble des médecins hospitaliers. L'initiative a été d'essayer de comprendre comment les médecins du CHRU de Lille géraient leur santé et d'essayer d'y apporter des propositions d'amélioration.

# Méthode

## I. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative faite par entretiens semi-dirigés. Le projet a été validé par le CPP.

## II. Guide d'entretien

Un guide d'entretien a été réalisé avant de commencer l'étude. Il a évolué durant l'étude selon les données qui ressortaient des entretiens.

Ce guide a été testé au préalable sur deux bêta-testeurs pour confirmer sa fiabilité et le modifier.

## III. Echantillon étudié

L'échantillon étudié, était composé de neuf médecins du CHRU de Lille, de spécialités, d'âges et de sexes différents.

Les critères d'inclusion étaient d'être praticien au CHRU de Lille et d'avoir présenté un problème de santé. Le critère d'exclusion était de ne pas avoir présenté de problème de santé.

Le choix des médecins était fait soit par connaissance, soit aléatoirement, soit par « bouche à oreille » dans le but d'atteindre un échantillon à variation maximale.

Les médecins étaient contactés quelques jours auparavant, par courrier électronique, pour recueillir leur consentement. Si la réponse était positive, un second courrier électronique détaillant le projet, leur était alors envoyé. Un dernier échange électronique était nécessaire pour fixer le lieu de l'entretien.

Les spécialités comprenaient trois médecins urgentistes, trois autres spécialistes non généralistes, un médecin du travail, un chirurgien et un biologiste. Le plus jeune médecin interrogé avait 31 ans et le plus âgé 66 ans. La moyenne d'âge

était de 44 ans. L'échantillon incluait 5 femmes et 4 hommes. Parmi les femmes, deux n'avaient pas eu d'enfants durant leur exercice.

#### IV. Recueil des données

Avant l'entretien l'objectif de la recherche était reformulé oralement et clairement aux médecins. Il leur était également précisé le respect strict de l'anonymat. Les entretiens étaient enregistrés en totalité à l'aide d'un dictaphone SONY IC RECORDER ICD UX200.

#### V. Analyse

L'analyse a consisté en la retranscription « mot à mot » des entretiens. Tous les indices pouvant enfreindre l'anonymat ont été supprimés. Les grossièretés ont été volontairement effacées. Le logiciel Nvivo 10 a été utilisé pour l'analyse thématique. Cette analyse a été confortée par triangulation. Les deux codages obtenus, ont permis, après concertation, de choisir les thèmes pertinents.

# Résultats

## I. Données épidémiologiques

	âge (ans)	sexe	Situation familiale	Début d'exercice au CHRU de Lille	Nombre de garde/mois	Activité en secteur privé	Secteur d'exercice
<b>Médecin 1</b>	35	Femme	En couple	2009	0	Non	Spécialiste non généraliste
<b>Médecin 2</b>	45	Femme	Célibataire	1995	4	Non	Urgences
<b>Médecin 3</b>	48	Homme	En couple	1994	10	Non	Urgences
<b>Médecin 4</b>	31	Femme	Célibataire	2012	8	Non	Urgences
<b>Médecin 5</b>	35	Homme	En couple	2009	9	Non	Chirurgie
<b>Médecin 6</b>	66	Homme	En couple	1978	0	Oui	Spécialiste non généraliste
<b>Médecin 7</b>	52	Homme	En couple	1992	0	Non	Spécialiste non généraliste
<b>Médecin 8</b>	41	Femme	En couple	2003	0	Non	Médecin du travail
<b>Médecin 9</b>	43	Femme	En couple	2000	5	Non	Biologiste

## II. Prise en charge auto administrée

### a) Auto-déclaration d'un médecin traitant

Plus de la moitié des médecins interrogés étaient déclarés à la sécurité sociale comme leur propre médecin traitant.

Deux autres n'ont pas déclarés de médecin traitant. La première car elle gère elle-même sa santé et déclarait : « *Parce que je ne vais jamais chez le médecin traitant, pour moi en tout cas* » (médecin 1), la seconde car son médecin traitant est maintenant retraité.

Les médecins restants avaient déclaré un médecin traitant mais ne le consultaient pas en cas de problème de santé. La première affirmait : « *J'ai le même depuis que je suis gamine* » (médecin 2), le second disait : « *oui c'est ça c'est uniquement parce que c'est obligatoire mais si ça avait pas été obligatoire, ça aurait quand même été lui parce que c'est un très bon copain* » (médecin 5). Presque tous les médecins interrogés ne consultaient pas de médecin généraliste. Un seul médecin affirmait consulter son médecin généraliste pour les prescriptions de morphine et pour les tâches administratives.

a) Autodiagnosics

La grande majorité des médecins interrogés se sont auto diagnostiqués leur problème de santé. Ils revendiquaient: « *j'ai posé le diagnostic toute seule* » (médecin 1), « *donc là encore, mon diagnostic, c'est moi qui l'ai fait* » (médecin 2). Le seul médecin qui ne s'était pas auto diagnostiqué, connaissait sa maladie bien avant d'être médecin. Un médecin avouait avoir fait un mauvais diagnostic après avoir consulté un confrère: « *Il m'a dit que ce n'était pas une kératite mais un abcès, un début d'abcès cornéen et puis voilà* » (médecin 4). Deux médecins disaient clairement, être surs de leur diagnostic: « *Oui le diagnostic était évident pour moi* », « *J'étais sûre que c'était l'appendicite* » (médecin 6).

b) Auto-prescriptions

La totalité des médecins interrogés avaient recours à l'auto-prescription médicamenteuse.

Peu de médecins interrogés utilisaient parfois leurs cartes professionnelles à la pharmacie pour obtenir leur traitement sans ordonnance.

Un seul avait été jusqu'à se prescrire des perfusions sur son lieu de travail en raison de la douleur : « *Donc les perfs c'était du tramadol, du paracétamol, du kétoprofène* ». Ce même médecin avait connu par la suite une addiction à ce traitement et avouait : « *Je suis resté sous tramadol, paracétamol, ixprim pendant quatorze mois. Quatorze mois vraiment pénibles parce que j'étais un petit peu, je pense, il y'avait un problème, pas d'addiction mais enfin d'équivalent* » (médecin 3).

Un médecin se prescrivait un médicament n'ayant pas l'AMM pour l'hypertension artérielle et expliquait : « *donc du coup de moi-même au fond je n'ai pas voulu prendre d'aldactone. L'aldactone ça donne des gynécomasties et des troubles de la sexualité. Donc j'ai pris de l'Inspra. Donc c'est un médicament qui n'a pas d'AMM dans l'hyperaldostéronisme. On peut le donner dans l'insuffisance cardiaque après infarctus. Et donc j'ai pris ce médicament. Et donc ma tension est normale grâce à l'Inspra* » (médecin 6).

Plus de la moitié des médecins interrogés déclaraient avoir recours à l'auto-prescription d'examens complémentaires. Il était à noter que pour les bilans biologiques les médecins se débrouillaient seuls. A contrario, pour les examens d'imageries, ils négociaient pour certains, avec le radiologue. Un des médecins résumait bien cette situation en affirmant : « *Comme maintenant, on m'a dit qu'il n'y a pas de surveillance écho à faire, je surveille moi-même ma TSH* » (médecin 8). Un médecin avait fait le mauvais choix d'imagerie, il affirmait : « *moi j'ai demandé un scanner. Ils m'ont proposé directement de faire une IRM* » (médecin 3).

c) Autogestion paraclinique

Quelques médecins confiaient avoir réalisé leur kinésithérapie seuls : « *Le kiné, je le fais moi-même. Je fais mes exercices* » (médecin 5), « *réalisation d'auto-exercices de réeduc* » (médecin 1).

Un médecin déclarait réaliser lui-même les soins infirmiers en post-opératoire : « *Les Lovenox en post-op je les faisais moi-même. Et mon pansement avec un miroir, dans le dos, je le faisais moi-même* » (médecin 5). Il demandait de l'aide à sa femme pour la réalisation du pansement.

### III. Limites de l'auto-prise en charge

#### a) Consulter un confrère

Tous les médecins interrogés avaient dû, à un moment donné, consulter un confrère. Il existait trois spécialités privilégiées par les interviewés qu'étaient la gynécologie, l'ophtalmologie et la radiologie. Pour trois femmes interrogées, elles consultaient un gynécologue pour leur suivi ou pour gérer une urgence lors d'une grossesse. Quatre femmes avaient également consulté un ophtalmologiste pour leur suivi ou pour gérer une urgence. Six médecins affirmaient avoir eu recours à un examen radiologique. Pour les examens radiologiques, ils devaient donc obligatoirement passer par un radiologue. Quelques-uns avaient consulté un rhumatologue, un neurochirurgien ou un pneumologue.

La grande majorité affirmait consulter de préférence un ami ou un membre de la famille également médecins : « *et en même temps mon père est médecin. Il est très branché sur tout ce qui est vertébrothérapie et cetera, et donc lui m'a fait des traitements manipulatoires* » (médecin 3), « *Enfin moi j'ai des amis en dermato, en cardio. Oui, je vais les voir* » (médecin 4). Seulement deux médecins ne consultaient pas les personnes de leur carnet d'adresse : « *non je vais vers les personnes les plus compétentes qu'on m'a données. Donc si c'est un ami, c'est un ami mais pas spécialement* » (médecin 8).

Un bon nombre affirmait que certains avis de spécialistes étaient pris par téléphone sans examen clinique. D'autres n'aimaient pas les consultations faites « entre deux portes » sans avoir créé de dossier médical.

Pour les examens radiologiques, deux urgentistes avaient géré avec les radiologues du plateau technique du CHRU de Lille : « *J'ai utilisé le plateau technique des urgences avec les gens présents à ce moment-là* » (médecin 2), « *Je parlais de mes genoux tout à l'heure. Le professeur a réussi à m'avoir une IRM des genoux, des deux genoux alors que d'habitude ils font un genou à la fois, et ça très rapidement* » (médecin 3). Un spécialiste d'organe avait consulté un confrère au CHRU de Lille pour obtenir une IRM. Un bon nombre des médecins interrogés, géraient leurs pathologies avec des collègues du CHRU de Lille.

b) Connaître les limites de ses compétences

Rares sont les interviewés qui révélaient qu'il fallait savoir passer la main à un confrère : « *Comment des gens apparemment intelligents n'ont pas la modestie de dire au fond ce n'est pas mon domaine. Quand on est psychiatre, hématologue, une mutation d'une maladie génétique à risque de donner des tumeurs nerveuses, endocriniennes, ce n'est pas mon domaine. Donc à un moment je dois faire confiance* » (médecin 6). Certains accordaient, avoir tenté de gérer seul, avant de consulter un confrère spécialiste : « *Au bout d'un moment j'ai dit : « bon aller je prends un peu d'anti-inflammatoire. Bon tiens là, je prends un peu d'antibiotique ». Là, je ne suis pas bon par contre. Je ne suis pas bon. Il faut vraiment que je sois gêné pour prendre des trucs. Puis au bout d'un moment je me suis dit qu'il faut que j'aille voir un ORL* » (médecin 7).

c) Demander l'aide des paramédicaux

Les infirmières étaient souvent sollicitées pour réaliser des bilans biologiques, poser une perfusion ou prendre une tension artérielle. Un interviewé déclarait : « *je me faisais faire des perfusions par les infirmières pour faire mes gardes* » (médecin 3). La plupart travaillaient dans le même service que les médecins. Des kinésithérapeutes ainsi qu'un podologue avaient également été sollicités.

IV. Avantages et inconvénients de gérer sa pathologie sur son lieu de travail

a) Avantages

L'argument le plus souvent retrouvé, était la facilité et la rapidité d'obtention des consultations avec un confrère spécialiste, ainsi que le court délai d'obtention d'un examen complémentaire : « *on a probablement plus accès au plateau technique du CHR que le commun des patients* » (médecin 2), « *Donc l'avantage c'est, pas de rendez-vous, « tu viens si tu peux » alors hop ça se fait* » (médecin 4). Un seul médecin ne trouvait pas l'accès au soin plus facile.

Environ la moitié des médecins parlaient de bien connaître les circuits de soins : « *on connaît un peu plus les personnes à appeler, qui solliciter pour avoir un rendez-vous. On identifie mieux les circuits* » (médecin 8). De ce fait ils pouvaient

choisir les collègues les plus compétents : *« C'est de voir d'emblée des médecins compétents plutôt que de bricoler, orienter par copinage. Donc l'avantage c'est la connaissance des circuits »* (médecin 6).

b) Inconvénients

Quelques médecins se plaignaient des sous-effectifs dans les services : *« comme on n'est pas très nombreux dans le service, on se pose toujours la question de devoir abandonner son poste alors qu'il y a des malades à voir et qu'il y a huit mois de délai en consultation »* (médecin 5). Un médecin du travail confiait : *« En plus là on a un problème d'effectif. Il y a le chef de clinique qui s'occupait des médecins qui est malade. Donc lui il est plus là, il a démissionné. Il y a une autre PH qui ne veut plus travailler ici. Donc on est un peu en sous-effectif pour le suivi des médecins »* (médecin 8).

De ce fait, nombreux sont les médecins qui disaient avoir eu très peu d'arrêts de travail durant leur carrière : *« Alors quand j'ai eu l'appendicite, j'ai eu sept jours. Le premier phéo, j'ai eu une large laparotomie donc j'ai arrêté trois semaines. Mais c'est les seules choses que j'ai arrêté dans ma vie, en quarante-cinq ans de carrière »* (médecin 6). Certains avaient des difficultés à se rappeler s'ils en avaient eu : *« Non je n'en ai pas eu beaucoup d'arrêts de travail. Je me demande même si j'en ai déjà eu un »* (médecin 7).

D'autres continuaient à travailler malgré la maladie : *« Je crois que j'ai travaillé sept jours avec un calcul enclavé qui passait pas avec des doses d'AINS phénoménales »* (médecin 2).

Peu nombreux étaient les médecins qui se plaignaient de l'intensité du travail. Un seul dénonçait le manque de reconnaissance de la part de l'administration hospitalière, des difficultés de travail des médecins.

Environ la moitié des médecins interrogés disaient pouvoir quand même compter sur leurs collègues en cas d'absence : *« Ah oui ça, on se rend service. On essaye de se récupérer nos malades les plus graves pour qu'ils soient quand même vus en consult. De ce côté-là il y a une bonne solidarité entre collègues. Il n'y a pas de problèmes »* (médecin 5). Une seule regrettait parfois le manque d'entraide : *« Et je pense que du coup les gens ne prennent pas assez soins les uns des autres »* (médecin 2).

Un petit nombre de médecins faisaient part de leur crainte du non-respect du secret médical au CHRU de Lille, en raison de la notoriété qu'ils pouvaient avoir : « *En plus avec notre hyper spécialité ils savent exactement quelle pathologie le patient peut avoir. Le secret médical est donc tout de même un problème* » (médecin 7). Cela menait certains médecins à consulter des confrères hors CHRU de Lille : « *Après tout quand je vais faire mon bilan cardiologique comme j'ai prévu à Armentières, c'est une petite structure, ça ne me déplaît pas qu'on ne raconte pas mes trucs* » (médecin 6).

#### V. Bonne ou mauvaise prise en charge ?

##### a) Satisfaction ?

La grande majorité des médecins disait qu'ils referaient la même prise en charge pour gérer leur problème de santé. Et donc une bonne partie était également satisfaite par sa prise en charge et disait : « *en attendant je me gère très bien et pour l'instant ça va* » (médecin 5) ou « *Dans l'ensemble les problèmes ont été assez correctement gérés même si quelques fois ils ont été sévères* » (médecin 6).

Par rapport à la population générale, les avis étaient partagés, quant à savoir s'ils pensaient être aussi bien pris en charge qu'un patient lambda. Certains pensaient être moins bien pris en charge, d'autres mieux, une aussi bien, et enfin, une ne donnait pas son avis.

##### b) Quelles propositions pour améliorer la prise en charge des médecins ?

Les propositions étaient nombreuses. Certains suggéraient : « *est-ce qu'on ne devrait pas avoir un suivi de médecine du travail plus régulier ?* » (médecin 1). D'autres demandaient plus d'entraide entre collègues : « *Peut-être plus d'attention aussi de la part des collègues* » (médecin 2). Il fallait également que l'administration reconnaisse la pénibilité du travail des médecins. Un médecin faisait part de son inquiétude vis-à-vis de certaines pratiques : « *j'ai quand même dénigré un comportement de médecin qui demande des examens et qui ne demande pas et qui n'interroge pas* » (médecin 6). Un autre proposait d'informer

les étudiants en médecine, au cours de leurs études, sur la santé des médecins. Un médecin disait également : « *On mettrait en place dans notre service, un kiné qui vient* », « *Mais c'est vrai qu'on aimerait avoir un suivi, peut-être plus poussé, comme dans certaines entreprises privées où ils ont un check up un peu plus complet* » (médecin 9).

c) Qu'en est-il de la médecine du travail ?

Les convocations par le médecin du travail étaient rares. Des interviewés confiaient : « *Ça fait vingt ans que je travaille ici, je suis allé une fois en médecine du travail* » (médecin 2), « *depuis j'ai vu deux fois je crois. Je sais que si j'avais une demande je pourrais le faire* » (médecin 7), « *Je ne les ai jamais rencontrés* » (médecin 5).

Près de la moitié avouait n'être pas allée à la médecine du travail malgré les convocations : « *j'ai peut-être été convoqué une fois ou deux mais c'est des dates qui me convenaient pas donc j'y suis pas allé* » (médecin 4). Quelques-uns ne faisaient pas de demande pour rencontrer la médecine du travail. L'avis des médecins était mitigé vis-à-vis de leur satisfaction par rapport à la médecine du travail : « *on n'est pas pris en charge sur le volet conditions de travail. Ca ce n'est absolument pas pris en compte. Sur le stress au travail, sur nos conditions de travail, l'ergonomie* » (médecin 2) ; par contre « *Ah oui, j'ai été impressionné positivement, par la qualité de ce qui était fait, la discussion, les échanges, le secret médical. Très bien. Très très bien* » disait un autre (médecin 7).

VI. Médecins pour les proches ?

La plupart des médecins interrogés ne géraient pas les problèmes de santé de leur famille. Ils préféraient qu'ils aient leur propre médecin traitant. Certains géraient les maladies qu'ils jugeaient banales ou les vaccinations.

Peu de médecins ont déclaré un manque d'objectivité pour gérer les proches.

# Discussion

## I. Objectif de l'étude

L'objectif de l'étude était de comprendre comment les médecins spécialistes du CHRU de Lille se prennent en charge lorsqu'ils sont eux-mêmes confrontés à un problème de santé. Cet objectif a été atteint.

## II. Les biais de l'étude

### a) Biais de sélection

Trois médecins interrogés faisaient partie des connaissances de l'intervieweur. De ce fait il était possible qu'ils aient occulté certaines pathologies ou certaines pratiques.

Les autres médecins avaient été contactés par courrier électronique de manière aléatoire ou par le « bouche à oreille ». Cinq médecins ont refusé de participer à l'étude, peut-être pour ne pas dévoiler leurs maladies ou leurs pratiques au grand jour, même si l'anonymat strict leur était formulé à plusieurs reprises. Il existait donc un biais de recrutement. L'échantillonnage à variation maximale l'a contrebalancé.

Les spécialités ne pouvaient pas toutes être représentées car le recueil des données s'arrêtait à la saturation des données. Un travail visant une population plus ample aurait pu être envisagé pour une étude quantitative. Si l'étude avait pris en compte chaque spécialité, l'anonymat aurait pu être compromis. Certaines spécialités peu pourvues de médecins, en les liants aux données épidémiologiques, auraient permis de remonter jusqu'aux interviewés.

b) Biais d'investigation

L'enquêteur était également médecin, ce qui a pu influencer les réponses des médecins interrogés. Cela a pu être un frein à leur volonté de se livrer objectivement à l'étude.

c) Biais de courtoisie

L'enquêteur était interne de médecine générale ; il était peut-être plus intimidé par le fait de devoir interroger des professeurs du CHRU que par le fait d'interroger un chef de clinique ayant pratiquement son âge.

d) Biais de méthodologie

L'ordre des questions n'a pas toujours été respecté, pour essayer de suivre un fil conducteur dans l'entretien, mais cela a mené à l'oubli de certaines d'entre-elles. Le questionnaire étant semi-directif, l'enquêteur a pu parfois, peut-être, influencer la réponse des médecins.

Il existait certainement un biais d'interprétation car le travail d'analyse reste subjectif malgré la méthode de triangulation appliquée.

III. La santé des médecins du CHRU de Lille

a) Gérer sa propre santé

L'article 162-5-3 du code de la sécurité sociale stipule que tout médecin inscrit au conseil de l'ordre, qu'il soit généraliste ou spécialiste, qu'il soit médecin libéral, médecin hospitalier, médecin urgentiste ou médecin salarié d'un centre de santé, peut être médecin traitant pour les autres ou lui-même<sup>4,5</sup>. La majorité des médecins interrogés, choisissait d'être son propre médecin traitant ; ils paraissaient avoir fait ce choix par commodité, par manque de temps et par une totale confiance en leurs compétences pour certains. Cela aboutissait donc à un autodiagnostic et à une automédication courante.

L'autodiagnostic a bien sûr ses limites car il est souvent posé sans examen clinique bien conduit. Il peut être la cause de faux diagnostics et donc d'un retard de prise en charge. Le CNOM mettait en garde, dans son rapport de la CNP de 2008, les médecins contre les dangers de l'automédication<sup>6</sup>.

Au Québec le code de déontologie des médecins signale que « le médecin, doit sauf dans les cas d'urgence ou dans les cas qui manifestement ne présentent aucune gravité, s'abstenir de se traiter lui-même »<sup>7</sup>. Une étude norvégienne a montré que 90% des jeunes médecins norvégiens pratiquaient l'auto-prescription médicamenteuse<sup>8</sup>. Cette étude n'avait pas montré de différence de pratique entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes.

Chez les médecins interrogés, certaines pratiques étaient marquantes, aboutissant même jusqu'à une accoutumance au traitement.

Les auto-prescriptions peuvent certainement mener à un retard de prise en charge. Une étude anglaise l'avait montré déjà en 1981<sup>9</sup>. Cette étude montrait également que les médecins hospitaliers consultaient quand même plus rapidement un collègue que leurs confrères généralistes.

Deux études qualitatives concomitantes sur la santé des médecins des hôpitaux périphériques du Nord-Pas-de-Calais<sup>10</sup> et sur la santé des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais<sup>11</sup> ont montré que l'auto-prise en charge était également répandue dans les échantillons de médecins interrogés.

#### b) Consulter un confrère

L'étude montrait que certaines spécialités étaient privilégiées par les médecins interrogés telles l'ophtalmologie, la radiologie et la gynécologie. Leur accès ne peut se faire de manière totalement autonome. Il était difficile, en effet, d'imaginer un médecin se prescrire son propre scanner puis le réaliser lui-même et ensuite l'interpréter. Il devait obligatoirement faire appel aux compétences d'un radiologue.

Pour les médecins qui avaient consulté un collègue, la plupart choisissaient un ami ou une connaissance. L'étude anglaise de 1981<sup>9</sup>, évoquée au chapitre précédent, l'avait déjà notée il y a 35 ans.

L'étude révélait également que certaines consultations étaient « faites entre deux portes ». Les médecins étaient désavantagés par rapport à la population générale s'ils ne bénéficiaient pas d'une consultation dans les normes. Dans son article « doctoring doctors » de 1999 W. Anderson a évoqué<sup>12</sup> Docteur R. Steel, médecin généraliste à Worcester, qui avait créé une liste de bonnes pratiques,

pour une consultation optimale. Celle-ci devait être réalisée dans un cabinet médical avec tout l'équipement nécessaire pour pouvoir si besoin réaliser les examens nécessaires. L'article 71 du code de déontologie médicale précise également cette règle<sup>13</sup>. Le Docteur Steel insistait sur la nécessité de discuter avec les médecins de leur automédication pour y apporter un regard plus objectif. L'étude révélait la difficulté qu'avaient les médecins à demander l'intervention d'un confrère même lorsqu'ils n'avaient pas les compétences nécessaires. Pourtant l'article 70 du code de déontologie médicale<sup>13</sup> précise « tout médecin est, en principe, habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose ». C'était donc également applicable pour les demandes paramédicales faites par de rares médecins de l'étude.

Parmi les confrères choisis, les médecins disaient bien connaître les circuits de soins et ils choisissaient parfois leurs consultants parmi leurs amis mais aussi parmi ceux qu'ils considéraient comme les plus réputés. Une étude de 1968<sup>14</sup> a signalé que 30% à 55% des médecins choisissaient des médecins considérés par eux comme compétents. Ce choix pourrait possiblement être expliqué par la volonté d'être traité de la meilleure manière mais aussi par le fait de ne plus avoir un rapport d'égal à égal avec le confrère. La relation d'un médecin malade à un confrère peut cacher un problème d'ego; consulter un médecin considéré comme « compétent » peut le rappeler à un statut de patient.

### c) Travailler au CHRU de Lille

L'un des arguments qui ressortait souvent est la facilité d'accès aux consultations et aux examens complémentaires. En effet le CHRU de Lille est organisé de manière à regrouper toutes les spécialités en un seul lieu. Elles sont présentes sur un territoire de 350 hectares. Avec l'expérience, les médecins se connaissent les uns les autres. Le CHRU de Lille est depuis quelques années très réputé au niveau de la qualité des soins. Le journal Le Point le plaçait en 2015 encore en tête de son palmarès annuel<sup>15</sup>. Les conditions sont donc adéquates pour une prise en charge optimale. Cependant les règles de bonne consultation ne sont

pas toujours respectées. Les examens réalisés sans création de dossier médical faussaient le parcours de soin et certaines données pouvaient donc manquer pour une prise en charge future. L'article R1112-2 du code de santé publique précise qu'un dossier médical doit être constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé<sup>16</sup>. Le terme « hospitalisé » comprend également les consultations externes comme le précise la charte de la personne hospitalisée du 2 mars 2006<sup>17</sup>.

L'une des craintes des médecins interrogés au CHRU de Lille était le non-respect du secret médical au sein de l'établissement. L'un des fondements de la médecine est pourtant basé sur ce respect. En effet le serment d'Hippocrate dit « admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés... ». La BMA en 2010 a déclaré que si le patient avait une réelle crainte, il devait lui être proposé une prise en charge dans un autre hôpital<sup>18</sup>.

Le sous-effectif des médecins dans certains services marquait une difficulté pour le médecin malade de s'arrêter de travailler. Selon un rapport de la DREES de février 2009<sup>19</sup>, le nombre de médecin en France devrait passer de 208000 au 1<sup>er</sup> janvier 2007 à 188000 en 2019. Ce rapport a précisé que ces estimations devaient plus concerner les spécialistes non généralistes que les spécialistes généralistes.

#### d) Les arrêts de travail

Le déni de la maladie, la surcharge de travail, le sous-effectif conduisaient les médecins interrogés à prendre très peu d'arrêts de travail. Certains médecins semblaient gênés auprès de leurs collègues en cas d'arrêt de travail. En France il n'a pas été retrouvé de littérature concernant les médecins hospitaliers et les arrêts de travail. L'étude concomitante de C. Bouche sur la santé des médecins exerçants dans les hôpitaux généraux du Nord-Pas-de-Calais tend à confirmer cette constatation<sup>10</sup>.

Mc Kevitt et Morgan dans leur étude de 1997<sup>20</sup> ont retrouvé cette notion. Ils ont signalé également l'embarras dans lequel pouvait être le médecin vis-à-vis des confrères qui ont dû le remplacer lorsqu'il était en arrêt de travail.

En cas d'arrêt de travail les médecins semblaient, pour certains ne pas maîtriser ou ne pas s'intéresser à leur protection sociale. Seuls les arrêts maladie simples

méritent d'être abordés ici car le plus long arrêt de travail répertorié dans l'étude était de 3 mois. Les autres cas (congé maladie grave, congé longue maladie, invalidités) peuvent être retrouvés sur le site [www.service-public.fr](http://www.service-public.fr)<sup>21</sup>. Chez les médecins hospitalo-universitaires (PHU, PU-PH, MC-PH) en arrêt de travail, l'hôpital leur verse 66% des émoluments pendant 3 mois et l'université 100% des émoluments pendant 3 mois puis la moitié du salaire pendant 9 mois. Chez les PH temps plein, 100% du salaire pendant 3 mois, sécurité sociale incluse est versé. Puis ils perçoivent la moitié du salaire pendant 9 mois, sécurité sociale incluse. La sécurité sociale plafonnerait l'indemnisation à 1283 euros par mois. Chez les PH contractuels, la sécurité sociale verse uniquement 1283 euros par mois. Chez les chefs de cliniques ou assistants, l'indemnisation ressemble à celle des PH temps plein sauf qu'ils bénéficient au départ de 66% du salaire pendant 3 mois.

e) Paradoxe de satisfaction

Les médecins étaient en grande majorité satisfaits par leur prise en charge; ils pensaient néanmoins ne pas forcément être aussi bien pris en charge qu'un patient lambda. Leur suivi ultérieur n'était pas souvent optimal. Dans sa thèse sur la santé des médecins généraliste du Nord-Pas-de-Calais L. Machuelle<sup>11</sup> a signalé, au contraire, une mauvaise estime de la part des médecins concernant leur prise en charge.

Il a peut-être été plus difficile pour un médecin travaillant dans un centre hospitalier, qui plus est universitaire, d'admettre des lacunes. Il existait possiblement une peur d'être jugé sur ses compétences par ses confrères. Il a peut-être été plus facile d'admettre ses lacunes pour un médecin travaillant seul en libéral. S. Bonneaudeau, dans sa thèse sur le médecin malade<sup>22</sup>, concernant les médecins généralistes, a écrit : « *Les médecins/malades se trouvent en plus dans une position qu'ils peuvent qualifier de honteuse devant sa défaillance de connaissance. Ils répètent ainsi leur peur du jugement du confrère soignant mais aussi leur perte de crédibilité à exercer leur métier correctement...* ».

#### IV. Perspectives pour améliorer la situation

Un médecin devrait externaliser sa propre prise en charge.

Il ne devrait pratiquer l'auto-prescription qu'en cas d'urgence et consulter un médecin traitant dès les premiers symptômes.

Lorsque le médecin malade consulte un confrère, la consultation devrait se faire selon les recommandations en vigueur au Canada. Le médecin devrait être pris en charge comme un autre patient. Il devrait faire appel aux professions paramédicales si nécessaire.

La facilité d'obtention des consultations ou des examens au CHRU de Lille, par la bonne connaissance des circuits de soins, devrait rester exceptionnelle. Il faudrait à chaque consultation, créer un dossier patient.

Le médecin malade devrait consulter un médecin traitant qui jugerait de la nécessité d'un arrêt de travail.

Il serait également nécessaire de sensibiliser les médecins à l'utilité de la médecine du travail.

Une meilleure information lors des études médicale sur la santé des médecins devrait être proposée. En effet durant les études, le thème du médecin malade, n'est jamais abordé.

Le Professeur E. Galam, médecin généraliste et enseignant à l'université Paris-Diderot a créé pour l'année 2015/2016 un diplôme universitaire intitulé « soigner les soignants : spécificités et ressources »<sup>23</sup>.

# Conclusion

Cette étude avait pour objectif de comprendre comment les médecins du CHRU de Lille se prenaient en charge lorsqu'ils étaient eux-mêmes malades.

La majorité d'entre eux se sont déclarés comme leur propre médecin traitant. C'était leur droit mais il a été recommandé par certains spécialistes dans le domaine d'externaliser ce choix.

Le médecin malade devrait être en mesure de s'arrêter de travailler lorsque cela est nécessaire. Malheureusement le sous-effectif empêchait parfois les médecins du CHRU de Lille de le faire.

L'auto-prescription était pratiquée par la majorité des médecins.

La consultation d'un confrère était parfois réalisée « entre deux portes ».

La facilité d'obtention des consultations et des examens complémentaires était une bonne chose mais la création d'un dossier médical obligatoire dans l'intérêt du suivi du malade n'était pas respectée.

La crainte du non-respect du secret médical au CHRU de Lille était parfois évoquée.

Quelques médecins ne se rendaient que très rarement, voire jamais à la médecine du travail en dépit de son utilité.

La sensibilisation des étudiants en médecine sur leur santé actuelle et future est primordiale pour avoir plus tard des médecins qui se prennent en charge. Un diplôme universitaire sur la santé des médecins a été créé en France cette année.

Cette étude pourrait possiblement être complétée par une étude quantitative sous forme de questionnaire visant un nombre alors beaucoup plus important de médecins travaillant au CHRU de Lille.

## Références bibliographiques

1. Estryn-Behar M, Braudo M-H, Fry C, Guetarni K. Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les psychiatres et les autres spécialistes des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT). *L'Information Psychiatrique*. 1 avr 2011;87(2):95-117.
2. Huynh P. Evaluation 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 : Médecine générale] Lille 2 Droit et Santé ; 2014
3. Amelie Prud'Homme, Anne Richard. Pourquoi les internes en médecine de France métropolitaine pratiquent l'automédication et l'autoprescription ? Etude qualitative. *Human health and pathology*. 2013. <dumas-00859879>
4. Code de la sécurité sociale - Article L162-5-3. Code de la sécurité sociale.
5. ameli.fr - Le médecin traitant [Internet]. [cité 25 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/gerer-votre-activite/le-medecin-traitant/le-medecin-traitant-et-les-patients.php>
6. Le médecin malade | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 2 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/le-medecin-malade-746>
7. Code de déontologie des médecins (du Québec); article 70; R.R.Q. 1981 c. M-9, r. 4.1. Accessible à: [www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca](http://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca).
8. Hem E, Stokke G, Tyssen R, Grønvold NT, Vaglum P, Ekeberg Ø. Self-prescribing among young Norwegian doctors: a nine-year follow-up study of a nationwide sample. *BMC Med*. 21 oct 2005;3:16.
9. Allibone A, Oakes D, Shannon HS. The health and health care of doctors. *J R Coll Gen Pract*. déc 1981;31(233):728-34.

10. Bouche C. Comment se prennent en charge les médecins lorsqu'ils sont eux-mêmes confrontés à un problème de santé ? Étude au sein des centres hospitaliers non universitaires du Nord-Pas-de-Calais [Thèse d'exercice : Médecine générale] Lille 2 Droit et Santé ; 2015
11. Machuelle L. Comment les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais prennent-ils en charge leurs problèmes de santé ? [Thèse d'exercice : Médecine générale] Lille 2 Droit et Santé ; 2015
12. Anderson W. Doctoring doctors. *BMJ*. 1999;319(7205):S2-7205.
13. Code de déontologie médicale | Legifrance [Internet]. [cité 27 sept 2015]. Disponible sur: [http://legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=28D798FAE98370FE66E0756C5531529B.tpdila21v\\_1?idSectionTA=LEGISCTA000006125093&cidTexte=LEGITEXT000006072634&dateTexte=20040807](http://legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=28D798FAE98370FE66E0756C5531529B.tpdila21v_1?idSectionTA=LEGISCTA000006125093&cidTexte=LEGITEXT000006072634&dateTexte=20040807)
14. Bynder H. Doctors as patients: a study of the medical care of physicians and their families. *Med Care*.1968;6:157-167.
15. Palmarès des hôpitaux 2015 : Lille et Toulouse toujours en tête [Internet]. Le Point. [cité 27 sept 2015]. Disponible sur: [http://www.lepoint.fr/societe/palmares-des-hopitaux-2015-lille-et-toulouse-toujours-en-tete-20-08-2015-1957864\\_23.php](http://www.lepoint.fr/societe/palmares-des-hopitaux-2015-lille-et-toulouse-toujours-en-tete-20-08-2015-1957864_23.php)
16. Code de la santé publique - Article R1112-2. Code de la santé publique.
17. SANT4 - Bulletin Officiel N°2006-4: Annonce N°12 [Internet]. [cité 1 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-04/a0040012.htm>
18. BMA - Ethics A to Z | British Medical Association [Internet]. [cité 28 sept 2015]. Disponible sur: <http://bma.org.uk/practical-support-at-work/ethics/ethics-a-to-z>
19. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales (...) - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cité 28 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-demographie-medicale-a-l-horizon-2030-de-nouvelles-projections-nationales-et-regionales,4230.html>

20. McKeivitt C, Morgan M. Anomalous patients: the experiences of doctors with an illness. *Sociology of Health & Illness*. 1 nov 1997;19(5):644-67.
21. Maladie, accident du travail ou invalidité dans la fonction publique | Service-Public [Internet]. [cité 29 sept 2015]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/N512>
22. Bonneaudeau S. LE MEDECIN/MALADE : Un patient comme les autres? [Thèse d'exercice : Médecine générale] Université Paris Diderot Paris 7 ; 2011
23. Soigner les soignants : spécificités et ressources - Faculté UFR de médecine Paris 7 diderot [Internet]. [cité 29 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.medecine.univ-paris-diderot.fr/index.php/formation-continue/du-di/liste-des-du-et-diu/item/485-soigner-les-soignants-sp%C3%A9cificit%C3%A9s-et-ressources>

# Annexes

## I. Annexe 1 : Données épidémiologiques

1. Genre : M/F
2. Age (en années) :
3. Situation familiale : seul – en couple
4. Début d'exercice au CHRU de Lille :
5. Nombre de gardes par mois :
6. Activité en secteur privé :
7. Secteur d'exercice : spécialiste non généraliste - chirurgie - biologiste - urgences - autres

## II. Annexe 2 : Guide d'entretien

**Présentation du sujet aux interviewés : pour mon travail de thèse d'exercice de médecine générale, je cherche à comprendre comment les médecins hospitaliers exerçants au CHRU de Lille se soignent quand ils sont malades? Confidentialité, données anonymes (lieux, noms)**

### **Interview :**

- 1) Voulez-vous bien partager une expérience où vous avez dû gérer le fait d'avoir un problème de santé (considéré comme tel par vous, pas de définition préconstruite) pendant votre exercice hospitalier? (ce qui nous intéresse c'est comment vous avez géré la situation et non la maladie)
- 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 ? Comment cela se passe en pratique ? (Thèmes à aborder : auto-diagnostique ? auto-prescription de médicaments, d'examens ? consultation confrère ? arrêt de travail ?)*

- 3) Avez-vous un médecin traitant car obligatoire depuis 2004? (pourquoi quelle que 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 ? Dans quelles situations ? (si vous n'en consultez pas pourquoi ?)
- 4) En quoi le fait d'être médecin hospitalier au CHRU de Lille a pu à votre avis modifier votre prise en charge lors de votre problème de santé (positivement ou négativement ? par vos conditions d'exercice ?). Est-ce que la protection sociale dont vous bénéficiez en tant qu'hospitalier a joué un rôle dans votre prise en charge ?
- 5) Avez-vous rencontré des difficultés particulières à gérer, à quel niveau ? (thèmes : financièrement, par rapport à votre emploi du temps, physiquement, psychologiquement...)

- 6) Et si c'était à refaire, referiez-vous la même chose ?
- 7) Que proposeriez-vous pour améliorer la situation ? (si vous considérez qu'elle doit l'être) Qu'attendriez-vous de ces améliorations ?

**AUTEUR : Nom : ABOU KAIS**

**Prénom : Rami**

**Date de Soutenance : 22 octobre 2015**

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

**Thèse - Médecine - Lille 2015**

**Cadre de classement : Médecine**

**DES + spécialité : Médecine générale**

**Mots-clés : santé médecins CHRU de Lille; médecin malade ; auto-prescriptions**

**Résumé :**

**Contexte :** Beaucoup d'études se sont intéressées à la santé des médecins généralistes mais peu s'intéressent à la santé des médecins hospitaliers, plus précisément dans un CHRU. Cette étude a cherché à comprendre « comment les médecins hospitaliers du CHRU de Lille se prennent en charge lorsqu'ils sont eux-mêmes confrontés à un problème de santé ».

**Méthode :** C'était une étude qualitative faite par entretiens semi-dirigés. Un guide d'entretien était réalisé au préalable. L'échantillon était composé de 9 médecins du CHRU de Lille. Les données recueillies étaient anonymes.

**Résultats :** Plus de la moitié des médecins interrogés étaient déclarés comme leur propre médecin traitant. La grande majorité des médecins se sont auto diagnostiqués leur problème de santé. La totalité des médecins avaient recours à l'auto-prescription. Tous les médecins avaient dû consulter un confrère, de préférence un ami. Un bon nombre affirmait que certains avis de spécialistes étaient pris sans examen clinique. L'avantage de travailler au CHRU était la facilité d'obtention des consultations avec un confrère spécialiste et le court délai d'obtention d'un examen complémentaire. Quelques médecins se plaignaient des sous-effectifs dans les services et donc prenaient très peu d'arrêts de travail. Un petit nombre de médecins faisaient part de leur crainte du non-respect du secret médical, en raison de leur notoriété. Une bonne partie était satisfaite par sa prise en charge. Par rapport à la population générale, les avis étaient partagés, quant à savoir s'ils pensaient être aussi bien pris en charge. Près de la moitié avouait n'être pas allé à la médecine du travail malgré les convocations.

**Conclusion:** La grande majorité des médecins du CHRU de Lille tentaient de gérer leur maladie seuls dans un premier temps. Ils continuaient à travailler malgré la maladie. Ils consultaient rarement la médecine du travail.

**Composition du 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**