

LISTE DES ABREVIATIONS

AAPML	Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux
APSS	Association pour la Promotion des Soins aux Soignants
CARMF	Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
IMHOTEP	Association de Médecine Préventive pour les médecins libéraux de Haute-Normandie
MOTS	Médecin Organisation Travail Santé
PAIM	Programme d'Attention Intégrale pour le Médecin Malade
PAMQ	Programme d'Aide aux Médecins du Québec
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners

PLAN

INTRODUCTION

MATERIEL ET METHODE

- A. Le type d'étude, la population étudiée, l'échantillonnage
- B. Le courrier pré questionnaire
- C. La réalisation du questionnaire
- D. L'analyse statistique

RESULTATS

- A. L'échantillonnage
- B. Les réponses au questionnaire
 - 1. Les caractéristiques socio professionnelles et démographiques de l'échantillon
 - 2. L'intérêt des médecins interrogés pour une structure de soins
 - 3. Les résultats concernant l'avis sur les propositions d'intervention dans la prise en charge médicale
 - 4. Le moment de la consultation
 - 5. Les peurs des médecins qui pourraient les freiner à consulter
 - 6. Les perspectives
 - 7. Les commentaires "libres" des médecins interrogés (Annexe 4)

DISCUSSION

- A. Analyse des biais
- B. Analyse des résultats

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

INTRODUCTION

Depuis une dizaine d'années, l'intérêt pour la santé des médecins est croissant, tant sur un plan psychique que physique.

Il s'agit en effet d'un sujet auquel on confère peu à peu un intérêt de santé publique. Lors du 13^e congrès WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners) Europe (1) à Paris en Octobre 2007, un atelier s'est posé la question "de savoir si la santé des médecins pouvait influencer la qualité des soins prodigués par ceux-ci"(2). Plus récemment, dans un interview pour un magazine, le Dr P. About, médecin généraliste à l'initiative de l'association MOTS (Médecin Organisation Travail Santé) (3) en Haute-Garonne disait: "La santé de la population dépend de celle des soignants, qui doivent être bien dans leur peau et dans leur tête"(4).

De nombreuses études (5–7) se sont attachées à décrire la santé des médecins généralistes. On sait donc à l'heure actuelle:

- que les médecins généralistes déclarent un état de santé comparable à la population active française, mais moins bon que les professions cadres supérieurs (8),

- que d'un point de vu psychologique, on constate un nombre élevé de médecins généralistes en détresse avec une estimation du burn-out plus élevée que dans d'autres professions marquées par l'usure professionnelle (9),

- mais surtout les médecins jugent leur prise en charge médicale moins bonne que celle de leurs patients (7,10) et ils n'en sont pas satisfaits.

Plusieurs études (11,12) ont alors tenté de comprendre les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge de leur santé, afin de l'améliorer et de proposer des solutions concrètes.

L'une de ces études a été menée en Haute-Normandie (13) et a donné le jour à une structure de type préventive actuellement gérée par l'association IMHOTEP (14). IMHOTEP propose aux médecins libéraux de Haute-Normandie un programme de médecine préventive centré sur les déterminants personnels et professionnels de santé (14). Les déterminants de santé sont les caractéristiques individuelles ou collectives susceptibles d'influer directement ou indirectement sur l'état de santé (15).

Dans l'enquête préalable à l'ouverture de la structure (16), 80% des médecins interrogés (généralistes et spécialistes d'organe) s'étaient montrés favorables à la création d'une telle structure.

Dans plusieurs autres études, les médecins interrogés sur leur santé se montraient favorables à la création d'un dispositif qui pourrait améliorer leur prise en charge médicale (10,17). Cette initiative est également appuyée par un désir du Conseil de l'Ordre de développer des structures de dépistage précoce et de soutien pour les médecins (18) à l'image de ce qui se fait à l'étranger comme le PAMQ (Programme d'Aide aux Médecins du Québec) (19) ou le PAIMM (Programme d'Attention Intégrale pour le Médecin Malade), en Catalogne (20,21). Pourtant, deux ans après ouverture, le taux d'adhésion à la structure de Haute-Normandie était seulement de 20% (22).

Quelles sont les attentes des médecins généralistes quant à une éventuelle structure ?

Les médecins généralistes sont des êtres humains à part entière qui peuvent présenter les mêmes pathologies que d'autres patients. Ils ne sont toutefois pas des patients comme les autres. Compte tenu des différents constats réalisés sur la santé des médecins généralistes, doit-on se limiter à une prise en charge préventive ? Ne devrait-on pas leur proposer une structure de prise en charge globale, regroupant prévention et soins ?

Comment améliorer l'acceptation des médecins envers de tels dispositifs ?

L'objectif principal de cette étude était donc de recueillir l'avis des médecins généralistes concernant diverses propositions de mise en place d'une structure, visant à améliorer leur prise en charge médicale.

Secondairement, cette étude a analysé l'intérêt et l'avis des médecins en fonction de leurs différentes catégories socio professionnelles et démographiques.

MATERIEL ET METHODE

A. LE TYPE D'ETUDE, LA POPULATION ETUDIEE, L'ECHANTILLONNAGE

Il s'agissait d'une étude quantitative prospective, réalisée par enquête.

Il a été décidé de sélectionner 100 médecins généralistes du département du Maine et Loire, représentatifs de l'ensemble de la population des médecins généralistes du département en termes d'âge et de sexe.

La liste des 659 médecins généralistes du Maine et Loire a été fournie par le conseil de l'ordre du Maine et Loire.

L'échantillonnage s'est fait par une méthode des quotas (23). Les médecins de la liste ont été classés par catégories d'âge (nés avant 1950, entre 1950 et 1959, entre 1960 et 1969, entre 1970 et 1979 et nés après 1970) et tirés au sort selon la méthode des quotas dans chaque catégorie. La même méthode a été appliquée pour le tirage au sort des hommes et des femmes dans chaque catégorie.

Par la suite, quand un médecin refusait de réaliser le questionnaire, il était remplacé par un médecin de la même catégorie d'âge et de même sexe, toujours par tirage au sort.

Les médecins qui connaissaient personnellement l'enquêteur ont été remplacés grâce à un nouveau tirage au sort.

B. LE COURRIER PRE QUESTIONNAIRE

Il a d'abord été envoyé un courrier pré questionnaire, qui annonçait le sujet de la thèse et son objectif. (ANNEXE 1)

Celui-ci était envoyé environ 1 semaine avant la prise de contact téléphonique qui recueillait l'accord du médecin pour réaliser le questionnaire.

Lors du contact téléphonique:

- soit le médecin acceptait de répondre au questionnaire et un rendez-vous était fixé.
- soit le médecin refusait et était remplacé par un autre médecin.

C. LA REALISATION DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire comprenait plusieurs parties. (ANNEXE 2)

- L'une recueillait l'avis des médecins généralistes sur leur santé, leur prise en charge médicale et la création d'une structure dédiée.

- Une autre testait des propositions concernant les caractéristiques de la structure et recueillait les craintes des médecins généralistes.

- Une partie recueillait les variables socioprofessionnelles et démographiques des médecins.

- Enfin une dernière partie tentait d'ouvrir des perspectives en interrogeant notamment les médecins généralistes sur le lien entre leur santé et le travail libéral et leur éventuel souhait de changer leur type d'exercice actuel de la médecine générale. Il était laissé la possibilité au médecin interrogé d'ajouter des propositions et de critiquer l'étude et le questionnaire.

Le questionnaire a été testé et ouvert à la critique avant de débiter l'enquête auprès de 2 personnes non médecins et 3 médecins, générant des modifications progressives.

Les médecins ont répondu au questionnaire sur une période de 2 mois et demi allant du 12/03/2012 au 25/05/2012. Les questionnaires ont été réalisés selon la préférence de l'interrogé en face à face ou par téléphone par un seul et même enquêteur. Le recueil des réponses était réalisé de façon anonyme. Une base de donnée a été créée sur Excel.

D. L'ANALYSE STATISTIQUE

Pour l'analyse statistique, différents tests ont été réalisés:

- afin de comparer les variables qualitatives ordonnées:

- le test de Mann-Whitney-Wilcoxon était utilisé pour comparer 2 groupes

- le test de Kruskal-Wallis était utilisé pour comparer plus de 2 groupes

- afin de comparer les variables qualitatives non ordonnées:

- le test du chi 2 était utilisé quand les effectifs attendus étaient supérieurs à 5

- le test de Fischer était utilisé quand les effectifs attendus étaient inférieurs à 5

Pour les calculs statistiques, ont été utilisés, le logiciel de statistique EPI INFO et le site internet biostatgv qui s'appuie sur le logiciel R.

Lors des calculs statistiques, le risque de première espèce étant fixé à $\alpha = 0,05$, une différence était considérée comme significative quand p était inférieur à 0,05. Dans les autres cas, p était considéré comme non significatif et il n'était pas possible de conclure à une différence significative entre les différents groupes.

Rapport-Gratuit.com

RESULTATS

A. L'ECHANTILLONNAGE.

L'échantillonnage selon la méthode des quotas a permis de tirer au sort 100 médecins généralistes du Maine et Loire.

Voici leur répartition par classes d'âge et par sexe, comparée à la liste source obtenue par le Conseil de l'Ordre du Maine et Loire, en pourcentage de chaque effectif.

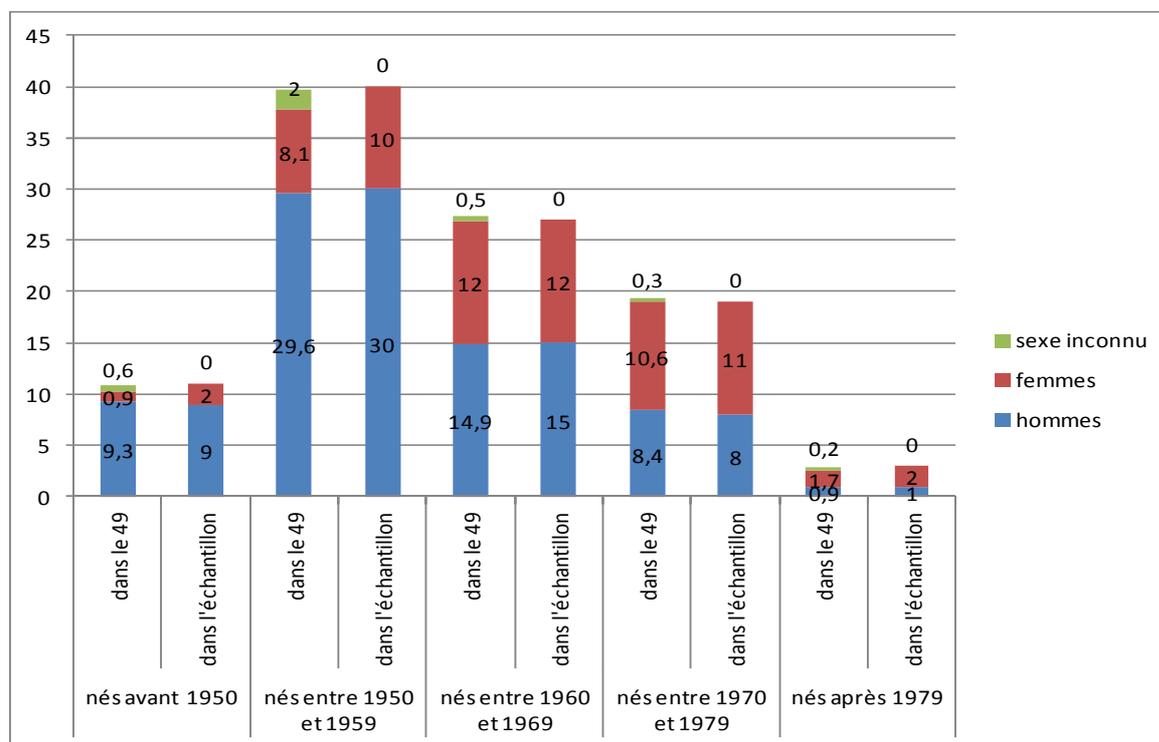


Figure 1: Répartition de l'échantillon par classes d'âge et par sexe, comparée à la liste source, en pourcentage de chaque effectif.

L'échantillonnage a été réalisé par classes d'âge et non par âge car la liste donnée par le Conseil de l'ordre ne fournissait que les années de naissance des médecins.

La légende *sexe inconnu* correspond, dans la liste du Conseil de l'Ordre, au pourcentage de prénoms mixtes pour lesquels le sexe du médecin était donc inconnu.

La moyenne d'âge des médecins interrogés était de 50,46 ans. (écart-type 9,83).

Il y avait 63 hommes pour 37 femmes.

La moyenne d'âge des femmes était de 46,65 (écart-type 9,67).

La moyenne d'âge des hommes était de 52,70 (écart-type 9,29).

Après le refus de 28 médecins, un deuxième tirage au sort a été effectué. Puis après une nouvelle vague de 8 refus, un troisième et dernier tirage au sort de 8 médecins a été réalisé. Il y a donc eu 36 refus de réalisation du questionnaire.

Voici la répartition des refus de réalisation du questionnaire par classe d'âge.

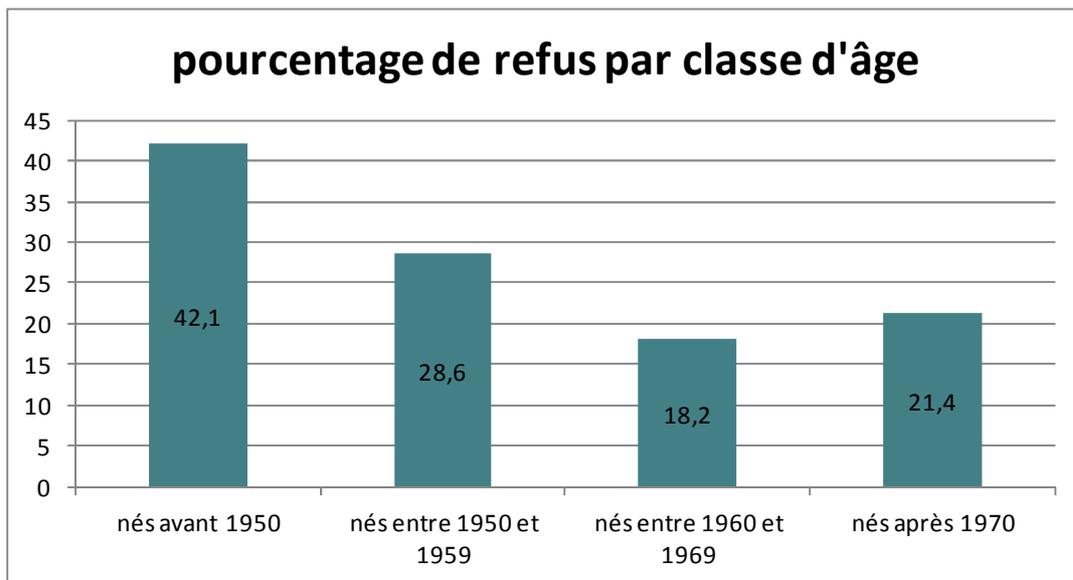


Figure 2: Pourcentage de refus de réalisation du questionnaire par classe d'âge.

Il y a eu 136 envois de courrier-pré questionnaire et prises de contact afin de réaliser les 100 enquêtes. 26 questionnaires ont été réalisés en face à face avec l'interrogé et 74 par téléphone.

B. LES REPONSES AU QUESTIONNAIRE

1. Les caractéristiques socio professionnelles et démographiques de l'échantillon de médecin

1.1. Caractéristiques socio professionnelles et démographiques et leurs fréquences en fonction du sexe

Tableau 1: Caractéristiques socio professionnelles et démographiques des 100 médecins interrogés et répartition en fonction du sexe.

	Echantillon total		Hommes		Femmes		p
	N		N	%	N	%	
Catégories d'âge							
moins de 40 ans	17		7	11,1	10	27	0,0272 (Chi2)
40-49 ans	28		15	23,8	13	35,1	
50-59 ans	35		24	38,1	11	29,7	
60 ans et plus	20		17	27	3	8,1	
Durée d'installation							
moins de 5 ans	16		8	12,7	8	21,6	0,0107 (Chi2)
6-15 ans	30		13	20,6	17	46	
16-25 ans	18		14	22,2	4	10,8	
plus de 25 ans	36		28	44,4	8	21,6	
Consommation d'alcool							
1 fois par mois ou moins	23		11	17,5	12	32,4	0,0388 (Chi2)
2-4 fois par mois	37		21	33,3	16	43,2	
2-3 fois par semaine ou plus	40		31	49,2	9	24,3	
Facilité à consulter un tiers sur 99							
très difficile	5		1	1,6	4	10,8	0,0095 (F)
difficile	34		16	25,8	18	48,6	
facile	40		30	48,4	10	27	
très facile	20		15	24,2	5	13,5	
Lieu du cabinet							
rural	43		30	47,6	13	35,1	NS
péri-urbain	18		11	17,5	7	18,9	
urbain	39		22	34,9	17	45,9	
Type de cabinet							
seul	35		26	41,3	9	24,3	NS
groupe	65		37	58,7	28	75,7	
Maître de stage							
Oui	27		16	25,4	11	29,7	NS
Non	73		47	74,6	26	70,3	

N: Nombre ; % : Pourcentage ; p = significativité fixée à 0,05 ; NS = différence non significative ; Chi2: test du Chi2 ; F: test de Fischer

		Echantillon total		Hommes		Femmes		p
		N		N	%	N	%	
Statut marital								
	En couple	87		56	88,8	31	83,8	NS
	Non en couple	13		7	11,1	6	16,2	
Enfant								
	Oui	94		61	96,8	33	89,2	NS
	Non	6		2	3,2	4	10,8	
Pathologie chronique								
	Oui	38		22	34,9	16	43,2	NS
	Non	58		39	61,9	19	51,3	
	Ne sait pas	4		2	3,2	2	5,4	
Traitement								
	Oui	42		28	44,4	14	37,8	NS
	Non	58		35	55,5	23	62,2	
Tabagisme								
	actuel	12		7	11,1	5	13,5	NS
	sevré	29		22	34,9	7	18,9	
	jamais	59		34	54	25	67,6	
Déclaration médecin traitant								
	Non/Ne sait pas	21		15	23,8	6	16,2	NS
	Quelqu'un d'autre	16		6	9,5	10	27	
	Eux-même	63		42	66,7	21	56,8	
Etat de santé								
	Très mauvais/Mauvais	6		4	6,3	2	5,4	NS
	Moyen	19		8	12,7	11	29,7	
	Bon/ Très bon	75		51	81	24	64,9	
Prise en charge médicale								
	Bonne	62		40	63,5	22	59,5	NS
	Mauvaise	23		15	23,8	8	21,6	
	Inexistante	15		8	12,7	7	18,9	
Créer un service de médecine								
	Oui	74		46	73	28	75,7	NS
	Non	26		17	27	9	24,3	
Adhérer								
	Oui	61		40	63,5	21	56,8	NS
	Non	39		23	36,5	16	43,2	

N: Nombre ; % : Pourcentage ; p = significativité fixée à 0,05 ; NS = différence non significative

Concernant la question qui interrogeait la facilité avec laquelle les médecins consultaient un tiers. A cette question, certains médecins ont répondu différemment selon qu'ils consultaient un médecin généraliste ou un spécialiste. Les réponses retenues dans le tableau sont celles des médecins ayant répondu sans faire de distinction et celles des médecins ayant répondu pour un médecin généraliste. 9 médecins ont dissocié leurs réponses:

- 2 médecins trouvaient très difficile de consulter un généraliste : l'un trouvait très facile de consulter un spécialiste et l'autre trouvait cela facile.

- 7 médecins trouvaient difficile de consulter un généraliste et facile de consulter un spécialiste.

On retiendra que 38% des médecins interrogés ont déclaré souffrir d'une pathologie chronique et 42% prendre un traitement de fond. Ils ne sont pourtant que 16% à avoir déclaré un médecin traitant autre qu'eux-mêmes. Parmi ces 16 médecins, ils ont tous déclaré un médecin généraliste, mais **seulement 9 ont déclaré quelqu'un de "neutre" qu'ils ne connaissent pas personnellement**. Ils sont 38% à déclarer une prise en charge mauvaise ou inexistante.

1.2. Lien entre les variables socio professionnelles et démographiques et l'état de santé déclaré par les médecins. (Annexe 3)

Les médecins déclarant une pathologie chronique ou un traitement sont moins nombreux à déclarer un état de santé bon ou très bon.

Pour le reste, on ne retrouve pas d'influence des variables socioprofessionnelles et démographiques sur l'état de santé.

Par ailleurs, on note que sur les 6 médecins déclarant un mauvais ou un très mauvais état de santé, 4 se sont déclarés eux-mêmes comme médecin traitant.

1.3. Lien entre les variables socio professionnelles et démographiques et l'âge

Le lien entre les différentes catégories d'âge (moins de 40 ans, entre 40 et 49 ans, entre 50 et 59 ans, 60 ans et plus) et les variables socio professionnelles et démographiques a été étudié.

On retrouve des différences significatives pour:

- la consommation d'alcool en fonction de l'âge (p= 0.011 F)

Tableau 2: lien entre la consommation d'alcool et l'âge.

	moins de 40 ans		40-49 ans		50-59 ans		60 ans et plus	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1 fois par mois et moins	4	23,5	9	32,1	5	14,3	5	25
2 à 4 fois par mois	8	47,1	16	57,1	10	28,6	3	15
2 fois par semaine et plus	5	29,4	3	10,7	10	57,1	12	60

- le type de cabinet en fonction de l'âge (p= 0.033 chi 2)

Tableau 3: lien entre le type de cabinet et l'âge.

	moins de 40 ans		40-49 ans		50-59 ans		60 ans et plus	
	N	%	N	%	N	%	N	%
en groupe	16	94,1	18	64,3	21	60	10	50
seul	1	5,9	16	35,7	14	40	10	50

- la déclaration de médecin traitant (p=0.001 F)

Tableau 4: lien entre la déclaration d'un médecin traitant et l'âge.

	moins de 40 ans		40-49 ans		50-59 ans		60 ans et plus	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Non ou NSP	3	17,6	4	14,3	10	28,6	4	20
quelqu'un d'autre	9	52,9	1	3,6	3	8,6	3	15
eux-même	5	29,4	23	82,1	22	62,8	13	60

Il n'a pas été retrouvé de différence significative entre l'âge et les autres variables socio professionnelles et démographiques.

2. L'intérêt des médecins interrogés pour une structure de soins

Les enquêtés ont été interrogés afin de savoir si ils trouvaient utile la création d'une structure et si ils y adhèreraient. Ces deux questions leurs ont été posées en début de questionnaire, puis pour ceux qui avaient répondu non à l'une ou aux deux questions, elles leurs avaient de nouveau été posées à la fin du questionnaire.

Voici deux schémas qui rapportent les résultats de ces questions:

- Réponses concernant l'utilité d'un service de médecine dédié aux médecins généralistes:

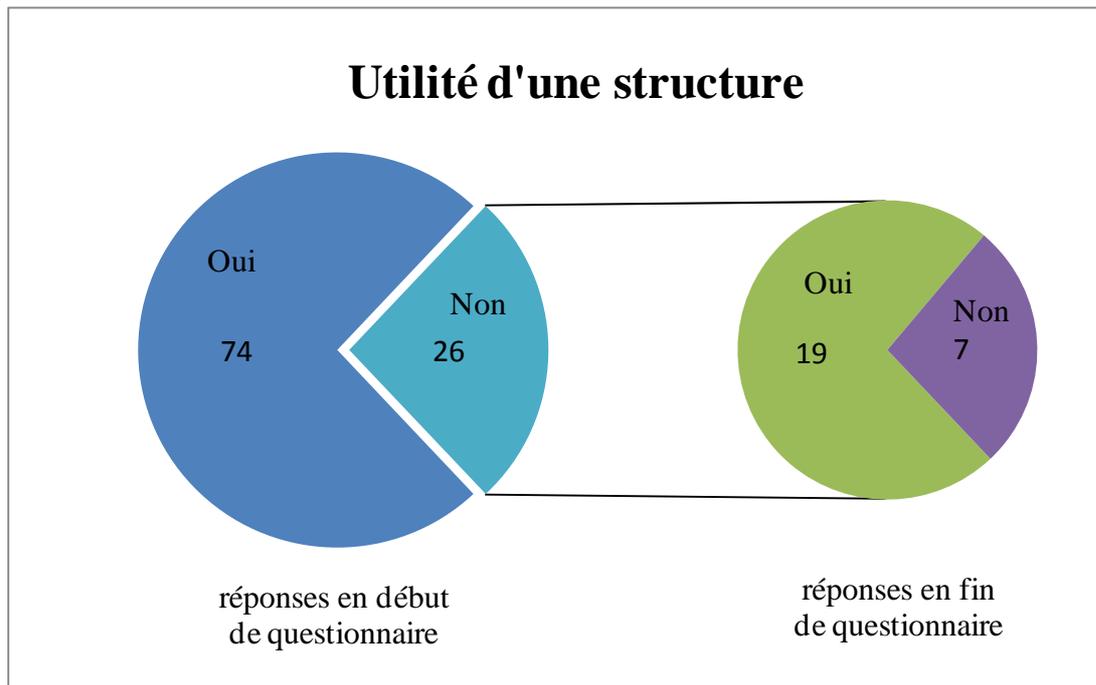


Figure 3: Avis des médecins généralistes interrogés sur l'utilité d'une structure dédiée (réponses en début et fin de questionnaire).
N=100

- Réponses concernant la volonté d'adhésion à une telle structure:

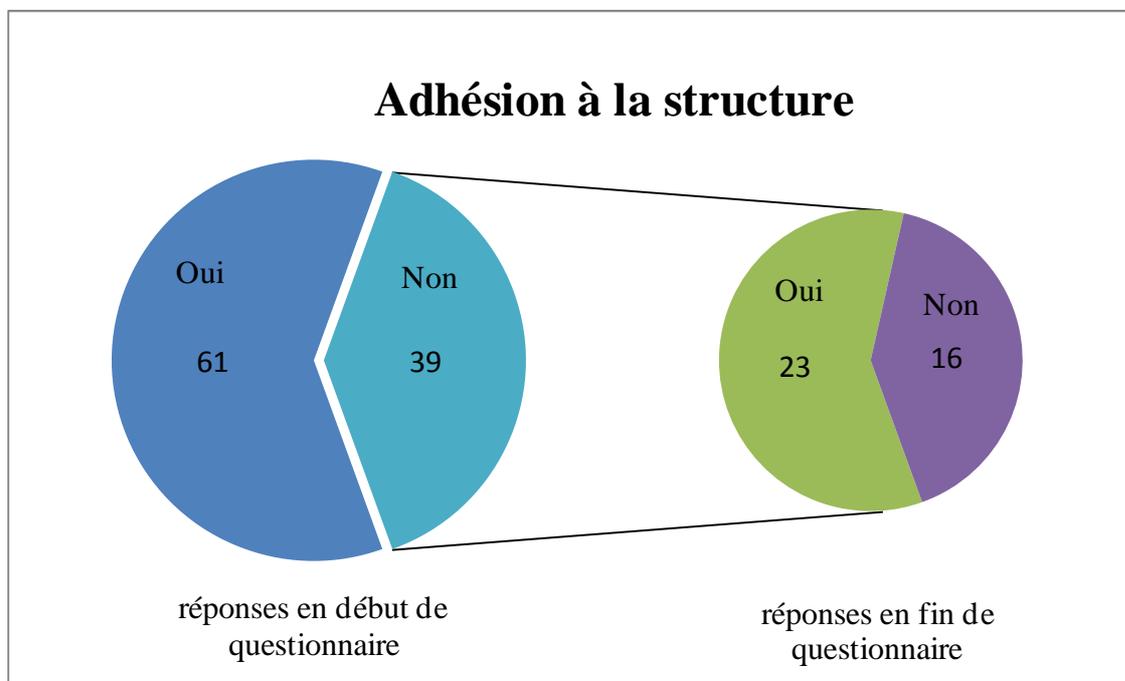


Figure 4: Avis des médecins généralistes interrogés sur leur volonté d'adhésion à une structure dédiée (réponses en début et fin de questionnaire).
N=100

L'intérêt et la volonté d'adhésion à la structure ont été étudiés en fonction des différentes variables socio professionnelles et démographiques citées dans les précédents chapitres. Aucune différence significative n'a été trouvée dans les réponses à ces questions, quelques soient les variables étudiées.

3. Les résultats concernant l'avis sur les propositions d'intervention dans la prise en charge médicale.

3.1. L'avis sur les propositions

Tableau 5: Intérêt des 100 médecins généralistes interrogés concernant des propositions d'intervention pour leur prise en charge médicale.

les propositions	pas intéressant	intéressant	important/ indispensable
parler du burn out lors de la consultation	3	13	84
prise de rendez vous libre dans la structure	0	16	84
indépendance de la structure	2	15	83
s'intéresser au bien être au travail lors de la consultation	3	18	79
vérification des dépistages	2	19	79
absence de mesure décisive sur la capacité à exercer DM=2	9	16	73
intérêt pour l'hygiène de vie lors de la consultation	2	26	72
consultations ciblées si nécessaire	1	28	71
fréquence adaptée à l'existence de pathologies	3	27	70
vérification des vaccinations	7	25	68
le lieu de consultation serait dans le département	8	29	63
les consultations régulières seraient globales	8	31	61
il y aurait une diminution du délai de carence CARMF si suivi régulier	10	38	52
consultation par un médecin généraliste spécialisé dans le soin des médecins	18	35	47
le médecin soigné serait détenteur de son dossier médical	36	23	41
les consultations seraient régulières mais non obligatoires	21	42	37
il y aurait des psychologues et psychiatres dans la structure	16	48	36
prise de rendez-vous par contact téléphonique	25	40	35
il y aurait un laboratoire dans la structure	34	33	33
l'adhésion serait payante	31	39	30
les consultations seraient obligatoires en cas d'adhésion	51	23	26
la structure serait dédiée aux médecins généralistes	54	27	19
la structure serait attenante à une structure hospitalière	48	35	17
la structure serait dédiée aux médecins libéraux	70	13	17
il y aurait une indemnisation lors de la consultation dans la structure	60	27	13
la consultation pourrait avoir lieu au cabinet médical	76	17	7
le lieu de consultation serait hors département	81	14	5
la consultation pourrait avoir lieu au domicile	89	10	1

DM: données manquantes

Les réponses considérées comme importantes ou indispensables par plus de 60 médecins ont été soulignées en vertes et les réponses considérées comme inintéressantes par plus de 60 médecins ont été soulignées en rouge.

On peut noter qu'un certain nombre de propositions recueillent des avis partagés:

- la prise de contact téléphonique (les enquêtés ont d'ailleurs cité le mail comme moyen de prendre contact avec eux)

- la présence d'un laboratoire dans la structure

- l'adhésion payante à la structure.

On notera que 51% des médecins ne souhaitaient pas de consultation obligatoire mais que 23% pensaient que cela serait intéressant et 26 % important ou indispensable.

70% des médecins ne trouvaient pas intéressant que la structure soit dédiée à des médecins libéraux.

3.2. Lien entre les propositions et les variables socio professionnelles et démographiques.

On retiendra comme différences significatives:

- des avis différents concernant la consultation au cabinet en fonction de la durée d'installation (p= 0.0024 Kruskal-Wallis)

	pas intéressant		intéressant		important/ indispensable	
	N	%	N	%	N	%
la consultation au cabinet						
Durée d'installation						
moins de 5 ans	8	50	5	31,3	3	18,8
6-15 ans	20	66,7	7	23,3	3	10
16-25 ans	18	100	0	0	0	0
plus de 25 ans	30	83,3	5	13,9	1	2,8

Les médecins les plus récemment installés sont davantage intéressés par une consultation médicale à leur cabinet.

- des avis différents concernant la présence d'un psychologue ou psychiatre en fonction de la prise en charge médicale (p=0.005 KW)

	pas intéressant		intéressant		important/ indispensable	
	N	%	N	%	N	%
la présence d'un psychologue ou psychiatre						
Prise en charge médicale						
bonne	14	22,6	32	51,6	16	25,8
mauvaise	1	4,3	8	34,8	14	60,9
inexistante	1	6,7	8	53,3	6	40

Les médecins qui jugent leur prise en charge médicale mauvaise, sont plus nombreux à trouver important ou indispensable une prise en charge psychologique au sein de la structure.

- des avis différents concernant la régularité de la consultation en fonction de l'existence d'un traitement (p=0.04 MWW)

	pas intéressant		intéressant		important/ indispensable	
	N	%	N	%	N	%
la régularité de la consultation						
Traitement						
Oui	7	16,7	14	33,3	21	50
Non	14	24,1	28	48,3	16	27,6

Les médecins qui prennent un traitement de fond sont plus nombreux à trouver important ou indispensable qu'il y ait des consultations régulières.

- des avis différents concernant la globalité des consultations en fonction du sexe (p=0.0016 MWW)

	pas intéressant		intéressant		important/ indispensable	
	N	%	N	%	N	%
la globalité des consultations						
Sexe						
Hommes	7	11,1	25	39,7	31	49,2
Femmes	1	2,7	6	16,2	30	81,1

Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à penser qu'il est important ou indispensable que les consultations régulières soient globales.

- des avis différents concernant l'adhésion payante en fonction:

- du type de cabinet (p=0.0209 MWW)

- du fait d'être ou non maître de stage (p=0.0032 MWW)

	pas intéressant		intéressant		important/ indispensable	
	N	%	N	%	N	%
l'adhésion payante						
Type cabinet						
groupe	16	24,6	25	38,5	24	36,9
seul	15	42,9	14	40	6	17,1
Maître de stage						
oui	3	11,1	11	40,7	13	48,1
non	28	38,4	28	38,4	17	23,3

Les médecins exerçant seuls et les médecins qui ne sont pas maître de stage sont plus nombreux à ne pas souhaiter une adhésion payante à la structure.

- des avis différents concernant la détention du dossier médical en fonction des catégories d'âge (p=0.029 KW)

	pas intéressant		intéressant		important/ indispensable	
	N	%	N	%	N	%
la détention du dossier médical						
Catégories d'âge						
moins de 40 ans	9	52,9	2	11,8	6	35,3
40-49 ans	14	50	6	21,4	8	28,6
50-59 ans	10	28,6	11	31,4	14	40
60 ans et plus	3	15	4	20	13	65

Les médecins les plus âgés sont plus nombreux à trouver cela important ou indispensable d'être détenteur de leur dossier médical. En revanche les plus jeunes sont plus nombreux à ne pas trouver cela intéressant.

4. Le moment de la consultation

Les médecins ont classé les propositions concernant le moment où pourrait avoir lieu la consultation de la plus intéressante (position 1) à la moins intéressante (position 5).

- Ce tableau montre la répartition des réponses à chaque position.

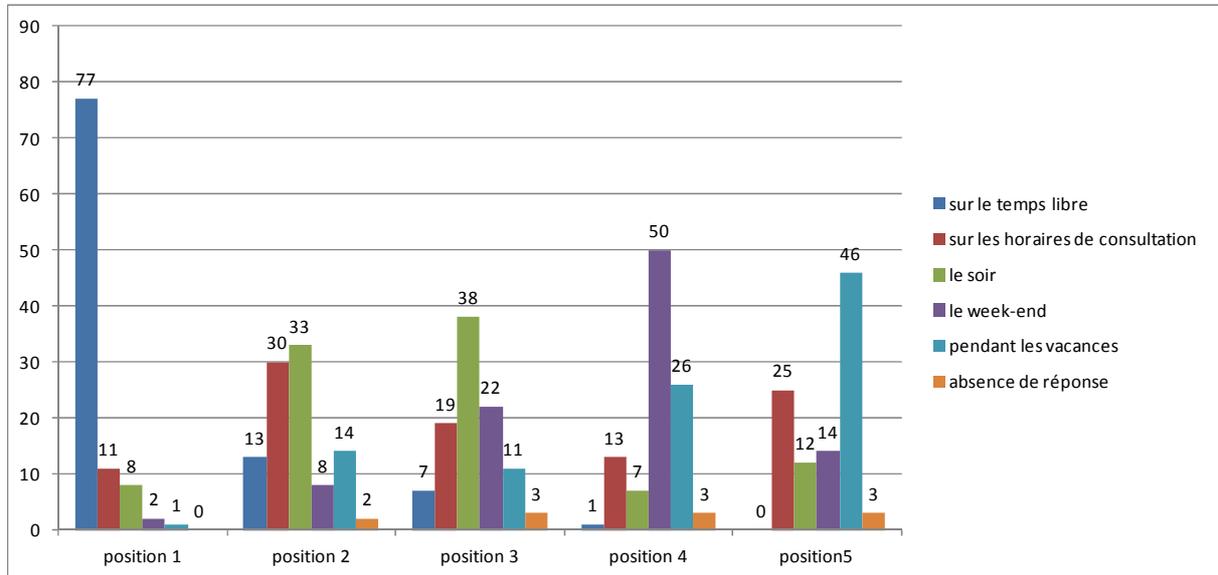


Figure 5: Préférences des médecins interrogés concernant le moment le plus propice à une consultation médicale.

On notera donc que les médecins préféreraient consulter pour leur propre santé sur leur temps libre, mais qu'ils pourraient envisager une consultation le soir.

5. Les peurs des médecins qui pourraient les freiner à consulter

5.1. Résultats bruts

Tableau 6: Pourcentage de réponses positives concernant des propositions pouvant représenter un frein à la consultation médicale.

	Oui
peur de la perte financière en cas d'arrêt maladie	37
peur d'une visite d'aptitude	31
peur de l'arrêt de travail	27
peur du non respect du secret médical	27
peur du jugement	20
peur de passer du côté du patient	13
peur de la maladie	5

On remarque que plus d'un quart des médecins pourrait ne pas consulter par peur de l'arrêt de travail et d'une éventuelle conséquence financière mais aussi par peur du non-respect du secret médical et d'une visite d'aptitude.

5.2. Liens entre les peurs et les variables socio professionnelles et démographiques.

On retiendra comme différences significatives:

- pour la peur de la perte financière:

- le fait d'être ou non maitre de stage (p= 0.019 chi2)

maitre de stage	Non		Oui	
	N	%	N	%
Non	41	56,2	32	43,8
Oui	22	81,5	5	18,5

- le statut marital (p=0.009 chi2)

statut marital	Non		Oui	
	N	%	N	%
célibataire	4	30,8	9	69,2
couple	59	67,8	28	32,2

- pour la peur d'une visite d'aptitude:

- le type de cabinet (p=0.019 chi2)

type cabinet	Non		Oui	
	N	%	N	%
groupe	47	72,3	18	27,7
seul	33	94,3	2	5,7

-pour la peur de l'arrêt de travail:

- le statut marital (p=0.019 chi2)

statut marital	Non		Oui	
	N	%	N	%
célibataire	6	46,2	7	53,8
couple	67	77	20	23

- pour la peur du non-respect du secret médical:

- l'état de santé déclaré (p=0.02 Fischer)

état de santé	Non		Oui	
	N	%	N	%
bon/très bon	54	72	21	28
moyen	17	89,5	2	10,5
mauvais/très mauvais	2	33,3	4	66,7

- pour la peur du jugement:

- le type de cabinet (p= 0.008 chi 2)

type cabinet	Non		Oui	
	N	%	N	%
groupe	47	72,3	18	27,7
seul	33	94,3	2	5,7

6. Les perspectives

L'étude interrogeait les médecins pour savoir s'ils pensaient que leur santé serait meilleure s'ils avaient un exercice autre que libéral. 53 pensent que oui, 45 pensent que non et 2 ne se prononcent pas.

Par ailleurs 67% des médecins interrogés seraient intéressés par un exercice de la médecine générale différent que celui actuellement en place.

Il n'a pas été retrouvé de différence significative quant aux réponses à ces questions par rapport aux différentes variables socio professionnelles et démographiques.

7. Les commentaires "libres" des médecins interrogés (Annexe 4)

Les médecins ont pu en fin de questionnaire faire librement des suggestions, des commentaires.

L'un rappelle et confirme le résultat du tableau 5: la structure pourrait accueillir "*tous les médecins*" quelques soient leur mode d'exercice ou leur spécialité.

Un autre suggère qu'un suivi précoce, "*dès le début des études médicales*" soit mis en place.

Un autre pose la question du suivi après la retraite: *"il n'y a pas d'étude du médecin à la retraite: ce serait important une telle structure pour un médecin retraité"*.

L'importance de l'indépendance de la structure et du respect du secret médical sont répétés par plusieurs médecins: *"il faut que la structure soit indépendante de tout organisme officiel", "il est indispensable qu'il y ait un secret médical absolu"*.

De même que la nécessité d'une prise en charge psychologique: *"ce serait bien qu'il y ait des psychologues ou psychiatres sur place, ce serait facilitant"*.

Il semble important que l'accès à cette structure soit simple et facile: *"il faut que ce soit une structure adaptée, que ce soit simple", "c'est important qu'on puisse accéder librement aux consultations de cette structure"*.

Certains suggèrent une consultation mobile: *"un camion qui vient à vous!"*.

Enfin, il semble indispensable de promouvoir correctement cette structure afin que les médecins trouvent un intérêt à y aller mais surtout afin de lever les craintes qui pourraient les empêcher de s'y rendre: *"il faut que l'on connaisse le médecin, les intervenants de la structure: il faut qu'il y ait une bonne présentation de la structure"*.

.

DISCUSSION

Cette étude s'est intéressée à un sujet qui prend peu à peu de l'essor : la santé des médecins. Plus particulièrement, elle s'est intéressée à la santé des médecins généralistes. Son originalité tient au fait qu'il n'y avait pas encore eu d'étude quantitative sur les attentes des médecins vis à vis d'une structure de prise en charge médicale à leur intention. Il n'existe aujourd'hui en France qu'une seule et unique structure "physique" pour accueillir les médecins, en Haute-Normandie. Il pourrait être intéressant d'étendre cette initiative à d'autres territoires.

On constate en effet dans cette étude, que 23% des médecins interrogés déclarent leur prise en charge mauvaise, 15% la déclarent inexistante. Ils sont 39% à éprouver des difficultés pour consulter un confrère. Une structure dédiée pourrait-elle améliorer cette situation ? Les médecins de l'étude pensent à 74% qu'il s'agit d'une démarche utile. 61% pensent qu'ils y adhèreraient.

A. ANALYSE DES BIAIS

Cette étude a été réalisée sur un échantillon de 100 personnes. Cela limite certainement la force de ce travail. Il est possible qu'avec un échantillon plus important, des différences plus marquées auraient pu être mises en évidence, notamment entre les hommes et les femmes ou entre les différentes générations. Un travail à plus grande échelle serait sans doute plus informatif et serait intéressant à mettre en œuvre.

Toutefois, la méthode d'échantillonnage utilisée, celle des quotas, couplée à un tirage au sort, a permis d'obtenir un échantillon représentatif de la population du département étudié, celui du Maine et Loire. La répartition hommes/femmes est proche de la répartition nationale (60% d'hommes et 40% de femmes à l'échelle nationale), mais cette population est légèrement plus jeune que l'ensemble de la population médicale française : la moyenne d'âge des femmes de l'échantillon était de 46,64 ans (contre 49 ans pour les médecins femmes françaises (24)) et de 52,69 pour les hommes (contre 54 ans pour les médecins hommes français (24)). Il serait intéressant de réaliser un travail similaire à l'échelle nationale pour pouvoir conclure à des applications sur les différents territoires.

Concernant la méthodologie, les enquêtés tirés au sort, connus de l'enquêteur ont été retirés de l'étude afin d'éviter un biais de recrutement.

Concernant le questionnaire, on retiendra des erreurs de formulation de questions qui rendent le questionnaire perfectible dans sa compréhension et sa clarté. Notamment la question sur la facilité à consulter un tiers qui aurait mérité une double question : la facilité à consulter un médecin généraliste et à consulter un médecin spécialiste.

Dans la réalisation du questionnaire, la question concernant l'intérêt et l'adhésion à une structure dédiée a été posée une seconde fois à ceux qui avaient initialement répondu non à l'une ou l'autre des questions. Peut-être y aurait-il eu des changements de réponses parmi ceux qui avaient initialement répondu oui. Il est possible qu'il y ait eu une perte d'information.

Concernant les résultats, on peut supposer qu'il y ait un biais de confusion entre les variables âge et sexe, en ce qui concerne les liens observés entre l'âge et la consommation d'alcool, le type de cabinet, la déclaration de médecin traitant. En effet, c'est dans les classes d'âge les plus jeunes (49 ans et moins) que l'on retrouve également la plus grande proportion des femmes de l'enquête.

Enfin, certains interrogés ont trouvé cela difficile de répondre au questionnaire par téléphone et pensaient qu'il leur aurait été plus facile de répondre de visu, pour des questions de compréhension. Il leur était toutefois laissé le choix lors de la prise de rendez-vous.

B. ANALYSE DES RESULTATS

Les médecins ne sont pas des patients comme les autres. Se faire suivre ou prendre en charge médicalement est une expérience compliquée pour de nombreux médecins qui y ont été confrontés. Nombreux sont donc les médecins qui préfèrent ne pas consulter et se prendre en charge seuls (63% se sont déclarés comme leur propre médecin traitant). Toutefois, on constate les limites de cette prise en charge et notamment la faible satisfaction qu'ils en tirent quant à leur santé. D'après Nouger, 57,3 % des médecins interrogés trouvent que la prise en charge de leur santé est moins bonne que celle de leurs patients (7).

Il existe une ambiguïté dans les déclarations des médecins, puisque bien que connaissant l'importance d'avoir un suivi médical, ils ne font pas forcément la démarche à titre personnel. Cette ambiguïté est illustrée par les 4 médecins se déclarant en mauvaise santé, et qui se sont

déclarés eux-mêmes comme médecin traitant. On peut tout de même imaginer qu'une proportion non négligeable de la population générale, bien que se sentant en mauvaise santé, ne consulte pas.

Ainsi les médecins se révèlent plutôt favorables à l'idée d'une structure qui les aiderait à améliorer cette prise en charge. 43% des médecins libéraux Marnais interrogés en 2007 estimaient utile un service médical qui leur serait dédié (10). Dans l'enquête réalisée en Haute Normandie en 2008, 80% des médecins étaient favorables à la mise en place d'un service de médecine préventive pour les médecins libéraux (16).

Les médecins généralistes de cette étude confirment cette hypothèse et sont une majorité à être intéressée par l'idée d'une structure qui pourrait les prendre en charge (74%). Ils admettent volontiers que les médecins généralistes ne prennent pas correctement en charge leur santé. Toutefois, ils sont moins nombreux à envisager l'adhésion à une telle structure (61%).

On repère, en effet, de nombreuses craintes liées à la structure en elle-même et aux éventuelles conséquences d'une consultation médicale. Pour améliorer l'acceptation des médecins concernant cette éventuelle structure, il faudrait répondre au mieux à leurs attentes et pallier efficacement ces peurs, véritables freins à la consultation.

Les médecins craignent plus particulièrement une éventuelle perte financière en cas d'arrêt de travail (37% déclarent que cela pourrait les freiner à adhérer à la structure). Renégocier le délai de carence de la CARMF (Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France) comme l'APSS (Association pour la Promotion des Soins aux Soignants) (25) et le CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins) (18) l'ont déjà évoqué serait une idée à approfondir : la CARMF serait-elle prête à diminuer le délai de carence en contrepartie d'un suivi médical régulier ? Les médecins de cette étude semblent plutôt intéressés par cette proposition (38% sont intéressés, 52% trouvent la proposition importante ou indispensable). Il faudrait également, comme souligné dans le rapport du conseil de l'ordre (26), informer largement les médecins de l'importance de souscrire à un contrat de prévoyance.

Les médecins craignent également le non-respect du secret médical (27% déclarent que cela pourrait les freiner à adhérer à la structure).

Ainsi, ils sont nombreux à souligner l'importance de l'indépendance de la structure d'accueil. Il y a un réel questionnement à faire à propos de la tutelle de cette hypothétique structure. En effet, il y aurait sans doute une mise en place plus facile, diffuse et uniforme, si ces structures étaient initiées par le CNOM qui a déjà mené une réflexion approfondie sur ce sujet ; mais pourraient-elles pour autant rester indépendantes ?

Par ailleurs, il pourrait être demandé aux médecins à leur entrée dans la structure s'ils souhaitent conserver ou non leur dossier. Cela pourrait rassurer les plus anxieux à l'égard de ce sujet et les convaincre d'adhérer. Il pourrait aussi être imaginé un "circuit" dans la structure avec des zones d'attentes individuelles, évitant à plusieurs confrères de se retrouver ensemble dans une même salle d'attente.

Enfin, les médecins ne sont pas prêts à voir leur aptitude à exercer remise en cause (31% déclarent que cela pourrait les freiner à adhérer à la structure).

On soulignera quand même dans cette étude, 2 médecins qui ne pouvaient répondre de façon tranchée à cette question concernant un sujet aussi complexe et 9 médecins qui préféreraient être jugés inaptes à exercer si tel était le cas.

L'APSS (25) propose une position intermédiaire entre la situation actuelle où un médecin, devenu dangereux pour lui et ses patients ne peut être "arrêté" et une interdiction totale d'exercice. Sur le modèle catalan (21), pour les pathologies psychiatriques et addictives, il propose un contrat thérapeutique, où le médecin serait autorisé à poursuivre son exercice à condition qu'il se fasse soigner et suivre régulièrement. Il propose ainsi une modification du code de déontologie tel qu'il existe à l'heure actuelle avec l'introduction de l'obligation déontologique de soins. Cette proposition pourrait être perçue comme une "révolution" dans le système actuel : les médecins seraient-ils prêts à accepter un tel changement ? Si cette modification devait voir le jour, sans doute que la décision d'obligation de soins ne devrait pas être prise au sein de la structure mais déterminée par une autre instance.

En dehors de ces craintes majeures, qui sont la principale barrière à une consultation dédiée, il faut que les médecins trouvent un intérêt à cette structure.

Ainsi, dans la présente étude, les médecins semblent désirer une médecine alliant les caractéristiques de la médecine générale et de la médecine du travail sans toutefois être évalués dans leur aptitude à exercer. Il leur paraît en effet indispensable de bénéficier d'un suivi régulier global qui s'intéresse à leur hygiène de vie, au suivi de leurs vaccinations et de leurs dépistages mais également à leur bien-être au travail. Ils soulignent également

l'importance d'adapter la fréquence des consultations à l'existence de pathologie chronique, de réaliser des consultations ciblées si cela est nécessaire et de pouvoir consulter librement si besoin.

Ils ne souhaitent donc pas seulement une médecine préventive, ni seulement une médecine du travail mais une médecine qui les prend en charge dans leur globalité, ce qui comprend la prise en charge des pathologies aiguës et chroniques.

Les médecins interrogés ne sont pas favorables à une structure spécifique pour les médecins généralistes libéraux (70% déclarent inintéressante la proposition d'une structure exclusivement dédiée aux médecins libéraux). La structure pourrait ainsi accueillir toute la profession médicale, généralistes comme spécialistes, libéraux comme salariés. Il serait intéressant de réaliser le même type d'étude en prenant en compte tous ces médecins.

Il pourrait être important de former spécifiquement des médecins à la prise en charge, complexe de leurs confrères. Comme le disait Portalier dans sa thèse: *"Les médecins malades, ont besoin d'interlocuteurs professionnels, gardant leur objectivité pour les soigner, conscients de la spécificité de leurs patients et prêts à imposer leur statut de médecin pour qu'à leur tour, les médecins malades puissent endosser leur rôle de patient"* (12).

Il serait également intéressant de réfléchir à une prise en charge précoce dans ce type de structure, dès le début des études, afin de sensibiliser les médecins le plus tôt possible et de leur faciliter la démarche.

Actuellement, il existe deux associations qui mettent à disposition, chacune, une plateforme téléphonique disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pour les médecins libéraux.

L'association MOTS (3) en Haute-Garonne, propose aux médecins une évaluation de leurs conditions de travail afin de limiter les facteurs de risque d'épuisement professionnel. Elle apporte des conseils et oriente si besoin les médecins vers des personnes ressources qu'il s'agisse d'une aide technique, juridique ou encore psychologique.

L'association AAPML (Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux) (27) en Ile de France est un accueil téléphonique qui répond principalement à un besoin de soutien psychologique. Ce sont des psychologues qui répondent, gèrent la situation ou orientent le médecin vers un psychologue clinicien si nécessaire.

La structure créée par l'association IMHOTEP semble avoir répondu à un certain nombre des attentes des médecins. Il s'agit en effet d'une structure indépendante, garante de l'anonymat et

du secret médical. Son accès est facilité dans la région de Haute-Normandie par l'existence de différents lieux de consultation. Il s'agit d'une structure qui assure des consultations de prévention régulières, s'intéressant à l'hygiène de vie et au bien-être au travail des médecins libéraux. Un suivi psychologique est proposé au sein de la structure.

Cette structure reste donc un modèle du genre, unique en France.

Il faut certainement s'en inspirer mais également l'enrichir des nouvelles réflexions réalisées, telles que celles du CNOM ou de l'APSS, et des nouvelles données obtenues concernant les attentes des médecins, comme celles de la présente étude.

La création de structures fait partie d'une démarche plus large qui inclue la modification de l'exercice de la médecine et des règles qui la régissent. 67% des médecins interrogés dans cette étude déclaraient être intéressés par une autre forme d'exercice de la médecine générale. Le CNOM dans son rapport sur le médecin malade (18), cherche des solutions, ouvre des perspectives. Il cherche à améliorer la qualité des soins apportés aux patients, la qualité de vie des médecins et les conditions de leur exercice.

Un élément majeur de la bonne réussite de cette large démarche qu'est celle d'améliorer la santé des médecins, est de leur transmettre une information de qualité sur les solutions qui leurs seront proposées. Il faudra diffuser largement les tenants et aboutissants des éventuelles modifications déontologiques et structures à venir, pour les rassurer sur le bien-fondé de la démarche.

Malgré toute cette bonne volonté, il reste que le médecin demeure un être humain, libre de ses choix et que l'on ne peut imposer à quiconque s'il ne nuit pas à autrui, l'obligation de se soigner.

CONCLUSION

Les études sur la santé des médecins sont de plus en plus nombreuses. Le médecin n'est plus pensé exclusivement comme un soignant mais également comme un patient potentiel.

Toutefois le médecin n'est pas un patient comme les autres.

Cette étude confirme que la majorité des médecins généralistes est demandeuse d'une prise en charge médicale au sein d'une structure. Elle confirme que les démarches entreprises vont dans le bon sens et qu'elles répondent en partie à leurs attentes. Mais leurs attentes ne sont pas seulement préventives. Leur difficulté à consulter un confrère généraliste montre l'importance de repenser la prise en charge de leurs pathologies aiguës et chroniques. Enfin, les médecins rencontrent des peurs qui pourraient les freiner à adhérer à une structure, à consulter. Ces principaux freins sont la peur de la perte financière en cas d'arrêt de travail, la peur du non-respect du secret médical et la peur d'une évaluation de leur aptitude à exercer. Il est indispensable de trouver des solutions pour lever ces craintes, si l'on souhaite améliorer l'adhésion des médecins à ce type de structure.

Il semble donc important d'approfondir les réflexions menées sur la prise en charge médicale du médecin, afin de lui proposer une offre de soin adaptée à sa singularité.

BIBLIOGRAPHIE

1. Wonca Europe [En ligne] <http://www.woncaeurope.org/> Consulté le 07 Septembre 2012
2. Lefebvre L, Eeckeleers P. Et la santé du généraliste? La Revue de Médecine Générale. Mars 2008. n°251 : 122-123
3. MOTS [En ligne] <http://www.association-mots.org/> Consulté le 07 Septembre 2012
4. Alvarez C. « Allo Dr ? Je suis médecin et je ne vais pas bien... » Le Panorama du Médecin. Décembre 2011 ; n°5246-5247 : p.10
5. Suty R. Attitude des médecins généralistes envers leur propre santé : enquête menée auprès de 530 médecins libéraux du département de Meurthe-et-Moselle. Thèse de Médecine. Université de Nancy ; 2006 ; 162p
6. Gillard L. La santé des généralistes. Thèse de Médecine. Université Paris 5 Descartes ; 2006 ; 97p
7. Nouger F. Les médecins généralistes et leur santé, ou «Docteur, comment prenez-vous en charge votre santé ?» Enquête sur les médecins généralistes libéraux installés dans le département de la Vienne. Thèse de Médecine ; Université de Poitiers ; 2004 ; 146p
8. Desprès P, Grimbert I, Lemery B, Bonnet C, Aubry C , Colin C, et al. Santé physique et psychique des médecins généralistes. DREES, Etudes et Résultats. Juin 2010 ; n°731 : 8p.
9. Truchot D. Le Burn-out des médecins généralistes de Poitou-Charentes. 2004.
10. Corpel M. La Santé du Médecin Libéral Marnais. Enquête descriptive auprès des médecins libéraux de la Marne. Thèse de Médecine. Université de Reims. 2007. [En ligne] <http://membres.multimania.fr/mcorpel/> Consulté le 5 Octobre 2012
11. Degroote E. Qu'attendent les médecins généralistes d'une médecine préventive? Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 16 médecins généralistes mayennais. Thèse de Médecine. Université d'Angers. 2011. 126p.
12. Portalier Gay D. « Les médecins: des patients pas comme les autres? » ou attitude et vécu des médecins devenus eux-mêmes patients. Etude qualitative auprès de 15 médecins généralistes en Rhône Alpes. Thèse de Médecine. Université Claude Bernard Lyon I. 2008. 224p.
13. Manzano M. « Processus de construction du rapport à la santé chez les médecins généralistes libéraux de Haute-Normandie : Enjeu de la mise en place d'un dispositif de médecine préventive pour les médecins libéraux ? ». Synthèse du mémoire professionnel de Master 2 de psychologie sociale du travail et des organisations. Université Toulouse II. 2007. 37p.

14. Imhotep Haute-Normandie [En ligne] <http://imhotepfn.blogspot.fr/> Consulté le 10 Octobre 2012.
15. Labarere J. Déterminants de santé. Université Joseph Fourier de Grenoble; 2010 2011.
16. URML Haute-Normandie. Enquête sur la santé des médecins libéraux de Haute-Normandie. Décembre 2008. 16p.
17. Coquel G. Comportements personnels de santé et de prévention des médecins. [Rouen]; 2007..
18. Leriche B. Le médecin malade. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins. 28 juin 2008 ; 81p.
19. Présentation du PAMQ [En ligne] http://www.ordmed31.org/IMG/pdf/DR_A_MAGNAN.pdf 20. Consulté le 22 Juillet 2012.
20. Programme d'Aide aux Médecins Malades en Catalogne (PAIMM) [En ligne] http://www.ordmed31.org/IMG/pdf/LES_SOLUTIONS_DR_ARTEMAN_.pdf Consulté le 22 Juillet 2012.
21. Fondation GALATEA. PAIMM [En ligne] <http://paimm.fgalatea.org/fra/metge.htm> Consulté le 5 Octobre 2012
22. 20110926-27 - Poster Imhotep - EAPH Salzbourg [En ligne] http://www.docstoc.com/docs/document-preview.aspx?doc_id=97529994 Consulté le 4 avril 2012
23. Méthode d'échantillonnage par quotas [En ligne] <http://www.analyse-donnees.fr/Blog/echantillonnage-par-quotas.html> Consulté le 29 Août 2012
24. CNOM. Atlas de la démographie médicale française 2011 : les jeunes médecins invitent leurs confrères à s'installer en libéral | Conseil National de l'Ordre des Médecins [En ligne] <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/atlas-de-la-demographie-medicale-francaise-2011-les-jeunes-medecins-invitent-leurs-confreres-s%E2%80%99insta-1087> Consulté le 7 Septembre 201225.
25. Colson J-M, Leopold Y. Le médecin malade. APSS. [En ligne] <http://apss-sante.fr/medecinmalade.htm> Consulté le 5 Août 2012.
26. Leriche B. Le médecin malade. Synthèse. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins. 28 juin 2008 ; 10p.
27. AAPML [0826 004 580] - Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux - Accueil [En ligne] <http://www.aapml.fr/index2.php?m=1> Consulté le 19 Octobre 2012

TABLE DES FIGURES

Figure 1: Répartition de l'échantillon par classes d'âge et par sexe, comparée à la liste source, en pourcentage de chaque effectif.	15
Figure 2: Pourcentage de refus de réalisation du questionnaire par classe d'âge.	16
Figure 3: Avis des médecins généralistes interrogés sur l'utilité d'une structure dédiée (réponses en début et fin de questionnaire).	21
Figure 4: Avis des médecins généralistes interrogés sur leur volonté d'adhésion à une structure dédiée (réponses en début et fin de questionnaire).	21
Figure 5: Préférences des médecins interrogés concernant le moment le plus propice à une consultation médicale.	26

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1: Caractéristiques socio professionnelles et démographiques des 100 médecins interrogés et répartition en fonction du sexe.	17
Tableau 2: lien entre la consommation d'alcool et l'âge.....	20
Tableau 3: lien entre le type de cabinet et l'âge.	20
Tableau 4: lien entre la déclaration d'un médecin traitant et l'âge.	20
Tableau 5: Intérêt des 100 médecins généralistes interrogés concernant des propositions d'intervention pour leur prise en charge médicale.....	22
Tableau 6: Pourcentage de réponses positives concernant des propositions pouvant représenter un frein à la consultation médicale.	26

TABLE DES MATIERES

PLAN	9
INTRODUCTION.....	10
MATERIEL ET METHODE	12
A. Le type d'étude, la population étudiée, l'échantillonnage.....	12
B. Le courrier pré questionnaire	12
C. La réalisation du questionnaire	13
D. L'analyse statistique.....	13
RESULTATS	15
A. L'échantillonnage.	15
B. Les réponses au questionnaire.....	17
1. Les caractéristiques socio professionnelles et démographiques de l'échantillon de médecin	17
2. L'intérêt des médecins interrogés pour une structure de soins	20
3. Les résultats concernant l'avis sur les propositions d'intervention dans la prise en charge médicale.....	22
4. Le moment de la consultation.....	26
5. Les peurs des médecins qui pourraient les freiner à consulter	26
6. Les perspectives.....	28
7. Les commentaires "libres" des médecins interrogés (Annexe 4)	28
DISCUSSION	30
A. Analyse des biais	30
B. Analyse des résultats	31
CONCLUSION	36
BIBLIOGRAPHIE	37
TABLE DES FIGURES.....	39
TABLE DES TABLEAUX.....	40
TABLE DES MATIERES	41
ANNEXES	42
A. ANNEXE 1	42
B. ANNEXE 2	43
C. ANNEXE 3	48
D. ANNEXE 4	49

ANNEXES

A. ANNEXE 1

Madame, Monsieur, bonjour.

Je m'appelle Aurore Gombert, je suis médecin généraliste remplaçante, et je réalise une thèse sur la santé des médecins généralistes, dirigée par Monsieur le Professeur François Paré.

Certaines études sur la santé des médecins généralistes montrent qu'ils ne sont globalement pas satisfaits de leur prise en charge médicale, et qu'il ne leur est pas évident de se faire soigner. Nombre de médecins généralistes sont d'ailleurs leur propre médecin traitant et n'en sont pas non plus satisfaits.

Comment améliorer la prise en charge médicale des médecins généralistes ? Quelle structure peut-on créer ?

Cette thèse s'intéresse donc à ce qui pourrait être mis en place comme structure de soins pour les médecins généralistes.

Je propose de réaliser un questionnaire dans lequel je recueillerai votre avis sur des propositions de prise en charge médicale. Ce questionnaire, bref, prend environ 10 minutes. Bien sûr, les réponses du questionnaire seront recueillies anonymement.

Je me propose, suite à ce courrier, de vous appeler pour fixer un rendez-vous téléphonique afin de réaliser le questionnaire. (Par ailleurs, si vous le souhaitez, je peux me déplacer à votre cabinet.)

Je vous remercie de l'intérêt que vous porterez à ce travail.

Cordialement,
Aurore Gombert.

"le qui"

- la consultation serait réalisée par un médecin de formation généraliste spécialisé dans le soin des médecins
- la consultation serait réalisée dans une structure avec des psychologues et des psychiatres sur place
- il existerait un laboratoire d'analyse dans la structure

"le comment"

- les consultations seraient obligatoires en cas d'adhésion à la structure
- les consultations seraient non obligatoires mais proposées régulièrement
- vous seriez contacté par téléphone afin de fixer un rendez-vous
- la fréquence des consultations serait adaptée en fonction de l'existence ou non de pathologie
- vous auriez la possibilité de prendre librement rendez-vous si cela est nécessaire

"le quoi/ l'intérêt"

- les consultations régulières seraient globales
- des consultations ciblées seraient proposées si nécessaire
- lors des consultations on vérifierait vos vaccinations
- lors des consultations on s'intéresserait aux dépistages en fonction de votre âge/sexe.
- lors des consultations on s'intéresserait à votre hygiène de vie
- lors des consultations on s'intéresserait à votre bien être au travail
- lors des consultations on parlerait du burn out

"les conditions"

- l'adhésion à la structure serait payante (ex: cotisation annuelle)
- vous seriez indemnisé de la perte de temps lorsque vous consultez dans la structure
- il vous serait garanti l'indépendance de la structure vis à vis des institutions (CARMF, CO, CPAM...)
- il serait mis en place une diminution de délai de carence de la CARMF en contrepartie d'un suivi régulier
- vous seriez détenteur de votre dossier médical (pas de dossier sur place)
- il vous serait garanti l'absence de mesure décisive sur votre capacité à exercer

Je vais vous faire des propositions concernant le moment où aurait lieu la consultation dans la structure. Pouvez-vous me les classer de la plus intéressante à la moins intéressante pour vous,

"le quand"

- la consultation aurait lieu sur votre de temps de consultation habituel
 - sur votre temps libre habituel en dehors de vos consultations
 - le soir après vos consultations
 - le week-end
 - sur votre temps de vacances

Je vais vous faire des propositions, pouvez-vous me dire si oui ou non elles vous freineraient à consulter dans une telle structure?

"les craintes "

- la peur de la maladie
- la peur de passer du côté du patient
- la peur du jugement
- la peur de l'arrêt de travail
- la peur de la perte financière en cas d'arrêt maladie
- la peur d'une visite d'aptitude au travail
- la peur du non respect du secret médical

Avez-vous des propositions complémentaires qui auraient pu être oubliées dans ce questionnaire?

Avez-vous des commentaires à faire concernant ce questionnaire?

C. ANNEXE 3

		Très mauvais/ Mauvais		Moyen		Bon/ Très bon		p
		N	%	N	%	N	%	
<i>Sexe</i>	Femme	2	33,3	11	57,9	24	32	NS
	Homme	4	66,6	8	42,1	51	68	
<i>Catégories d'âge</i>	moins de 40 ans	0	0	2	10,5	15	20	NS
	40-49 ans	1	16,7	7	36,8	20	26,7	
	50-59 ans	2	33,3	7	36,8	26	34,7	
	60 ans et plus	3	50	3	15,8	14	18,7	
<i>Durée d'installation</i>	moins de 5 ans	0	0	2	10,5	14	18,7	NS
	6-15 ans	1	16,7	7	36,8	22	29,3	
	16-25 ans	2	33,3	4	21,1	12	16	
	plus de 25 ans	3	50	6	31,6	27	36	
<i>Lieu cabinet</i>	rural	2	33,3	7	36,8	34	45,3	NS
	péri-urbain	3	50	4	21,1	11	14,7	
	urbain	1	16,7	8	42,1	30	40	
<i>Type cabinet</i>	seul	3	50	10	52,6	52	69,3	NS
	groupe	3	50	9	47,4	23	30,7	
<i>Maître de stage</i>	Oui	0	0	8	42,1	19	25,3	NS
	Non	6	100	11	57,9	56	74,7	
<i>Statut Marital</i>	En couple	4	66,7	16	84,2	67	89,3	NS
	Non en couple	2	33	3	15,8	8	10,7	
<i>Enfant</i>	Oui	5	83,3	16	84,2	73	97,3	0,034 (F)
	Non	1	16,7	3	15,8	2	2,7	
<i>Pathologie Chronique</i>	Oui	5	83,3	10	52,6	23	30,7	0,045 (F)
	Non	1	16,7	8	42,1	49	65,3	
	Ne sait pas	0	0	1	5,3	3	4	
<i>Traitement</i>	Oui	5	83,3	10	52,6	27	36	0,045 (F)
	Non	1	16,7	9	47,4	48	64	

N: Nombre ; % : Pourcentage ; p = significativité fixée à 0,05 ; NS = différence non significative ; F: test de Fischer

		Très mauvais/ Mauvais		Moyen		Bon/ Très bon		p
		N	%	N	%	N	%	
<i>Tabac</i>	Actuel	2	33,3	2	10,5	8	10,7	NS
	Sevré	1	16,7	3	15,8	25	33,3	
	Jamais	3	50	14	73,7	42	56	
<i>Déclaration Médecin Traitant</i>	Non ou NSP	1	16,7	6	31,6	14	18,7	NS
	Quelqu'un d'autre	1	16,7	3	15,8	12	16	
	Eux-même	4	66,7	10	52,6	49	65,3	
<i>Prise en charge médicale</i>	Bonne	5	83,3	8	42,1	49	65,3	NS
	Mauvaise	1	16,7	9	47,4	13	17,3	
	Inexistante	0	0	2	10,5	13	17,3	
<i>Consulter un tiers sur 99</i>	Très difficile	1	20	2	10,5	2	2,7	NS
	Difficile	3	60	9	47,4	22	29,3	
	Facile	1	20	5	26,3	34	45,3	
	Très facile	0	0	3	15,8	17	22,7	

N: Nombre ; % : Pourcentage ; p = significativité fixée à 0,05 ; NS = différence non significative ; F: test de Fischer

D. ANNEXE 4

- "Ce serait intéressant qu'il y ait des consultations mobiles: un camion qui vient à vous!"

- "il serait intéressant que les médecins, les psy puissent se déplacer au domicile si besoin"

- "il pourrait y avoir un problème par rapport à la distance avec la structure :il faudrait imaginer un camion ambulancier qui viendrait à nous"

- "la notion de liberté d'exercice est importante à prendre en compte, on est dans un exercice libéral, il faut qu'on puisse garder son libre arbitre"

- il ne faut pas qu'il y ait d'analyse de l'aptitude au travail, sinon les médecins ne viendront pas"

- "votre questionnaire ne précise pas la tutelle de la structure"

- "il faut que la structure soit indépendante de tout organisme officiel"

- "il est indispensable qu'il y ait un secret médical absolu"

- "il faut que l'indépendance de la structure nous soit garantie"

- "je suis tout de même freiné par le secret médical: vous imaginez une salle d'attente entre collègues! Il faut cloisonner"

- "Ce qui me découragerait à consulter, c'est vraiment la peur de rupture du secret"

- "il ne faut pas que l'on croise les confrères dans la salle d'attente. Parce que ce serait gênant: "salut, tu viens pour quoi toi?" Peut-être qu'il faudrait qu'il y ait un genre de circuit"

"c'est une idée nouvelle intéressante"

- "il serait important de bien faire connaître la structure, il lui faudrait une bonne pub"

- "il faut que l'on connaisse le médecin, les intervenants de la structure: il faut qu'il y ait une bonne présentation de la structure"

- "ça pourrait être intéressant de soigner des confrères"

- "il faut que ce soit une structure adaptée, que ce soit simple"

- "c'est important qu'on puisse accéder librement aux consultations de cette structure"

- "il y a toujours la question de prendre le temps de la consultation"

- "il faut qu'il y ait une bonne réactivité pour la prise de rendez-vous"

- "il faudrait être suivi dès le début des études médicales, avec un soutien et un accompagnement psychologique; les groupes balint, les groupes de pairs devraient être obligatoires"

- "je préfèrerais être convoqué par mail"

- "il faut que ce soit plus fréquent qu'un bilan de l'IRSA"

- "Qui va mettre ça en place?"

- "ce serait bien aussi qu'on puisse faire les radio sur place"

- "ce serait bien qu'il y ait des psychologues ou psychiatres sur place, ce serait facilitant"

- le conseil de l'ordre est souvent dans l'incapacité de soutenir les médecins qui souffrent de maladies chroniques"

- "il serait intéressant d'avoir une structure qui renseigne sur les droits en matière d'arrêt de travail, une structure qui pourrait apporter une aide quotidienne à la gestion du cabinet quand le médecin est malade"

- "il serait intéressant qu'il y ait également une plateforme d'appels téléphoniques dans la structure"

- "il faut que ce soit une structure pour tous les médecins, spécialistes et généralistes mais aussi libéraux comme salariés"

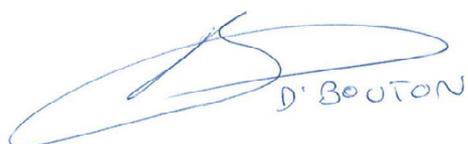
- "il serait intéressant pour la santé d'avoir une fin d'exercice progressive avant la retraite"

- "il n'y a pas d'étude du médecin à la retraite: ce serait important une telle structure pour un médecin retraité"

PERMIS D'IMPRIMER

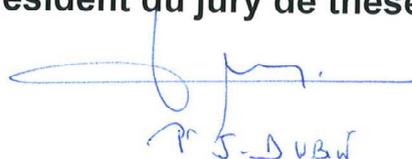
THÈSE DE Mademoiselle GOMBERT Aurore

Vu, le Directeur de thèse



D. BOUTON

Vu, le Président du jury de thèse



P. DUBOU

**Vu, le Doyen de la
Faculté de Médecine
d'ANGERS**



Professeur I. RICHARD

Vu et permis d'imprimer



permis d'imprimer

LES ATTENTES DES MEDECINS GENERALISTES CONCERNANT LEUR PRISE EN CHARGE MEDICALE SONT-ELLES EN ADEQUATION AVEC LES INTERVENTIONS PROPOSEES ?

RESUME

Les médecins ne sont pas satisfaits de leur prise en charge médicale et se faire soigner est une expérience difficile pour de nombreux d'entre-eux. Une structure de médecine préventive, destinée aux médecins libéraux de Haute-Normandie, s'est ouverte dans cette même région en Décembre 2010 mais n'a pas rencontré l'adhésion attendue. Qu'attendent les médecins d'un tel service ?

L'objectif principal de cette étude était de recueillir l'avis des médecins généralistes concernant diverses propositions de mise en place d'une structure, visant à améliorer leur prise en charge médicale. Il s'agissait d'une enquête, réalisée par questionnaire, auprès de 100 médecins généralistes du département de Maine et Loire.

74% des médecins trouvent utile de créer une structure qui leur serait destinée, mais seulement 61% pensent y adhérer. Les médecins souhaitent une structure qui associerait prévention (avec dépistage des risques professionnels et personnels) et soin, et dont l'accès serait facile, pour tous les médecins. On retrouve des freins majeurs à l'adhésion: la peur de la perte financière en cas d'arrêt de travail (pour 37%), la peur du non-respect du secret médical (pour 27%) et la peur d'une évaluation de leur aptitude à exercer (pour 31%).

Les interventions actuellement proposées aux médecins répondent en partie à leurs attentes mais peuvent être améliorées. Le CNOM s'intéresse à cette démarche d'amélioration de la santé des médecins et fait des propositions intéressantes en ce sens, mais il introduit l'obligation déontologique de soins qui pourrait effrayer les médecins. Il reste donc des réflexions à approfondir afin de mener à bien ce projet.

MOTS-CLES

Santé des soignants

médecins généralistes

prévention

soin

FORMAT

Mémoire

Article à soumettre soumis accepté pour publication publié

suivi par : le Docteur BOUTON Céline