

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2023

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 9 novembre 2023 à Poitiers
par **Rodolphe CHEMARIN**

Quel est le ressenti des médecins généralistes à l'égard des demandes de certificats médicaux d'assurance ?

COMPOSITION DU JURY :

<u>Président :</u>	Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI
<u>Membres :</u>	Madame le Docteur Alexia DELBREIL Monsieur le Docteur Yann BRABANT
<u>Directeur de thèse :</u>	Monsieur le Docteur Bertrand BINET



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2023

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 9 novembre 2023 à Poitiers
par **Rodolphe CHEMARIN**

Quel est le ressenti des médecins généralistes à l'égard des demandes de certificats médicaux d'assurance ?

COMPOSITION DU JURY :

Président : Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI
Membres : Madame le Docteur Alexia DELBREIL
Monsieur le Docteur Yann BRABANT
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Bertrand BINET



LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2022 – 2023

SECTION MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2nd cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- ORIENT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.AS et 1^{er} cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesseur 3^e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 1 an à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2nd cycle**
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 3 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- PARTHENAY Pascal

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la

reproduction

- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- COUET William, pharmacie clinique
- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

Maîtres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGÉ Marie, chimie analytique
- DELAGÉ Jacques, biomathématiques, biophysique
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire (HDR)
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie (HDR)
- HUSSAIN Didja, pharmacie galénique (HDR)
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie
- PAIN Stéphanie, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maîtres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwine, pharmacien

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI,

Merci d'accepter de présider ce jury et de juger cette thèse de Médecine Générale. Recevez tout mon respect.

A madame le Docteur Alexia DELBREIL,

Merci d'accepter de faire partie de ce jury et de juger mon travail. Recevez tout mon respect.

A monsieur le Docteur Yann BRABANT,

Merci de faire partie de ce jury. Tu as été présent tout au long de mon parcours. Merci de m'avoir accompagné si longtemps, de m'avoir enseigné la médecine générale avec tant de passion. Merci de m'avoir fait confiance pour te remplacer et merci d'inspirer tant de futurs médecins. Reçois tout mon respect.

A monsieur le Docteur Bertrand BINET,

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci d'avoir été si patient avec moi. Merci de tes conseils précieux et de ton partage d'expérience. Reçois tout mon respect.

A tous les médecins qui m'ont accompagné durant ces 3 années d'internat, Véronique, Fanny, Sophie, Khanh, Katia et Léa,

Merci de vos enseignements et de votre joie de vivre. Je suis heureux de vous avoir rencontrés.

A tous les médecins et paramédicaux de Rochefort et de La Rochelle que j'ai eu la chance de rencontrer,

Merci pour tout.

A mes co-internes des urgences, Claire B, Blandine, Maëva, Claire S et Loïc,

Merci pour tous ces bons moments, dans et hors de l'hôpital.

A la grande et belle équipe d'internes de pédiatrie de La Rochelle,

Merci pour tous ces goûters et ces bons moments,

A mes co-internes de gériatrie, Céline, Manon et Mathilde,

Merci d'avoir partagé ces moments. L'aventure continue autrement.

A Fauve,

Merci pour toutes ces soirées endiablées et pour tes conseils précieux.

A Régis et Nathalie,

Merci pour votre accompagnement, si précieux dans ma pratique comme dans la vie.

A mes futurs associés, Simon, Nicolas et Claire,
Merci d'être si bienveillants et que notre aventure soit belle !

A Gladys et Sébastien,
Merci de m'avoir fait confiance. Je vous souhaite tout le bonheur dans votre nouvelle vie !

A mes amis de Clermont-Ferrand, Valentine, Alice et toute la team Chavarot,
Merci pour ces années festives et (un peu) studieuses.

Aux copines de l'URSSAF, Clizou et Dédé,
Merci de ces joyeux moments passés en votre compagnie, ici et ailleurs.

A Anne-Sophie,
Merci d'inspirer tant de personnes par ta gentillesse. Tu es une femme accomplie malgré toutes les épreuves de la vie, je suis fier de toi.

A mes chers amis Agathe et Basile,
Merci d'être vous. Je suis heureux de vous avoir à mes côtés. Ne changez pas.

A ma chère Marie,
Merci d'avoir illuminé mes années lycée et de m'avoir fait tant danser. A quand notre prochaine polka ?

A mes amis nageurs, d'ici et d'ailleurs,
Merci d'avoir partagé tous ces moments, parfois difficiles, avec tant de bonne humeur.

A mes parents,
Merci d'avoir permis cet accomplissement. Merci de votre éducation, de vos encouragements et de votre soutien. Je vous aime.

A ma sœur,
Merci d'avoir été et d'être toujours là, malgré les kilomètres qui nous séparent. Je suis fier de toi et de la si belle famille que tu as construite. Je t'aime.

A mon Amour,
Merci d'avoir été mon plus grand supporter et ma plus solide épaule dans les périodes difficiles. Merci pour tous les moments de bonheur passés et à venir. Merci de m'avoir fait devenir qui je suis aujourd'hui. Merci d'être entré dans ma vie. Je t'aime.

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	11
II. METHODE.....	13
A. TYPE D'ÉTUDE.....	13
B. POPULATION	13
C. RECUEIL DES DONNEES	13
D. ANALYSE DES DONNEES.....	14
E. ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES.....	14
III. RESULTATS	15
A. DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE	15
B. ANALYSE QUALITATIVE	15
1. <i>Le médecin face au certificat</i>	<i>15</i>
2. <i>Le médecin face au patient</i>	<i>20</i>
3. <i>Le médecin face à ses confrères.....</i>	<i>26</i>
4. <i>Le médecin face à l'assurance</i>	<i>27</i>
5. <i>Le médecin face à la loi</i>	<i>32</i>
6. <i>Des recours essentiels.....</i>	<i>36</i>
7. <i>Des changements nécessaires</i>	<i>39</i>
IV. DISCUSSION.....	44
A. RAPPEL DES RESULTATS PRINCIPAUX.....	44
B. DISCUSSION ET COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE	47
1. <i>Une tâche administrative en voie de disparition ?.....</i>	<i>47</i>
2. <i>La relation médecin-patient, un élément central.....</i>	<i>48</i>
3. <i>Un Secret bien gardé.....</i>	<i>49</i>
4. <i>Une loi qui protège ?</i>	<i>50</i>
5. <i>Un dossier trop partagé ?.....</i>	<i>50</i>
6. <i>Des réseaux sociaux en développement</i>	<i>51</i>
7. <i>Une méfiance envers les assurances.....</i>	<i>51</i>
C. FORCES ET LIMITES	52
1. <i>Forces de l'étude</i>	<i>52</i>
2. <i>Limites de l'étude</i>	<i>53</i>
D. PERSPECTIVES	54
1. <i>Pour aller plus loin sur le sujet... ..</i>	<i>54</i>
2. <i>Mieux informé pour mieux former</i>	<i>55</i>
3. <i>Et maintenant ?.....</i>	<i>55</i>
V. CONCLUSION	56

VI.	RÉFÉRENCES	57
VII.	ANNEXES	59
A.	FORMULAIRE DE PRESENTATION	59
B.	FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	60
C.	GUIDE D'ENTRETIEN INITIAL	60
D.	GUIDE D'ENTRETIEN FINAL	61
E.	EXEMPLE DU VERBATIM N°6 ET DE SON ANALYSE INDEPENDANTE	62
F.	MODELE EXPLICATIF DE L'ENTRETIEN 6	70
G.	COURRIERS TYPES FOURNIS PAR LE CDOM	71
VIII.	RESUME	74
IX.	SERMENT D'HIPPOCRATE	75

I. INTRODUCTION

Le secteur de l'assurance est vaste. Il englobe les sociétés d'assurance, les mutuelles ainsi que les institutions de prévoyance (1). Le rôle principal des compagnies d'assurance est la gestion des risques, ici les risques sociaux. Ils correspondent aux frais de santé, de prévoyance (incapacité, invalidité, dépendance, décès, perte d'emploi, famille, etc.) et de retraite (2). Ces compagnies évaluent le coût potentiel de dommages et la probabilité de leur survenue pour aboutir à la « financiarisation » de ce risque. Pour ce faire, elles recourent aux statistiques (3). Afin d'évaluer les risques individuels de leurs assurés, elles ont besoin de certaines de leurs données de santé. Ces données sont récoltées par les compagnies d'assurance à l'aide de questionnaires de santé. Quand le risque semble majoré pour un assuré, elles peuvent demander un complément d'informations via l'utilisation d'un certificat médical (4). L'assuré peut ainsi être amené à solliciter son médecin dans le cadre de la souscription d'un contrat d'assurance (questionnaire de santé simplifié, examens médicaux complémentaires, cas des patients avec risque aggravé de santé). Il existe également les situations d'annulation de voyage, de prévoyance ou d'assurance décès (5).

Pour rappel, l'article 76 du Code de Déontologie Médicale prévoit dans l'exercice des médecins l'établissement de certificats médicaux (6). Le médecin engage sa responsabilité à chaque certificat qu'il rédige, obligatoire ou non (7). Ces demandes de certificats médicaux imposent plusieurs contraintes au médecin généraliste (8), il doit respecter les règles déontologiques et juridiques qui encadrent sa pratique. Il ne doit divulguer aucune information confidentielle à un tiers, ni avec l'accord du patient (9), ni même après son décès (10). Il doit également répondre aux attentes de ses patients qui peuvent avoir besoin de ces certificats pour bénéficier d'une couverture sociale ou d'une indemnisation (11). Il doit cependant se garder de faire bénéficier d'avantages injustifiés à ces derniers (12).

Devant l'ambiguïté et les incertitudes que peuvent créer ces demandes de certificats médicaux à destination des assurances, l'Ordre National des Médecins publie en 2015 des recommandations pour aider les médecins à les traiter. Ces recommandations sont mises à jour en 2019 (13) et sont régulièrement transmises aux médecins, notamment via le bulletin ordinal (14). En 2021, les difficultés semblent persister pour les médecins généralistes (15).

Face à ce constat et devant une littérature pauvre dans ce domaine, il nous a semblé intéressant de mener une étude qualitative afin de comprendre, au-delà de toutes recommandations, les difficultés rencontrées sur le terrain par les médecins généralistes.

L'objectif de cette étude était de recueillir et d'analyser le ressenti des médecins généralistes à l'égard des demandes de certificats médicaux d'assurance.

Cette étude prétendait également mettre en évidence les facteurs influençant les pratiques, les ressources mobilisées et les revendications des médecins généralistes en matière de rédaction des certificats d'assurance.

II. METHODE

A. TYPE D'ETUDE

Il s'agissait d'une étude qualitative inspirée de la phénoménologie interprétative (IPA), plus adaptée à la description et à l'étude de l'expérience vécue par chacun des participants (16).

B. POPULATION

L'échantillonnage de cette étude était raisonné et homogène. Tous les participants, médecins généralistes de Charente-Maritime, avaient la particularité d'avoir vécu la même expérience. En effet, ils avaient tous déjà reçu au moins une demande de certificat médical pour les assurances. Ceci constituait le seul critère d'inclusion.

Un premier recrutement a été effectué par téléphone puis par mail auprès de 12 cabinets médicaux du département de Charente-Maritime (annexe A). Un seul médecin parmi 53 sollicités a bien voulu participer à l'étude, malgré une relance de chaque cabinet. Les 9 autres participants ont été recrutés dans un second temps dans le carnet d'adresses professionnelles de l'investigateur.

C. RECUEIL DES DONNEES

Les données ont été recueillies grâce à des entretiens semi-dirigés. Ils se sont déroulés au sein du cabinet médical, au domicile du praticien ou bien dans un lieu neutre. Les entretiens ont duré entre 20 minutes et 1h15. L'investigateur a mené les entretiens à l'aide d'un guide d'entretien (annexe C). Celui-ci avait été préalablement constitué en utilisant les données de recherches bibliographiques ainsi que les a priori de l'investigateur. Il contenait des questions ouvertes centrées sur la question de recherche ainsi que des questions de relance. Les deux premiers entretiens ont permis de roder le questionnaire. Ils ont été conservés pour l'analyse au vu de leur richesse en données exploitables. Le guide d'entretien a été modifié à la suite du troisième entretien afin d'explorer des éléments supplémentaires, pertinents quant à la question de recherche (annexe D).

Les entretiens ont été enregistrés via le dictaphone du téléphone de l'investigateur. Ils ont ensuite été retranscrits intégralement et anonymisés par l'investigateur sur le logiciel Word (annexe E).

Les entretiens se sont arrêtés lorsque l'investigateur a estimé avoir atteint la suffisance des données.

D. ANALYSE DES DONNEES

Chaque entretien était analysé selon une démarche idiographique, c'est-à-dire indépendamment les uns des autres afin de se focaliser sur l'univers singulier de chaque participant. L'analyse du verbatim obtenu après retranscription permettait ainsi de faire émerger des thèmes (annexe E). Ces thèmes étaient ensuite regroupés selon leur sens et leur pertinence en thèmes superordonnés, aboutissant à un modèle explicatif propre à chaque entretien (annexe F).

L'étape suivante permettait la confrontation de tous les modèles explicatifs afin de construire l'arbre thématique répondant à la question de recherche et constituant le plan de l'étude.

Tout ce travail d'analyse a été réalisé manuellement puis reproduit secondairement sur informatique.

E. ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES

Tous les participants à l'étude ont donné leur consentement préalable à l'enregistrement des entretiens en remplissant et signant la feuille de consentement, présentée au début de chaque entretien (annexe B).

Les enregistrements ont été totalement anonymisés et supprimés immédiatement après leur retranscription.

L'étude incluait uniquement des professionnels de santé et explorait leurs pratiques professionnelles, elle était donc dite hors Loi Jardé (17). Un dossier a été déposé à la CNIL avec un engagement de conformité à la méthodologie de référence MR004.

III. RESULTATS

A. DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE

Age	Sexe	Durée d'installation ou d'exercice (ans)	Type d'activité	Exercice en cours	Durée de l'entretien (min)	Lieu de l'entretien
29	H	0,75	Urbaine	Installé	25	Cabinet médical
47	F	21	Urbaine	Installée	30	Cabinet médical
39	H	8	Semi-rurale	Installé	30	Cabinet médical
51	F	24	Semi-rurale	Installée	25	Domicile praticien
52	H	20	Semi-rurale	Installé	32	Domicile praticien
35	H	2,5	Semi-rurale	Installé	40	Domicile praticien
30	F	1,5	Semi-rurale	Remplaçante	40	Lieu neutre
57	F	28	Urbaine	Installée	20	Cabinet médical
28	F	1,5	Urbaine	Remplaçante	35	Domicile praticien
51	H	19	Urbaine	Installé	75	Cabinet médical

L'âge moyen des participants était de 42 ans et la durée moyenne des entretiens était de 35 minutes.

B. ANALYSE QUALITATIVE

1. Le médecin face au certificat

a. Une première réaction négative

L'évocation de notre sujet au début de chaque entretien provoquait quasi unanimement un sentiment de malaise ou d'exaspération chez les participants. (M1, M2, M5, M6, M7, M9, M10)

M1 : « C'est... insupportable, comme tout le reste ! »

M2 : « Oui, (...) chose qui n'est pas vraiment confortable. »

M5 : « - Soupir - Et ben en fait, on n'aime pas faire ce genre de trucs. »

M9 : « Moui !!! – ton exaspéré – »

M10 : « Ben ça me fait suer en fait. »

b. L'impression de perdre son temps

Comme attendu, de nombreux participants avaient l'impression de perdre leur temps. En effet, cette demande de certificat s'ajoutait régulièrement à d'autres motifs de consultation et devait même parfois être traitée en dehors du temps de consultation. (M1, M4, M5, M6, M8, M9)

M1 : « Pourquoi ?! Parce que (...) ça prend du temps ! »

M4 : « Un peu, oui un peu. Surtout quand ils te disent en fin de consultation « ah ben je vous ai emmené aussi mon certificat ! » »

M5 : « Alors, il y a la perte de temps parce que ça te prend une consultation. »

M8 : « ça prend énormément de temps parce que là par exemple j'ai passé la consultation avec lui qui était déjà longue pour regarder un petit peu si on avait le droit de le remplir, lui expliquer. (...) Donc c'est une consultation qui dure pas 15 min, peut-être 20 ou 25, et puis j'ai repassé une demi-heure, trois quarts d'heure à tout relire son dossier, à remplir. »

A cela s'ajoutait un sentiment de lassitude, notamment quand la démarche devait être répétée. (M4, M5)

M4 : « Alors parfois un peu agacée parce que ça prend du temps et parce qu'on remplit toujours la même chose. »

M5 : « Je ne sais pas mais on a dû remplir plusieurs certificats, trois fois pour le même patient. »

Actuellement, les médecins généralistes revendiquent la libération de temps médical (18). La sensation de perte de temps était donc majorée par ce contexte difficile. On percevait pour certains de la frustration face à ce « gâchis de temps médical ». (M1, M3, M6)

M1 : « Tu serais venu me voir il y a 3 mois, je t'aurais peut-être pas dit la même chose mais là j'en ai tellement marre qu'on se foute de nous à tout point de vue. »

M3 : « quand tu reçois quelque chose qui n'est pas légitime, tu prends du temps avec les gens pour leur expliquer, pour faire ta réponse, tout ça c'est une perte de temps, si on n'avait pas toutes ces demandes abusives euh... on gagnerait du temps médical. »

M6 : « En plus, il y a une pénurie de soignants en ce moment, il y a une tension pour se soigner et ben prendre du temps là-dessus c'est frustrant. »

c. Une demande jugée pourtant pas si fréquente

Quatre participants avouaient que cette demande n'était « finalement » pas si fréquente. Ils percevaient cette demande comme « minime » parmi les demandes habituelles. C'était la raison pour laquelle certains acceptaient de remplir les certificats. (M2, M5, M7, M9)

M2 : « Enfin après, comme je t'ai dit c'est quand même pas fréquent. »

M5 : « C'est vraiment minime, et heureusement. En médecine générale, tu sais, c'est par vague, des fois tu as l'impression de ne faire que ça et puis après tu as plusieurs mois sans. »

M9 : « C'est pas un truc qui m'embouteille trop non plus tu vois, c'est peut-être pour ça que je consens à le faire encore. »

d. Un sentiment global d'inconfort

Malgré une fréquence jugée faible, il semblait y avoir une réaction négative très importante face à cette demande de certificats. Cette « charge mentale » restait une source de stress et semblait mal vécue par plusieurs des participants. Elle était à l'origine d'un questionnement perpétuel et donc d'un réel inconfort. (M6, M7, M8)

M6 : « Fréquent, pas forcément mais c'est surtout très désagréable, c'est plusieurs fois par an c'est clair et toujours très désagréable. (...) Non, ce n'est pas une part importante mais par rapport à la part de travail que ça prend, ça prend la tête ! »

M7 : « c'est chronophage mais c'est surtout très stressant à gérer (...) c'est plus que c'est stressant et qu'on peut avoir du mal à le vivre. »

M8 : « je ne sais plus pourquoi on avait dit en gros c'était bon je pouvais le remplir, parce qu'à chaque fois je me pose la question « est-ce qu'il faut faire ou pas ? », (...) lui expliquer (...) pourquoi j'étais pas sereine de le remplir. »

Ils estimaient néanmoins que toutes les demandes n'étaient pas équivalentes. Ils distinguaient les différents certificats et leurs contraintes respectives. (M2, M4, M5, M9)

M4 : « L'appréhension serait de me dire ... euh... là où je me poserais le plus de questions, ce serait en post-mortem. »

M5 : « et puis ça dépend des motifs (...) mais il y a des choses plus embarrassantes à remplir. Certaines situations sont évidentes, d'autres sont plus pénibles ou plus complexes. »

M9 : « enfin c'est pas la même chose sur un emprunt que sur justement la prévoyance, quelqu'un qui a eu un souci, qui a été arrêté plus de 3 mois, généralement... enfin ça a été justifié puisque moi j'ai contribué à cet arrêt et voilà. »

e. Des demandes jugées exagérées

La quasi-totalité des participants reprochait aux assurances de soumettre des questionnaires trop larges et trop exhaustifs. Ils estimaient que les certificats n'étaient pas assez ciblés sur la pathologie ou antécédent en lien avec le contrat d'assurance. (M2, M3, M4, M6, M7, M9)

M2 : « Quand c'est ciblé sur un seul antécédent en général je fais mais s'ils demandent vraiment tous les antécédents, tous les médicaments, je tique un peu et je botte en touche. »

M3 : « Oui tout un imprimé avec tous leurs antécédents, tout ce qu'ils avaient eu bien avant, leurs antécédents chirurgicaux, qui regardent pas du tout le médecin de l'assurance quoi. »

M4 : « le plus difficile c'est de lire dans une boule de cristal puisqu'on nous demande pour combien de temps il va encore être en arrêt... Ce qu'on ne sait pas. »

M9 : « par contre c'était un questionnaire un peu complet comme on peut avoir là « est-ce que les téguments sont bien, l'ampliation thoracique... » enfin les trucs hyper précis qui font un peu vieille médecine même parfois, on sent le vieux papier. »

f. Une tâche perçue comme non médicale

La moitié de nos interlocuteurs nous a rappelé que cette tâche « administrative » n'avait rien à voir avec le rôle de médecin. Ces demandes étaient une réelle source d'agacement. Les médecins dénonçaient le simple enjeu financier de la demande, sans rapport avec le soin. Ils ne voulaient pas être les « agents administratifs » des assurances. (M1, M6, M7, M8, M9)

M1 : « Pourquoi ?! Parce que c'est pas à nous de le faire (...) ça nous fait chier. C'est pas de la médecine. C'est pas du ressort de la médecine générale à mon goût. »

M6 : « Ah ben il y a autre chose, il y a que ce n'est pas mon rôle de faire ça, moi je suis soignant, je ne suis pas agent administratif des assurances. »

M7 : « parce que finalement derrière, l'enjeu il est financier, c'est pas vraiment médical en fait, qu'est-ce que ça vient faire dans notre bureau ? »

Ce sentiment de ras-le-bol était parfois majoré par l'accumulation des demandes de certificats en tous genres, déjà dénoncées comme des tâches alourdissant le temps non médical du médecin généraliste. (M1, M10)

M1 : « Sur les certificats ? Oh ben on nous demande des certificats pour tout et n'importe quoi, beaucoup qui n'ont pas lieu d'être comme pour la cantine par exemple. Mais tout certificat, quel qu'il soit, nous hérise. »

M10 : « Après c'est pareil, là on parle d'assurance mais le nombre de certif à la con que moi je fais parce que les gens ils veulent faire des activités et puis ils ont besoin de leurs certif et puis moi je leur fais mais c'est vrai, quelle est notre responsabilité là-dessus. »

2. Le médecin face au patient

a. Le sentiment d'être indispensable

Pour certains participants, le médecin généraliste était le plus apte à accompagner le patient dans sa démarche de certificat d'assurance. Ils banalisaient la demande et pouvaient même se sentir indispensables puisqu'ils ne voyaient aucune alternative au patient. (M3, M4, M5, M7)

M4 : « Oh bah oui. Je ne refuse pas de leur remplir. Qui va leur remplir si on ne leur remplit pas nous ? ... Je n'ai même pas songé à ne pas les remplir. »

M5 : « toi seul peux le faire. D'ailleurs, c'est marqué sur les certificats, « à remplir par le médecin traitant du patient », ça fait partie des conditions donc à part nous, qui tu vois ? »

M7 : « Non, en soi, je pense qu'on est les plus qualifiés pour répondre à cette demande. »

b. La volonté de rendre service à son patient

La majorité des participants justifiait sa pratique par le souhait de rendre service au patient. Le médecin généraliste se sentait parfois investi d'une mission. Il se devait d'aider le patient pour qu'il accède à ses droits. Le service était d'autant plus nécessaire que la condition du patient était pénible. (M1, M3, M4, M6, M7, M10)

M1 : « Un patient de 37 ans qui a un glioblastome qui m'a envoyé par mail, tu vois déjà... que j'ai rempli quand même hier soir, voilà, après mes consultations, sans le voir. (...) et vu qu'il ne peut pas conduire pour l'instant, j'ai accepté de répondre par mail plutôt que de le faire venir. »

M6 : « On a des gens qui ont du mal à s'exprimer, du mal à écrire, du mal à faire des démarches administratives et ceux-là on sait que si on respecte la loi et qu'on remplit pas le certificat que demande l'assurance, ils n'auront pas de sous. C'est jamais simple... »

M7 : « Ben ne pas le faire, le risque c'est de bloquer le patient dans son remboursement, le mettre dans une situation plus délicate que ça encore donc euh... »

Le service rendu pouvait être pécunier. En effet, certains participants déclaraient « passer la carte vitale » et effectuer un acte remboursé. Ils préféraient ne pas infliger de surfacturation à leurs patients. (M5, M6, M7, M10)

M5 : « Oui mais on ne le fait pas tous parce qu'on a une certaine pression, c'est notre patient... tu vas vraiment lui demander 2C comme ça, non remboursés ? »

M7 : « donc oui du coup, je passe la carte vitale... alors qu'il faudrait pas. »

c. L'impression de se sacrifier

On percevait dans le discours et la pratique des médecins interrogés une forme de sacrifice. Ils préféraient aider le patient à contre-cœur plutôt que de refuser sa demande. Ce sentiment était d'autant plus présent que la relation entre le médecin et le patient était ancienne. (M1, M5, M9)

M1 : « Ben si, il faut quand même soula..., aider les patients. On le fait quand même. A reculons, surtout actuellement. »

M5 : « Ben non, les patients que tu connais bien et que tu suis depuis longtemps, tu ne leur fais pas avec plaisir, mais plutôt volontiers disons. Ceux que tu connais moins bien, c'est plus embêtant de leur faire parce que t'as moins l'impression que tu vas leur rendre service, c'est vraiment un dû. Mais les patients que tu connais depuis 20 ans, c'est difficile de refuser. Mais la plupart du temps on sait qu'on va rendre service. »

M9 : « mais elle était « mais ouais mais si vous ne le faites pas... » enfin elle avait tout un projet (...) c'était un truc quand même important pour elle quoi. Du coup, je l'ai rempli un peu à contre cœur. »

d. Influence sur la relation avec le patient

La relation entre le patient et le médecin traitant est basée sur une confiance mutuelle. Elle exige respect et honnêteté de la part des deux parties (19).

Un des médecins interrogés pensait que la demande de certificat à destination des assurances n'avait aucun impact dans la relation qu'il avait avec ses patients. (M5)

M5 : « Ça ne change pas grand-chose à vrai dire. »

En revanche, les autres participants avaient tous noté des comportements qui pouvaient influencer la relation avec leur patient, de façon positive ou négative.

- *L'exigence de certains patients*

Le médecin généraliste pouvait faire face à un patient insistant. Il pouvait ressentir du stress face à cette demande déjà pénible à laquelle il fallait répondre rapidement. A l'inverse, le médecin pouvait faire preuve de compréhension face à l'exigence du patient et accédait à sa requête sans percevoir de menace. (M2, M7, M8, M9)

M2 : « ouais ouais, des fois ils mettent la pression parce que, eux, c'est pour avoir leur prêt et sans ça, ça peut être compliqué. »

M7 : « lui derrière peut nous recontacter à plusieurs reprises en disant qu'il en a vraiment besoin, que c'est compliqué pour lui, avec des délais courts à respecter. »

M9 : « ils arrivent toujours au dernier moment (...) ils arrivent en limite donc je sais très bien qu'ils auront pas le temps d'aller voir un autre médecin (...) et que ben du coup ben voilà, on le fait ensemble. »

- *Une source d'agacement*

Le patient pouvait également exprimer son mécontentement, face au refus potentiel du médecin mais également face au risque de surprime. Parfois ce mécontentement était simplement appréhendé par le médecin et donc à l'origine d'une peur exagérée. (M3, M7, M8)

M7 : « ça peut être source d'énerverment pour le patient si jamais on ne répond pas à la demande. », « j'avais déjà stressé en amont du rendez-vous au cas où ça tourne au vinaigre quand j'allais lui dire non et puis en fait, la patiente a été très gentille. »

M8 : « Lui-même n'était pas content parce qu'il savait qu'il avait des antécédents et que ça pouvait lui augmenter ses taux etc. »

- *Le soutien du patient*

A l'inverse, le patient pouvait se montrer compréhensif avec son médecin, voire aidant dans la prise de décision. Spontanément ou après explication du médecin, le patient comprenait la complexité de la demande. Il était alors plus facile pour le médecin d'agir comme il l'entendait. (M3, M6, M7, M9)

M3 : « ils ont tout à fait compris et ils se demandaient d'ailleurs pourquoi on leur demandait ce qu'ils avaient eu (...) donc ils adhéraient plutôt à ma réponse si tu veux. »

M7 : « je lui ai tout expliqué le pourquoi du comment je ne pouvais pas lui remplir tel quel et elle a tout à fait compris la situation, (...) elle a été très satisfaite de ce que j'avais fait. Elle comprenait mon cadre légal qui me bloquait. »

M9 : « si j'ai refusé c'est parce que je sentais que le patient ça l'arrangeait bien que je refuse et en me disant « j'irai voir un autre médecin vous inquiétez pas ». »

- *La méfiance du médecin*

Quatre médecins interrogés estimaient qu'il existait un risque que leur propre patient se retourne contre eux en cas de surprime. Ils se montraient alors méfiants, ce qui pouvait influencer leur pratique. Ils comprenaient les enjeux pour le patient mais ne voulaient pas « se laisser émouvoir ». (M2, M3, M7, M8)

M2 : « C'est important quand on est jeune médecin d'autant plus sachant que c'est le premier type de plainte à l'ordre et que les patients sont de plus en plus procéduriers. »

M3 : « Ben je pense qu'avec le climat actuel, on se méfie plus des plaintes, beaucoup plus que quand j'ai débuté déjà, donc on est plus méfiant. Je pense que ça change un peu notre façon de gérer le truc. (...) c'est toujours dans le but d'aider son patient. C'est le problème... (rires), il faut pas se laisser émouvoir et faire un truc qu'on a pas le droit de faire. »

M7 : « éventuellement ce serait plus le patient qui pourrait se retourner contre moi je pense. »

- *L'empathie du médecin traitant*

Le médecin pouvait faire preuve d'empathie voire de compassion envers son patient. Les expériences personnelles du médecin lui permettaient de comprendre la situation parfois délicate dans laquelle se trouvait son patient. (M6, M7, M8, M9)

M6 : « il y a des exclusions donc ça fait une insécurité en fait... Il y a eu des cas dans ma famille où j'ai bien vu que, voilà, le fait qu'il n'y ait pas d'assurance pour ça, ça créait une sorte d'insécurité. »

M7 : « mais j'imagine que pour un patient recevoir ce type de question ça doit pas être agréable. »

- *Le besoin de se justifier*

Parfois, le médecin ressentait le besoin de justifier sa pratique. En effet, il pouvait se sentir frustré face à l'incompréhension de certains patients. Ces derniers ne percevaient pas toujours les risques juridiques ou déontologiques en jeu à travers leur demande. Le médecin se sentait donc obligé de clarifier sa position et d'expliquer l'ambiguïté de la demande. (M2, M3, M7, M9)

M2 : « On peut être mis en cause donc moi je leur dis toujours que j'engage ma responsabilité quand je signe ça et que c'est pas quelque chose que je fais à la légère et qu'il y a aussi toute cette histoire derrière. »

M7 : « donc il s'est énervé un peu plus, il pensait que ça faisait partie de nos prérogatives de remplir ce type de certificat. »

M9 : « Pour la plupart des gens ça reste une formalité. Pour eux, ils ont l'impression que c'est un papier que je vais signer, tamponner comme le certificat sportif qu'on peut leur faire. Ils se rendent absolument pas compte de tous les tenants et les aboutissants derrière. »

e. Une volonté d'aller plus loin

Deux participants voyaient leur rôle plus décisif. Ils endossaient presque le rôle d'expert. Mais cette compétence n'étant pas la leur, cela créait parfois un sentiment de frustration. (M9, M10)

M9 : « mais c'est vrai que j'ai pas tout en tête, toutes les grilles des médecins d'assurance (...) finalement ce serait peut-être ça qui serait intéressant, qu'on ait les grilles des médecins d'assurance parce que ça c'est des choses assez factuelles ces grilles-là. »

M10 : « on a le contrat de base des exclusions. Et puis, juste voilà, si ça rentre dans ce cadre-là, je mets que c'est en lien avec le contrat mais je mets pas de détails en fait. »

3. Le médecin face à ses confrères

Trois participants exprimaient le sentiment d'injustice lié aux différences de pratiques entre confrères. En effet, certains patients pouvaient se sentir lésés et comparaient la pratique de leur médecin avec celle d'autres médecins généralistes. Cette comparaison pouvait entraîner un sentiment de trahison chez le praticien concerné. (M6, M7, M8)

M6 : « il m'a aussi dit que certains de ses collègues avaient eu des médecins qui n'avaient pas fait tout ce tintouin pour remplir les certificats et que son assurance l'avait quand même vachement emmerdé (...) Donc en respectant un peu plus la loi que mes collègues, j'ai mis beaucoup plus le patient en difficulté que mes collègues et donc ben je me suis un peu transformé en hors la loi. »

M7 : « Là où je suis actuellement en rempla et où je vais m'installer, il y a un médecin qui ne fait pas du tout mais pas du tout pareil que moi. (...) Ben moi j'ai laissé au collègue puisque j'allais pas le faire... et ben il l'a fait. (...) je l'ai vu le remplir, je me suis dit OK d'accord. Et puis il a tout mis, toutes les informations médicales ! »

M8 : « c'est pas juste parce que certains docteurs le font, d'autres le font pas donc c'est une perte de chance du patient par rapport à celui d'à côté. »

Un participant évoquait la différence de génération entre confrères pour expliquer ce phénomène. Les médecins plus âgés rempliraient plus souvent les certificats d'assurance pour leur patient. (M7)

M7 : « C'est une autre génération mais bon... », « Il y a bien des médecins des générations supérieures qui le remplissent au final. »

4. Le médecin face à l'assurance

a. Un sentiment de méfiance

Certains participants exprimaient plus ou moins clairement leur méfiance à l'égard des compagnies d'assurance. Cette méfiance reposait principalement sur des a priori négatifs, alimentés par « l'opacité » du système assurantiel. Ils remettaient en cause l'utilité et la compétence des compagnies d'assurance, tout en soulignant leur intérêt lucratif. Cette méfiance était parfois communiquée au patient. (M3, M5, M8, M9)

M3 : « Ah mais c'est sûr, c'est ce que je dis aux patients, leur but c'est de ne pas vous payer, s'il veut pas vous payer, il vous paiera pas. »

M5 : « Dans une assurance privée, tu sais pas s'ils ont un médecin qui a des diplômes et tout. »

M9 : « Si je devais dire clairement mon a priori, ma représentation là-dessus, (...) pour moi c'est avant tout quelque chose de lucratif qui ne rend pas forcément service. »

Pour trois participants, c'est leur expérience personnelle qui justifiait cette méfiance. En effet, avoir été confronté à une demande d'informations personnelles avait été jugé « intrusif ». (M6, M8, M9)

M9 : « oui parce que tu vois l'autre jour j'ai été interrogé par ma propre prévoyance (...) elle a besoin des examens médicaux donc finalement, la nana elle est pas toubib, elle est juste assurance quoi... (...) je me dis que c'est des documents qui sont entre des mains professionnelles qui ne sont pas des professionnels de santé, qui savent pas quoi en faire. »

b. Un sentiment d'abus

Les demandes des assurances étaient perçues comme « illégales » par certains médecins. En effet, ils suspectaient les compagnies d'assurance de les solliciter malgré le caractère délibérément « frauduleux » de leurs demandes. De plus, elles profiteraient volontairement de l'ignorance des médecins généralistes en matière légale pour leur soustraire des informations. (M3, M6)

M3 : « Je pense qu'ils connaissent les directives en fait, ils essaient de passer outre (...) et puis ils se disent que si on est pas au courant et qu'on remplit, ça les arrange. »

M6 : « juste parce que l'assurance nous demande des choses illégales et que si on les fait pas c'est le patient qui n'accède pas à ses droits en fait. Voilà. »

Deux participants estimaient que les compagnies d'assurance pouvaient abuser d'un excès d'informations. Elles pouvaient ainsi mettre en difficulté le patient en trouvant, par exemple, des clauses d'exclusion supplémentaires. (M3, M10)

M3 : « avec tout le dossier, si le médecin a accès à tout le machin, il va bien trouver une clause d'exclusion là-dedans. (...) C'est le jeu aussi de l'assurance. Ils se protègent sinon ils remboursent tout le monde. »

c. Un sentiment d'hypocrisie

La moitié des médecins interrogés dénonçait une forme d'hypocrisie des compagnies d'assurance. Elles profiteraient notamment de la relation de confiance qui existe entre le médecin traitant et son patient. Les participants se sentaient souvent pris au piège. Ils souffraient du dilemme de devoir choisir entre respecter la loi et aider leur patient. Les compagnies d'assurance joueraient sur cette corde sensible pour obtenir les informations attendues. (M2, M3, M6, M8, M9)

M2 : « (soupir puis rire) ...franchement je trouve pas ça logique, je pense qu'ils devraient désigner un médecin expert (...), souvent en plus on est médecin traitant donc on n'a pas la relation qu'il faut. »

M8 : « Ben oui, je pense que t'as pas la même relation avec un médecin que tu as jamais vu, un spécialiste de l'expertise (...) parce que d'impliquer le médecin généraliste je trouve ça fourbe en fait, je trouve ça pas très correct. »

M9 : « c'est un énorme piège de la part des banques et des assurances. On est pris entre deux feux quelque part qui est l'intérêt de notre patient et en même temps faire un faux c'est juste pas possible. »

Le recours au médecin traitant était critiqué. Mais selon l'un d'entre eux, il était aussi question de praticité. Peut-être que l'accès à son médecin traitant, même dans le contexte actuel, restait la solution la plus rapide pour les assurances d'obtenir leurs informations et donc de traiter les dossiers. (M10)

M10 : « Parce que c'est plus rapide de voir son médecin traitant, c'est peut-être plus facile d'avoir un rendez-vous avec leur médecin généraliste que d'avoir un... Après c'est peut-être le côté... si on donne le papier plus rapidement, ils peuvent prendre leur décision... »

d. Des confrères méconnus

La majorité des participants affirmait ne pas connaître le rôle du médecin d'assurance. Ils n'avaient pas de notion sur le parcours ni les compétences de leur confrère des assurances. Ils percevaient son rôle de façon plutôt négative, l'imaginant « traquer » les informations des patients et doutant de son devoir de secret professionnel. (M3, M5, M6, M7, M8, M9, M10)

M5 : « Ah non, je ne sais pas du tout, j'en ai aucune idée. A mon avis, ça doit être un médecin comme nous, un médecin généraliste qui a fait peut-être quelques cours supplémentaires pour connaître le cadre légal et qui s'est porté volontaire pour l'entreprise, il doit toucher une rémunération pour ça... »

M7 : « Dans mon esprit, (...) le médecin de l'assurance il est plus là à traquer les informations, il ne serait pas quelqu'un d'aidant on va dire. »

M9 : « C'est-à-dire que j'ai jamais rencontré je pense une personne qui faisait ça, (...) ils ont quelque chose de l'ordre de l'expert à mon sens peut-être mais... et encore. – réflexion – Euh, je sais même pas s'ils voient le patient, j'ai pas l'impression. »

Deux participants étaient même suspicieux à son égard. Ils mettaient en doute son indépendance vis-à-vis de l'assurance qui l'employait et évoquaient un potentiel « conflit d'intérêt ». (M5, M6, M8, M10)

M5 : « au moins je serais plus confiant qu'avec un médecin de l'assurance, il est payé par l'assurance, je ne pense pas qu'il soit objectif. »

M8 : « Ouais mais je vois pas comment (...) tu peux faire secret médical et travailler pour une assurance. »

M10 : « Et après, dans quelle mesure, ils sont affiliés ou non au secret médical dans leur entreprise... Je pense que oui, s'ils sont médecins il doit y avoir un secret professionnel. »

e. Un « système » perçu comme injuste

Une majorité de participants estimait que le système actuel était injuste. Ils pensaient que la législation profitait aux assurances, au dépend des patients et des médecins. (M2, M6, M7, M8, M9, M10)

M2 : « C'est l'assureur qui lui se couvre et nous en le faisant on n'est pas forcément dans une position euh... on engage notre responsabilité. »

M6 : « C'est énervant de se dire ça me prend du temps, ça me prend la tête, juste parce que la loi est plus faite pour les assurances que pour les patients et les médecins. »

M9 : « mais quelque part ce système-là, tel que c'est, ça me gave, je me dis il y a un truc qui va pas là encore. », « Parce que pour moi il y a une injustice totale vis-à-vis d'une maladie que tu n'as pas demandée (...) et que ces gens-là n'aient plus droit à l'emprunt moi c'est quelque chose qui me choque quoi. »

Cette situation poussait parfois à la résignation. (M5, M6)

M6 : « De la résignation aussi. Tu te dis, putain, tu luttas pour respecter la loi et au final tout ce que tu as fait c'est mettre un peu ton patient dans la merde. Donc ouais, ça pousse à la résignation. »

f. Assurance privée versus assurance publique

Lors de notre étude, nous avons jugé intéressant de recueillir le point de vue des médecins généralistes sur la différence qu'ils faisaient entre le médecin de l'assurance privée et le médecin-conseil de l'assurance maladie. Certains ne s'étaient jamais posé la question. (M9, M10)

M10 : « Ouais, je m'étais jamais posé la question. »

Trois participants percevaient le médecin conseil comme un partenaire à part entière dans le parcours de soin du patient. (M5, M7, M9)

M5 : « Après ça peut être des partenaires pour des arrêts parce que pour le coup c'est notre rôle de médecin traitant d'en discuter avec le médecin de la sécu et de faire valoir l'état clinique du patient. »

M7 : « Dans mon esprit, le médecin de la CPAM il est aidant alors que le médecin de l'assurance il est plus là à traquer les informations. »

M9 : « celle avec qui je travaille moi (...) était vraiment conseil et je l'avais pris comme ça (...) je l'appelais et je lui disais où j'étais embêté et on a toujours bien fonctionné comme ça. »

Certains estimaient que le partage des informations médicales était plus facile avec le médecin-conseil. (M4, M5, M8)

M4 : « Ah ben, le médecin de la CPAM, je peux lui envoyer un certificat, je peux lui envoyer des informations médicales directement. »

M5 : « Ah ben c'est complètement différent, je peux transmettre des courriers à un médecin de la CPAM. »

M8 : « Est-ce que le médecin de la sécu n'est pas par sa définition de poste inclus dans le secret médical du patient. »

Le flou qui concernait le fonctionnement des assurances privées n'était pas un problème dans le cadre de la CPAM. En effet, les médecins interrogés faisaient plus confiance au médecin-conseil car ils connaissaient les rouages de l'Assurance Maladie. Ils estimaient le caractère social de l'organisme comme plus sûr et plus juste. (M5, M6, M8, M9)

M5 : « Ben je sais qu'à la CPAM ils sont responsables. »

M6 : « Ça me dérange moins parce que la CPAM c'est mes impôts, c'est les impôts de tout le monde et je considère qu'elle a plus un devoir de neutralité. »

M8 : « Oui, et c'est plus facile de travailler avec le médecin de la sécu peut-être parce qu'on les connaît mieux, on comprend mieux le fonctionnement. »

M9 : « donc pour moi c'est quand même deux métiers différents quoi (...) parce qu'il y a une gestion d'argent public, de bien commun, qui n'est pas l'argent des banques ou sur un fond privé (...) pour moi c'est une valeur importante. »

5. Le médecin face à la loi

a. Une méconnaissance du cadre légal

Les médecins interrogés confiaient leur malaise face à la demande de certificats médicaux d'assurance, notamment par leur méconnaissance du cadre légal. Ils ne connaissaient pas précisément les risques encourus ni la responsabilité engagée dans ce genre de pratique. Ils pouvaient avoir peur des répercussions en se sachant « en dehors des clous ». (M3, M4, M6, M7, M8, M9)

M7 : « Je ne sais pas quelles sont les conséquences à le remplir finalement. Est-ce que je risque une amende, est-ce que je risque une plainte au conseil de l'ordre, est-ce que je risque... ? »

M8 : « mais j'ai toujours un peu peur de ce qui peut arriver après au niveau des conséquences légales quoi, ça je sais pas trop quels sont mes droits et à quoi je m'expose quand je le fais en fait. »

M9 : « qu'est-ce qui se passe quoi, pour nous en termes de responsabilités, etc. Moi, ça me pose beaucoup de questions, voilà, j'ai horreur de remplir ces machins-là. »

b. Une menace ressentie comme modérée

Quelques participants estimaient en revanche que les risques étaient faibles. Ils ne se sentaient pas vraiment menacés par leur patient ni par la compagnie d'assurance. (M9, M10)

M9 : « effectivement on pourrait m'attaquer pour divulgation du secret médical même si telle que la formulation est faite c'est « j'autorise le médecin » ou du moins « je déclare que mon médecin m'a aidé par rapport à ça »... Je me dis après est-ce que l'assurance pourrait se retourner contre moi pour faux, ben faudrait qu'ils le prouvent. »

M10 : « Ben à pas le remplir, je pense que je risque rien, je sais pas, à part que le patient soit pas content mais à le remplir, j'en sais rien. »

c. Le désir de rester honnête

Quatre participants rappelaient leur rôle dans le contrôle des informations transmises par leur patient. Ils soulignaient l'importance de rester honnête et de ne pas faire de fausses déclarations. (M1, M3, M4, M7)

M1 : « Non non... des fois, on leur dit qu'ils ont déclaré des conneries, on les corrige. »

M4 : « je leur conseille toujours de ne rien cacher, d'être aussi honnête que possible (...) ils voudraient qu'on en rajoute pour être sûr de...(blanc) voilà. Mais moi je ne mets que ce qu'il s'est passé. »

d. Le souhait de respecter le secret médical

Tous les médecins interrogés soulignaient l'ambiguïté liée au secret médical dans les demandes de certificats médicaux à destination des assurances. Aucun d'entre eux n'avait la certitude de faire les choses bien. En revanche, tous avaient développé des stratégies pour satisfaire leur patient tout en respectant le cadre légal.

M8 : « Est-ce que ça peut... ben est-ce que c'est légal que je le remplisse surtout, par rapport au secret médical. »

- *Ne transmettre que l'essentiel*

Une des solutions des médecins sollicités était la transmission des seuls éléments du dossier de leur patient, utiles à l'instruction de la demande de l'assurance. (M3, M4, M5, M6, M7, M8)

M3 : « à remplir par le patient avec l'aide de son médecin traitant » donc ça forcément on donne aux gens les éléments de leur dossier. »

M5 : « Une partie du dossier médical concernant l'accident oui à la rigueur mais pas le dossier médical complet et puis pas à n'importe qui. »

M6 : « Mais non, je ne mets que les documents qui concernent l'arrêt de travail, sauf dans les rares cas où je n'en ai pas, ça peut arriver... »

- *Ne communiquer qu'avec le patient*

La plupart des médecins interrogés choisissait de remplir le certificat mais faisait en sorte de ne le remettre qu'au patient, jamais à l'assurance directement. (M2, M3, M4, M5, M9, M10)

M2 : « Après quand je fais, je remets toujours au patient, jamais à l'assureur pour pas briser le secret médical. »

M4 : « Et ben à partir du moment où c'est directement remis au patient j'estime qu'il n'y a pas de problème. »

M5 : « Tu ne peux pas vérifier tout ça, tant que tu donnes au patient, lui fait ce qu'il veut. »

- *Un antécédent déjà dévoilé*

Certains considéraient que si le patient avait déjà déclaré un antécédent à l'assurance, ils pouvaient transmettre des informations concernant ce même antécédent. En effet, ils n'estimaient alors pas rompre le secret médical puisque le patient avait déjà révélé sa pathologie. (M2, M3)

M2 : « Maintenant je pense que s'ils demandaient que pour la LLC pour mon patient, c'est qu'il l'avait déclarée donc l'assureur était déjà au courant. Quand c'est ciblé sur un seul antécédent en général je fais. »

M3 : « Et ça arrive qu'on ait un questionnaire plus orienté si les patients ont eux-mêmes déclaré un facteur de risque particulier et ça, on peut les aider à remplir et éventuellement le signer puisqu'il n'y a plus d'histoire de secret médical (...) Ça pose moins de problème. »

- *Un confrère à part entière*

Un des médecins considérait tout de même possible la transmission directe des données médicales à l'assurance, à condition qu'elles ne soient transmises qu'au médecin de l'organisme en question. En effet, il considérait que le médecin d'assurance était tenu au secret médical et donc que le partage d'informations restait autorisé. (M1)

M1 : « Ah non non, (...) mais je mets dans l'enveloppe pour le médecin. Souvent il y a une enveloppe avec une adresse préremplie pour le médecin de l'assurance. », « Non ! Enfin, de confrère à confrère, je considère que j'ai le droit. Voilà. Après si le patient ouvre l'enveloppe, il l'ouvre, c'est comme ça. »

- *Un confrère jugé hors du soin*

A l'inverse, plusieurs médecins plaçaient le médecin de l'assurance en dehors du parcours de soins du patient. Ils refusaient donc le partage d'informations personnelles, considérant que la dérogation au secret médical ne pouvait s'appliquer dans ce contexte. (M3, M7)

M3 : « On soigne le même patient, on a le droit de rompre le secret médical, de se donner des infos, on n'a pas le droit si ce n'est pas à visée thérapeutique. »

M7 : « Oui, c'est un médecin mais c'est pas un médecin qui travaille dans l'intérêt du patient. C'est un médecin qui fait son travail d'assurance... »

6. Des recours essentiels

a. Le conseil de l'Ordre comme principale ressource

Six médecins sur dix avaient recours au conseil départemental de l'Ordre des Médecins, ici celui de Charente-Maritime. Ils avaient principalement affaire avec la juriste du conseil de l'Ordre, par téléphone le plus souvent mais aussi par mail. Ils estimaient qu'elle était une ressource indispensable dans certaines prises de décision. (M2, M3, M6, M7, M8, M10)

M2 : « je botte en touche et je dis au patient « je vais demander conseil et je vous rappelle ». Et à ce moment-là je demande à la juriste de l'ordre des médecins. »

M6 : « J'avais passé un coup de fil à la juriste, j'avais relu les documents sur le site du conseil de l'ordre. »

L'aide apportée pouvait se traduire par un conseil téléphonique mais également par la transmission de documents d'information pour le médecin. Ainsi, certains avaient recours au livret établi par le Conseil de l'Ordre et délivré au moment de l'installation ou au début des remplacements. D'autres prenaient connaissance des informations dans le bulletin ordinal. (M2, M3, M9)

M3 : « on a des modèles en fait du conseil de l'ordre, dans le livret du conseil pour les jeunes qui s'installent (...) il y a plein d'informations intéressantes dedans avec des modèles, des choses qu'on peut faire ou pas faire. »

Cependant, les recommandations n'étaient pas toujours faciles à appliquer. En remettant en question la pratique de certains médecins, elles pouvaient même les mettre en difficulté. (M2, M9)

M2 : « j'avais lu le truc mais c'était pas clair enfin globalement je sais jamais quand on peut le faire ou pas du coup. »

M9 : « depuis que j'ai vu qu'on n'était plus obligé de remplir ça, euh ben voilà, je ne sais pas comment faire. »

b. Une entraide confraternelle

Lorsque le médecin sollicité se retrouvait en position d'incertitude, il pouvait compter sur l'aide d'un confrère. En effet, nombreux étaient ceux à recourir à l'avis de leur associé, du médecin qu'ils remplaçaient ou bien d'un autre confrère, souvent plus expérimenté. (M2, M6, M7, M8, M10)

M2 : « J'avais demandé à mon remplacé ce qu'il faisait habituellement. »

M8 : « J'allais voir un collègue, un vieux médecin quasiment en retraite pour me dire si c'était ok ou pas, s'il voyait une contre-indication à le remplir. »

c. Des réseaux sociaux parfois aidants

Certains participants avaient recours aux réseaux sociaux pour répondre à leurs interrogations. Ainsi, Facebook et Twitter, par le biais de groupes de médecins, permettaient le partage d'expériences entre confrères. (M2, M7, M9)

M7 : « Mmmm – Réflexion – J'avais eu recours une fois au groupe Facebook « le Divan des médecins ». J'avais anonymisé la demande de certificat qui concernait l'inaptitude en demandant est-ce que vraiment ce certificat était pour moi et finalement sur le divan on m'avait répondu que non. »

M9 : « on a reçu un mot du conseil de l'ordre disant, enfin je sais pas j'ai lu ça sur Twitter enfin j'en sais rien, disant qu'on pouvait refuser de remplir ça. »

d. Des expériences souvent formatrices

L'attitude du médecin était souvent corrélée à l'expérience qu'il avait de la situation. Elle pouvait être liée à ses expériences professionnelles rencontrées au cours de sa carrière ou encore aux expériences vécues par un confrère ou une consœur. Elles pouvaient pousser à la prudence mais pouvaient aussi faciliter la prise de décision. (M3, M4, M5, M6, M9)

M5 : « Tu te poses la question au début et puis quand tu vois que tu ne peux pas y échapper, il faut le faire. (...) On est résigné. »

M9 : « et puis moi j'ai une histoire qui m'a marqué, euh dans ma carrière là, c'est que j'ai un patient (...) qui avait fait un emprunt, (...) il est décédé, pas de la pathologie qu'il n'avait pas déclarée, mais il était diabétique pour dire clairement les choses. Et sa veuve est venue avec le papier, (...) en disant ben voilà l'assurance me demande ça, depuis quand... et donc j'avais été obligé de mettre les pathologies qu'il n'avait pas déclarées à l'époque, en mettant enfin voilà... et ça, ça m'avait... parce que du coup elle se prenait double peine elle, déjà le veuvage c'est une première chose, mais sa part d'emprunt plus la part de son conjoint qui, comme il avait fait un faux, continuait quoi. Et ça, ça m'avait mis à l'époque... puisque j'étais jeune installé, euh vraiment me dire punaise il faudra vraiment faire gaffe à tout ce qu'on met là-dedans, c'est super impliquant. »

La prise de décision pouvait aussi être influencée par les expériences personnelles du médecin interrogé : une expérience vécue comme simple et sans encombre permettait de relativiser sur la demande du patient ; une expérience vécue comme intrusive ou traumatisante pouvait mettre en garde le médecin. (M3, M6, M7, M8, M9)

M3 : « Oui certainement quand je me suis installée. Mais c'était un questionnaire assez simplifié (...) c'était pas trop compliqué. (...) (soupir) C'est vieux tout ça... je ne me rappelle plus de tous les détails mais ça ne m'avait pas traumatisée. »

M6 : « Il y a eu des cas dans ma famille où j'ai bien vu que, voilà, le fait qu'il n'y ait pas d'assurance pour ça, ça créait une sorte d'insécurité. »

7. Des changements nécessaires

a. Le besoin d'améliorer la formation

Plusieurs participants souhaitaient une meilleure formation ou un meilleur encadrement de la pratique. En effet, le manque de connaissances était parfois mis sur le compte d'une formation incomplète au cours des études médicales, notamment pendant l'internat de médecine générale. Cette lacune était d'ailleurs soulignée par un participant, lui-même maître de stage universitaire. Il avouait ne pas aborder ce sujet avec ses internes. (M1, M9, M10)

M1 : « Non non mais si on pouvait être épaulé différemment pour tous ces certificats, en effet, qu'on ne sait pas spécialement bien remplir, ce serait parfait. »

M9 : « sur les certificats assurantiels c'est intéressant la remarque que tu fais parce que je m'aperçois que j'en parle quasiment pas et du coup tu te retrouves en rempla ou jeune installé et puis t'es un peu face à ça et t'es un peu bloqué parfois. »

M10 : « Ben je pense que dans l'internat de médecine G, il faudrait une formation sur ça en fait, ce qu'on a le droit de faire, ce qu'on n'a pas le droit de faire, sur quel cadre légal et qu'on ait pas besoin d'aller piocher l'information (...) Je pense qu'il faudrait réalimenter ça dans les études médicales, en tout cas de médecine G. Sur nos 3 ans, on a bien 2h à perdre là-dessus. »

b. Le souhait de déléguer une tâche jugée ingrate

La plupart des médecins interrogés souhaitait que cette demande de certificat d'assurances soit traitée par un tiers. Ce tiers pouvait être pour certains le médecin de l'assurance en personne, puisqu'il était jugé apte et le plus concerné par ce sujet. Le tiers pouvait être un médecin généraliste inconnu du patient et dont l'avis serait complètement objectif. Le médecin légiste pouvait également remplir ce rôle d'après un des médecins interrogés. Il était même question pour l'un d'eux de créer une profession paramédicale dédiée à ce genre de demandes. (M1, M2, M3, M7, M8, M9)

M3 : « C'est sûr que le fond de ma pensée, ça m'arrangerait si l'assurance avait un médecin qui convoque les gens, qui se débrouille avec eux. »

M7 : « Ben on parle du cadre légal donc même s'ils n'ont pas que ça à faire, les médecins légistes en soi. Eux, c'est la spécialité entre la médecine et le cadre légal donc ça pourrait le faire. »

M8 : « l'idéal c'était presque qu'avec leurs papiers ils aillent voir un médecin qui ne les suit pas et que ce soit en gros sur le déclaratif, sur leur ordonnance enfin sur ce qu'ils veulent donner. »

M9 : « Réflexion – Je sais pas, puisqu'on est à l'heure de la délégation, est-ce qu'il ne faudrait pas des professionnels de santé de type une infirmière enfin niveau infirmière quoi tu vois, que ce soit une profession à part entière, en disant professionnel de santé accompagnant un dossier d'assurance avec une prestation cotée. »

Certains estimaient que déléguer à un tiers ne réglerait pas le problème. En effet, ils estimaient que trier et fournir des pièces du dossier médical au patient serait aussi chronophage que de remplir le certificat. (M3, M5)

M3 : « Le seul souci c'est qu'en pratique, si un patient part chez un médecin expert ou de l'assurance, il faut qu'il ait un minimum de pièces médicales avec lui donc faut qu'il passe par nous pour qu'on lui donne les éléments dont il a besoin. »

M5 : « Et comme je t'ai dit, on va plus perdre du temps à sélectionner les parties du dossier à donner alors autant les remplir directement. »

c. La volonté de s'en débarrasser

Plusieurs médecins exprimaient le désir pur et simple de se débarrasser complètement de cette tâche. Ceci avant tout pour se décharger de la contrainte de temps et de responsabilités qu'engage la demande de certificat d'assurance. (M1, M7, M8, M9)

M1 : « Par exemple, tu vois, sur les voyages, les assurances annulations. Ça aussi ils nous emmerdent avec ça. Donc là maintenant on va de plus en plus refuser de faire ce genre de choses. »

M7 : « Euh – réflexion – Moi dans l'idéal, ce genre de certificat n'existerait plus... »

d. L'importance d'homogénéiser les pratiques

Lors des entretiens, on pouvait noter la curiosité de certains participants pour la pratique de leurs confrères. Ils déploraient parfois le manque d'unité dans la pratique des médecins généralistes. Il était intéressant pour eux de « protocoliser » cette pratique afin d'avoir une réponse claire à apporter aux patients et qu'aucun ne soit désavantagé. (M3, M7, M8, M10)

M3 : « Enfin les collègues sont quand même avertis maintenant. (blanc) Peut-être pas tous... »

M7 : « Dans mon parcours, (...) personne n'avait la même pratique et souvent personne ne suivait les recommandations que j'avais apprises à la fac ou qui étaient émises par le conseil de l'ordre. »

M8 : « donc ce serait protocolisé comme tout le reste, ce serait mieux. »

e. Un souhait de considération

Quelques participants souhaitaient la majoration de la cotation de l'acte afin de dissuader les demandes inutiles et de redonner un intérêt à ce genre de consultation. (M7, M9)

M7 : « Oui, il faudrait pouvoir nous aussi coter plus ce genre de consultation, ça pourrait être dissuasif. Il y en a même qui cotent 5C donc ... »

M9 : « alors en plus tu peux demander souvent beaucoup plus, genre un 2,5C ou je sais pas quoi. »

f. Transmettre les informations autrement

Deux participants évoquaient l'utilisation du Dossier Médical Partagé (DMP) comme moyen de communication entre le patient et le médecin de l'assurance. En effet, le patient détenteur de ses informations pourrait en disposer et les transmettre comme bon lui semble. (M3, M7)

M3 : « mais si les gens ont accès à leur DMP et s'ils veulent consulter directement le médecin de l'assurance avec leur DMP (...) ça pourrait être la solution, le patient il a tout sur le DMP, il le donne, il en fait ce qu'il veut, (...) le problème est réglé, il n'y a plus d'histoire de secret médical, nous on s'en fiche après, c'est pas nous qui le rompons donc bon. »

M7 : « Ben oui, puisqu'on transmet les éléments sur le dossier du patient et qu'après ça lui appartient et il le fournit à qui il veut, ça reste dans le cadre légal... »

Ce système de partage d'informations était en même temps critiqué. Certains médecins craignaient le manque de sécurisation des données mais aussi l'abus que pourraient en faire les compagnies d'assurance. (M3, M7, M9)

M7 : « Quand ce sera bien géré par contre, quand il n'y aura pas de fuite d'informations, mais oui éventuellement ce serait un bon compromis. »

M9 : « euh donc le DMP euh c'est un endroit un peu trop sensible là encore à mon sens pour mettre dans les mains des assurances et ça pose toute la question des data. »

Un participant proposait l'utilisation des volets « employeur » des arrêts de travail dans le cas fréquent où les assurances demandent la chronologie des faits médicaux. (M4)

M4 : « L'arrêt de travail, alors euh... à la limite s'il y a un système qui puisse dire « il est toujours en arrêt de travail », éventuellement pour les assurances d'emprunteur (...) le volet pour l'employeur pourrait être transmis à l'assurance également puisqu'il n'y a pas d'informations médicales. »

g. Un espoir de changement plus profond

Certains participants souhaitaient un changement de législation afin de mieux appréhender le rôle de chacun dans ce genre de demande. Ils voulaient que la législation soit notamment plus contraignante pour les assurances afin de limiter les sollicitations qu'ils jugent abusives. Ils estimaient que ces changements pourraient se faire avec l'intervention de l'Ordre National des Médecins. (M3, M6, M7, M9)

M6 : « Comment je verrais les choses, et ben clairement il faut que les choses soient carrées pour les certificats pour les prévoyances, ce qu'ils n'ont pas le droit de demander aux médecins doit être sanctionnable et sanctionné sinon ça va continuer à être interdit mais à se faire quand même de façon généralisée. »

M7 : « ou alors il faudrait que les lois évoluent, que le cadre déontologique soit plus souple, éventuellement. »

M3 : « il faudrait faire passer un message clair... (...) peut-être les menacer au niveau du conseil national enfin j'en sais rien, au conseil de l'Ordre, remettre les pendules à l'heure. »

D'autres participants imaginaient un système global plus juste, plus équitable et qui ne nécessiterait pas l'intervention d'organismes privés. Ce système aurait un fonctionnement « plus simple » et ne serait pas « centré sur le profit ». (M6, M8, M9)

M6 : « Mais j'aimerais un système de base qui couvre bien tout le monde en fait, plutôt que des assurances qui ne vont pas couvrir dès qu'il y a un risque. »

M8 : « il y aurait qu'un seul organisme d'assurance global et qu'on connaîtrait bien, et ce serait rodé, il y aurait une seule façon de faire et on saurait qu'est-ce que ça implique et tout ça, peut-être que ça irait. »

M9 : « mon idéal ce serait que l'argent soit distribué autrement mais ça c'est mon idéal. (...) Mais après faut faire sauter... enfin si je te dis le fond de ma pensée, (...) ce système libéral fait qu'effectivement on a envie de faire de l'argent sur tout et notamment sur l'assurance par exemple. »

IV. DISCUSSION

A. RAPPEL DES RESULTATS PRINCIPAUX

L'**objectif principal** de l'étude était de répondre à la question « Quel est le ressenti des médecins généralistes à l'égard des demandes de certificats médicaux d'assurance ? »

Les émotions ressenties par les participants étaient liées aux différentes composantes mises en jeu dans cette demande de certificat. La demande en elle-même était jugée d'emblée désagréable. Jugée purement administrative et très souvent abusive, elle était à l'origine d'une sensation de perte de temps et d'un important sentiment d'inconfort, bien qu'elle ait été considérée comme peu fréquente.

Malgré ce premier ressenti négatif, les participants défendaient leur rôle d'accompagnateur. Ils décrivaient l'importance de rendre service à leur patient au prix d'un « sacrifice » quant à leurs responsabilités médico-légales. Ce motif de consultation pouvait influencer la relation entre le médecin et son patient, liée à l'attitude de chacune des deux parties. Les facteurs négatifs étaient l'exigence ou le mécontentement du patient et la méfiance du médecin envers son patient. Les facteurs valorisants étaient l'empathie du médecin et le soutien du patient.

Certains participants critiquaient la pratique hétérogène de leurs confrères face aux certificats d'assurance, participant à une frustration voire à un sentiment de trahison.

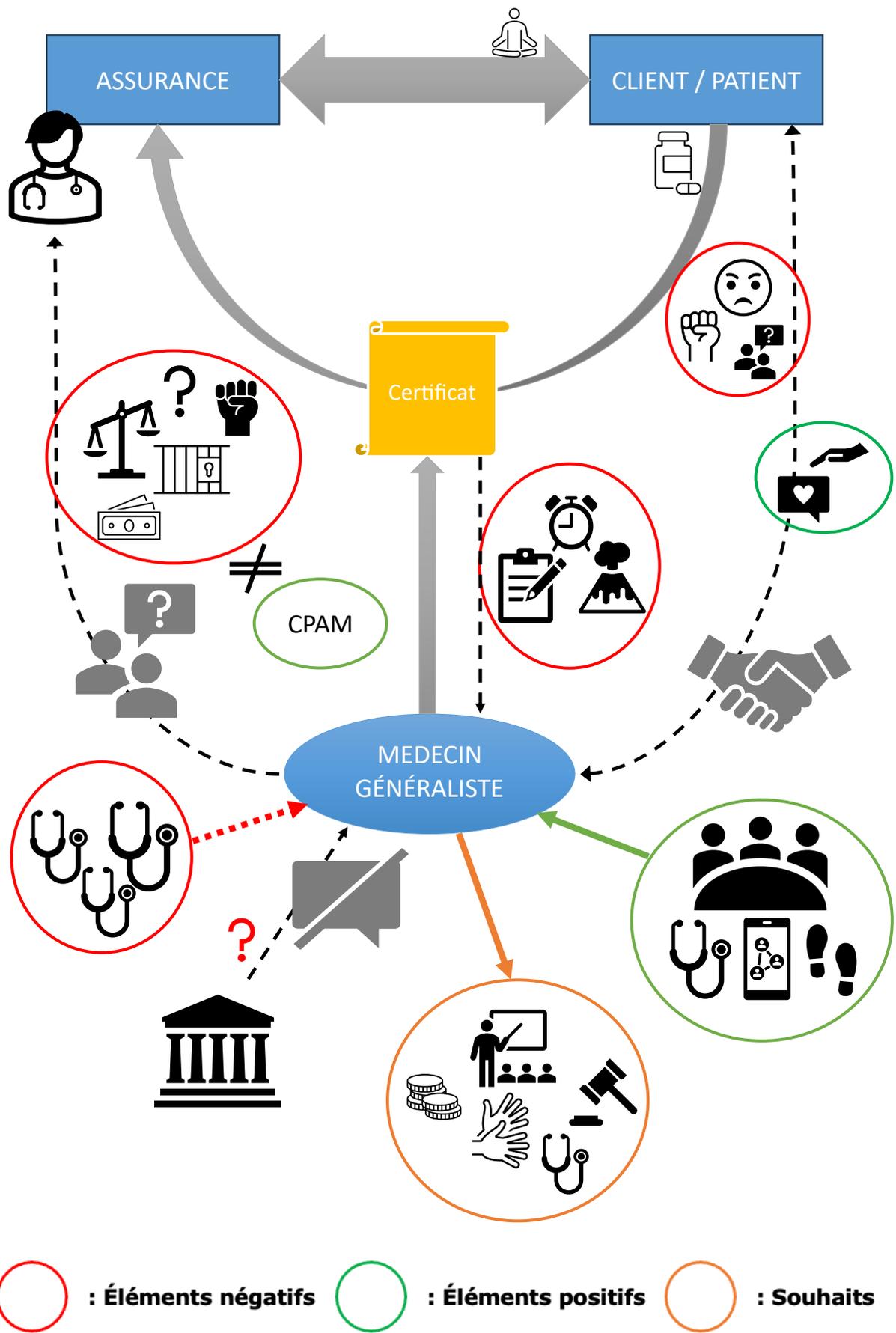
Les compagnies d'assurance étaient perçues négativement par les participants. Ils se montraient méfiants à leur égard. La méconnaissance du système assurantiel et de leurs confrères des assurances créait un sentiment d'injustice, d'hypocrisie voire de suspicion chez nos participants. Ils se sentaient pris au piège par des demandes jugées souvent abusives et avaient un jugement négatif sur le caractère purement financier des assurances. Ils percevaient au contraire le médecin-conseil de l'Assurance Maladie avec bienveillance, comme un véritable partenaire de soins.

La méconnaissance du cadre légal était à l'origine de certaines peurs chez les médecins interrogés et poussait à la prudence dans le remplissage des certificats d'assurance, principalement dans le cadre du secret médical.

L'**objectif secondaire** de cette étude était d'identifier les ressources mobilisées par les médecins généralistes dans la gestion des certificats médicaux d'assurance. Nous souhaitions également objectiver les attentes des participants afin de proposer des axes d'amélioration dans la prise en charge de cette demande.

Pour répondre à cette demande de certificats, les participants s'appuyaient sur des aides extérieures comme le Conseil de l'Ordre des Médecins, leurs confrères ou encore les réseaux sociaux. Leurs expériences professionnelles et personnelles participaient aussi à la démarche décisionnelle.

Pour conclure, les participants déclaraient vouloir se débarrasser de cette tâche, par sa délégation à un tiers ou bien par sa suppression totale. A défaut, ils réclamaient une légifération dans ce domaine et exprimaient le besoin d'être mieux formés.



B. DISCUSSION ET COMPARAISON AVEC LA LITTÉRATURE

1. Une tâche administrative en voie de disparition ?

Les résultats de notre étude ont montré que les médecins généralistes percevaient la demande de certificats médicaux d'assurance de façon globalement négative. Ils mettaient en avant le manque d'intérêt pour cette pratique « chronophage », « plus administrative que médicale ».

La gestion de cette demande parmi d'autres motifs de consultation est source d'agacement. Les consultations à plusieurs motifs sont très souvent responsables de stress et de fatigue chez les médecins généralistes. Elles altèrent la qualité de travail et le vécu du médecin (20). Pendant le temps de la consultation, après avoir géré le ou les autres motifs, le médecin généraliste n'a alors pas le temps de questionner la légitimité de la demande de certificat du patient, de s'interroger sur les risques qu'il encourt ou encore d'avoir recours à une aide extérieure.

Pour pallier cette problématique des consultations à plusieurs motifs, certains participants privilégiaient un créneau de consultation dédiée au certificat d'assurance. Ce système de consultations à un seul motif est discuté et d'autres praticiens préfèrent gérer cette demande autrement (15). En effet, certains participants expliquaient s'occuper du certificat d'assurance de leur patient en dehors du temps de la consultation. Cette tâche « non médicale » s'ajoutait alors à l'ensemble des tâches administratives qu'effectue le médecin généraliste. Ils sont nombreux à déplorer cette partie de leur activité qu'ils jugent peu intéressante (21). Même si les certificats médicaux, dont ceux à destination des assurances, ne semblent pas représenter une part importante de ces tâches administratives, il existe néanmoins une sous-estimation globale du temps accordé à celles-ci (22). Nous pouvons donc nous demander si la fréquence des certificats d'assurance décrite par nos participants n'est pas sous-estimée elle-aussi.

Dans notre système de soins en souffrance (23), nombreux syndicats de médecins généralistes revendiquent la libération de temps médical. Pour y parvenir, ils réclament la suppression ou la délégation des tâches administratives, dont les certificats médicaux (24). Début 2023 et à la demande du ministre de la Santé, l'Assurance Maladie a avancé 15 mesures pour réduire les tâches administratives des médecins généralistes. Les trois premières mesures sont consacrées à la réduction des certificats médicaux (25). Il n'est cependant pas fait mention spécifique des certificats à destination des assurances.

2. La relation médecin-patient, un élément central

A travers cette étude, nous avons mis en évidence l'importance de la relation entre le patient et son médecin dans la prise de décision. Nombre de nos participants estimaient que cette tâche leur incombait car ils se sentaient responsables de leurs patients. Ce sentiment de responsabilité et de « devoir » est en accord avec les résultats d'une étude centrée spécifiquement sur les certificats post-mortem réalisée en 2017. La majorité des médecins estimait normal leur rôle de remplir le certificat pour un patient qu'ils avaient suivi (26).

Le besoin de rendre service est alimenté par l'empathie du médecin envers son patient (27). Cette empathie était illustrée dans notre étude par l'impact des expériences personnelles que certains participants nous ont confiées. En effet, l'expérience personnelle du praticien permet la compréhension de certaines situations et émotions vécues par le patient et peut donc influencer la décision du médecin (19).

Rappelons qu'outre la relation émotionnelle qui lie le médecin et son patient, le Code de Déontologie prévoit légalement le rôle du médecin dans la délivrance de certificats médicaux afin que le patient bénéficie de ses droits (6)(11). De plus, le Code de Déontologie Médicale précise qu'un médecin ne peut être médecin traitant et expert d'un même malade (28). Ce n'est donc pas au médecin traitant de déterminer ce qui est bon ou mauvais à transmettre par le patient, sous peine d'avantager son patient et de contrevenir alors à l'article 24 de ce même Code (12). Il se doit de prévenir le patient des risques qu'il encourt à faire une fausse déclaration à son assurance (29).

Bien que de nombreux participants estimaient aider leur patient en ne surfacturant pas la consultation dédiée à ce type de certificat, celle-ci ne peut donner lieu à une prise en charge pas l'Assurance Maladie (13).

3. Un Secret bien gardé

Même si le Secret Médical reste l'élément qui cristallisait le plus les inquiétudes des médecins généralistes interrogés, ces derniers avaient du mal à percevoir les réels risques encourus.

Pour rappel, le secret médical est un principe fondamental de la relation entre le médecin et le patient. Il garantit la confiance, le respect et la protection des données personnelles du patient (30). Le médecin qui viole le secret médical s'expose à trois types de sanctions : disciplinaire ou ordinaire (avertissement, blâme voire suspension temporaire ou définitive d'exercer), civile (versement de dommages et intérêts) (31) et pénale pouvant aller jusqu'à un an d'emprisonnement et 15000€ d'amende (32).

Pour traiter la demande, la plupart des participants avait recours au Conseil Départemental de l'Ordre de Charente-Maritime. Il nous a donc paru intéressant de comprendre la position de celui-ci. Nous avons recueilli le témoignage de deux membres du Conseil Départemental de l'Ordre de la Charente-Maritime lors d'un entretien réalisé à l'issue de la phase d'analyse. Cet entretien a permis de révéler une fréquence importante des recours à leur service. Les demandes concernant les certificats pour les assurances sont quotidiennes, essentiellement centrées sur les certificats post-mortem et invalidité. Une réponse personnalisée, basée sur un courrier type, est alors apportée au médecin en difficulté. Il peut fournir au patient ce courrier pour qu'il le communique lui-même à l'assurance (annexes G). Le Conseil de l'Ordre peut également communiquer directement avec le médecin-conseil de l'assurance en question lorsque celle-ci insiste auprès du médecin généraliste, qui se retrouve alors dans une situation « inextricable ». Le Conseil de l'Ordre renvoie à l'avis ordinal de 2019 et souligne l'importance de toujours apporter une solution au patient. Il préconise comme seul et unique moyen l'accès à certaines pièces du dossier médical par le patient. Libérant le médecin généraliste de l'apposition de sa signature, celui-ci ne trahit alors pas le Secret Médical.

Durant l'entretien ordinal, préalable à chaque inscription au Tableau, un conseiller transmet les informations concernant les rôles du Conseil de l'Ordre. Il délivre également les mises en garde quant au remplissage des certificats médicaux, dont ceux émanant des assurances. Il remet aussi à chacun « Le guide pratique pour l'exercice professionnel au quotidien » que certains participants ont évoqué durant les entretiens. Celui-ci a été développé à l'échelle nationale, en parallèle de la mise à jour des recommandations en 2019 (13). Il est important de noter que l'entretien ordinal est le premier contact pour les jeunes médecins généralistes avec l'Ordre et qu'il faciliterait leur recours ultérieur à un conseiller ou à un juriste en cas de difficulté.

4. Une loi qui protège ?

L'article 1111-7 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, dite Loi Kouchner, permet à tout patient de disposer de son dossier médical (33). En effet, elle permet au patient de demander à son médecin, ou à tout autre professionnel de santé ou établissement de soins l'ayant pris en charge, tous les documents concernant son état de santé. Ainsi, dans le cadre d'une demande de certificat médical pour les assurances, le médecin peut s'y référer afin de communiquer les pièces du dossier médical qu'il juge utiles à l'instruction du dossier d'assurance. Aucun de nos participants n'a spécifiquement évoqué cette loi mais nombreux sont ceux à respecter son principe en ne communiquant que les éléments médicaux nécessaires au patient.

5. Un dossier trop partagé ?

Dans cette lignée de partage d'informations médicales, nous avons vu que les participants à l'étude avaient leur avis sur l'utilisation du Dossier Médical Partagé. Certains craignaient la perte de temps pour alimenter cette entité. D'autres y voyaient le surplus d'informations et les risques associés (exclusions supplémentaires des assurances, etc.). Ces réponses sont tout à fait en accord avec une étude menée en 2020 sur l'opinion des médecins généralistes sur le Dossier Médical Partagé. Les médecins généralistes estimaient son utilisation chronophage et remettaient en question son caractère confidentiel (34).

6. Des réseaux sociaux en développement

Nous avons vu que certains médecins avaient eu recours aux réseaux sociaux pour répondre à leurs interrogations. Les réseaux sociaux sont de plus en plus utilisés dans la communication médicale, qu'elle soit entre médecins ou de médecins à patients (35). Il peut exister ici aussi une ambiguïté sur la limite du secret médical qu'il convient de définir.

7. Une méfiance envers les assurances

La méfiance à l'égard des compagnies d'assurance et de leurs médecins-conseils est, comme nous l'avons mis en évidence dans cette étude, alimentée par la méconnaissance du rôle du médecin-conseil et l'opacité du système assurantiel. Il n'existe à notre connaissance aucune étude explorant les relations entre médecins généralistes et médecins des assurances ou encore sur les relations qu'entretiennent les médecins généralistes avec les compagnies d'assurance.

C. FORCES ET LIMITES

1. Forces de l'étude

La recherche bibliographique a révélé peu d'études traitant le sujet auquel nous nous sommes intéressés ici. Ce travail vient donc enrichir la littérature en matière de certificats médicaux.

La méthode qualitative, avec approche inspirée de la phénoménologie interprétative, était la plus adaptée à ce travail de recherche. En effet, le vécu de chaque participant a été recueilli et interprété de façon subjective par l'investigateur afin d'en extraire des données analysables pour, in fine, construire le modèle développé dans cette étude.

La qualité des entretiens tient en partie à la liberté du discours laissée par l'investigateur aux participants. Pour ce faire, l'investigateur a suivi une trame préétablie de questions ouvertes afin de diriger le participant sur la question de recherche tout en laissant libre cours à la parole du participant et ainsi recueillir un discours spontané et riche en informations.

Ce travail de recherche a été mené de façon à correspondre aux critères de qualité COREQ de la recherche qualitative (36).

Les données recueillies ont été analysées initialement par l'investigateur puis confrontées à des avis extérieurs afin d'enrichir cette analyse. Cette triangulation des données a permis d'augmenter la validité interne de l'étude (17).

2. Limites de l'étude

L'investigateur était novice en recherche scientifique. La subjectivité attendue dans la recherche par phénoménologie interprétative pouvait être difficile à maîtriser. L'interprétation devait rester fidèle au vécu des participants sans en copier le récit.

Le recrutement des participants s'est avéré délicat puisqu'un seul des médecins contactés initialement a répondu positivement. Des réponses plus nombreuses auraient peut-être permis une plus grande diversité dans les profils de médecins interrogés.

Les deux premiers entretiens ont permis de roder le guide d'entretien et n'étaient donc pas les plus riches en informations analysables. Malgré tout, ils ont été intégrés secondairement à l'analyse car ils contenaient des éléments intéressants pour notre étude.

D. PERSPECTIVES

1. Pour aller plus loin sur le sujet...

Cette étude s'intéresse au ressenti des médecins généralistes face aux demandes de certificats médicaux d'assurance. Elle permet également de comprendre les représentations qu'ils se font des différents acteurs en jeu dans ce processus. Dans l'alignement de cette étude, nous pourrions envisager de recueillir le discours des patients quant à leurs attentes au cours de ce type de consultation.

La méfiance des médecins généralistes envers leurs confrères des assurances est mise en exergue dans nos résultats. Le point de vue de ces derniers pourrait être intéressant à recueillir afin d'analyser bilatéralement cette relation et d'identifier leurs rôles et leurs attentes.

Dans nos résultats de recherche, il est également question de l'intérêt des médecins généralistes pour la pratique de leurs propres confrères. Il est alors possible d'imaginer la réalisation de cette étude basée sur un recueil de données en focus group. Cette méthode pourrait apporter une autre perspective quant aux sujets « à débat » tels que le secret médical, la méfiance envers les assurances ou encore la surcharge des tâches administratives.

Comme dans beaucoup d'études qualitatives, nos résultats pourraient servir à construire une étude quantitative qui permettrait d'étudier l'impact à plus grande échelle de ces certificats dans la population médicale.

Le manque d'informations et de formation des médecins généralistes sur le sujet a été pointé du doigt dans nos résultats. Il pourrait donc être utile de s'intéresser aux connaissances et aux attentes des internes de médecine générale sur cette pratique.

2. Mieux informé pour mieux former

Notre étude a montré un manque de connaissances des médecins généralistes sur le sujet. Leur formation pourrait être améliorée dans ce domaine. En effet, nous pourrions envisager l'intervention de l'Ordre des Médecins au cours du cursus des internes de médecine générale afin d'expliquer les tenants et les aboutissants d'une demande de certificat d'assurance.

L'encadrement par les maîtres de stages universitaires est primordial pour l'interne en formation. Les stages de niveau 1 et SASPAS sont l'occasion de se confronter à ces demandes et d'apprendre à se questionner sur les solutions à apporter aux patients. Cela nécessite une information claire des MSU.

De plus, le flou sur le système des assurances pourrait être dissipé par l'intervention de spécialistes de ce domaine. Cela permettrait de mieux comprendre les différentes prestations des compagnies d'assurance, mutuelles et prévoyances.

3. Et maintenant ?

a. Une assistance bienvenue ?

Un de nos participants envisageait l'idée d'une nouvelle profession intermédiaire qui se chargerait de cette tâche « non médicale ». Or, nous voyons actuellement se développer une profession intermédiaire dans notre domaine, l'assistant médical. Il est prévu dans son champs de compétences la gestion du dossier médical des patients (37). Il pourrait ainsi permettre la transmission de certains éléments utiles à l'instruction du dossier d'assurance, comme le recommande l'Ordre des Médecins (13). Cette nouvelle profession est-elle une partie de la solution que nous cherchons ?

b. Légiférer autrement ?

Nombreux sont les médecins interrogés dans notre étude à vouloir un système et une législation plus « équitables ». Il revient aux pouvoirs publics de s'emparer du sujet afin de faire bouger le rapport de force que nos participants jugent « injuste ».

V. CONCLUSION

Les demandes de certificats médicaux d'assurance sont régulières en médecine générale. Elles posent plusieurs problèmes aux médecins généralistes, tant sur le plan pratique que déontologique.

La problématique principale est le respect du Secret Médical. Pour ce faire, ils ont souvent recours au Conseil Départemental de l'Ordre et notamment à ses recommandations juridiques.

Le second enjeu est de rendre service au patient. Les médecins généralistes, attachés à la relation qu'ils entretiennent avec leurs patients, éprouvent des difficultés à refuser certains certificats. Ces difficultés sont liées à l'attitude du patient, aux émotions du médecin ou au manque de temps.

Malgré tout, les médecins généralistes sont conscients des contraintes qui s'imposent à eux dans cette pratique qu'ils considèrent superflue. Ils souhaitent se débarrasser de cette tâche désagréable ou, à défaut, être mieux formés pour y répondre.

VI. RÉFÉRENCES

1. Montaut A, Adjerad R. Première estimation du nombre de personnes couvertes par les organismes privés d'assurance, par risque social. DREES, Études et résultats 2019;1101.
2. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Couverture des risques sociaux par les organismes privés d'assurance : des nouvelles données enrichies disponibles. DREES, communiqué de presse 2023.
3. Patriat L. Le rôle du secteur de l'assurance dans le développement. Techniques Financières et Développement 2016;122(1):7-14
4. Bercy infos. Assurance emprunteur : questionnaire de santé, quand est-ce obligatoire ? Argent mutuelles et assurances 2023.
5. Faroudja JM. Questionnaires de santé, certificats et assurances. Rapport adopté lors de la session du conseil national de l'ordre des médecins 2019.
6. Article R4127-76 du code de la santé publique du 8 août 2004 relatif aux certificats médicaux. Légifrance 2004.
7. L'assurance maladie. Certificat médical : dans quels cas et pour qui est-il obligatoire ? ameli.fr 2023.
8. Clément R, Salmon E, Ducloyer M. Secret médical, certificats médicaux. Collège national des généralistes enseignants 2022;43.
9. Ordre national des médecins. Code de déontologie médicale et ses commentaires. 2022;p25-33.
10. Article L1110-4 du code de la santé publique du 4 août 2021 relatif aux droits de la personne. Légifrance 2021.
11. Article R4127-50 du code de la santé publique du 8 août 2004 relatif aux devoirs envers les patients. Légifrance 2004.
12. Article R4127-24 du code de la santé publique du 9 mai 2012 relatif aux devoirs généraux des médecins. Légifrance 2012.
13. Conseil national de l'ordre des médecins. Questionnaires de santé, certificats et assurances. Rapport de la session d'avril 2022.
14. Conseil départemental de la charente maritime de l'ordre des médecins. Bulletin ordinal. 2023.
15. Claereboudt L. Les médecins n'ont pas vocation à être des contrôleurs pour assureurs et mutuelles : enquête sur des « abusives ». Egora 2021.
16. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. Exercer 2008;84:142-5.
17. Aubin-Auger I, Cadwallader JS, Gilles de la londe J, Lustman M, Mercier A, Peltier A, Lebeau JP. Initiation à la recherche qualitative en santé : le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. GM Santé 2021.
18. Taubert M. Des médecins libéraux en grève pour de meilleures conditions d'exercice et moins de tâches administratives. France 3 paris île-de-France 2022.
19. Vannotti M. L'empathie dans la relation médecin-patient. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux 2002;29(2):213-37.

20. Felten C. Les conséquences des consultations à motifs multiples selon les médecins généralistes du Finistère : étude qualitative. Univeristé de bretagne occidentale 2022.
21. Mur-Bacquer H. Le temps de travail des médecins généralistes libéraux en dehors des consultations : Organisation et représentation. Univeristé de Poitiers 2016.
22. Mouronval R. Impact du travail administratif pendant les consultations de médecine générale : confrontation entre ressenti et réalité. Université côte d'azur 2021.
23. Adda G, Amor-Guéret M, Aubry R, et al..Avis 140 : repenser le système de soins sur un fondement éthique. Comité consultatif national d'éthique 2022.
24. Médecins pour demain. Propositions pour améliorer l'accès aux soins. Medecinspourdemain.fr 2022.
25. L'assurance maladie. Mise en place de 15 mesures pour réduire le temps administratif des médecins libéraux. ameli.fr 2023.
26. Valfré C. Quel est le ressenti des médecins généralistes en matière de rédaction de certificats d'assurance sur la cause d'un décès. Faculté de médecine aix marseille 2017.
27. Lemogne C. Empathie et médecine. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine 2015;199(2):241-52.
28. Article R4127-105 du code de la santé publique du 8 août 2004 relatif à l'exercice de la médecin d'expertise. Légifrance 2004.
29. Article L113-8 du code des assurances du 8 janvier 1981 relatif aux obligations de l'assuré. Légifrance 1981.
30. El Beze M. L'évolution du secret médical, d'Hippocrate à nos jours. Université de Paris 2020.
31. Article 1240 du code civil du 1 octobre 2016 relatif aux dommages et intérêts. Légifrance 2016.
32. Article 226-13 du code pénal du 1 janvier 2002 relatif à l'atteinte au secret professionnel. Légifrance 2002.
33. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Légifrance 2002.
34. Katsoudas J, Truchot Q. L'opinion du médecin généraliste sur le dossier médical partagé : une étude qualitative en Haute Savoie. Université grenoble alpes 2020
35. Bastardot F, Vollenweider P. Réseaux sociaux : de nouveaux outils de communication et de formation pour les médecins ? Rev Med Suisse 2015;493:2050-4.
36. Ennequin N. Évaluation de la qualité méthodologique des thèses de médecine générale soutenues à l'UFR santé de La Réunion entre 2017 et avril 2020 : une étude descriptive rétrospective. Université de la réunion 2022.
37. L'assurance maladie. Assistants médicaux : lancement d'une campagne d'accompagnement des médecins par l'Assurance Maladie 2023. amelipro.fr 2023.

VII. ANNEXES

A. FORMULAIRE DE PRESENTATION

Chère consœur, cher confrère,

Je suis médecin généraliste remplaçant exerçant en Charente-Maritime et, dans le cadre de ma thèse d'exercice, je souhaiterais échanger avec vous quant à votre pratique des certificats médicaux destinés aux assurances.

Ainsi, j'envisage de vous interroger lors d'un entretien d'une durée de 30 à 45 min. Cet entretien sera enregistré et les données recueillies ne serviront que dans le cadre de mon travail.

Je reste à votre disposition, par téléphone ou mail, pour de plus amples informations sur mon travail en cours, ainsi que pour convenir d'une rencontre si vous acceptez de participer à ce projet.

Bien confraternellement,

Rodolphe Chemarin

B. FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je soussigné(e), M./Mme

Déclare avoir été sollicité(e) pour participer au projet de recherche en santé de M. Rodolphe Chemarin :

- J'ai eu suffisamment de temps pour réfléchir à ma participation à cette étude. J'ai été prévenu(e) que ma participation à l'étude se fait sur la base du volontariat et ne comporte pas de risque particulier.
- Je peux décider de me retirer de l'étude à tout moment, sans donner de justification et sans que cela n'entraîne de conséquence. Si je décide de me retirer de l'étude, je m'engage à en informer immédiatement l'investigateur.
- J'ai été informé(e) que les données collectées durant l'étude resteront confidentielles et seront seulement accessibles à l'équipe de recherche.
- J'accepte que mes données personnelles soient anonymisées et numérisées dans le strict cadre de la loi informatique et liberté.
- J'ai été informé(e) de mon droit d'accès à mes données personnelles et à la modification de celles-ci.
- Mon consentement n'exonère pas les organisateurs de leurs responsabilités légales. Je conserve tous les droits qui me sont garantis par la loi.

DATE :

SIGNATURE :

C. GUIDE D'ENTRETIEN INITIAL

Questionnaire quantitatif d'identification :

- 1) Sexe
- 2) Age
- 3) Date d'installation
- 4) Mode d'exercice

Questionnaire qualitatif :

- 5) Pouvez-vous me raconter votre dernière expérience avec une demande de certificat d'assurance dans le cadre d'une demande de prêt immobilier ?
- 6) Quel est votre sentiment à l'égard de ce genre de consultation ?
- 7) Quelle est votre attitude en général face à cette demande ?
- 8) Comment avez-vous ressenti la pression exercée par le patient, si tel est le cas ?
- 9) Quelle(s) ressource(s) avez-vous mobilisée(s) lors ou au décours de la consultation ?
- 10) Quelles connaissances avez-vous du cadre médico-légal encadrant la transmission d'informations médicales aux assurances ?
- 11) Qu'est-ce qui vous aurait permis d'être plus à l'aise ou qui vous permettra de l'être lors de la prochaine demande similaire ?

D. GUIDE D'ENTRETIEN FINAL

- 1) On peut commencer par le début, pouvez-vous **vous présenter** s'il vous plaît ? (âge, date d'installation, mode d'exercice, type de patientèle...)
- 2) Autre question importante, avez-vous **déjà été confronté** à une demande de certificat médical pour les assurances ? (CRITÈRE D'INCLUSION)

Parfait, alors on peut continuer :

- 3) **Racontez-moi une expérience récente** avec une demande de certificat médical d'assurance ?
- 4) Quels sont **les défis** auxquels vous êtes confrontés dans ce genre de consultation ?
- 5) **Quels sont les sentiments** qui vous traversent lorsque vous êtes confrontés à ces demandes, ou bien alors maintenant lorsqu'on en parle ensemble ?
- 6) **Quelle attitude** adoptez-vous en général face ces demandes ?
- 7) Si c'est le cas, **de quoi avez-vous peur** en signant ces certificats ? Ou au contraire, en refusant de les signer ?
- 8) Comment gérez-vous les **conflits éventuels** avec les patients ou les assureurs ?
- 9) Comment jugez-vous **l'impact de ces demandes** de certificats sur votre **pratique globale** ? Et sur la **relation avec le patient** ?
- 10) Est-ce facile de faire la **différence entre tous les types de certificats d'assurance** ?
- 11) Quelles connaissances avez-vous du **cadre médico-légal** encadrant la transmission d'informations médicales aux assurances ? du **rôle du médecin** des assurances ? (faire parallèle avec le médecin de la CPAM)
- 12) **Quelles solutions** avez-vous en tête pour rendre ces demandes moins contraignantes ?

Toujours avoir en tête :

« Pourquoi ? Pourquoi ? Pourquoi ? Pourquoi ? Pourquoi ? »

« Pouvez-vous développer ? »

« Pouvez-vous m'en dire plus ? »

« Et qu'en pensez-vous ? »

E. EXEMPLE DU VERBATIM N°6 ET DE SON ANALYSE INDEPENDANTE

THEMES	ANNOTATIONS
Charge mentale importante	J'ai une charge de travail importante Je fais beaucoup d'accompagnement psychologique
	« Hélas » = très subjectif (associée à une mou exaspérée)
Sentiment désagréable partage par des confrères = confraternité	Décrit une expérience partagée par une consœur : je trouve qu'elle était démunie
	Elle a repoussé le problème : je comprends
Entraide confraternelle = confraternité	On partage nos expériences au cabinet
	Je comprends et valide la démarche de ma consœur
Exagération des demandes	Je suis marqué par la démesure de la demande par rapport à la maladie Je trouve qu'ils en demandent toujours trop
Assurance hors-la-loi	Je sais que l'assurance est hors-la-loi selon le conseil de l'Ordre

Entretien n°6 : 16/06/2023 – 40 min – Domicile praticien

RC : Peux-tu te présenter s'il te plaît ?
 M6 : 35 ans, installé depuis fin 2020, ce qui nous fait à peu près 3 ans, à (...), à environ 20 minutes de la Rochelle, ce qui est à la fois loin et pas loin, avec une partie de la population assez rurale et une autre tournée vers la ville. Je suis dans un cabinet de groupe où on est 4 médecins avec maintenant une remplaçante régulière, presque collaboratrice, et malgré ça, on aurait de quoi mettre un médecin en plus car depuis 2 ans environ on est en flux tendu avec les départs à la retraite récents. Ce n'est pas que des rhumes qu'on voit, c'est de la médecine un peu rurale, c'est un entre deux. Beaucoup de diversité de pratique de médecine générale avec à la fois des urgences, pas mal d'urgences psychologiques notamment. On a deux infirmières Asalée qui sont sur un plein temps à deux, on a un secrétariat physique à 35h par semaine seulement et on a une assistante médicale qui est très bien mais qui nous pose des questions de financement. Voilà pour le tableau...
 RC : Mon critère d'inclusion maintenant, est-ce que tu as déjà rempli des certificats d'assurance ?
 M6 : Hélas oui...
 RC : Raconte-moi la dernière expérience que tu as avec une demande de certificat médical pour les assurances.
 M6 : Alors la dernière histoire c'est avec notre remplaçante qui s'arrachait les cheveux sur une demande de certificat d'assurance pour un voyage scolaire qu'une jeune fille n'avait pas pu faire. Donc la remplaçante n'avait pas vu cette patiente avant le voyage, c'était le médecin remplacé qui avait marqué dans le dossier ce qu'avait la jeune fille, une cause plutôt éviction scolaire un truc comme ça. Et l'assurance n'avait pas pris un compte ce mot pour le remboursement du voyage et demandait un formulaire détaillé avec les causes précises, depuis quand, etc., un questionnaire médical complet pour répondre à la demande d'annulation des frais de voyage. Ma remplaçante ne savait pas du tout quoi faire de ça.
 RC : Et comment ça s'est déroulé du coup ?
 M6 : Ben en fait elle a botté en touche et ce sera la remplacée qui gèrera ça à son retour de vacances.
 RC : Ah donc c'est récent...
 M6 : C'était hier en fait.
 RC : D'accord, mais quand tu dis qu'elle s'est arrachée les cheveux, ça veut dire quoi ?
 M6 : Ben en fait, entre midi et deux on parle des choses qui nous embêtent et hier c'est de ça dont elle a parlé.
 RC : D'accord, et donc qu'est-ce qu'elle a fait ?
 M6 : Elle a dit à la patiente de patienter et de prendre un rendez-vous de consultation uniquement pour ça et ce sera vu uniquement sur ce sujet de l'assurance.
 RC : Et toi, personnellement, as-tu eu des expériences particulières par rapport à ça ?
 M6 : Oui, plusieurs. Celle qui m'a le plus marqué, c'est un patient qui avait un cancer de la prostate, qui avait dû rater 3 semaines de travail avec un arrêt suite à sa chirurgie. Et sa prévoyance, qu'il avait avec son entreprise je crois, demandait des formulaires au médecin traitant précisant... (réflexion) enfin leur truc ultra large demandant tous les antécédents, toutes les dates d'arrêts de travail, ça c'est facile, tous les traitements, enfin tout ce qui n'a aucun rapport avec l'arrêt en question, ainsi que tout ce qui a rapport. Un formulaire illégal, normalement en tout cas, qu'on n'a pas le droit de remplir d'après le conseil de l'ordre,

normalement il y a une jurisprudence là-dessus... et je ne l'avais pas rempli, j'avais écouté le conseil de l'ordre que j'avais questionné à l'époque et je lui avais donné des documents du conseil de l'ordre, ainsi que des duplicatas d'ordonnances, et je lui avais donné des duplicatas de courriers avec le chirurgien, comme on doit faire en fait. Donc il avait toutes les données pour montrer à son assurance que c'était pour ça et que son assurance lui rembourse. A un moment je l'ai revu 6 à 12 mois après... sur le moment il avait bien compris ce que j'avais fait mais il m'a aussi dit que certains de ses collègues avaient eu des médecins qui n'avaient pas fait tout ce tintouin pour remplir les certificats et que son assurance l'avait quand même vachement emmerdé pour qu'il puisse obtenir le remboursement de ses fonds, qu'il avait dû les appeler beaucoup de fois, qu'il avait dû rencontrer le médecin conseil et que ça avait été fastidieux à un moment où c'était compliqué pour lui. Donc en respectant un peu plus la loi que mes collègues, j'ai mis beaucoup plus le patient en difficulté que mes collègues et donc ben je me suis un peu transformé en hors la loi et maintenant je signe les certificats en ne précisant que le motif de l'arrêt... - *soupir, réflexion* - Depuis, j'ai un peu changé ma conduite à tenir en fait, à cause de lui.

RC : C'est intéressant ça. Quand tu l'as vu la première fois, tu n'avais pas du tout rempli le certificat ?

M6 : Non, je ne l'avais pas du tout touché mais je lui avais donné des documents à part dont un document signé sur la conduite à tenir, un document formel du conseil de l'ordre qui explique bien que l'assurance doit recueillir les informations auprès du patient et que nous on doit fournir les informations au patient mais pas un questionnaire d'assurance précis qui demande tout. Ça, l'assurance n'est pas censée donner ça au patient pour qu'il le donne au médecin, ce n'est pas censé se dérouler comme ça mais ça se passe comme ça. Et comme il n'y a pas de sanction prévue et ben les assurances le font.

RC : Et quand tu dis que tu avais demandé au conseil à l'ordre...

M6 : J'avais passé un coup de fil à la juriste, j'avais relu les documents sur le site du conseil de l'ordre et sur MGFrance il y a des fiches aussi sur ça. Enfin, j'avais relu tout ça...

RC : Ah oui, donc tu t'étais bien...

M6 : ...pris la tête oui !

RC : Et ça tu avais fait pendant la consultation ?

M6 : Non, j'avais fait la consultation, j'avais du prendre du temps après et j'étais revenu dessus après sur du temps libre.

RC : Ok, le courrier que tu avais fourni, ça venait du conseil de l'ordre ?

M6 : Ah ben je peux te l'envoyer si tu veux cette après-midi.

RC : Ah oui c'est intéressant. Et à quelle fréquence tu as des demandes certificats d'assurance ?

M6 : Fréquent, pas forcément mais c'est surtout très désagréable, c'est plusieurs fois par an c'est clair et toujours très désagréable parce qu'on sait qu'on est en dehors des clous. Si on reste dans les clous, ça retombe sur le patient. Patient qui souvent n'est pas capable de se défendre face à une assurance sans ce document. On a des gens qui ont du mal à s'exprimer, du mal à écrire, du mal à faire des démarches administratives et ceux-là on sait que si on respecte la loi et qu'on remplit pas le certificat que demande l'assurance, ils n'auront pas de sous. C'est jamais simple...

RC : Ton sentiment premier, c'est quoi ? Tu utilises le mot désagréable, c'est parce que tu te considères hors la loi ou il y a autre chose ?

M6 : Ah ben il y a autre chose, il y a que ce n'est pas mon rôle de faire ça, moi je suis soignant, je ne suis pas agent administratif des assurances. Donc c'est très désagréable. En plus, il y a

THEMES	ANNOTATIONS
Se renseigner sur le sujet	Je me suis renseigné auprès du CDO
Fournir au patient les justificatifs	Je lui avais donné toutes les pièces nécessaires
Soutien du patient	Je me suis senti compris le patient
Sentiment de trahison	Je me suis senti trahi par des confrères
Sentiment de culpabilité	Mon action a déclenché beaucoup de désagréments pour le patient
Sentiment d'injustice	Je trouve la situation injuste
Se remettre en question	Cette situation m'a fait changer d'avis
Respecter les recommandations	J'avais fait les choses correctement, d'après ce que dit le CDO
Demande abusive de l'assurance	L'assurance est hors-la-loi et non punie
Se renseigner sur le sujet	J'ai multiplié les sources d'informations pour être consciencieux
Charge mentale importante	J'ai trouvé ça lourd
Acte chronophage et gratuit	Ça m'a pris du temps, non rémunéré
Acte rare mais lourd	J'ai peu ce genre de demande mais ça me prend bien la tête
Sentiment de frustration	Je suis frustré d'être hors-la-loi
Sentiment d'injustice	C'est encore plus injuste pour des patients fragiles
Acte non médical	Je trouve que ce n'est pas mon rôle de médecin

une pénurie de soignants en ce moment, il y a une tension pour se soigner et ben prendre du temps là-dessus c'est frustrant.
 RC : Même si tu dis que ça ne représente pas une part importante de ton activité ?
 M6 : Non, ce n'est pas une part importante mais par rapport à la part de travail que ça prend, ça prend la tête !
 RC : Donc plutôt une charge mentale ?
 M6 : Oui voilà, qu'on pourrait enlever certainement en modifiant la loi j'imagine. Si les assurances étaient sanctionnées quand elles demandaient ça aux patients, elles ne le feraient plus, enfin j'imagine. C'est énervant de se dire ça me prend du temps, ça me prend la tête, juste parce que la loi est plus faite pour les assurances que pour les patients et les médecins. Ça c'est mon interprétation peut-être mais parce que ce sujet m'a pris la tête aussi.
 RC : Et du coup, tu m'as dit que tu avais changé de conduite à tenir donc tu fais comment maintenant ?
 M6 : Ben la dernière fois que j'ai eu un patient pour une prévoyance ben au début j'avais essayé de me prendre la tête pour pas le remplir mais finalement, dans ces documents ils demandent plein de choses, limite ils demanderaient tous les rhumes depuis 10 ans et les médicaments prescrits, j'exagère à peine, mais si on remplissait ces documents ligne par ligne consciencieusement, y'a certains patients où il faudrait plusieurs heures. Parce que retrouver toutes les dates et tout c'est vraiment une gâche. Donc la dernière fois que j'ai eu ça, j'ai barré 90 voire 95% du document en marquant « secret med » et j'avais même rajouté « et pas le temps » et j'avais mis le motif principal de l'arrêt de travail et c'est tout. Normalement, je n'ai même pas à le mettre le motif principal, c'est le patient qui le dit à l'assurance avec des justificatifs. Donc je l'ai fait mais ça m'a énervé, enfin c'était désagréable. Et je n'ai pas envie de me retrouver un jour à un tribunal pour des questions d'indemnisations pour ça, juste parce que l'assurance nous demande des choses illégales et que si on les fait pas c'est le patient qui n'accède pas à ses droits en fait. Voilà.
 RC : Et en termes de responsabilités et de risques que tu prends, tu sais de quoi il en retourne ?
 M6 : Ben pas précisément en fait – *hésitations* – pas précisément. Après j'imagine que ça peut être une plainte à l'ordre même si je ne vois pas pourquoi le patient le ferait. J'imagine qu'il peut y avoir une plainte au civil soit du patient soit de l'assurance selon qui est lésé mais je ne sais pas du tout comment ça se passe ce genre de trucs ni ce qu'on risque...
 RC : Tu connais des gens qui ont été embêtés pour ça ?
 M6 : Non, pas personnellement. C'est plutôt des échos d'échos. J'ai un vague souvenir que ça peut être vraiment casse-gueule.
 RC : Et pour toi, c'est plus casse-gueule si tu le signes ou si tu ne le signes pas ?
 M6 : Ben pour moi les deux sont casse-gueule. Si tu le signes c'est casse gueule parce que t'es pas dans les clous, t'es pas dans ton rôle et si tu ne le signes pas ben t'es pas dans ton rôle de permettre au patient d'accéder à ses droits et on peut mettre en difficultés quelqu'un qui est souvent déjà en difficultés de santé sinon il ne serait pas en arrêt de travail et on a quand même une patientèle pas aisée financièrement. On a beaucoup de gens au SMC qui n'ont pas beaucoup de marge financière.
 RC : Donc pour eux c'est nécessaire d'obtenir ces certificats.
 M6 : Euh oui, c'est surtout pour les arrêts mais c'est clair que ça peut mettre en difficultés financières.
 RC : Donc pour toi, c'est plutôt un service rendu au patient.
 M6 : Exactement, un service dans la « moins de prise de tête à se justifier » auprès de l'assurance si le médecin note le motif de l'arrêt de travail.

ANNOTATIONS	THEMES
Je suis frustré dans ce contexte de manque de soignants Je trouve que la charge mentale est énorme par rapport au nombre de demandes	Gâchis face au manque de soignants Rare mais lourd
Je trouve ça injuste que la loi profite aux assurances	Système injuste (lois profitent aux assurance)
Je trouve qu'ils en demandent trop	Demande abusive (quantité)
J'étais énervé, j'ai fait le strict minimum tout en me mettant en danger	Essaie de trouver un juste milieu
J'ai peur des conséquences alors que je suis obligé de le faire	Acte fait sous la contrainte morale
Je ne sais pas ce qu'on risque et je n'imagine qu'aucune des 2 parties n'a d'intérêt à me poursuivre	Conséquences inconnues Ne pense pas prendre trop de risques
J'ai ce sentiment d'insécurité	Sentiment d'insécurité
Je suis à tous les coups perdant peu importe mon choix de le signer ou pas	Sentiment d'injustice (à tous les coups perdant)
Je compatiss avec mes patients	Sentiment d'empathie
J'essaie de trouver un juste milieu	Essaie de trouver un juste milieu

RC :	ANNOTATIONS	THEMES
RC : Comment tu gères pratiquement ce genre de consultation ? Tu prends la carte vitale ? M6 : <i>Hésitations</i> – Je crois que j’ai toujours autre chose pendant ces consultations donc oui je prends la carte vitale. Après ça m’est peut-être arrivé de la prendre par erreur alors qu’il n’y avait que ce motif... <i>réflexion</i>	Je gère plusieurs motifs en même temps Je me rends compte que je ne fais pas comme il faut	Acte parmi d’autres Se sait hors-la-loi = culpabilité
RC : Après ça s’entend si tu dis que les gens galèrent financièrement. M6 : Oui, je la prends systématiquement. C’est sûr que ce n’est pas la patientèle huppée des beaux quartiers, donc je le fais en remboursé.	J’ai moins de scrupules à prendre le CV pour mes patients	Acte remboursé = service rendu
RC : Ta réaction serait différente si tu n’avais pas la même patientèle ? M6 : Euh, potentiellement oui. RC : Ce serait plus simple de refuser ? M6 : Euh pfff, ça dépend en fait. Quelqu’un de combattif et qui aime bien être dans les clous, clairement on prend le circuit légal. Quelqu’un pas combattif parce que trop affaibli ou trop en difficultés, ben on prend le circuit que la plupart des médecins prennent à faciliter les choses pour le patient.	J’aimerais être soutenu plus par mes patients	Aimerait avoir plus de soutien des patients
RC : Tu m’as dit que tu prenais la carte vitale parce qu’il y avait d’autres motifs, donc ça doit être chronophage non ? M6 : Alors ce qui est embêtant c’est que c’est chronophage en dehors de la consultation parce que souvent je ne le fais pas en consultation. A part peut-être un où j’avais barré beaucoup de choses. Mais ce n’est pas toujours des cas aussi simples. Et comme généralement je me pose des questions et ben je le fais lors d’une après-midi papiers. Donc c’est chronophage mais pas toujours pendant la consultation. RC : Ça rajoute au sentiment désagréable.	Je prends du temps, non rémunéré, pour y réfléchir	Acte complexe et gratuit
M6 : Ah oui, ça se rejoint à une pile de papiers déjà existante, ça rajoute du stress ! RC : Ça se rajoute aux certificats MDPH et autres... <i>rires</i> M6 : Ouais, enfin les certificats MDPH je les fais en direct en consultation. D’ailleurs j’ai vu des certificats en 2005 et ils faisaient deux fois moins de pages... j’ai ri jaune. RC : Alors effectivement, mais ça ne fait pas partie des certificats d’assurance... <i>rires</i> Et comment tu as ressenti la pression des patients ?	Ça s’ajoute à tout le travail que j’ai à faire à côté	Acte supplémentaire
M6 : J’ai ressenti la pression de deux patients qui m’avaient demandé un certificat. Celui qui était revenu me voir et qui m’avait expliqué qu’il avait été en difficultés suite à ça, et ça met une certaine pression de se dire que c’est moi qui l’ai mis dans cette situation. L’autre pour qui ça m’avait mis une pression, c’en était un qui avait un peu de mal avec les papiers et les démarches administratives et à qui j’avais fait ce que je devais faire, je lui avais donné tous les comptes-rendus hospitaliers, enfin il avait tout pour justifier à l’assurance, c’était un monsieur qui s’était mis à faire de la FA rapide au travail puis qui avait eu plusieurs cardioversions dont une complication sur une cardioversion, enfin voilà c’était un événement aigu, imprévisible et il avait eu du mal à se faire rembourser. Et je crois qu’au bout de quatre fois qu’il venait, j’avais dû remplir finalement le document que demandait l’assurance, malgré tout ce que je lui avais donné.	Je me suis mis à culpabiliser parce que je n’avais pas aidé mon patient	Sentiment de culpabilité
RC : Donc tu donnes facilement des pièces du dossier mais que penses-tu de transmettre tout le dossier médical ? M6 : Donner tout le dossier médical c’est un peu plus embêtant en termes de quantité de papiers etc. Mais non, je ne mets que les documents qui concernent l’arrêt de travail, sauf dans les rares cas où je n’en ai pas, ça peut arriver... RC : Donc du coup c’est pas plus rapide à faire, finalement ? M6 : C’est un peu plus rapide à faire parce que je barre 90% du papier si je le fais. Sinon, ça me prendrait encore moins de temps.	D’un cas pourtant facile a priori, j’ai dû me plier aux exigences de l’assurance malgré ma résistance	Sentiment de soumissions (combat perdu)
	Je pense que seules certaines pièces du dossier sont nécessaires	Ne transmettre que l’essentiel
	J’essaie de trouver des solutions	Trouver un compromis

RC : Ce que je veux dire c'est que tu es quand même obligé de trier tous les documents que tu donnes au patient.	ANNOTATIONS	THEMES
M6 : Ah ben oui, t'es obligé de retourner sur tous les courriers, voir lesquels on imprime, lesquels on donne, oui, rien que ça c'est chronophage mais au moins on se dit il a quelques comptes-rendus, quelque chose en plus de sa parole.	La solution n'est pas idéale	Sentiment de frustration (compromis difficile)
M6 : Et quels types de certificats pour les assurances as-tu eu à remplir ? M6 : Ben là ma collègue a eu un certificat pour une annulation de vacances... Après, ils sont toujours un peu différents, chaque assurance à son modèle mais généralement, il y a une trame qui demande le motif de l'arrêt, les dates des arrêts, souvent ça demande les antécédents médicaux qui d'ailleurs ne devraient pas être demandés, ça demande les traitements et parfois ça va beaucoup plus loin puisqu'ils demandent les traitements antérieurs, souvent ça demande les arrêts antérieurs.... RC : C'est assez exhaustif ?	Il y a beaucoup de types de certificats mais tous sont trop exigeants	Demandes abusives (nombre + quantité d'info)
M6 : Ah ben c'est très exhaustif oui. Souvent c'est une page recto-verso... Il y avait une assurance où c'était juste une page recto, c'était assez bref et justement je me suis dit « ah c'est bien » et je crois que c'est là que je l'ai rempli pendant la consultation, je crois que c'est le seul que j'ai pu remplir pendant la consultation. En plus, c'était un motif simple, sur un dossier simple, sur un temps assez bref. Et les autres types de documents reçus pour les assurances, il y a toujours les trucs pour les manifestations sportives, dits certificats de sport... les certificats MDPH dont on parlait tout à l'heure et dont on peut se plaindre de la façon dont ils sont faits et où on répète 3 fois la même chose. Mais ce sont principalement pour les arrêts de travail. Après, il y a aussi les certificats pour les demandes de prêts mais là il y en a moins souvent parce que c'est à partir d'un certain seuil d'emprunt maintenant et ça c'est bien, c'est un changement positif. Et il y a tous les certificats que peuvent demander les administrations, notamment scolaires... sur les cours ratés, le sport, etc., ce qui n'est pas toujours injustifié, on comprend qu'ils veuillent parfois un avis médical mais parfois c'est abusif. RC : Et tu parlais du risque, à quoi est-il lié pour toi ?	Finalement, un certificat plus simple et concis est plus facile à accepter Tout ça se mélange avec la multitude de certificats déjà à remplir Il peut y avoir des bonnes avancées Multitude de certif, justifiés ou pas	Compromis de l'assurance (espoir) Surcharge de travail Sentiment d'espoir Surcharge de travail
M6 : C'est le secret médical déjà, c'est le temps de perdu pour soigner d'autres personnes et c'est... - <i>hésitations</i> — je le vois pas comme le centre de mon métier en fait, je le vois comme une tâche qui pourrait disparaître en partie avec une réglementation plus adaptée ou... je ne sais pas comment c'est fait en Alsace, je ne sais pas s'ils fonctionnent tous comme ça avec des modèles d'assurance et de prévoyance, je ne sais pas comment ça fonctionne ailleurs en fait... Mais j'aimerais un système de base qui couvre bien tout le monde en fait, plutôt que des assurances qui ne vont pas couvrir dès qu'il y a un risque. Voilà, dès qu'un patient a eu un risque de santé, il ne va plus être assuré sur ce risque de santé, c'est la raison pour laquelle il y a des questionnaires d'assurance avant de rentrer dans une assurance et il y a des exclusions donc ça fait une insécurité en fait... Il y a eu des cas dans ma famille ou j'ai bien vu que, voilà, le fait qu'il n'y ait pas d'assurance pour ça, ça créait une sorte d'insécurité. Je m'éloigne un peu de la question...	Ce n'est pas dans ma conception du travail de médecin Je me demande comment ça fonctionne ailleurs J'aimerais un changement de système de protection Je compatis avec ce sentiment d'injustice et d'insécurité car je le connais	Sentiment d'illicémité Curiosité Souhait de changement profond
RC : Non non, pas du tout mais comment tu verrais les choses toi ? Tu me parles d'un autre système... M6 : Comment je verrai les choses, et ben clairement il faut que les choses soient carrées pour les certificats pour les prévoyances, ce qu'ils n'ont pas le droit de demander aux médecins doit être sanctionnable et sanctionné sinon ça va continuer à être interdit mais à se faire quand même de façon généralisée. RC : Et qui ferait remonter l'information de la demande abusive ? M6 : Celui qui sera autorisé par la loi...	Je veux un changement	Empathie + injustice Espoir de changement et de justice

RC : Et toi, en tant que médecin, tu pourrais te permettre de signaler un certificat qui te semble abusif ?

M6 : Si c'est autorisé par la loi, oui. Et que le patient est d'accord...

RC : Oui, évidemment.

M6 : Par contre, voilà, si on me dit que ça va prendre 3 ans de procédure et il faudra prendre un ou deux avocats, c'est sûr que ça va être décourageant. Si on me dit que c'est le conseil de l'ordre qui se porte caution juridique ou s'il y a un circuit rapide pour déclarer ça et une sanction rapide etc., de toute façon rapidement les assurances ne le feront plus. Les assurances le font parce qu'il n'y a pas de risques à le faire.

RC : Qu'est-ce que tu vois d'autre ? Est-ce que ça pourrait être le rôle de quelqu'un d'autre par exemple ?

M6 : Dans le système actuel, c'est censé être le rôle du médecin conseil qui retombe en partie sur nous en fait. Comme je le disais, la prévoyance, je verrais bien un système où on n'est pas couvert à 100% bien sûr mais où on est couvert à 70, 80%, je ne sais pas, selon les situations mais qui couvre tout le monde quel que soit les antécédents de santé surtout parce qu'on ne part pas tous égaux, il y en a qui ont beaucoup plus de problèmes de santé que d'autres ; c'est sûr qu'un système universel serait attrayant, après si le système était beaucoup trop protecteur, il y aurait aussi des effets pervers par facilité à tomber dedans donc il faudrait trouver un juste milieu entre les deux.

RC : Et que penses-tu que ce soit le rôle du médecin de l'assurance ?

M6 : Si c'était un système global, ce serait un médecin de l'assurance maladie du coup mais voilà, c'est un système assez éloigné du système actuel et puis on n'y va pas trop. Le problème du médecin de l'assurance c'est qu'il y a une forme de neutralité mais aussi une forme de conflit d'intérêt clairement. Un médecin des assurances... s'il y a un biais et qu'il va plus souvent que ses collègues dans le sens des patients, je pense qu'il a plus de chances de ne plus travailler, surtout s'il n'est pas déjà en CDI, qu'il aura plus de chances de ne plus travailler pour ladite assurance plus tard.

RC : Pour toi, quels sont les rôles des médecins des assurances ?

M6 : Je les connais de loin... j'imagine qu'il y a une réglementation assez précise entre guillemets et qu'il doit statuer sur des imputabilités et des degrés d'invalidité, etc. Et qu'il doit jongler avec tout ça en fonction de textes qui je pense doivent être assez étoffés.

RC : Et tu penses qu'un médecin de la CPAM ferait autrement ?

M6 : Ben tout dépend quels sont les conflits d'intérêt et les pressions. Un médecin expert, s'il est salarié, jugable entre guillemets que par ses pairs sur la partie médicale, ben ça permet une certaine neutralité en tout cas mais après il ferait le même travail ça c'est clair mais tout le monde serait au même plan, enfin au même plan, il y a des différences individuelles entre deux médecins conseil qui jugeraient...

RC : Oui c'est sûr, parce qu'à la CPAM des fois ils ne sont pas tendres non plus.

M6 : Ah non non mais voilà, je pense que les Français sont attachés à un système relativement juste et il ne s'agit pas d'être toujours tendre ou dur mais d'avoir un équilibre entre les deux et d'être le plus juste possible.

RC : Je reviens sur le sujet de la transmission des données. Que penses-tu de l'utilisation du dossier médical partagé comme solution ?

M6 : Ah non (*catégorique*)

RC : D'accord, pourquoi ?

M6 : Ben c'est la fin du secret médical en fait. Pour les trucs d'assurance ? (*réflexion*)

RC : Oui, je ne sais pas, que le médecin expert ait accès au DMP par exemple...

ANNOTATIONS	THEMES
Je ne veux pas prendre plus de risque si ça change	Méfiance (sur l'avenir)
Ce changement doit faciliter les choses mais je suis pessimiste	Pessimisme
Je pense qu'on fait une part d'expertise	Sentiment d'illégitimité
Il faudrait un modèle plus juste car nous ne sommes pas tous égaux	Sentiment d'injustice mais espoir
Mais je me méfie aussi d'un système trop aidant	Méfiance (sur l'avenir)
Je ne suis pas optimiste sur l'évolution	Pessimisme
Je remets en cause la neutralité du médecin assureur	Méfiance (sur médecin assureur)
Je ne connais pas trop le rôle du médecin assureur	Méconnaissance du médecin de l'assurance
Un autre système resterait inégalitaire car expertise subjective	Se rend à l'évidence
Je suis attaché à un système juste	Défense d'un système juste
Je suis contre l'utilisation du DMP	Protéger les données

M6 : Pour moi, ça pourrait être une solution pour l'assurance maladie s'il y avait un système universel mais ce n'est pas le cas du tout. Mais personnellement, je ne voudrais pas partager mes données de santé avec une société privée à but lucratif. Et si ça marchait avec ce système, j'imagine que la personne qui ne partagerait pas ses informations serait désavantagée par rapport à ceux qui partageraient donc je vois ça comme quelque chose d'assez invasif... on voit les fuites de données dans tous les sens. Je ne vois pas pourquoi il n'y aurait pas de fuites de données là aussi si c'était partagé à toutes les sociétés d'assurance, entre guillemets.

RC : Et qu'est-ce que tu penses de transmettre tes informations personnelles à la CPAM ?

M6 : Ça me dérange moins parce que la CPAM c'est mes impôts, c'est les impôts de tout le monde et je considère qu'elle a plus un devoir de neutralité même si ça c'est de la théorie et qu'il peut y avoir des différences entre deux CPAM.

RC : D'accord, mais dans l'assurance, les informations sont destinées à un médecin au final donc il est tenu au secret médical.

M6 : Ben ce que je lui donne comme informations, je n'ai pas le droit de lui donner, c'est le patient, déjà je suis en dehors des clous légaux et ce qui me gêne c'est la quantité de choses demandées.

RC : D'accord mais quand tu fais un courrier pour le cardiologue ou tout autre spécialiste, tu peux mettre des informations sur ton courrier.

M6 : Oui tout à fait mais je le donne toujours au patient de manière ouverte, jamais dans une enveloppe fermée, comme ça s'il y a quelque chose qui l'embête on peut tout de suite corriger avant le rendez-vous. C'est le patient qui transmet l'information et à quelqu'un dont le seul intérêt et de le soigner, il n'y a pas d'autre intérêt en jeu. Et en fait, ce qui est gênant avec les assurances, on sait qu'il y a un petit jeu entre guillemets, qui vise à ne pas indemniser la personne parce qu'elle aurait oublié de déclarer quelque chose, chose qui peut n'avoir aucun rapport avec ce qui entraîne l'arrêt de travail. Donc c'est ultra casse-gueule. C'est-à-dire que si je parle de, je ne sais pas moi, des sinusites qui ont entraîné des arrêts de travail il y a 3 ans, que le patient ça lui est sorti de la tête ou alors qu'il n'a pas voulu le dire... on ne se souvient pas de tous ses arrêts de travail des 10 dernières années, surtout pour des trucs pas graves. Si l'assurance dit « ah ben vous n'avez pas parlé que vous faisiez des sinusites etc. » et qu'elle peut avoir un angle d'attaque entre guillemets, j'ai pas envie d'être pris dans cet échange de tirsi-là, c'est pas mon rôle, vraiment pas. Quand on transmet des informations à un autre médecin, l'autre médecin n'est pas là pour sauver ses sous entre guillemets, il est là pour soigner le patient aussi, enfin normalement c'est comme ça que ça marche.

RC : Donc pour toi, le médecin de l'assurance ne rentre pas dans le parcours de soins du patient si je comprends bien.

M6 : Non, le médecin expert a un devoir de neutralité mais de son travail découle l'indemnisation ou pas, c'est ça son travail. Donc il y a des biais inconscients et il y a un enjeu plus financier que médical derrière. Compliqué...

RC : Oui c'est un vaste sujet. Mais tu as répondu à toutes mes questions.

M6 : Ben on a parlé des certificats qui m'avaient le plus pris la tête. Je t'enverrai le courrier du conseil que j'avais reçu...

RC : D'ailleurs tu avais eu le livret à ton installation ? Le livret avec plein de recommandations notamment sur les certificats

M6 : Non, je ne l'avais pas eu... Mais c'est sûr que c'est toujours désagréable de remplir un truc qui se fait, on sait que quasi tout le monde le fait.

RC : Alors pas tous hein, je te rassure.

ANNOTATIONS	THEMES
Je ne souhaiterais pas partager mes propres données	Protéger ses propres données
Je trouverais ça invasif et non sécurisant	Sentiment d'insécurité
Je peux partager mes infos avec un organisme d'État	Confiance dans l'État
Je trouve que la quantité d'infos demandées aggrave la situation	Demande exagérée
Je transmets toujours les infos au patient	Respect des données
L'assurance fait tout pour ne pas indemniser ses assurés	Sentiment de méfiance, suspicion
Je ne transmets des infos que dans l'intérêt du patient	Protéger les données et le patient
J'estime que le médecin assureur n'est pas neutre	Méfiance (sur le médecin d'assurance)
Je sais que la majorité des médecins le font	Sentiment d'injustice (inégalité des pratiques)

M6 : Oui oui, c'est pour ça que je dis quasi... (rires) Et je me compte dans le quasi d'ailleurs. Mais j'en sors hélas parfois parce que je vois les conséquences derrière et je considère que mon patient n'a pas à avoir une perte de chances parce que la loi est mal foutue.
 RC : Ok, super, merci ! C'était très intéressant, chacun a son avis sur la question.
 M6 : Je serais bien intéressé de savoir ce qu'en pensent les autres d'ailleurs.
 RC : Oui, je compte envoyer les résultats à tous ceux que j'ai interrogés. Mais c'est vrai que ça dépend beaucoup de l'expérience pour l'instant j'ai l'impression.
 M6 : De la résignation aussi. Tu te dis, putain, tu luttas pour respecter la loi et au final tout ce que tu as fait c'est mettre un peu ton patient dans la merde. Donc ouais, ça pousse à la résignation.

THEMES	ANNOTATIONS
Rendre service au patient (sacrifice)	Quand je déroge à la règle, c'est pour mon patient
Curiosité sur les pratiques	J'aimerais connaître l'avis des autres confrères
Sentiment d'injustice	C'est injuste pour tout le monde

F. MODELE EXPLICATIF DE L'ENTRETIEN 6

Perception des assurances et des médecins des assurances	Charge de travail et légitimité	Rôle du médecin dans le partage de l'information médicale (ambivalence)	Importance de la neutralité et de l'équité	Réflexion sur la pratique professionnelle	Intérêt pour les opinions des autres	Perspectives	Complexité et défis de la loi
Sentiment d'injustice	Acte chronophage et gratuit	Protéger le patient	Confiance dans l'État (transmissions des données)	Se remettre en question	Sentiment de trahison (de la part des confrères)	Espoir (lois amélioratives)	Sentiment d'insécurité
Système injuste (profite aux assurances)	Se sent illégitime (pas mon rôle)	Rendre service (acte remboursé)	Espoir de changement (plus juste)	Respecter les recommandations	Curiosité des pratiques	Espoir (compromis des assurances)	Sentiment de culpabilité (d'être hors la loi)
Méfiant à l'égard des médecins experts	Acte non médical	Sentiment de frustration (compromis difficile)	Désir de changement profond	Se renseigner sur le sujet	Confraternité	Méfiant sur l'avenir	Rendre service au patient (sacrifice)
Demandes abusives (interdites)	Acte parmi tant d'autres	Sentiment de culpabilité	Défend un système juste			Pessimiste sur l'évolution	Acte fait sous la contrainte morale
Assurance hors-la-loi	Demandes abusives (nombre de certif existants)	Empathie				Se rend à l'évidence (sur l'évolution possible)	Sentiment de soumission
Méfiant à l'égard des assurances	Charge mentale importante	Trouver un compromis					Conséquences inconnues
Exagération des demandes (quantité d'info)	Acte rare mais lourd	Fournir au patient les justificatifs					Sentiment de frustration (être hors-la-loi)
	Surcharge de travail	Essayer de trouver un juste milieu					Ne pense pas prendre trop de risques
	Sentiment de gâchis (face au manque de soignants)	Ne transmettre que l'essentiel					
		Protéger les données					
		Soutien de la part du patient					

G. COURRIERS TYPES FOURNIS PAR LE CDOM

Projet de courrier type : médecin => médecin des compagnies d'assurance pour les arrêts de travail ou invalidité des patients

Cher confrère, Chère Consœur, (médecin de l'assurance),

[Identité du patient], né le *[Date de naissance]*, me communique ce jour un questionnaire émanant de l'assurance Prévoyance "....." à remplir à la suite d'un arrêt de travail en date du ...

Je vous informe que je ne remplirai pas ce questionnaire médical qui constitue une rupture du secret professionnel. En effet, le rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecins, adopté en avril 2015, mis à jour en décembre 2019 et s'appuyant sur la jurisprudence existant en la matière, rappelle que le patient ne peut délier son médecin traitant du secret professionnel. Par ailleurs, ce secret médical s'impose à l'égard des autres médecins dès lors qu'ils ne concourent pas à l'acte de soin.

Étant médecin d'une compagnie d'assurance ne participant pas aux soins du patient, je ne peux partager avec vous le secret médical et ne peux donc remplir ce questionnaire.

Je vous rappelle que les médecins des compagnies d'assurance ne sont autorisés, par aucun texte, à demander des renseignements au médecin traitant, pas plus qu'ils ne sont autorisés à demander une copie de la première page d'un arrêt de travail où figure les éléments d'ordre médical motivant cet arrêt.

Il appartient à l'assuré, qui a accès à son dossier médical, de vous communiquer les éléments médicaux en rapport avec son état de santé à l'origine de son arrêt de travail ou de son invalidité ainsi que les informations vous permettant d'apprécier la durée de son incapacité.

Je reste donc à la disposition de *[Identité du patient]* pour lui remettre les éléments de son dossier médical *qu'il/elle* pourra vous communiquer.

Le rapport du conseil national de l'ordre des médecins concernant ces questions est disponible via le lien suivant: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/rapports/questionnaires-sante-certificats-assurances>

Confraternellement,

[Nom du Praticien]
[NumAdeli et RPPS Praticien]

Projet de courrier type : médecin => médecin des compagnies d'assurance
pour les demandes de certificat post-mortem

Cher confrère, Chère Consœur, (médecin de l'assurance),

[Identité de l'ayant-droit], me communique ce jour un questionnaire émanant de l'assurance "....." à remplir à la suite du décès de *[Identité du patient]*, décédé le

Je vous informe que je ne remplirai pas ce questionnaire médical qui constitue une rupture du secret professionnel. En effet, le rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecins, adopté en avril 2015, mis à jour en décembre 2019 et s'appuyant sur la jurisprudence existant en la matière, rappelle que le patient ne peut délier son médecin traitant du secret professionnel. Par ailleurs, ce secret médical s'impose à l'égard des autres médecins dès lors qu'ils ne concourent pas à l'acte de soin.

Etant médecin d'une compagnie d'assurance ne participant pas aux soins du patient, je ne peux partager avec vous le secret médical et ne peux donc remplir ce questionnaire.

Si c'est le cas : Le médecin qui a constaté le décès a établi un certificat indiquant que le décès résulte d'une cause naturelle. Vous devez donc vous suffire de ce document.

Vous ne pouvez demander aucun autre élément médical concernant l'état antérieur du patient. Il incombe à la compagnie d'assurance de vérifier les risques qu'elle prend au moment de la souscription du contrat et elle ne peut, au moment de la réalisation du risque, chercher à s'exonérer de ses obligations.

Les dispositions des articles L.1110-4 et L.1111-7 du code de la santé publique permettent aux ayants droit d'une personne décédée, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, sauf volonté contraire exprimée de son vivant, d'accéder aux informations figurant dans son dossier médical, pour certains motifs légaux énumérés.

Le rapport du conseil national de l'ordre des médecins concernant ces questions est disponible via le lien suivant: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/rapports/questionnaires-sante-certificats-assurances>

Confraternellement,

[Nom du Praticien]
[NumAdeli et RPPS Praticien]

Projet de courrier type : médecin => médecin des compagnies d'assurance
pour les annulations de voyage

Cher confrère, Chère Consœur, (médecin de l'assurance),

[Identité du patient], né le *[Date de naissance]*, me communique ce jour un questionnaire émanant de l'assurance "....." à remplir dans le cadre d'une demande d'annulation de voyage.

Je vous informe que je ne remplirai pas ce questionnaire médical qui constitue une rupture du secret professionnel. En effet, le rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecins, adopté en avril 2015, mis à jour en décembre 2019 et s'appuyant sur la jurisprudence existant en la matière, rappelle que le patient ne peut délier son médecin traitant du secret professionnel. Par ailleurs, ce secret médical s'impose à l'égard des autres médecins dès lors qu'ils ne concourent pas à l'acte de soin.
Etant médecin d'une compagnie d'assurance ne participant pas aux soins du patient, je ne peux partager avec vous le secret médical et ne peux donc remplir ce questionnaire.

Conformément à la jurisprudence, un assuré démontre son droit à indemnisation par la production de certificats médicaux faisant état d'hospitalisation ou de traitements en cours. Un certificat d'hospitalisation ou de traitement en cours est suffisant et la compagnie d'assurances ne peut exiger davantage. De plus, en cas d'hospitalisation, un bulletin de situation peut être demandé à l'administration hospitalière.

En outre, la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 donne au patient ou à ses ayants droit, dans certaines conditions, s'il est décédé, accès au dossier médical.

Je reste donc à la disposition de *[Identité du patient]* pour lui remettre les éléments de son dossier médical *qu'il/elle* pourra vous communiquer.

Le rapport du conseil national de l'ordre des médecins concernant ces questions est disponible via le lien suivant: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/rapports/questionnaires-sante-certificats-assurances>

Confraternellement,

[Nom du Praticien]
[NumAdeli et RPPS Praticien]

VIII. RESUME

INTRODUCTION

Les demandes de certificats médicaux à destination des assurances font partie de la pratique des médecins généralistes. Ambiguës et contraignantes, ces demandes sont sources de difficultés pour les médecins généralistes. L'Ordre des Médecins publie des recommandations en 2019 à cet égard. Malheureusement, quelques années plus tard, les difficultés semblent persister.

OBJECTIF

L'objectif principal était de recueillir et d'analyser le ressenti des médecins généralistes à l'égard des demandes de certificats médicaux d'assurance. L'objectif secondaire était de comprendre les facteurs influençant cette pratique et de recueillir les revendications des médecins la concernant.

MÉTHODE

Une étude qualitative par phénoménologie interprétative a été réalisée sur un échantillon de dix médecins généralistes en Charente-Maritime. Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés jusqu'à suffisance des données.

RÉSULTATS

Les demandes de certificats médicaux d'assurance étaient ressenties comme désagréables et inconfortables, souvent jugées chronophages et abusives. Les médecins généralistes estimaient se sacrifier pour rendre service à leurs patients et leur relation pouvait en être impactée. La pratique de leurs confrères, la méfiance envers les assurances et la méconnaissance du cadre médico-légal étaient à l'origine de sentiments de trahison, d'injustice et de frustration. Les médecins se montraient alors prudents et avaient recours à des ressources extérieures comme le conseil départemental de l'Ordre des Médecins. Ils aspiraient alors à une meilleure formation ou à une suppression définitive de cette demande.

DISCUSSION

Les médecins doivent être mieux informés pour gérer de façon plus sereine cette problématique en attendant, pourquoi pas, qu'elle leur soit retirée.

MOTS-CLÉS

Certificats, assurances, ressenti, médecin généraliste

IX. SERMENT D'HIPPOCRATE



UNIVERSITE DE POITIERS



Faculté de Médecine et de
Pharmacie

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



RÉSUMÉ

INTRODUCTION

Les demandes de certificats médicaux à destination des assurances font partie de la pratique des médecins généralistes. Ambiguës et contraignantes, ces demandes sont sources de difficultés pour les médecins généralistes. L'Ordre des Médecins publie des recommandations en 2019 à cet égard. Malheureusement, quelques années plus tard, les difficultés semblent persister.

OBJECTIF

L'objectif principal était de recueillir et d'analyser le ressenti des médecins généralistes à l'égard des demandes de certificats médicaux d'assurance. L'objectif secondaire était de comprendre les facteurs influençant cette pratique et de recueillir les revendications des médecins la concernant.

MÉTHODE

Une étude qualitative par phénoménologie interprétative a été réalisée sur un échantillon de dix médecins généralistes en Charente-Maritime. Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés jusqu'à suffisance des données.

RÉSULTATS

Les demandes de certificats médicaux d'assurance étaient ressenties comme désagréables et inconfortables, souvent jugées chronophages et abusives. Les médecins généralistes estimaient se sacrifier pour rendre service à leurs patients et leur relation pouvait en être impactée. La pratique de leurs confrères, la méfiance envers les assurances et la méconnaissance du cadre médico-légal étaient à l'origine de sentiments de trahison, d'injustice et de frustration. Les médecins se montraient alors prudents et avaient recours à des ressources extérieures comme le conseil départemental de l'Ordre des Médecins. Ils aspiraient alors à une meilleure formation ou à une suppression définitive de cette demande.

DISCUSSION

Les médecins doivent être mieux informés pour gérer de façon plus sereine cette problématique en attendant, pourquoi pas, qu'elle leur soit retirée.

MOTS-CLÉS

Certificats – assurances – ressenti – médecin généraliste