



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**RESSENTI ET PRATIQUE DES INTERNES DE MEDECINE GENERALE
CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DE LEUR PROPRE SANTE**
Etude qualitative auprès d'internes de médecine générale.

Présentée et soutenue publiquement le 23 mars 2018 à 18h
au Pôle Recherche
Par Caroline GOGNY-DELBROUQUE

JURY

Président :

Madame le Professeur SOBASZEK Annie

Assesseurs :

Monsieur le Professeur BERKHOUT Christophe

Monsieur le Docteur MESSAADI Nassir

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur BODEIN Isabelle

Avertissement

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

ABREVIATIONS

AHU	Assistant Hospitalo-Universitaire
AIMGL	Association des Internes de Médecine Générale de Lille
ANEMF	Association Nationale des Etudiants en Médecine de France
BMA	British Médical Association
CCA	Chef de Clinique-Assistant
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
CIER	Comité Interne d’Ethique de la Recherche médicale
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
CNOM	Conseil National de l’Ordre des Médecins
CNP	Commission Nationale Permanente
DES	Diplôme d’Etudes Spécialisées
DIU	Diplôme Inter-Universitaire
DRESS	Direction de la Recherche, des Etudes, et de l’Evaluation et des Statistiques
ECN	Epreuves Nationales Classantes
ETT	Echographie Trans Thoracique
FASM	Formation Approfondie en Sciences Médicales
FGSM	Formation Générale en Science Médicales
GHICL	Groupement des Hôpitaux de l’Institut Catholique de Lille
ISNAR-IMG	InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale
ISNCCA	InterSyndicat National des Chefs de Clinique Assistant
ISNI	InterSyndicale Nationale des Internes
JAMA	Journal de l’American Médical Association

MSU	Maitre de Stage Universitaire
MT	Médecin Traitant
PAMQ	Programme d'Aide aux Médecins du Québec
RCP	Responsabilité Civile Professionnelle
ReAGJIR	Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants
RPS	Risques Psycho-Sociaux
SEP	Syndrome d'Épuisement Professionnel
SIUMPPS	Service Inter Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la santé
SSU	Service de Santé Universitaire

TABLE DES MATIERES

RESUME.....	2
INTRODUCTION	4
MATERIELS ET METHODES	9
RESULTATS	13
1. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON.....	13
2. ANALYSE DES RESULTATS.....	13
2.1 Etat de santé actuel des internes de médecine générale et représentations.	13
<u>2.1.1 Représentations sur leur état de santé actuel</u>	13
<u>2.1.2 Peurs et interrogations des internes</u>	18
<u>2.1.3 Influence des conditions socio-professionnelles</u>	23
2.2 Représentations en tant que patient	26
<u>2.2.1 Expérience de la maladie et ressenti</u>	26
<u>2.2.2 Des patients difficiles, différents des non médecins</u>	29
2.3 Se soigner seul ou consulter autrui ?	37
<u>2.3.1 Représentation de médecin traitant</u>	37
<u>2.3.2 Représentation de la maladie et de leur santé</u>	38
<u>2.3.3 Origine de ces représentations</u>	41
<u>2.3.4 Choix de se soigner seul</u>	42
<u>2.3.5 Choix de consulter autrui</u>	44
2.4 Attentes de la relation Médecin-Malade	49
2.5 Propositions d'amélioration	52
DISCUSSION	57
1. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE	57
2. ANALYSE DES RESULTATS.....	59
2.1 Pratiques des internes vis-à-vis de leur santé	50
2.2 Ressenti des internes par rapport à leur santé	61
2.3 Attentes et difficultés	64
2.4 Perspectives et propositions	66
CONCLUSION	72
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	73
ANNEXES.....	77

RESUME

Alors qu'elle a longtemps été tabou, la santé des médecins et notamment des internes est devenue un véritable enjeu de santé publique. L'objectif principal de cette étude est d'analyser le comportement et le ressenti des internes de médecine générale concernant la prise en charge de leur propre santé. L'objectif secondaire de cette étude est de recueillir au besoin leurs propositions d'amélioration en termes de prévention, de formation et de soins.

Une étude qualitative a été menée par des entretiens individuels semi-dirigés auprès d'internes de médecine générale. Une analyse thématique par triangulation via le logiciel NVivo 11a a ensuite été réalisée.

Douze internes de médecine générale (8 femmes et 4 hommes) ont participé à cette étude. Bien que leur accès aux soins soit facilité par leur statut, les internes de médecine générale étaient souvent les acteurs exclusifs de leur prise en charge médicale. Ils avaient un ressenti de bonne santé mais reconnaissaient négliger leur suivi et pratiquaient l'autoprescription régulièrement. Leurs comportements étaient similaires à leurs aînés et ce dès le début de leur formation comme si ces conduites étaient encrées dans la culture médicale. Leurs rapports à la maladie et à leurs confrères jouaient un rôle important dans leur manière de se soigner et les différençaient du « patient lambda » auquel ils aimeraient pourtant pouvoir s'identifier. Certains internes de médecine générale exprimaient une fragilité psychologique et étaient en demande de soutien de la part de leurs aînés.

L'interne de médecine générale doit être mieux formé à la gestion de sa santé mais également mieux accompagné, soutenu et sensibilisé aux dangers de l'autosuffisance.

**« Mon travail c'est la santé,
ma santé j'y travaille... »**

INTRODUCTION

Les études médicales, qui mènent au diplôme de docteur en médecine, se découpent en 3 cycles :

- Un premier cycle de Formation Générale en Sciences Médicales (FGSM) qui dure 3 ans et qui est marqué principalement par le concours de la première année et son *numerus clausus*. (1)

Cette première année est suivie par deux années d'enseignements généraux associés à des stages cliniques d'initiation.

- Un deuxième cycle de Formation Approfondie en Sciences Médicales (FASM) qui dure également 3 ans et qui est réparti de manière égale entre formation théorique thématique à la faculté et formation pratique en stages hospitaliers. Ce deuxième cycle se termine par le passage des Epreuves Nationales Classantes (ECN) qui permettront à l'étudiant de choisir selon son classement sa spécialité et la région où il effectuera son dernier cycle. (2)

- Qu'elle dure trois, quatre ou cinq ans, la dernière phase « d'études spécialisées » se déroule sous forme de stages consécutifs de 6 mois chacun.

Dernier cycle des études médicales, l'internat est une phase de transition dans la vie du jeune médecin. Il est alors plus actif dans les soins et devient progressivement autonome, notamment grâce à l'acquisition du pouvoir de prescription. Selon la littérature, cette troisième période est source de stress, de fatigue et de Burn-out. (3-4)

On sait que les internes en médecine sont plus exposés au syndrome d'épuisement professionnel (SEP) ou Burn out du fait de leur jeune âge et des contraintes liées à leur statut. (5) Le SEP est défini par l'association d'un épuisement émotionnel, d'une dépersonnalisation et d'un faible accomplissement personnel. Entre 44,7% et 46% des

internes en sont atteints selon des études réalisées en Alsace et dans la région parisienne. (3-6-7)

Or, les étudiants et jeunes médecins sont peu suivis par la médecine du travail et universitaire et ne semblent consulter que rarement des médecins généralistes. D'ailleurs, plus l'étudiant évolue dans sa formation, moins il rencontre la médecine du travail ou la médecine universitaire. (8)

Les notions de dépistage, d'éducation et de suivi sont largement abordés tout au long de la formation. Les internes les mettent en pratique tous les jours auprès de leurs patients. Cependant, ils ont des difficultés à les appliquer pour eux-mêmes. (9)

Si la question de la prise en charge médicale du patient est au centre de leurs intérêts, la question de leur propre santé est peu développée au cours de la formation pratique et théorique des étudiants en médecine.

En 2000, la Commission Nationale Permanente (CNP) soulignait déjà dans le rapport : « l'aptitude à l'exercice médical et la santé du médecin » (10) :

« - L'impérieuse nécessité d'une évaluation de l'aptitude physique et mentale des étudiants en médecine avant qu'ils ne s'engagent dans l'irréversible voie du 3^e cycle ;
- L'intérêt d'un suivi médical du médecin en exercice pour sa propre sécurité comme pour la sécurité du patient dont il a la charge. »

CONTEXTE NATIONAL

Alors que pendant longtemps le statut de Médecin-Malade était tabou, depuis quelques années, il semble exister une prise de conscience des contraintes liées à la profession. Ces contraintes peuvent être rassemblées sous le terme de risques psychosociaux (RPS) et sont susceptibles de dégrader l'état de santé psychique d'un individu.

(11)

Cette évolution des mentalités s'illustre par un nombre croissant d'études sur le sujet (12-18), la mise à disposition de structures d'aide aux médecins et le développement de formations dédiées aux soins des soignants. (13-14)

La prise de conscience de la fragilité de l'interne pouvant être source de souffrance est beaucoup plus récente. Depuis la mise en demeure par l'Europe pour le non-respect du temps de travail des internes, la santé des internes est devenue une préoccupation nationale et un enjeu de santé publique largement relayés par les médias. (15-16)

En juin 2016, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) en collaboration avec l'Association Nationale des Etudiants en Médecine de France (ANEMF), l'InterSyndicale Nationale des Internes (ISNI), l'InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG) et l'Inter Syndicat National des Chefs de Clinique Assistant (ISNCCA) publie les résultats inquiétants d'une étude sur la santé globale réalisée auprès de 8000 étudiants en médecine et jeunes médecins (8) :

- « 25% d'entre eux ont déclaré être en état de santé moyen ou mauvais
- 14% des étudiants en 3^e cycle déclaraient avoir déjà eu des idées suicidaires
- Seuls 36% des étudiants ou jeunes médecins ont rencontré la médecine du travail ou la médecine universitaire au cours des deux dernières années.

Les post-internats et jeunes professionnels n'étaient que 22% à avoir rencontré la médecine du travail ou la médecine universitaire au cours des deux dernières années. Paradoxalement, il s'agissait du groupe qui se déclarait comme étant celui en moins bonne santé.

- Malgré la directive européenne sur le temps de travail des internes, le temps de travail déclaré reste très majoritairement supérieur à 48 heures hebdomadaires. 39,95% des répondants déclaraient travailler entre 48 et 60 heures. Or le lien entre le temps de travail

et l'état de santé était puissant, quelles que soient les cohortes examinées. »

Parallèlement, début 2017, les structures représentatives des jeunes et futurs médecins (ANEMF, ISNAR-IMG, ISNCCA et ISNI) ont réalisé une enquête nationale auprès des externes, internes, chefs de clinique-assistants (CCA), assistants hospitalo-universitaires (AHU) et assistants spécialistes au moyen d'un questionnaire visant à étudier leur santé mentale. 66,2% des interrogés disaient souffrir d'anxiété et 27,7% d'entre eux de dépression. (17)

Si ces deux études soulignent l'importance de la sensibilisation à sa propre santé dès le début de la formation devant une souffrance avérée, les solutions restent encore clairessemées et ressenties comme insuffisantes par les principaux intéressés.

En 2011, 96% de 146 internes grenoblois interrogés dans le cadre d'une thèse se disaient favorables à un programme d'accompagnement psychologique. (18)

CONTEXTE INTERNATIONAL

Au Québec, le code de déontologie recommande de ne pas se prendre en charge soi-même. (19) Le programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ), organisme à but non lucratif, propose depuis 1990 une aide aux étudiants en médecine, internes et médecins qui souffrent de problèmes psychologiques ou d'addiction. (20)

En Grande Bretagne, le Code de bonnes pratiques du Général Medical Council, équivalent du Conseil National de l'Ordre des Médecins en France, reconnaît comme inadapté le fait de se traiter soi-même. (21-22) Dans cette optique, la British Medical Association (BMA) propose aux médecins et étudiants en médecine un service téléphonique de conseil. (23)

Le site « Health For Health Professionals » répertorie d'ailleurs les différents organismes de soutien aux professionnels de santé. (24)

Bien que ces organismes soient déjà bien présents au niveau international depuis plusieurs années, la santé des internes reste à améliorer.

Dans une étude publiée dans le Journal de l'American Medical Association (JAMA) en 2015, suite aux suicides d'étudiants en médecine new-yorkais, les auteurs recommandaient que chaque étudiant en médecine ait une sensibilisation sur la question des RPS. (25)

PROBLEMATIQUE :

Les études quantitatives sur la santé de l'interne fleurissent. Cependant, peu d'études qualitatives s'y intéressent.

Afin de proposer des solutions adaptées à l'amélioration de la prise en charge de l'interne, il semble important d'en comprendre les déterminants.

L'objectif principal de cette étude qualitative est de montrer comment l'interne de médecine générale se soigne et quelle vision il a de sa prise en charge.

Les objectifs secondaires de cette étude sont de comprendre l'origine de ses pratiques et de proposer, au besoin, des solutions visant à améliorer la propre santé de l'interne.

MATERIELS ET METHODES

1. TYPE DE RECHERCHE

Une étude qualitative, plus adaptée pour ce travail de recherche, a été réalisée. En effet, la recherche qualitative explore des aspects non quantifiables tels que les croyances, les émotions, les sentiments ainsi que les comportements et expériences personnelles des individus. (26) Elle peut contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et des interactions entre eux. (27)

2. POPULATION ETUDIEE

La population étudiée était les internes de médecine générale volontaires pour participer à cette étude.

Le recrutement s'est fait par téléphone et par mail grâce à l'entourage professionnel de l'investigatrice puis par effet boule de neige. Tous ont accepté de participer à l'étude. Ensuite, un rendez-vous avec celle-ci était fixé. Lors de ce premier contact, le sujet de l'étude n'était pas abordé afin de permettre un entretien spontané et sans réflexion préalable.

Le nombre d'internes à interroger n'a pas été défini au préalable. La taille de l'échantillon a été déterminée par la saturation de données habituellement entre 10 et 15 entretiens. (28-29)

3. RECUEIL DES DONNEES

La collecte des informations a été réalisée de mai à septembre 2017 par des entretiens individuels semi dirigés. (26)

La méthode de focus group a été écartée du fait des informations délicates et personnelles recueillies sur la santé des internes et des divergences de réponse attendues qui pouvaient les empêcher de s'exprimer. (30)

Un canevas d'entretien semi structuré a été conçu sur les bases des données de la littérature avec des questions ouvertes correspondantes aux thèmes de l'étude. Celui-ci a été testé à l'aide d'un entretien préliminaire. Il a permis de rester dans le cadre du sujet tout en garantissant une certaine souplesse, source d'émergence des idées par la libre expression. Il n'y avait pas d'ordre prédéfini pour poser les questions. Le canevas a ensuite été adapté en fonction des idées émergentes lors des entretiens suivants. (Annexe 1)

Les entretiens ont été réalisés par l'investigatrice elle-même après information orale et écrite sur la recherche, affirmation de la confidentialité des données et signature d'une feuille de consentement par les participants. (Annexes 2 et 3)

Ceux-ci ont eu lieu dans une salle à la faculté, au domicile de l'investigatrice ou au domicile de l'interrogé selon la convenance et en date et heure choisis par les participants.

Ces entretiens ont été enregistrés au moyen d'un téléphone puis retranscrits en intégralité sur le logiciel de traitement de texte WORD. (31)

La retranscription a ensuite été soumise par courriel aux participants qui ont eu la possibilité de donner leur accord pour analyse de toute ou partie de l'entretien. Cette rétroaction a permis de s'assurer que l'idée retranscrite correspondait bien à la pensée de l'interne, renforçant ainsi la validité interne de l'étude. Aucune modification de la retranscription n'a été apportée par les participants en retour.

Le recueil des données s'arrêtait lorsque la lecture des entretiens ne permettait plus

l'émergence de nouvelles idées, arrivant à la saturation des données. Celle-ci a été confirmée par deux entretiens sans apparition de nouvelles idées.

Un questionnaire sociodémographique a été remis en parallèle aux participants en début d'entretien afin de vérifier la variabilité de l'échantillon (garant de la validité externe de l'étude). Les caractéristiques demandées étaient : l'âge, le sexe, le nombre d'années d'étude, l'existence d'un médecin dans la famille et le projet professionnel. (Annexe 4).

4. ANALYSE DES DONNEES

Le découpage du verbatim en unités de sens appelées aussi codes, représentant l'idée qu'elles véhiculaient, a été mené à l'aide du logiciel N VIVO pro 11.

Deux investigatrices, internes de médecine générale, réalisaient séparément un codage ouvert qu'elles mettaient ensuite en commun. Cette triangulation des chercheurs a renforcé la validité interne de l'étude.

Une analyse thématique des codes était ensuite réalisée. (32-33-34)

5. PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES ET CONFIDENTIALITE

Les noms des participants ont été anonymisés, une lettre et un chiffre étaient attribués à chaque interne dès le début de la retranscription. Certains passages de l'entretien n'ont pas été analysés pour protéger l'anonymat des participants à cette étude.

La recherche a reçu un avis favorable du Comité Interne d'Ethique de la Recherche médicale (CIER) du Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille (GHICL). Elle a également été transmise à la Commission Nationale de l'Informatique et des libertés qui a donné un avis favorable à la poursuite de cette étude.

6. AUTRE CRITERE DE VALIDITE SCIENTIFIQUE

La rédaction de l'étude qualitative a été réalisée selon les critères COREQ (Consolidated Criteria fo Reporting Qualtitative Research). (35) Ces critères sont disponibles en annexe 5.

RESULTATS

1. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

La saturation de données a été obtenue au bout de 12 entretiens individuels avec des internes de médecine générale (8 femmes et 4 hommes). Les caractéristiques des sujets interrogés ont été regroupées dans un tableau disponible en annexe. (Annexe 6)

La durée moyenne des entretiens était de 25 minutes et la moyenne d'âge des personnes interrogées était de 27 ans.

Le nombre de codes identifiés était 265.

2. ANALYSE DES RESULTATS

2.1 Etat de santé actuel des internes de médecine générale et représentations

2.1.1 Représentations sur leur état de santé actuel

Les internes de médecine générale se sentaient globalement en **bonne santé** :

E5 : « *Je touche du bois, je n'ai jamais été malade.* »

Ils estimaient avoir **peu de besoin** et disaient consommer **peu de médicaments** :

E11 : « *Après, je suis très rarement malade. [...] Je me suis rarement prescrit des trucs.* »

Certains avaient d'ailleurs en premier lieu recours aux « **médecines douces** » :

E0 : « *Ben moi, je me soigne par les plantes.* »

Ils disaient **consulter peu** leur médecin traitant :

E0 : « *S'il y a pas d'épisode aigu, je pense pas qu'il y ait forcément besoin d'aller voir son médecin traitant tous les ans. »*

Les internes de médecine générale avaient également **peu de recours à la médecine du travail** et la jugeaient peu contributive :

E8 : « *Je pense que la première consultation que j'ai eu de médecine du travail elle a servi à rien ou alors au moins au dépistage. »*

E3 : « *La consultation de médecin du travail qu'on a à l'hôpital, dans un hôpital où on est là 6 mois et qui s'en moque un peu de tout ce qu'on a. Fin c'est important la médecine du travail pour la prévention mais après en dehors, pour la prise en charge de la santé, je pense que c'est pas idéal. »*

Cependant certains avaient quand même des **antécédents familiaux** nécessitant un **suivi particulier** mais relativisaient et n'étaient pas inquiets :

E3 : « *J'ai pas un suivi non plus régulier mais par rapport à ça par exemple pour le contrôle de cholestérol, je fais un contrôle biologique régulier après j'ai pas de traitement particulier par choix étant donné qu'il peut y avoir des effets, fin des contre-indications à ce traitement là et que j'attends le bon moment. »*

E4 : « *Je sais que ma mère elle est diabétique donc faut quand même que je fasse un peu attention. Mon père il est coronarien faut que je fasse un peu gaffe aussi mais pour l'instant il y a bien, bien longtemps que j'ai pas fait une prise de sang. Oh oui. »*

Psychologiquement, les internes de médecine générale se sentaient pour la plupart **épanouis**, avec des projets professionnels comme personnels :

E5 : « *Comment je me sens actuellement... d'un point de vue professionnel, c'est génial. C'est-à-dire, je suis content dans la voie dans laquelle je me suis engagé. Donc ça c'est vraiment au top, j'ai mon sujet de thèse...Donc voilà j'ai des projets sur le long terme...* »

E4 : « *Ben je suis marié avec un enfant en cours alors... et je fais un stage qui me plaît, où je m'éclate donc euh psychologiquement tout va bien.* »

Ils exprimaient cependant un **stress** au cours de la formation notamment lors des **gardes**. Cette anxiété était alors presque normalisée, considérée comme indissociable de la fonction d'interne :

E9 : « *Euh bien. Assez, assez soumis au stress mais bon ça ça va avec la fonction on va dire. Après il y a des gens qui sont moins stressés que d'autres mais dans l'ensemble ça va. C'est vraiment, à part... fin moi mon calendrier est vraiment rythmé par les gardes. Quand je compte le nombre de jours avant la prochaine garde, c'est vraiment un truc que j'aime pas.* »

Ils s'inquiétaient d'ailleurs sur leur devenir s'ils n'arrivaient pas à gérer la pression liée au travail :

E6 : « *Psychologiquement je me sens bien, peut-être un peu plus stressée qu'avant au fil du temps et des fois, je me dis « si je suis stressée comme ça toute ma vie ça va pas aller. ». »*

Certains internes interrogés évoquaient des **antécédents de dépression et de Burn-out** :

E8 : « *J'ai eu besoin d'un médecin généraliste pour me mettre en arrêt et pour m'aider quand j'ai fait ma dépression. »*

Ils se sentaient parfois dépassés et cela retentissait sur la prise en charge de leurs patients.

E10 : « *J'ai déjà eu des soucis de santé entre guillemet. J'ai déjà eu des arrêts de travail, du coup maintenant je connais un peu plus mes limites, donc je sais s'il y a des périodes où vraiment je commence à être un peu borderline, où là ça ne va pas, où là il faut que je me repose, que je ralentisse un peu. Ou je me rends compte des fois si je deviens un peu désagréable avec les patients parce que j'en ai marre, ou parce que vraiment ça dépasse un peu les bornes. »*

Ils ne mentionnaient pas d'**addictions** mais ils reconnaissaient l'existence d'**abus** de médicaments et notamment d'**anxiolytiques** chez leurs co-internes :

E3 : « *Je pense qu'il y en a quand même qui abusent au niveau traitement notamment anxiolytiques ou j'ai déjà entendu des gens qui en prenaient et c'est aberrant, on sait jamais. »*

Les sujets interrogés reconnaissaient leur **devoir de prévention** et semblaient ne pas avoir de difficulté à en appliquer les règles :

E5 : « *La prévention, on est, je pense, en devoir de s'en occuper. »*

E1 : « *Après les règles hygiéno-diététiques, je vais pas aller chez le médecin traitant non plus. On les connaît, je les applique, règles de base : fruits et légumes, bouger, pas d'alcool, pas de tabac. »*

Cependant, si tous estimaient avoir une **sensibilisation plus importante** de par leur formation :

E2 : « *Je pense respecter globalement les messages de prévention et je pense que je suis plus sensibilisé du fait que je suis interne en médecine. Et je pense que le fait que je sois interne en médecine euh joue sur mon comportement. Je pense que si je l'avais pas été, je boirai peut-être un peu plus, je fumerai un peu plus, voilà. »*

Certains montraient des **difficultés à prévenir** les risques pour eux même :

E10 : « *Donc en fait, ce n'est pas parce que tu es censé être plus au courant que tu fais forcément plus attention. Ouais, à mon avis loin de là. Parce qu'au final, moi je suis déjà partie en vacances en Asie, je n'avais rien prévu du tout. »*

Selon les interrogés, leurs **pratiques étaient similaires** à celles des autres internes de médecine générale.

- L'**autoprescription** et l'**automédication** étaient courantes :

E11 : « *Je me prescris mes pilules toute seule, je pense comme beaucoup de gens. »*

E4 : « *Connaissant quelques-uns de mes co-internes, on fait un peu tous la même chose. On a tous un petit paquet de prescriptions à la maison dont on fait des photocopies et dont on signe gentiment interne et qui passent à la pharmacie. Je pense qu'ils font tous comme moi. »*

- Certains internes faisaient appel à leurs co-internes ou au **réseau** proche :

E1 : « Ben les vaccins ça va être entre copines, on se le fait entre nous. »

E10 : « Soit eux-mêmes, soit les uns qui font des ordonnances aux autres ou qui, ben typiquement moi là, je suis en dermato, j'ai programmé une consultation de dermato rapidos la semaine prochaine avec une autre interne. »

2.1.2 Peurs et interrogations des internes

La **santé mentale** était reconnue comme **indispensable** pour prodiguer de bons soins :

E7 : « Etre bien dans sa tête. Je dirais pas heureux mais on peut pas soigner quelqu'un en ayant des problèmes qui prennent le dessus. »

E10 : « Ah, dans l'idéal c'est vrai que pas être malade et être bien dans sa tête c'est mieux mais bon malheureusement ce n'est pas toujours possible. [...] C'est arrivé à tout le monde de péter une durite et de ne plus avoir envie de voir les gens, de ne plus avoir envie de soigner des gens. »

Or, les internes avaient conscience d'une **fragilité psychologique** qui était d'ailleurs souvent tue :

E11 : « Il y a une étude qui est sortie il n'y a pas longtemps. C'est très, très présent, même les idées suicidaires, je pense aussi que c'est surprenant. Donc ça, je pense, ça par contre que c'est quelque chose dont on n'ose pas parler en médecine et ce serait bien que ça devienne moins tabou et que l'on puisse pousser les gens à en parler plus. »

D'ailleurs, certains avaient dans leurs connaissances un interne en détresse :

E9 : « *Le semestre dernier, il y a eu une interne, je sais plus en quel semestre elle était, elle s'est suicidée. [...] Après, on sait pas, personnellement, je sais pas à cause de quoi elle est passée à l'acte mais il y a probablement une part personnelle, une part professionnelle.* »

Sur le plan organique, ils exprimaient la peur **d'être atteints d'une maladie grave ou incurable**. Mais, au-delà de cette inquiétude, c'est :

- La **peur d'être dépréciés** par les confrères,

E5 : « *Je pense qu'on a toujours peur d'être jugé sur, voilà, on a une pathologie, et que soit c'est de la merde.* »

- La **croiance que ne pas savoir gérer sa santé est honteux**,

E5 : « *Le médecin, il va se dire : « Ben pourquoi il est venu me voir ? Il ne pouvait pas se soigner tout seul ? ». »*

- La **peur de déranger**,

E5 : *On a toujours cette peur du jugement de l'autre en se disant : « c'est vrai que si j'y vais pour rien, il va se dire : il ne pouvait pas le faire tout seul ? »*

- Et la **peur de la pitié** qui étaient ressenties :

E5 : *Et s'il va pour quelque chose de grave, il va se dire : « oh mince ce n'est vraiment pas de bol pour lui, alors qu'il est médecin et tout. Il lui arrive... ». »*

E5 : « Ben ouais, on peut tomber malade et que à ce moment-là, il ne faut pas se dire : « qu'est-ce qu'on va dire de moi si je suis malade. ». »

Il y avait aussi la **peur des conséquences professionnelles** :

E10 : « Bon, ouais dans l'idéal, pas ne pas être malade mais par exemple quand on est vraiment malade, ne pas travailler, ce n'est pas toujours possible. »

Ils avaient conscience de la **surcharge de travail** engendrée par l'absence d'un co-interne :

E10 : « Le problème, pour l'avoir vécu c'est qu'il y le côté où je pense que ça peut arriver à tout le monde et tout le monde en a ras le bol à un moment mais qu'en même temps, par exemple quand ça arrive à ton co-interne et que tu dois bosser plus à la place, c'est très mal toléré on va dire. »

Et cela renforçait leur sentiment de **culpabilité** lorsque la pathologie nécessitait un arrêt de travail :

E10 : Soit c'est toi qui doit être en arrêt de travail et du coup, tu es super mal parce que tout le monde te fait culpabiliser. »

A l'extrême, certains estimaient même ne pas avoir le **droit d'être malade** :

E10 : « Des fois, j'ai l'impression que c'est à peine si on nous considère comme des gens qui peuvent être malades quoi. Et je trouve ça un peu chiant. Enfin on n'est pas des robots quoi. Et voilà, pour l'avoir vécu, ben on a le droit d'être malade quoi. Ça peut arriver. Mais non en fait, tu n'as pas le droit. »

D'autres évoquaient également la **peur des conséquences financières** de la maladie :

E1 : « Il y a un manque à gagner quand même de pas être présent dans le cabinet, de pas suivre les consultations. »

Au niveau administratif, le **manque de connaissances sur les organismes de couverture sociale** et de prévoyance ainsi que **l'insuffisance de formation** sur le sujet étaient souvent mis en avant :

E7 : « Pour les médecins traitants quand tu débutes, qu'est ce qui faut prendre comme aide ? Comme mutuelle ? Qu'est-ce qu'il faut faire ? Fin c'est bête mais... Après on en discute avec nos familles. Fin voilà pour les lunettes, les dents, les machins... Mais on nous a jamais vraiment expliqué. »

Ceux-ci étaient illustrés par des **questions concrètes** :

E1 : « Quand on est remplaçant on fait une visite on a un accident, on se casse quelque chose... Ben qui-est-ce qui fait le papier Cerfa ? Qui-est-ce qui signe ? Combien de jour on se met ? Est-ce qu'il y a besoin d'une tierce personne parce qu'on pourrait abuser et se mettre quatre semaines alors que deux suffisent, j'en ai aucune idée. Arrêt de travail pareil ? On est pas bien, on est fatigué, on a un rhume, comment on fait ? »

Et ils se sentaient un peu perdus et seuls face à leurs interrogations :

E8 : « Après le forum de l'installation, ils donnaient des infos sur la prévoyance mais ça reste quand même flou. Je sais pas à quoi ça correspond, je sais pas à combien estimer ce qu'on va devoir payer. Je sais pas où me renseigner. »

Certains avouaient même une **méconnaissance** totale sur leurs **droits et devoirs** concernant la prise en charge de leur propre santé et ne savaient pas vers quel interlocuteur se tourner. Ils se renseignaient donc le plus souvent auprès des organismes d'assurances eux-mêmes ou auprès de leurs proches :

E1 : « C'est là que je me dis que dans notre cursus ça aurait été sympa de nous dire ben jusque où on peut aller. Est ce qu'on peut se prescrire des choses ? Est ce qu'on peut prendre en charge notre propre santé ? Est ce qu'on a le droit ? Est ce qu'on est obligé de passer par quelqu'un d'autre qui a un regard extérieur neutre ou alors nous forcer à avoir un suivi. »

Le **statut de remplaçant** et de médecin généraliste étaient considérés comme **précaires** en terme de couverture sociale et la prévoyance jugée indispensable en cas de problème :

E3 : « Je pense que c'est important de parler de prévoyance. Fin c'est bête, mais au niveau assurance, ce qu'on peut faire pour un peu se couvrir s'il arrive quelque chose. Et surtout même après, quand on remplace ou qu'on va être généraliste, insister sur le fait qu'on doit avoir une bonne prévoyance, des assurances, qu'on peut se couvrir si on a un souci de santé car effectivement si on est en libéral on peut vite se retrouver le bec dans l'eau quoi. »

Certains reconnaissaient être limités par le coût de ses couvertures :

E2 : « *Il faut faire très attention à prendre une couverture complémentaire quand on est remplaçant, peut-être encore plus que quand on est installé. Mais quand on est remplaçant, on a l'impression de pas avoir beaucoup de sous et donc du coup, on le fait pas forcément je pense. »*

2.1.3 Influence des conditions socio-professionnelles

Liée au sexe :

- La **prévention masculine** était sous-estimée et les internes hommes se sentaient peu concernés :

E5 : « *Ben moi je suis un homme donc déjà la prévention ça commence à 50 ans sur tout ce qui est cancer. »*

E4 : « *Ben après c'est sur je serais une femme, je ferais mon frottis et j'irai chez la gynécologue mais bon j'ai pas envie d'avoir mon toucher rectal dès 25 ans donc je vais attendre tranquillement mes 50 ans et puis ben en terme de prévention, pour l'instant, j'ai pas l'âge. »*

- La **prévention féminine** avec un **suivi** gynécologique **régulier**, était bien respectée, les internes de médecine générale pouvant **difficilement s'examiner seules** :

E1 : « *Mais par contre, je parle pour mes copines et moi, c'est surtout le gynéco qui reste le spécialiste qu'on va voir tous les ans sans passer par le généraliste. [...] Par contre, tout ce qui est suivi cancéro pour le cancer du sein, la palpation mammaire, le frottis ça c'est*

fait par le gynéco et je le fais pas moi-même, fin c'est difficile. »

Le gynécologue se substituait d'ailleurs souvent au médecin traitant et la consultation était l'occasion d'un **contrôle global** :

E1 : *« Oui c'est le suivi qu'on garde pour frottis et puis comme ça, ça fait une prise de tension annuelle et puis un bilan régulier. C'est plus elle que le médecin traitant qui vérifie la glycémie, le bilan lipidique, un bilan complet mais pas tous les ans. »*

- Les femmes se posaient plus de questions sur leur prise en charge notamment lorsqu'il y avait un **désir de grossesse**. La période de l'internat étant considérée comme plus **favorable** à la maternité du fait du **salarial**.

E1 : *« Fin là, c'est surtout la question Bébé, parce que moi dans ma tête là, je suis pas prête à avoir un bébé mais il faut calculer, et je trouve ça être guillemet bête de devoir calculer et de se dire ben non c'est maintenant qu'il faut s'y mettre. Fin c'est le métier qui veut ça aussi, on peut plus dire ça viendra quand ça viendra et on verra. Il faut prévoir, organiser. Il faut pas que ça tombe à telle période pour les stages et tout ça mais après en étant remplaçant, après c'est pire, si j'ai une grossesse patho, avec la maison à payer ben il faut quand même y penser. Parce que si moi j'ai plus de salaire ben ça va être problématique.*

L'impression de devoir **programmer sa grossesse** en fonction des opportunités professionnelles était anxiogène pour certaines.

E1 : *On se fout la pression parce qu'il faut le faire avant la fin de l'internat mais bon. Comme moi, je suis pas très prête parce que bon il y a la thèse tout ça à préparer, fin il y a plein d'interrogation, ça reste... Fin c'est sûr qu'un garçon va p'tet pas trop s'y intéresser mais fin pour nous les filles c'est quand même une grande question. »*

Liée à l'âge :

Les internes étaient **jeunes** et le plus souvent en **bonne santé** :

E0 : « *Après je dis pas, euh, quand j'aurais quarante ans, je me dirais bon p'tet un petit bilan, commencer à être suivi... »* »

Liée à la charge de travail plus ou moins importante en stage :

La santé passait parfois au second plan face au **manque de personnel** :

E10 : « *Quand il y a deux internes dans le service et qu'il y en a un qui est malade et que forcément c'est toi qui te tape tout le reste, ben forcément ça ne va pas. Ça ne peut pas aller. Ils étaient déjà pas beaucoup sur la ligne de garde et s'il y en a un qui est malade ben pareil, ça fait chier tout le monde et tout le monde va râler. Mais encore une fois, parce que dès qu'il manque quelqu'un ça y est la charge de travail... Elle est déjà souvent limite en effectif complet on va dire, alors forcément si tu réduis encore l'effectif ben ça ne va plus quoi. »* »

Mais aussi souvent face au **manque de temps** laissé pour les problèmes **personnels** :

E1 : « *D'emblée, ben dans l'urgence, je me prescris moi mes médicaments parce que j'aurai pas le temps je pense d'aller voir le médecin généraliste. »* »

Concilier la vie professionnelle, étudiante et personnelle était d'ailleurs reconnue comme **difficile** pour certains.

E7 : « *Fatiguée, stressée, euh voilà c'est un peu psychologiquement fatiguant de concilier la thèse et le mémoire et les gardes et la vie de famille et le stage prenant. Fin voilà, c'est quand même lourd je trouve d'avoir tout ça. »* »

2.2 Représentations en tant que patient

2.2.1 Expérience de la maladie et ressenti

Peu consultaient en cabinet de médecine générale. Ils avaient un **parcours de soins atypique**, s'adressant **directement au spécialiste ou aux urgences** dans les cas les plus graves.

E11 : « *Ben je n'ai pas du tout de problème de santé donc... Enfin, j'ai un gynéco quoi mais pas de médecin traitant. »*

Le plus souvent pour des problèmes qu'ils avaient déjà ciblés auparavant.

E10 : « *Parce qu'au final on ne fait jamais vraiment de vraie consultation sauf les choses hyper spécifiques mais qu'au final on a nous déjà ciblées avant. C'est-à-dire, c'est pas qu'on ne va pas se découvrir de problème mais voilà j'ai fait une prise de sang, il y a ça, je vais aller me prendre un rendez-vous là pour ce problème spécifique. »*

Certains disaient avoir un **accès plus rapide aux soins grâce au réseau professionnel** :

E9 : « *Fin avec les relations et tout, tu t'en sors peut-être mieux que les autres... »*

D'autres avaient le sentiment d'être **mieux compris** car ils partageaient le même métier :

E10 : « *Je trouve que si on va voir un médecin, on a l'impression quand même qu'on comprend, enfin qu'on peut potentiellement nous comprendre. Parce que la personne qui nous soigne, elle a potentiellement vécu la même chose que nous. »*

Le fait de partager le **même niveau socio professionnel** facilitait la consultation :

E5 : « *Je pense que de médecin à médecin, je pense que c'est beaucoup plus facile que par exemple médecin-infirmière ou médecin-aide-soignant parce qu'en fait médecin à médecin, je trouve qu'on sent que notre patient, qui est médecin, sait qu'on fait le maximum, sait qu'il est traité comme un médecin. »*

Ils pensaient bénéficier de **plus d'empathie** voir de **sympathie** de la part de leurs confrères :

E9 : « *Non, non, au contraire. Je pense que ça te met un petit peu plus sur un pied d'égalité. Ben moi je pense que si je recevais un confrère en consultation je serais d'autant plus compatissant et empathique, ça te rapproche aussi quoi. »*

Parfois, ils avaient ressenti être **privilegiés** de par leur statut professionnel :

E5 : « *Alors mon ressenti, euh je pense que j'ai eu probablement un traitement de faveur. [...] J'ai été très bien accueilli et je n'ai pas forcément trouvé le temps long parce qu'au final il y avait toujours quelqu'un qui passait : « Ça va ? ». Alors qu'une crise d'angoisse on a plutôt tendance à dire : « On attend le bilan » et puis aurevoir... »*

Ils pensaient être **mieux informés** que les autres patients :

E3 : « *Ouais, pour un suivi gynécologique, je trouve ça agréable d'être aussi médecin parce qu'on connaît de quoi il parle et j'ai l'impression qu'ils nous disent plus de choses et ça je trouve ça agréable. »*

Au contraire, d'autres ressentait **un manque de considération** lorsqu'ils consultaient un confrère. Ils avaient l'impression de susciter **moins d'intérêt** et d'être moins bien pris en charge :

E7 : « *J'ai un petit bébé. Voilà, j'ai pas envie de le prendre en charge et donc du coup quand je vais le voir et que je lui dis : « Bon, je pense que c'est rien mais je préfère vous voir », je pense qu'il le prend un peu par-dessus l'épaule. Il est pas aussi investi que si c'était une personne qui n'y connaissait rien et qui était là affolée. Donc par rapport à moi je trouve que oui, ils s'en foutent un petit peu. »*

Les internes ayant déjà eu besoin d'avoir recours à un **avis extérieur** étaient **plus objectifs** sur leur prise en charge initiale et ne la considéraient **pas** comme **optimale**, surtout lorsqu'ils étaient soignés par leurs proches :

E8 : « *Après je pense qu'on se soigne pas bien parce qu'il y a des choses, on passe à côté. Je pense notamment à la dépression où on est obligé, on est obligé de passer le relais à quelqu'un. Moi je pense, on peut pas s'en sortir tout seul et ça j'en suis persuadée. On a besoin de quelqu'un en face et que si on se sent pas à l'aise avec ses parents pour en parler, je pense qu'il faut aller voir un médecin, fin un vrai je dirais. Quelqu'un d'interlocuteur à qui... Soit quelqu'un de connu depuis l'enfance et c'est son médecin de famille soit quelqu'un « lambda » mais qui peut nous aider. Mais je pense qu'on peut pas s'en sortir pour tout. »*

2.2.2 Des patients difficiles, différents des non médecins

Certaines spécificités semblaient communes à l'interne malade :

- Il se considérait comme un « **mauvais patient** » (E4), plus exigeant et moins compliant :

E3 : « *Je pense que je le ferais mais je pense que ce serait très compliqué de trouver un généraliste qui veuille bien aussi me prendre en charge parce que ça peut être compliqué.* »

E4 : « *Oula, je serais un très mauvais malade. [...] Parce que je suis chiant déjà de base sur ça. Même si j'aurais quand même plus d'information qu'un « patient lambda » déjà de base. Et puis surtout, de la patiente parce que je peux vraiment être chiant.* »

E4 : « *Je serais un très mauvais malade à soigner parce que je voudrais tout savoir sur tout et je laisserai personne m'approcher.* »

- Un patient avec qui il **fallait être plus vigilant**, un patient **stigmatisé** :

E7 : « *La sage femme elle sait. Fin, ils savent au bout d'une ou deux consultations ce qu'on fait dans la vie donc ils le notent et ils le mettent en rouge dans leur dossier : « Attention elle sait de quoi on parle » et du coup voilà.* »

- Il montrait une **volonté de garder le contrôle** sur les décisions et prescriptions et une **difficulté** non dissimulée à **lâcher prise** :

E2 : « *Ça dépend aussi comment on sait qu'il fait son boulot. Après je pense que j'aurais toujours la main mise sur ma santé.* »

E5 : « *Je suis un peu du style à me dire... En fait, mon corps m'appartient et du coup j'aurais horreur que quelqu'un me donne un conseil sur comment gérer mon corps. Au*

même titre que quelqu'un me donne un conseil sur comment élever mes enfants quoi. »

- Son **raisonnement** était également **différent** :
 - Il réfléchissait souvent en tant que **médecin alors qu'il était patient** :

E11 : « *On sait que ce n'est pas grand-chose et puis qu'il n'y a pas besoin d'aller voir un médecin pour ça donc pas d'automédication. »*

Il avait un **regard critique** sur les pratiques de ses confrères :

E11 : « *Quand c'est des choses pas graves, on sait à peu près ce qu'il va mettre de toute façon. Il y en a certains qui se sentent forcés de mettre pleins de traitements symptomatiques qu'on ne juge pas forcément utile et nous on va se dire que c'est des choses qui passent toutes seules. Ouais, voilà, pas prendre des traitements pour rien parce qu'on connaît assez les effets secondaires et qu'on minimise les pathologies. »*

- Il avait déjà une **idée du diagnostic** avant de consulter :

E4 : « *Je saurais enfin j'espère, déjà décrypter un peu les symptômes, fin j'aurais déjà une idée de ce que j'ai avant de me faire soigner. »*

- Il avait tendance à **poser plus de questions** et parfois même à tester la **fiabilité** de son médecin :

E11 : « *Si on va voir quelqu'un c'est aussi pour avoir un avis extérieur donc ouais, on a besoin d'avoir des explications. Justement comme on connaît, on va se demander un peu plus pourquoi il a fait ça et pas plutôt ça. Donc avoir les arguments pour dire que c'est telle conduite à tenir et pas une autre. »*

E4 : « On sait les questions à poser, on sait les réponses auxquelles on a le droit donc je pense qu'on en sait beaucoup plus quand on est du métier qu'un « patient lambda ». »

E0 : « P'tet un peu pour le tester voir ce qu'il fait, si je peux avoir confiance en lui et qu'il soit lui-même en fait. »

- Le fait de **partager le même savoir** était également reconnu comme une **difficulté** dans la relation médecin-malade :

Il fallait maîtriser la pratique :

E9 : « Il était plus dans le technique quoi donc qu'il fallait être plus calé sur le sujet pour pouvoir répondre à ses questions. »

Mais aussi la théorie :

E2 : « Finalement, c'est pratique le patient qui connaît pas parce que on peut lui dire un peu ce qu'on veut. [rires] Tandis que le patient qui connaît tout enfin qui a une connaissance en face, il y a un conflit de compétence. Fin il faut vraiment savoir ce qu'on dit et savoir ce qu'on fait. »

Certains parlaient même d'affrontement des connaissances :

E0 : « On sait qu'on est un peu sur le même rapport de force. »

La consultation avait souvent pour objet un **second avis ou un conseil** :

E2 : « J'aurais plutôt l'impression de lui demander en tant qu'avis consultatif ou quand je ne sais pas. »

L'interne de médecine générale pensait avoir un **accès plus rapide aux soins** grâce à son réseau professionnel et personnel et aux **moyens techniques disponibles** :

E5 : « *Au final, si on a envie de se traiter, on peut le faire. On peut le faire tout seul. Enfin on a tous accès à des ordonnances, on connaît tous un copain qui est spécialiste, qui peut nous renseigner sur telle douleur, sur tel symptôme. On peut se prescrire des bios. On peut se faire n'importe quel examen. On peut aller dans un service et dire « faites-moi un ECG, je vais regarder ». »*

Il pouvait **sélectionner** son médecin **selon son niveau de compétence** :

E2 : « *Je demande souvent avis à quelqu'un qui est médecin de mon entourage qui me paraît compétent. »*

Cependant, certains internes précisait **ne pas utiliser leur réseau** pour avoir une consultation plus rapide :

E6 : « *Après j'ai des suivis que ce soit ophtalmo, gynéco habituels en prenant des rendez-vous habituels comme quand je n'étais pas soignante. »*

Si cette facilité d'accès pouvait renforcer la qualité de la prise en charge, le risque était le **manque de rigueur** :

E1 : « *Après ça dépend leurs rapports. Fin je sais qu'il y en a, je pense à une copine, elle a juste à l'appeler, il fait l'ordonnance si c'est juste pour des semelles ou ce genre de choses. Elle n'est pas obligée d'aller le voir. »*

Avec parfois des **consultations « couloirs »** sans **examen clinique** :

E5 : « *Après c'est toujours la même chose, si je vais voir un copain en lui disant : « Tu me prescrites de l'Augmentin », il ne va même pas m'examiner, il va me dire : « Tiens, voilà l'ordonnance.».* »

E2 : « *Ça joue beaucoup aussi je pense par le petit conseil à droite à gauche, par l'informel, un conseil à un co-interne, à un chef ...* »

- La **prise en charge** de sa santé était souvent **négligée, repoussée** à plus tard :

E10 : « *Des fois, je pense qu'on fait trainer les choses en se disant : « Voilà, je ne vais pas chez le médecin donc je ne m'en occupe pas de trop quoi». Tout est fait, potentiellement fait, en superficiel, en palliant au problème sans trop se poser de questions jusqu'à temps que ça n'aille plus quoi.* »

E5 : « *Des fois je vais trainer une bronchite pendant une semaine, deux semaines, je suis sûr que ce serait légitime de prendre des antibiotiques. [...] Je suis un peu anti médicament en plus. Si je me réveille, que j'ai mal à la tête, ça va passer quoi. Donc je ne me soigne pas vraiment.* »

La santé n'était **pas considérée comme une priorité** :

E2 : « *Je pense qu'il y a beaucoup de gens qui se posent la question mais qu'au final on laisse un peu les choses... Je pense qu'au final tout le monde trouverait ça bien d'être suivi un peu plus mais tout le monde fait un peu comme ça vient.* »

Le peu de facteur de risque décourageait à aller au bout des procédures :

E2 : « *J'ai pas déclaré parce que c'est un choix personnel mais je me suis vraiment posé la question et euh je me suis dit que je le faisais pas cette fois ci car je considérais que le risque était assez faible. Et que j'avais pas de risque de l'attraper. »*

Même les **symptômes** inquiétants étaient **minimisés** :

E11 : « *Je sais que si c'était un patient que j'aurai vu extérieurement, surtout avec un trauma crânien, tu te dis que c'est quand même un argument suffisant pour dire qu'il faut qu'il fasse un bilan cardiaque à minima et ben voilà, moi je ne l'ai jamais fait. Je me dis qu'il faudrait mais maintenant c'est ridicule d'y aller un an après quoi.»*

- Le **droit de prescription** le rendait également différent des autres patients :

E4 : « *On dépend pas des autres, c'est-à-dire que s'il veut pas mettre d'antibiotique et que nous on veut des antibiotiques ben on se les met.»*

E0 : « *Ben parce qu'on a des droits et parce que forcément c'est quand même un, fin c'est pas que c'est la puissance mais... Ouais, si, c'est quand même un pouvoir de pouvoir se [silence], se soigner, se prescrire soi-même des médicaments »*

E0 : « *Et parfois la vie fait que ben tu choisies la facilité et que comme euh tu sais que toi t'as le droit de prescrire et que t'as pas forcément le temps ben tu vas pas forcément consulter. »*

- L'impression irrationnelle de **toute puissance et d'invincibilité** était cultivée par ses maîtres. Il avait d'ailleurs le sentiment d'être considéré comme un super héros :

E5 : « *Et quand on est médecin, je pense qu'on se prend un peu pour superman, parce que nos études nous veulent ça. Je trouve, on est très élitiste. Les profs, les machins : « Vous êtes les meilleurs, peu importe qui est malade, vous devez le soigner, machin. Vous devez faire tout ce qui dans votre pouvoir ». Et du coup, je pense que quand on est médecin, on a tendance à se prendre pour superman. Ben je veux dire, moi le premier, je me dis que je ne tombe jamais malade. On a tendance à se prendre pour superman et c'est ça qui fait que on se soigne pas, qu'on fait ça un peu négligemment. »*

L'idée du **médecin-malade** était difficile à faire admettre dans les services, le **travail** restant la **priorité** :

E10 : « *En vrai non. Mais je crois qu'on a un peu cette image-là de « Il va se passer quelque chose de dramatique si jamais tu ne vas pas travailler. ».* »

Les internes pensaient que certains comportements dépendaient de la **personnalité** de chacun :

Il y avait selon eux les internes « non-chalants » (E5) qui se prenaient en charge en faisant le minimum nécessaire :

E5 : « *Il y a celui qui va être un peu comme moi, qui va s'en foutre, c'est-à-dire, qui va dire : « Je fais vraiment le truc basique, le vaccin. Si je, j'ai un problème de vue je vais chez l'ophtalmo, voilà ». [...] Je pense qu'il y a ceux qui sont comme ça, c'est-à-dire voilà je fais le minimum... »*

E5 : « Comme je t'ai dit, je ne suis pas du style à m'inquiéter pour ma santé, à me dire « Ah punaise, je pourrais avoir un décollement de rétine parce que mon œil est voilè ». Je fais, en fait, je ne fais que dans le fonctionnel. C'est-à-dire que si je sens que ma vue a baissé, je vais chez l'ophtalmo mais je n'y vais pas en me disant « Peut-être que ça va arriver. »

E4 : « J'avoue que je suis plutôt du style à attendre vraiment, vraiment beaucoup, avant de prendre quelque chose. »

Mais aussi, les internes « extrémistes dans le soins » (E5), anxieux, qui prenaient le risque d'en faire trop :

E5 : « Et après, je pense qu'il y a l'opposé. C'est-à-dire je pense qu'il y a ceux qui vont s'inquiéter pour un rien, qui vont se dire : « Olalala j'ai vu un grain de beauté, il faut que j'aille chez le dermato. Olala, j'ai mal à la tête, je prends tout de suite un doliprane. J'ai, ça fait trois jours que je tousse, je vais tout de suite me prescrire des antibiotiques. »

E10 : « Moi quand je voyage, je fais ma trousse de secours, remplie de plein de trucs qui me paraissent indispensables, mais je pense qu'ils ne le sont pas forcément mais je prévois à peu près toutes les situations imaginables. C'est à peine si je prends un kit de suture. »

2.3 Se soigner seul ou consulter autrui ?

2.3.1 Représentations du médecin traitant

S'ils déclaraient avoir un médecin traitant, peu y avaient recours.

D'ailleurs l'accessibilité était limitée pour certains car leur médecin traitant était à la retraite ou dans une autre région.

E10 : « Il a arrêté parce qu'il était malade. C'est celui quand j'étais plus jeune chez mes parents, du coup ce n'était pas pratique d'y aller. Du coup ça fait longtemps que je n'y suis plus allée. Je n'y allais quasiment plus puis bon il n'exerce plus donc bon bah problème réglé quoi. »

E9 : « Oui j'en ai un mais qui est toujours à A. donc j'ai pas changé de médecin depuis que j'ai déménagé. »

Les internes de médecine générale consultaient leur médecin traitant, lorsqu'ils en avaient un, **en cas de besoin**. Le médecin traitant était alors considéré comme un « **médecin-médicament** » :

E8 : « J'y vais quand j'ai quelque chose à demander. »

- Pour **respecter le parcours de soins** :

E1 : « Si j'ai besoin d'un suivi, je crois que j'irais de moi-même, si ça marche, voir le pneumologue mais si il faut absolument une lettre du médecin traitant ben j'irais voir le médecin. Mais si je peux j'essayerai d'aller sans passer par le médecin forcément. »

- Par **principe de précaution** :

E5 : « Ben, euh, on est jamais à l'abri d'une connerie, d'un accident de voiture, de ski. Voilà je cours beaucoup, je me dis que voilà je ne suis pas à l'abri, voilà de me faire un truc au genou, au machin qui pourrait m'obliger à me faire opérer. Voilà c'est plus par précaution. »

- Pour avoir un **avis extérieur** :

E11 : « Si on va voir quelqu'un c'est aussi pour avoir un avis extérieur. »

- Pour **discuter d'un traitement** ou avoir une **écoute** :

E1 : « Ben une écoute, p'tet un traitement que moi-même je voudrais pas prendre d'emblée ou p'tet que là il me dirait ben si, là t'es à tel point que il faut prendre un traitement ou il faut qu'on en rediscute. Il serait plus à même à ce moment-là de m'être utile. »

2.3.2 Représentation de la maladie et de leur santé

Certains pensaient que la prise en charge de leur santé était avant tout une **responsabilité propre, un choix**:

E2 : « On sait comment ça marche. Donc quelqu'un qui a envie de se prendre en charge correctement ben c'est plus facile que pour n'importe qui. Par contre quelqu'un qui laisse aller sa santé c'est aussi un choix personnel. »

E3 : « Après voilà, c'est aussi chacun sa responsabilité qui est importante. »

E7 : « Soit la personne est malade, elle sait se gérer, elle veut se gérer et donc elle se gère soit elle consulte. »

- Ils considérait avoir les **moyens nécessaires à disposition** pour se soigner :

E5 : « Je pense que ceux qui n'ont pas envie de se soigner ou qui ne se soignent pas, c'est juste qu'ils n'en ont pas envie. Parce que la possibilité, on l'a. »

- Ils se sentaient **plus concernés** par leurs propres problèmes :

E2 : « On se sent peut-être plus concerné quand ça nous touche nous que quand ça touche quelqu'un d'autre enfin que c'est quelqu'un d'autre qui s'occupe de nous. »

Cependant, ils avaient souvent besoin d'un soutien extérieur en cas de problème grave, leur **jugement** pouvant être **faussé par la maladie** :

E1 : « Je pense que si j'avais une maladie grave par exemple un cancer, je pense pas pouvoir être capable de prendre la responsabilité de dire ben oui là je vais me faire opérer. Là, je vais faire de la chimio. Je pense que j'aimerais bien en parler avec un autre professionnel pour avoir un avis extérieur et pas avoir la responsabilité de moi-même. »

E0 : « Parce que j'étais pas du tout objective et que j'étais dans un état ou je pouvais pas m'occuper de moi-même donc là je pense que ça nécessite de faire appel à un médecin. »

Lorsque cela concernait leurs **proches**, certains préféraient garder une **distance** ne s'estimant pas capable d'assumer la responsabilité de soignant :

Ils préféraient garder leur insouciance :

E1 : « Fin, je sais pas, j'ai pas envie de rentrer dans une optique plus soignant, je préfère garder mon rôle d'enfant avec mes parents, mon recul par rapport à leur santé pis j'ai ptet pas envie de savoir tout ce qui se passe. »

Leur plus grande peur était l'erreur diagnostique :

E9 : « *Imaginons qu'elle ait quelque chose de grave et que je passe à côté, je ne me le pardonnerai jamais. »*

Même s'ils se considéraient en bonne santé et se prenaient souvent en charge eux-mêmes, les internes reconnaissaient certains **dysfonctionnements** et avaient une **vision plutôt critique** de leur prise en charge :

E5 : « *Un mot pour la fin ? Ben, euh je pense que c'est toujours ce truc de c'est les cordonniers les plus mal chaussés au final. »*

E10 : « *D'avoir cette, vraiment cette barrière entre ce qu'on conseille de faire aux gens et ce qu'on est carrément incapable de faire pour nous ou nos semblables. »*

Ils montraient des difficultés à mettre en application pour eux-mêmes ce qu'ils demandaient aux patients et éprouvaient de la culpabilité vis-à-vis de l'automédication :

E4 : « *Je m'auto soigne comme je peux. Et bien, j'ai un paquet de prescriptions à la maison que j'utilise quand j'en ai besoin. Je suis très rarement malade, je touche du bois. Mais quand j'ai besoin de quoi que ce soit, je m'automédique. C'est pas bien. »*

Ils alertaient sur le **manque d'objectivité** face à leur propre santé :

E8 : « *Non. On n'applique pas bien la prévention c'est clair. On ferme aussi un peu les yeux. Je pense que c'est parce qu'on ne voit pas notre situation telle qu'elle est. »*

Et sur les **risques de banalisation de l'auto prescription** :

E10 : « *Au final, j'ai p'tet des addictions et je ne m'en suis pas rendu compte. [rires] Ben non, mais je ne sais pas. Je suis sûre qu'il y en a qui doivent prendre des somnifères ou des anxiolytiques, des trucs alors qu'en fait tu ne percutes même plus à force. Justement, tu te les prescrites toi-même, tu ne fais pas gaffe. »*

E2 : « *Je pense qu'il faut bien insister sur le fait qu'il faut faire attention à l'automédication, sur bien faire un suivi régulier, qu'on est à risque d'être mal suivi et je pense que c'est prouvé dans certaines études qu'on se soigne mal et qu'il faut faire attention à ça. »*

2.3.3 Origine de ces représentations

Les représentations étaient fonctions :

- Des expériences en tant que soignant :

E11 : « *Ben, parce qu'on voit beaucoup de gens qui viennent pour rien je trouve. Ouais, c'était aux urgences donc, enfin que ce soit aux urgences ou chez le médecin généraliste, la plupart des gens n'ont quand même pas quelque chose de grave. Et du coup, on se dit en tant que médecin j'ai un peu l'air bête de venir voir un médecin en disant c'est super grave, j'ai un problème cardiaque alors que je fais juste une hypotension orthostatique. »*

- De la formation et surtout des stages :

E5 : « *Et ça ça vient de nos stages, de nos études où on passe notre temps à soigner des, enfin à s'occuper de gens qui entre guillemets n'ont rien, n'ont rien de grave. [...] Parfois on voit le pire des malades. Des fois, on est en droit de s'inquiéter pour rien et vouloir se traiter dès que le moindre truc apparaît. »*

- Des échanges entre internes et autres confrères :

E2 : « On a déjà eu ce genre de discussion en cabinet, au cours des études ou avec des copains, savoir qui est prêt à suivre sa santé tout seul et qui préfère être suivi par quelqu'un d'autre. »

- Des histoires entendues :

E1 : « Ah si puis j'ai l'expérience d'un de mes « prats » qui me disait qu'il partait en vacances avec son ordonnancier et le premier jour il disait : « Allez, venez avec vos demandes maintenant et après on en parle plus. » . »

- Des expériences familiales :

E1 : « Je suis la seule en médecine dans la famille, la mienne et celle de mon mari. Donc quand ils ont une question médicale, c'est à moi qu'on la pose et euh je pense aux grands parents de mon mari qui me parlent d'un problème de prostate. Clairement j'ai pas envie à un repas de famille de parler de ça. »

E3 : « Mais moi mes parents m'ont soigné et il y a jamais eu de problème et j'en ai été très contente. »

2.3.4 Choix de se soigner seul

Plusieurs internes ont choisi de se soigner seuls car :

- Ils n'avaient pas de **besoin**

E6 : « Ben vu que je prescris, oui, c'est un gain de temps. J'ai jamais de gros soucis de santé donc j'ai pas besoin de pousser. »

- Ils n'étaient pas malades

E7 : « *Après j'ai l'impression que la plupart soit ils ont une maladie chronique et c'est tout soit ils sont pas forcément malades et ils ont pas besoin d'une prise en charge particulière. »*

- Ils avaient les **connaissances** nécessaires pour se prendre en charge :

E11 : « *Les avantages, c'est que l'on gagne du temps quoi. Ouais parce qu'on connaît, et qu'on n'a pas envie de perdre son temps entre guillemets d'aller chez le médecin. Quand c'est des choses pas graves, on sait à peu près ce qu'il va mettre de toute façon. »*

E0 : « *Et après, je pense qu'on a aussi fait de longues études donc on est quand même euh [silence], à même de pouvoir se soigner soi. »*

- Ils ne prenaient pas le **temps** :

E9 : « *Il y a peut-être des internes qui ont plus de mal à consulter que la population générale, parce que tu manques de temps. »*

- Ils avaient le **droit de prescrire pour eux-mêmes** :

E5 : « *On a tous accès à des ordonnances [...] On peut se prescrire des bios. On peut se faire n'importe quel examen. »*

E1 : « *On a l'outil sous la main, on est capable de le faire et on a le droit de le faire, parce qu'on a le droit de prescrire donc c'est facile. »*

- Ils se sentaient capables de **se soigner eux-mêmes** :

E0 : « *Ils pensaient savoir évaluer leur état de santé et la conduite à tenir : « On est médecin donc on sait un peu ce qu'il faut prendre. [...] Je pense que je sais, savoir quand j'en ai besoin. »*

Ils se soignaient seuls pour :

- Des **problèmes bénins** ou qu'ils jugeaient simples :

E7 : « *C'est vrai qu'il y a pas besoin d'aller voir un médecin pour le traitement d'une infection quelconque. »*

- Pour des **renouvellements** :

E2 : « *La plupart des choses soit c'est des prescriptions que je renouvelle, qui avaient déjà été instaurées par quelqu'un. »*

Mais ils reconnaissaient qu'ils ne pouvaient pas tout faire seul, qu'il y avait une limite à leurs champs de compétences.

E9 : « *J'avais remarqué que finalement même quand on était médecin, parce que je crois qu'il était généraliste ben on pouvait pas tout gérer soi-même. Il faut quand même fin avoir recours à d'autres, fin à des confrères spécialistes quoi. »*

2.3.5 Choix de consulter autrui

D'autres disaient consulter leur médecin traitant par **conviction** :

E7 : « *Alors on est médecin d'accord mais c'est pas à nous de nous prendre en charge, surtout si après il y a des problèmes plus grave, faut bien qu'on ait quelqu'un qui nous*

suive et qui gère. »

E7 : *« Parce que je suis d'avis que on se soigne pas nous correctement, que notre famille pareil. Je trouve qu'on doit pas être le médecin traitant de notre conjoint ou notre famille. On n'a pas le regard extérieur, on est pas neutre et que c'est à lui de nous suivre. »*

Ils consultaient pour des motifs variés :

- Des **pathologies plus graves**, plus complexes, des pathologies chroniques :

E10 : *« Des trucs assez complexes que je ne sais pas faire quoi, qui dépassent mes compétences. »*

E8 : *« Je régule un peu moi-même. »*

E0 : *« Pathologie chronique, je pense qu'il faut avoir son médecin. [...] On va pas être des bons patients si on le fait soi-même fin... »*

- Pour des **problèmes psychologiques** :

E1 : *« J'irai pas, fin je me verrai pas aller voir le psychiatre ou le psychologue d'emblée, je pense que j'en parlerai d'abord à quelqu'un d'extérieur de ce genre de choses. »*

E0 : *« Médecin pour parler, surtout pour parler. Je pense qu'en plus on a une profession ou parfois ça peut ne pas aller. »*

- Pour bénéficier d'un **avis plus expérimenté** :

E9 : *« Si j'ai envie d'un avis externe parce que c'est toujours utile puis surtout que bon c'est quand même quelqu'un qui aura plus d'expérience que moi forcément. »*

- Pour un meilleur remboursement grâce au **respect du parcours de soin** :

E1 : « Ben du coup je suis pas remboursée à hauteur de 65% mais à 30% car je suis pas passée par mon MT, donc sur les 140 euros d'orthoptie ça fait un peu beaucoup quand même. Donc maintenant pour ce genre de choses, je retournerai voir mon médecin généraliste. »

- A titre consultatif, **informatif** :

E2 : « Fin c'est toujours mon médecin traitant déclaré et du coup quand j'ai un problème de santé euh je lui en parle. Elle est au courant et si jamais il y a besoin de faire des examens ou de consulter, je lui parle, fin ça se fait de manière informelle mais je parle de mes résultats. »

Ils s'adressaient alors en priorité à **quelqu'un de connu** :

- Avec qui ils **avaient travaillé** :

E5 : « En fait là, j'ai pris un de mes 3 médecins traitants du stage chez le « prat ». »

- Le **médecin de leur enfance** :

E1 : « Depuis que je suis toute petite, je reste toujours dans la même ville donc j'ai pas changé de médecin traitant. »

- Souvent un **médecin de leur famille** généraliste ou spécialiste d'organe :

E11 : « Puis moi, en plus, mes parents sont médecins. Donc, c'est pour ça que même ado, il y a vraiment qu'enfant que mes parents m'emmenaient chez le pédiatre et après je

n'allais plus chez le médecin. »

E3 : *« Après moi c'est un peu particulier comme j'en ai plein dans la famille de médecins bon ben du coup je me soigne comme ça. »*

E0 : *« Après j'ai pas vraiment de médecin traitant. Comme mon père il est chirurgien c'est plus lui qui me soigne quand ça va vraiment pas bien. »*

- Un ami ou un **confrère** :

E2 : *« Franchement, là maintenant, si je devais dire je pense que je choisirai un collègue ou un copain. »*

Parmi ceux qui avaient pour médecin traitant quelqu'un de leur famille proche, certains semblaient ne pas vouloir réitérer leur choix.

E2 : *« Je ne choisirai pas quelqu'un de trop proche de la famille car ça biaise un peu. »*

La cause était le plus souvent la **proximité affective**.

E2 : *« Prendre quelqu'un de sa famille comme médecin traitant c'est pas sûr que ce soit le plus malin car il y a le côté affectif qui rentre en compte. Après ça dépend aussi si on a confiance ou pas en la personne. »*

Si le fait d'avoir un médecin traitant dans sa famille, comme le fait de se soigner seul, étaient pratiques courantes chez les internes de médecine générale, les principaux intéressés étaient plutôt **ambivalents** voir critiques vis-à-vis de cette prise en charge.

E9 : *« Oui je pense qu'il y a une différence. Je pense que oui. Après pas forcément moins bien. Mais euh oui, tu vas plus, tu vas peut-être plus, tu vas avoir plus envie de le faire toi-même peut être. De la même façon que tu vas pas être, tu vas pas te comporter de la*

même façon pour soigner quelqu'un que tu connais. Tu vas pas non plus le faire de la même façon pour toi-même... Mais après, est ce que c'est bien ou mal je sais pas... »

E3 : *« Comme en médecine on est beaucoup à avoir un parent médecin aussi ou dans la famille, c'est comme ça. C'est pas optimal mais je pense pas qu'il y en ait beaucoup qui aillent voir un spécialiste ou un autre généraliste. »*

E11 : *« Alors p'tet qu'on arrive plus à juger les autres extérieurement parce qu'on voit les erreurs entre guillemets qu'ils font. Mais, ouais, je pense que ça pourrait être quand même bien d'aller aussi s'en remettre à quelqu'un d'autre et consulter pas forcément pour des rhinos et tout. »*

Certains évoquaient les avantages à se faire soigner par un proche : sa **disponibilité**, la connaissance de l'individu et **le lien de confiance** qui les liait déjà.

E3 : *« Ben l'avantage c'est qu'ils nous connaissent. Ils savent comment on est quand on est bien, quand on est pas bien. Euh l'avantage, il est aussi pratico pratique : il y a pas besoin de prendre rendez-vous. »*

Mais, parallèlement, ils en reconnaissaient les freins : le **manque d'objectivité** face à la maladie, le **risque de minimiser** les symptômes ou au contraire d'être **trop alarmiste**.

E3 : *« Après le désavantage, ben je pense que ça peut être compliqué pour le soignant d'être objectif et il peut être plus inquiet et pousser plus les examens ou au contraire se dire c'est bon c'est rien et passer à côté de quelque chose. »*

Le **choix de soigner leurs proches** était également source d'interrogations :

E9 : *« Après je sais pas si c'est spécialement une bonne chose parce que bon je pense que c'est aussi pas mal de séparer que ce soit du côté soignant ou du côté soigné, je pense que c'est bien d'avoir une limite. Moi par exemple, j'aimerais pas, je tiens à ce que*

ma compagne ait un autre médecin que moi. »

E3 : « *Ma raison me dit qu'il faudrait avoir un autre médecin qui les suive. »*

2.4 Attentes de la relation Médecin-Malade

La **confiance** était au centre de la relation :

E2 : « *Je pense que ça sera un peu comme ça ou un collègue en qui j'ai vraiment confiance. »*

Les attentes de la relation Médecin-Malade étaient nombreuses mais 2 grands critères de qualité ressortaient :

- L'aspect **relationnel** avec :
 - **L'écoute et l'empathie :**

E4 : « *Il doit déjà savoir écouter. »*

E2 : « *Empathique, compréhensif, fin dans le sens compréhensif, c'est se mettre à la place du patient pour pouvoir le prendre en charge tel que, euh, vraiment les besoins que le patient récent. »*

- **Les explications :**

E1 : « *Non, fin on parle normalement en fait, pas trop scientifique, j'aime bien qu'il me réexplique les choses simplement, comme au patient. »*

- **La personnalité**, le caractère qui facilitaient l'échange :

E8 : « *La gentillesse, le basique. [...] Non, avoir un bon contact, le feeling. »*

- **La communication :**

E7 : « *Savoir dialoguer et être à l'écoute. »*

- **Le respect :**

E3 : « *Sympa, fin faut quelqu'un de correcte, fin c'est vrai que d'avoir quelqu'un de compétent mais qui est pas, qui est malpoli, qui est froid c'est pas agréable et sûr de lui, je pense que c'est important. »*

E8 : « *Après la politesse. »*

- **Le temps consacré à la consultation :**

E11 : « *Savoir prendre son temps, être précis, savoir temporer quand il faut. »*

- **Les connaissances :**
 - Théoriques et pratiques :

E3 : « *Je pense premièrement quelqu'un qui ait des compétences médicales et qui ait un savoir, faut vraiment qu'il soit compétent, ça c'est important. Qu'il sache bien à quoi il a à faire. »*

- Le suivi des recommandations actuelles pour une **prescription raisonnée** :

E10 : « *Savoir se remettre en question surtout, parce que ce n'est pas parce qu'on a appris des choses théoriques, il y a souvent des choses qui ressortent, savoir se remettre*

à jour, se remettre à la page, se remettre en question. »

- La participation à la **formation continue**, la mise à jour régulière des connaissances :

E2 : « Ensuite, il doit être compétent dans le sens culture médicale. Il doit avoir une culture médicale complète et surtout il doit essayer de la maintenir à jour. »

Le relationnel primait souvent sur les connaissances :

E8 : « De l'écoute, du professionnalisme, de l'empathie, euh des connaissances théoriques, voilà. »

Ensuite, ils attendaient de leur médecin une **bonne disponibilité** :

E2 : « Je choisirai ouais quelqu'un de proche géographiquement parce que sinon trop compliqué. »

Certains souhaitaient avant tout être considérés **comme des « patients lambda »** :

E5 : « C'est-à-dire le fait que l'interne ou le médecin généraliste ne soit pas considéré comme tel. C'est-à-dire soit vraiment considéré comme patient. »

Ils attendaient d'être **soignés comme eux** :

E5 : « J'aimerais qu'il ne me considère pas comme, au final, un étudiant ou comme un futur médecin. [...] J'aimerais pouvoir discuter avec lui, comme un patient mais pas comme un confrère. »

E3 : « En gros, c'est les mêmes compétences que pour les patients qu'on souhaite. »

Ils souhaitaient être orientés dans leur prise de décision :

E1 : « *J'aime bien être prise en charge comme un « patient lambda », qu'on m'explique et qu'on me guide un petit peu. »*

La notion de **neutralité** ressortait d'ailleurs souvent :

E7 : « *Si c'était pour me soigner moi, ben je pense globalement les mêmes qualités. Qu'il soit neutre que ce soit moi, une personne âgée ou un enfant, qu'il nous prenne en charge de la même manière, avec la même envie et le même intérêt on va dire. »*

Enfin, la tradition du **non-paiement de la consultation** entre confrères pouvait être à l'origine d'un malaise, certains préférant alors garder l'**anonymat**.

E1 : « *C'est vrai que j'ai un peu du mal, si on me pose pas la question : « Qu'est-ce que vous faites dans la vie ? », j'ai un peu de mal à dire d'emblée « Euh ben je suis en médecine ». Parce que je sais que souvent les spécialistes entre médecins on ne se fait pas payer la consultation ou autre. J'ai un peu du mal à l'avancer sur le tapis pour dire ben je paye pas en fait. »*

2.5 Propositions d'amélioration

Alors que certains, se sentant bien pris en charge, avaient des **difficultés à trouver des solutions** :

E7 : « *Donc je n'arrive pas vraiment à m'imaginer comment on pourrait améliorer les choses. »*

D'autres étaient au contraire en demande d'amélioration et jugeaient positivement toute démarche allant dans ce sens :

E8 : « *J'ai vu passer le questionnaire, j'ai répondu d'ailleurs.* »

Du conseil de l'ordre ?

Oui. [...] Il était bien fait ce questionnaire. »

Les principales propositions étaient :

- Des actions sur les **conditions de travail** :

E7 : « *Ça évolue et que en tout cas on travaille enfin, on essaye de travailler dans de meilleures conditions mais c'est pas encore ça je pense. »*

E2 : « *Le fait d'avoir un travail moins prenant faciliterait la prise en charge. »*

- Une **action sur la formation** :

E1 : « *Ben je pense que ça serait top qu'on en parle, un vrai temps dédié à ça à la fac, la formation quoi. »*

- Sous forme de **séminaires** avec des **témoignages** de médecins généralistes et sur la base du volontariat :

E9 : « *On a les séminaires où on peut verbaliser tout ça. »*

E1 : « *Il y a quand même pas mal de médecins généralistes à la fac. C'est quand, fin ça serait quand même top qu'ils parlent de leur propre santé aussi. Bon après, c'est ptet gênant, ils ont ptet pas envie d'en parler en face de, puis dire leurs expériences à tout le monde mais ça serait quand même sympa qu'on puisse échanger. »*

- En intégrant la problématique dans les **objectifs de stages ambulatoires** :

E1 : « *C'est vrai que ça pourrait être super bien un temps dédié à ça pendant les objectifs de SASPAS.* »

- En **formant mieux les maitres de stage** à l'enseignement et au repérage des situations à risque puis en développant un système d'évaluation des seniors :

E9 : « *Ce serait l'idéal d'avoir que des gens, partout où tu vas dans les CH, qui comprennent le système de formation de l'interne et qui sont pédagogues.* »

- En créant un **cours théorique** sur les différents risques auxquels on pourrait avoir à faire et les solutions envisageables :

E1 : « *Un temps, un cours dédié à ça pratico pratique, sécu, mutuelle, arrêt de travail.* »

E2 : « *Il faut un cours de sensibilisation qui informe sur les risques et les éventuelles ressources avec des endroits où on peut aller « glaner » des informations précises en fonction de notre parcours.* »

- Des **structures d'aide et de soutien psychologique** avec des psychologues formés à la problématique de l'interne :

E3 : « *Ensuite l'entretien psychologique, je pense que c'est vraiment important.* »

- Une **action de santé publique** avec des campagnes de prévention :

E2 : « *Et euh par contre d'avoir des messages dans les hôpitaux, je trouve ça pas mal, ça existe déjà pas que pour les internes mais je sais plus, il y en a un qui est très bien, attends j'essaye de le retrouver : « Mon travail c'est la santé, ma santé j'y travaille. » Et ben tu vois, je l'ai remarqué. »*

- Designner un **interlocuteur privilégié** pour chaque étudiant :

E9 : « *Ben en tout cas, dans notre fac, apparemment les gens qui ont besoin, fin qui sont vraiment mal et qui ont besoin d'aide, ils trouvent quand même des interlocuteurs. On a le système de tutorat. »*

- **Obliger à se faire suivre** par un autre médecin ou **interdire l'auto prescription** étaient évoqués mais plutôt controversés et estimés comme difficiles à mettre en place :

E5 : « *Ou alors, ce serait d'interdire aux internes et aux médecins de pouvoir se prescrire des trucs eux-mêmes. Ça obligerait d'aller voir quelqu'un d'autre. [...] Mais c'est un travail que tout le monde doit faire. Ce n'est pas un truc que l'on peut dicter quoi. »*

- Réaliser un **bilan de santé périodique, obligatoire**, remplaçant la médecine du travail au centre de la prise en charge :

E10 : « *Ben je pense qu'il faudrait que l'on ait une consultation obligatoire une fois par an. »*

Avec des objectifs de :

- **Prévention globale :**

E11 : « Ouais, prévention par exemple, les addictions, hygiène de vie, le sommeil, etc... »

- **Sensibilisation aux risques** de l'automédication :

E3 : « Euh, je pense qu'il faut bien insister sur le fait qu'il faut faire attention à l'automédication, sur bien faire un suivi régulier, qu'on est à risque d'être mal suivi et je pense que c'est prouvé dans certaines études qu'on se soigne mal et qu'il faut faire attention à ça. Donc je pense que plus on sensibilise mieux c'est. »

- **Dépistage des troubles psychologiques :**

E11 : « Ouais, surtout ça en fait, le dépistage des troubles anxieux, troubles dépressifs. Il y a une étude qui est sortie il n'y a pas longtemps c'est très, très présent, même les idées suicidaires. »

E3 : « Alors un truc, c'est bête mais sur le plan psychologique, je pense que ça pourrait être bien que les internes ils aient un entretien annuel ou tous les 6 mois notamment parce que ça peut être dur. Parce qu'il y en a qui craquent un peu pendant l'internat et aussi pour dépister les pathologies psy chez les internes et c'est pas des choses rares. »

DISCUSSION

1. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE

Forces de l'étude

- Originalité du travail de recherche

Si les travaux de recherche quantitative se multiplient (CNOM, INSAR-IMG) sur la santé des internes de médecine générale, peu d'études qualitatives sur le sujet ont été retrouvées.

- La méthode qualitative

La méthode qualitative a permis aux internes de médecine générale de s'exprimer librement et de mettre en avant leurs idées. Grâce à la technique des entretiens semi-dirigés, cette étude a également été enrichissante pour les internes en les amenant à une remise en question de leurs propres pratiques.

- Critères de validité interne

La validité interne, qui consiste à vérifier si les données recueillies représentent la réalité, a été assurée par la retranscription intégrale mot à mot, la rétroaction possible des interrogés sur les entretiens et la triangulation des chercheurs pour le codage et l'analyse des données.

Le canevas d'entretien a évolué au fil des entretiens. En effet, suite aux premiers entretiens, nous avons remarqué que les sujets interrogés avaient plus de facilité à se livrer sur la relation soignant-soigné en s'imaginant soignant de soignant. La question n°3 a donc été ajoutée pour amorcer la discussion et permettre d'enrichir les données.

Le thème de la santé plus globale et les interrogations sur la couverture sociale sont ressortis uniquement après E1, le canevas a donc été élargi afin de développer ces nouveaux thèmes.

- Critères de validité externe

L'échantillonnage était raisonné avec des profils variés.

La saturation des données a été obtenue au bout de 10 entretiens et confirmée par 2 nouveaux entretiens sans émergence de nouvelles idées.

Les résultats ont été confrontés aux données de la littérature.

Limites de l'étude

- Biais d'influence

L'investigatrice étant elle-même médecin et connaissance des personnes interrogées, les réponses de celles-ci ont donc pu être nuancées, de peur d'être jugées par rapport à leur pratique. Au contraire, cela a pu en aider certaines à se confier plus facilement sur leur ressenti.

- Biais d'interprétation

Le classement des différents verbatims en thèmes et sous thèmes était fonction du jugement de l'investigateur. Ce biais a été limité par la triangulation des chercheurs pour le codage et l'analyse des données.

- Biais d'investigation

Il s'agissait pour l'enquêteur de sa première participation à une étude qualitative. Les questions étaient ouvertes mais les questions de relance ont pu orienter la conversation.

2. ANALYSE DES RESULTATS

2.1. Pratiques des internes vis-à-vis de leur santé

Le médecin traitant est un médecin généraliste ou spécialiste que chaque assuré doit choisir dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés, institué par la loi de réforme de l'Assurance-Maladie de 2004. (36)

Selon L'article 162-5-3 du code de la sécurité sociale, tout médecin inscrit au conseil de l'ordre, qu'il soit généraliste ou spécialiste, qu'il soit médecin libéral, médecin hospitalier, médecin urgentiste ou médecin salarié d'un centre de santé, peut être médecin traitant pour les autres ou pour lui-même. (37)

Les internes interrogés se soignaient souvent eux-mêmes. En effet, les étudiants reconnaissaient consulter peu leur médecin traitant et très rarement la médecine du travail comme le montrait déjà l'enquête du CNOM début 2017. (8)

D'ailleurs, si on analyse la littérature, cette prise en charge autogérée, tôt dès l'acquisition du pouvoir de prescription a été également mise en évidence dans plusieurs autres études. (18-22-38)

Certains des internes ayant répondu à cette étude avaient aussi souvent recours à l'automédication et l'autoprescription.

En 1998, une enquête publiée dans le JAMA révélait déjà que 52% des résidents (équivalent des internes en France) avaient recours à l'autoprescription médicamenteuse. (39)

En 2003, G. Levasseur dans son étude auprès des médecins bretons, montrait que le recours à l'automédication et à l'autoprescription d'examens complémentaires était presque systématique, en particulier chez les généralistes. (40)

En juillet 2011, Oxford journal publiait une revue de littérature étrangère concernant l'automédication des médecins et des étudiants en médecine. (41) Dans la majorité des études l'automédication concernait plus de la moitié d'entre eux et elle était en rapport

avec un faible taux de déclaration du médecin traitant.

Parallèlement, en Norvège, une étude prospective réalisée auprès d'internes devenus docteurs retrouvait, comme facteur de risque prédictif d'automédication ultérieure, l'autoprescription et l'absence de recours à un médecin généraliste durant l'internat. (42) A travers les résultats de cette étude, en comparaison à la littérature, on constate donc que dès le début de leur activité professionnelle, les internes ont des comportements semblables à ceux de leurs aînés. Les comportements de soins des médecins semblent même encrés dans la culture médicale. (43-44)

La prise en charge auto-administrée des internes, à l'instar de leurs aînés, était favorisée selon eux par des pathologies le plus souvent bénignes, qu'ils estimaient pouvoir prendre en charge du fait de leurs connaissances et par une absence d'obstacles matériels à leur autogestion (disposant d'ordonnance et d'un accès plus rapide aux soins via leur réseau professionnel et parfois familial). (45).

L'impression globale de gravité ressentie était un élément déterminant de soins dans ce travail. L'interne s'automédiquait le plus souvent pour les situations qu'il jugeait en dessous d'un seuil de gravité. Non seulement ce seuil était subjectif mais il était aussi probablement plus élevé que chez le « patient lambda » du fait de ses connaissances médicales. Cela a d'ailleurs déjà pu être observé chez les médecins généralistes. (46) Cette connaissance des pathologies peut contribuer à en sous-estimer la gravité mais aussi à favoriser la négligence.

Les internes devaient parfois avoir recours à un médecin extérieur, notamment dans le cadre de problèmes gynécologiques. Lorsque les internes se décidaient à consulter, ils s'adressent plus volontiers aux spécialistes qu'aux généralistes. Or, à l'image des données de la littérature, ils avaient recours majoritairement à un réseau de spécialistes connus et même à des proches. (47-48)

Aux Etats-Unis, une étude appelée « Medical students as patients » révélait en 1996 que

22% des résidents se faisaient soigner par un autre résident ou un médecin hospitalier et que 34% d'entre eux demandaient une prescription à leurs collègues. (41)

Dans ce contexte, on peut s'interroger sur la neutralité de ce genre de consultations mais aussi sur leurs conditions de réalisation en pratique.

En effet, les internes décrivaient alors des consultations peu formalisées, « entre 2 portes », ne répondant pas aux recommandations de bonne pratique de l'article 71 du code de déontologie pour la réalisation d'un examen clinique.

Le problème de ces « consultations couloirs » avec le risque d'erreur diagnostique et de prise en charge délétère avait déjà été évoqué chez leurs aînés hospitaliers comme libéraux au niveau national mais également à l'étranger. (42-43-50) Celles-ci seraient d'ailleurs favorisées par le fait d'avoir un médecin dans sa famille. (51)

Face à ces constats, c'est le décalage entre la banalisation des pratiques d'autoprescription, d'automédication et le danger qu'elles représentent pour la santé du médecin qui interpelle. A cela, il faut ajouter les répercussions négatives possibles sur la qualité des soins dispensés aux patients déjà reconnues dans d'autres recherches. (41)

Les internes semblaient cependant en avoir conscience puisqu'ils justifiaient souvent leur démarche en se comparant aux autres internes ou aux exemples de médecins généralistes dans leur entourage afin de minimiser leur gêne. Certains alertaient même sur les dangers de leurs propres pratiques.

2.2. Ressenti par rapport à leur santé

Si les internes interrogés se sentaient globalement en bonne santé, paradoxalement, ils ne semblaient pas satisfaits de leur prise en charge.

Les résultats de cette étude corroborent une nouvelle fois les études qualitatives réalisées auprès de médecins généralistes ou spécialistes. (43-50)

Au moment d'analyser leur santé, les internes ne considéraient pas leur prise en charge

comme optimale mais pourtant ils se soignaient souvent seuls. C'est donc qu'ils estimaient être de mauvais médecins pour eux-mêmes.

Par exemple pour la prévention, les internes reconnaissaient être plus sensibilisés par leur formation pourtant ils éprouvaient des difficultés à prévenir tous les risques.

Dans la thèse de D.Hemar et V.Reille sur la santé des internes de médecine générale du Nord-Pas-De-Calais, en comparaison à la population générale, les internes se soignaient mieux en terme de prévention.(9)

Dans sa thèse « Attitude du médecin généraliste vis-à-vis de la prise en charge de sa santé » Julie Chapusot-Filipozzi évoquait une piste afin d'expliquer cette double vision contradictoire :

« Un médecin peut, comme tout patient, avoir tendance à remettre à plus tard certains examens désagréables. Or s'il s'analyse avec le regard du médecin, la situation peut ne pas le satisfaire puisqu'il possède un savoir, et il paraîtrait logique qu'il le mette à son profit. » C'est certainement cette ambivalence entre le statut de médecin et de patient qui pousse l'interne à percevoir sa santé comme moins bonne.

Les internes interrogés exprimaient une inquiétude quant à leur état psychologique, le plus souvent de manière implicite au travers d'exemples touchant à leurs co-internes. Ils montraient des difficultés à concilier objectifs personnels et professionnels. La lourde charge de travail était évoquée comme principale cause de ces difficultés. Si quelques-uns avouaient des antécédents de dépression ou de Burn out, aucun n'avait mentionné d'addiction.

Selon l'enquête nationale réalisée en juin 2017 sur la santé mentale des étudiants en médecine et jeunes médecins, 66% souffriraient d'anxiété et environ 30% de dépression.
(8)

Des facteurs protecteurs de vulnérabilité ont été identifiés comme la visite chez le médecin du travail datant de moins d'un an, le fait d'avoir les ressources matérielles suffisantes et

le fait de bénéficier d'un temps d'échange dédié aux étudiants et à leurs interrogations.

A l'inverse, des facteurs de risque comme le manque de soutien des supérieurs hiérarchiques, l'insuffisance d'encadrement et la fatigue ont été reconnus. (11)

A l'étranger, le constat est le même. Plus d'un quart des étudiants en médecine sont déprimés selon une méta analyse de 50 études internationales portant sur plus de 17000 internes. (52-53)

On sait également que les premières causes d'invalidité du médecin en exercice sont les troubles psychiatriques. (55) Or, comme l'indique le sociologue Wallace dans une revue de littérature scientifique, le bien être des médecins est aussi un marqueur de bonne santé des patients. (55)

En juin 2017, l'HAS publiait des recommandations sur le repérage et la prise en charge clinique du SEP et dédiait un paragraphe aux soignants reconnus historiquement comme à risque selon elle. (56)

A qui ont recours les internes qui se soignent eux même ? Est-ce à cause de cela qu'ils estiment avoir autant besoin d'écoute ?

Dans cette étude, il a été mis en évidence un malaise vis-à-vis de la prise en charge sociale. Si l'on prend l'exemple de la maternité, les femmes médecins salariées, dont les internes, bénéficient d'un congé maternité payé d'au moins 16 semaines. Les femmes médecins exerçant en libéral sont moins bien loties malgré l'amélioration constante des prestations et l'on constate fréquemment une poursuite de l'activité professionnelle au-delà de la 36^{ème} semaine d'aménorrhée. Un arrêt de travail au cours de la grossesse est prescrit à 22% des femmes généralistes, contre 67% des femmes dans la population générale (57). Cette inégalité de couverture pousse les internes de médecine générale ayant pour projet un remplacement avant installation (statut le plus précaire en cas de grossesse) à programmer leur grossesse pendant l'internat afin de bénéficier des

avantages du salariat. A la pression de cette « fenêtre d'opportunité » se surajoute le manque de connaissances sur les droits et devoir de protection sociale majorant ainsi le stress des internes de médecine générale.

Proposer une couverture universelle à l'ensemble des soignants et un congés maternité équivalent à tout type de médecin ainsi que former les jeunes médecins l'organisation de sa protection sociale et sa prévoyance très tôt dans la formation limiterait le malaise et le sentiment de solitude exprimé.

Depuis quelques temps, les jeunes médecins expriment leur volonté de ne pas ressembler à leurs aînés, souhaitant préserver leur qualité de vie. Cependant, cette étude montre qu'ils parviennent difficilement à faire autrement, probablement du fait des normes sociales et culturelles selon lesquelles le médecin ne se plaint pas puisque l'important c'est le patient. (58)

2.3. Attentes et difficultés

Selon Voltaire : « Il n'y a rien de plus ridicule qu'un médecin qui ne meurt pas de vieillesse... » Cette citation illustre bien que depuis des siècles, la maladie du médecin est considérée comme honteuse et presque contre nature. (59)

A travers cette étude, le statut particulier du médecin en formation qu'est l'interne est bien souligné. S'il aspire à être pris en charge comme un « patient lambda », il exprime sans culpabilité avoir des passe-droits et les accepte sans difficulté. Ils améliorent même selon certains internes leur prise en charge. Cependant, le statut de l'interne n'est pas toujours un avantage. La honte de ne pas savoir gérer soi-même sa santé, la peur d'être jugé par les confrères sont autant de questions que le « patient lambda » ne se pose pas.

L'ambivalence entre la volonté de rester décideur de sa prise en charge et le profond besoin d'être soutenu et guidé dans la conduite à tenir avait déjà été mis en évidence dans d'autres études. (60-61) Dans cette étude, cette ambiguïté a pu être

soulignée par le fait que lorsque les internes étaient interrogés en tant que patient, certains répondaient en se positionnant comme médecins. Le risque, au moment de la consultation, est alors que la relation de soin s'articule plus autour de la décision scientifique et le partage de savoir entre deux confrères laissant ainsi peu de place pour l'échange relationnel.

Les internes avaient évoqué l'idée d'être protégé par la maladie grâce à leur pouvoir médical. Ce sentiment d'invincibilité était selon eux inculqué au cours de leur cursus. Venant compléter la formation officielle universitaire, certaines normes façonnant le « bon médecin » sont enseignées de manière implicite au cours de la formation. L'ensemble de ces commandements évidents aux yeux des étudiants et de leurs enseignants sont décrits dans la littérature comme le « cursus caché » ou « Hidden Curriculum ». Selon le Professeur E. Galam, médecin généraliste et coordonnateur de l'Association Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux, c'est le parcours implicite qui convertit un profane en médecin. Il est fondé sur des règles dont on ne parle pas selon lesquelles le médecin doit être excellent, ne laissant pas de place pour le doute, les émotions, l'erreur médicale, la maladie, la fragilité et aussi la demande d'aide. (62) Devenir médecin est un parcours difficile tant par sa confrontation à l'intimité, la souffrance et la mort des individus que par sa charge de travail. Il paraît essentiel de sensibiliser les médecins en formation à prendre conscience de la fragilité qu'ils partagent avec tous les patients, à leur besoin d'être soigné si nécessaire et à leur droit de demander de l'aide.

2.4. Perspectives et propositions

Au regard des thèmes mis en évidence dans cette étude, des pistes de recherche ont pu être envisagées. Ces propositions ont d'ailleurs été spontanément évoquées par les internes interrogés.

Suite à la mise en demeure de la France en juin 2013 par l'Europe pour le non-respect du temps de travail des internes, une réforme est née du décret n°2015-225 du 26 février 2015. Celle-ci modifiait ainsi les obligations de service de l'interne passant de 11 à 10 demi-journées effectives (dont 2 deux demi-journées hors stage) ne devant pas dépasser 48h sur une période de 7 jours.

Or, dans les résultats de cette étude, les internes souhaitaient une action plus importante sur leur temps de travail.

Cette insatisfaction est probablement en lien avec l'insuffisance de respect des réglementations en vigueur actuellement au sein des services hospitaliers.

En effet, dans la thèse de Claire Schreck qui évaluait la santé des internes rennais, 53% des étudiants interrogés décrivaient travailler plus de 48h par semaine et 24% plus de 60h par semaine (ces chiffres ne reprenant pas forcément les gardes et astreintes puisque non précisées dans le questionnaire). (18)

Cependant, l'amélioration des conditions de travail est le « principal déterminant de la qualité de l'exercice professionnel et de la formation de l'interne. Il conditionne la prévention des RPS de ces mêmes internes et la qualité de la prise en charge des patients ». (63) C'est ce que soulignait déjà l'ancienne ministre de la santé Marisol Touraine dans la circulaire du 10 septembre 2011 relative au rappel des dispositions réglementaires sur le temps de travail des internes dans les établissements de santé. Il apparaît donc indispensable de faire respecter la loi en tout lieu pour garantir un meilleur accès aux soins et donc une meilleure santé de l'interne.

Les résultats de cette étude ont mis en évidence les interrogations des internes sur leur couverture sociale. Mutuelle, prévoyance, responsabilité civile professionnelle (RCP)... Ces termes étaient souvent confondus et les internes ne semblaient pas savoir précisément à quoi ils correspondaient. Ils exprimaient d'ailleurs le souhait de la création d'un enseignement en fin d'internat afin d'être mieux formés sur les risques lorsqu'ils

deviendraient remplaçants. Une formation comme celle-ci existe déjà sous forme de soirées à thèmes dispensées par l'Association des Internes de Médecine Générale (AIMGL) en lien avec le Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants (ReAGJIR) mais est réservée à ses adhérents. (64-65) La piste d'un enseignement abordant ces problématiques à la faculté pourrait être une solution à envisager.

Dans la maquette actuelle du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale, la réalisation de deux stages ambulatoires est obligatoire. Les objectifs de ces stages sont définis. Au niveau régional, l'interne a pour objectif de savoir « gérer l'outil professionnel ». Cela signifie : connaître la gestion administrative, financière, humaine et structurelle de l'entreprise médicale. Or, les internes souhaitent le développement d'une réflexion sur la protection sociale indispensable au cours de ces stages.

Un travail de redéfinition des objectifs d'apprentissage ambulatoire et de sensibilisation des Maîtres de Stage Universitaires (MSU) pourrait être réalisé afin de répondre aux questionnements des internes.

Parmi les souhaits des internes, un partage avec leurs aînés sur des situations propres à leur santé a été mentionné. Le développement de séminaires ayant pour objectif un retour d'expérience et une analyse des pratiques pourrait alors être envisagé.

Cet échange d'expériences pourrait être proposé sous forme de groupes Balint.

Depuis les années 50, la méthode de Michael Balint permet à un petit groupe de jeunes médecins et de praticiens plus expérimentés de partager leur vécu et les difficultés rencontrées dans la relation Médecin-Malade afin de mieux les comprendre et les surmonter. (66) Les sociétés Balint sont très répandues dans le monde et la participation à des groupes Balint est d'ailleurs obligatoire pour tous les étudiants en médecine depuis 7 ans à l'université Paris-Diderot. (67) Cet échange permet une approche plus humaine de la pratique médicale mais aussi une prise de conscience de ses émotions, une action sur

le savoir être et la mise à disposition de solutions pratiques d'aide à la relation Médecin-Malade. (68) Ce genre de groupe de travail semble être une vraie solution à apporter pour améliorer les comportements de soins et modifier les représentations des internes sur la prise en charge de leur propre santé. Ils sont d'ailleurs très appréciés des étudiants. (69)

Les internes interrogés aspiraient à être mieux accompagnés en stage notamment par leurs seniors. Ce manque de compagnonnage est également ressorti dans l'étude du CNOM en collaboration avec les syndicats d'étudiants en 2017 (8)

Or, on sait que ce défaut d'encadrement et de soutien est corrélé à un taux d'épuisement émotionnel pathologique. (70)

Au-delà d'une meilleure formation des maitres de stage aux objectifs d'apprentissage pratiques théoriques, c'est aussi leur formation au dépistage et à la prévention des risques psycho-sociaux chez les internes qui doit être développée. En effet, ce sont eux qui côtoient le plus souvent les étudiants. Mieux sensibiliser les internes, dédramatiser des situations à risque, les inciter à consulter ou même à verbaliser leurs ressentis pourrait faire partie de leurs rôles ou de ceux des tuteurs. (11)

D'ailleurs, la participation de ces acteurs à des formation comme celles du Diplôme Inter-Universitaire (DIU) « soignant-soigné » crée il y a quelques années par le Professeur E.Galam à l'université Paris Diderot en partenariat avec l'université Toulouse-Rangueil pourrait être proposée. Ce DIU ouvert à tous les soignants a pour objectif non seulement d'aider ceux-ci à veiller sur leur santé mais également de les aider à soigner au mieux leurs confrères.

Selon un rapport de la DREES publié en 2012 « les contraintes édictées aux étudiants et aux jeunes médecins n'ont jamais été aussi fortes. L'explosion de la connaissance médicale de ces cinquante dernières années, la révolution du numérique, la réflexion sur l'accompagnement de la fin de vie, l'affirmation des droits du malade [...] ont transformé la relation du médecin au citoyen et l'exercice médical. » (71)

Bien conscients de ces nouveaux besoins, le ministère des Affaires Sociales et de la Santé présentait en décembre 2016 une stratégie nationale pour l'amélioration de la qualité de vie au travail nommée « Prendre soin de ceux qui nous soignent ». (72) Cette stratégie ayant pour objectifs principaux l'amélioration des conditions d'exercice et la prévention des RPS et de la souffrance au travail.

Dans cette optique, la commission Santé des médecins anesthésistes réanimateurs au travail du Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs (CFAR) a lancé une campagne de sensibilisation auprès de tous les professionnels de santé hospitaliers ou libéraux exerçant en France. (73)

Partant du constat que 80 % des médecins n'ont pas de médecin traitant personnel, la campagne « Dis doc t'as ton doc ? » a vu le jour afin d'inciter les médecins à choisir volontairement un médecin traitant. Tout cela dans le but de réduire l'autodiagnostic et l'automédication mais aussi valoriser la place du médecin généraliste pour le suivi médical.

Cette action en lien avec 31 partenaires dont le Collège des Médecins Généralistes Enseignants et les syndicats d'internes a pour enjeu de faire évoluer le modèle culturel des médecins avec une échéance à 2027 où 100% de suivis extérieurs sont espérés. 12 visuels ont été créés afin de répondre à la diversité des soignants ciblés et sont encore personnalisables. Un de ces visuels, dédié aux internes, pourrait être affiché dans les salles de cours.

Les internes interrogés proposaient également la réalisation d'un examen de santé périodique avec des objectifs de prévention globale et de dépistage des troubles psychologiques et organiques. Dans la thèse de Claire Schreck, comme dans notre étude, les internes se plaignaient d'une insuffisance de suivi. Pourtant ils consultaient peu la médecine du travail et s'en désintéressaient totalement.

L'examen de santé périodique évoqué précédemment est cependant tout à fait réalisable

par la médecine du travail. Il convient donc de mieux sensibiliser les internes aux bénéfiques de ces consultations, de les inciter à répondre à leur convocation mais également d'aménager des plages horaires comme cela a déjà pu être évoqué dans différentes facilitant ainsi l'accès aux étudiants. (8-39)

Dans certaines facultés comme à Amiens ou Clermont-Ferrand, il existe des services de santé universitaires (SSU) qui regroupent médecins, psychologues, diététiciens, parfois même sophrologues disponibles sur rendez-vous pour répondre aux problématiques des étudiants. Ces structures comme également le Service Inter Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la santé (SIUMPPS) à Lille répondent également à des besoins plus larges comme l'accompagnement dans les démarches administratives auprès de la Caisse d'Allocations Familiales ou des mutuelles et parfois même proposent une aide financière aux étudiants en difficulté. (74)

La possibilité d'accès à ces structures est visiblement mal connue des internes puisque beaucoup parlent de cette mesure comme si elle n'était pas déjà mise en place.

Pourtant, si ces services proposent principalement un examen obligatoire lors de la première année de médecine, la consultation reste ensuite possible jusqu'à la fin du cursus étudiant.

Il reste cependant encore à faciliter la demande d'aide en élargissant les plages horaires de consultations qui sont rarement disponibles après 17h et qui sont donc difficilement accessibles après une journée de stage.

La pratique de l'autoprescription et de l'automédication est identifiée très tôt dans les études, dès l'externat en France (75-76) comme à l'étranger (41-42-77)

Manque d'objectivité, erreur ou retard diagnostic, négligence de prise en charge, mésusage des médicaments sont des risques connus de l'autoprescription. (21-22-78)

Les internes interrogés en ont d'ailleurs bien conscience puisqu'ils sont en demande de limitation d'autoprescription voir d'interdiction pour certains.

Ces dispositifs sont déjà mis en place à l'étranger comme au Québec où l'auto prescription est limitée. Elle semble cependant difficile à mettre en application. (79) En Australie, dans l'Etat de Victoria, l'autoprescription est interdite (81-82) mais son efficacité sur la santé des médecins n'a pas été prouvée. (80-82-83)

Au Canada, une autre étude a montré que les médecins qui avaient un médecin traitant extérieur étaient plus enclins à rechercher l'aide d'un confrère en cas de problème de santé. Il serait donc probablement plus bénéfique d'inciter à un recours extérieur en cas de problème dès le début des études avant même que les étudiants en médecine aient accès à l'autoprescription. (79-84)

CONCLUSION

Si les internes de médecine générale ont un ressenti global de bonne santé, ils reconnaissent pourtant volontiers un dysfonctionnement dans leur prise en charge qui est d'ailleurs le plus souvent autogérée.

En effet, ils négligent souvent leur suivi et pratiquent tôt l'autoprescription et l'automédication.

L'ensemble des résultats obtenus dans cette étude montrent que la santé de l'interne dépend à la fois de lui-même, des autres et du système, impliquant des enjeux organisationnels, culturels mais aussi psychologiques.

Un travail de sensibilisation et de prévention aux risques de l'autogestion de sa santé au plus tôt dès le début des études médicales avec une incitation précoce au suivi extérieur semble la première solution à apporter.

Faciliter la demande d'aide ainsi que diffuser une information claire et répétée pour faire connaître les dispositifs déjà en place sont des points importants à développer.

Mais, bien au-delà, c'est une évolution des croyances et mentalités au sein de la profession qu'il est indispensable de faire progresser.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Arrêté du 28 octobre 2009 sur la Première Année Commune aux Etudes de la Santé
2. Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales paru dans le JO du 23 avril 2013
3. Ernst M. Le syndrome de burnout des internes en médecine générale à la Faculté de Médecine de Strasbourg : prévalence et analyse d'entretiens.[Thèse d'exercice]. Strasbourg, France : Université de Strasbourg; 2009.
4. Maslach C, Leiter MP, Légeron P. Burn-out : le syndrome d'épuisement professionnel. 2011.
5. Freudenberger HJ. L'épuisement professionnel : la brûlure interne. Boucherville, France : Gaëtan Morin; 1987
6. Barbarin B. Syndrome d'épuisement professionnel chez les internes en médecine générale. Exercer. 2012(101):72-78. Barbarin B.
7. Guinaud M. Évaluation du burn out chez les internes de médecine générale et étude des facteurs associés [Thèse d'exercice]. Paris, France: Université Paris-Est Créteil Val de Marne; 2006.
8. Mourgues JM, Le Breton G. Rapport CNOM : Santé et jeunes médecins-2016. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/sante_et_jeunes_medecins.pdf
9. Hemar D, Reille V, Pelzer J, Université du droit et de la santé (Lille). Etat de santé des médecins généralistes du département du Nord en 2011. [S.l.]: [s.n.]; 2012.
10. Elga M, Bernard-Catinat M, Bouquier J. L'aptitude à l'exercice médical et la santé du médecin; 2000
11. Risques psychosociaux des internes et chefs de clinique et assistants. Guide de prévention, repérage et prise en charge -Direction générale de l'offre de soins (DGOS). Mars 2017. <http://social-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/qualite-de-vie-au-travail/article/prevention-reperage-et-prise-en-charge-des-risques-psychosociaux>
12. Nouger F. Les médecins généralistes et leur santé, ou «Docteur, comment prenez-vous en charge votre santé ?» Thèse Médecine:Poitiers; 2004.
13. APSS [Internet]. Disponible sur: <http://www.apss-sante.fr/>
14. Soigner les soignants : spécificités et ressources - Faculté UFR de médecine Paris 7 diderot [Internet]. [cité 29 novembre 2017]. Disponible sur: <http://www.medecine.univ-paris-diderot.fr/index.php/formation-continue/du-di/details-des-du-et-diu/item/485-soigner-les-soignants-sp%C3%A9cificit%C3%A9s-et-ressources>
15. Graveleau S. 66% des futurs et jeunes médecins souffriraient d'anxiété. Le Monde [En ligne].13 JUIN 2017 [cité le 11 janvier 2018].Disponible sur : <http://www.lemonde.fr/>
16. De Coustin P. L'état de santé inquiétant des étudiants en médecine. Le figaro [En ligne].28 juin 2016 [cité le 11 janvier 2018].Disponible sur : <http://www.etudiant.lefigaro.fr/>
17. ISNCCA ; INSI :ANEMF ; ISNAR-IMG. Enquête santé mentale des internes. Conférence de presse [En ligne].13 juin 2017 [cité le 11 janvier 2018].Disponible sur : <http://www.isncca.org/Actualite/207/20170613%20Presentation%20Conf%20de%20presse%20ESMJM.pdf>

18. Schreck C. Comment les internes de Rennes prennent-ils en charge leur santé sur le plan préventif, physique et psychique. Thèse soutenue à l'Université de Rennes en février 2013.
19. Puddester D, Flynn L, Cohen JJ, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. CanMEDS physician health guide: a practical handbook for physician health and wellbeing. Ottawa, Ont.: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2009.
20. PAMQ [Internet]. Disponible sur: <http://www.pamq.org/>
21. Oxtoby K. Doctors's self prescribing. *BMJ Careers* 10 Jan 2012.
22. Tanguy F. Auto prescription médicamenteuse chez les médecins [Thèse d'exercice]. Rennes, France: Université Rennes 1; 2017.
23. BMA [Internet]. Disponible sur: http://www.bma.org.uk/doctors_health/index.jsp
24. Health for Health Professionals [Internet]. Disponible sur: <http://www.h4hp.co.uk/>
25. Goldman ML, Shah RN, Bernstein CA. Depression and suicide among physician trainees: recommendations for a national response. *JAMA Psychiatry*. 2015;72:411-412.
26. Pope, C; Mays, N. "Qualitative Research: Reaching the Parts Orther Methods Cannot Reach: An Introduction to Qualitative Methods in Health and Health Services Research.," *BJM* ; 311/42-5 1995.
27. Mercier A, Aubin-Auger I; Peronnet M. Recherche qualitative (GROUM.F). Collège National des Généralistes Enseignants. 2012.
28. Letrillart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un Glossaire d'initiation à la recherche. Deuxième Partie. *Exercer*. 2009;20(88):106-12.
29. Savoie-Zajc L. L'entrevue semi-dirigée. *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données*. Québec: PUQ; 2009. p. 337-60.
30. Moreau A, Dedianne MC, Letrillart L, Le Goazlou MF, Labarère J, Terra JL. S'approprier la méthode du focus group. *Rev Prat -Médecine Générale*. 2004;18(645):382-4.
31. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes. L'entretien. 2e ed. Paris: Armand Colin; 2007.
32. Andreani JC, Cochon F. Méthode d'analyse et d'interprétation des études qualitatives: état de l'art en marketing [Internet]. 2005 [consulté le 15 sept 2013]. Disponible sur http://www.escpeap.net/conferences/marketing/2005_cp/Materiali/Paper/Fr/ANDREANI_C ONCHON.pdf
33. Bares F, Caumont D. Les études qualitatives face aux normes de la recherche: le cas des entretiens. Université Nancy 2, cahier n°2004-02; 2004. 44.
34. Bardin L. L'analyse de contenu. 1ère éd. Paris: PUF; 2007.
35. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 1 déc 2007;19(6):349-57.
36. Ameli.fr - Le médecin traitant [Internet]. [cité 10 Janv 2018]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/gerer-votre-activite/lemedecin-traitant/le-medecin-traitant-et-les-patients.php>.
37. Code de la sécurité sociale - Article L162-5-3. Code de la sécurité sociale.
38. Labeille G. Etude de l'autoprescription médicamenteuse chez les médecins généralistes de Rhône-Alpes [Thèse d'exercice, Médecine Générale]. Lyon:Université

Claude Bernard; 2013.

39. Christie JD, Rosen IM, Bellini LM et al. Prescription drug use and self-prescription among resident physicians. *JAMA* 1998; 280:1253–55.

40. Levasseur G. Les médecins bretons et leur santé. Rapport d'étude de l'URMLB. Juillet 2003.

41. Montgomery AJ, Bradley C, Rochfort A, Panagopoulou E. A review of self- medication in physicians and medical students. *Occupational Medicine Advance Access* published July 4, 2011.

42. Hem E, Stokke G, Tyssen R, Grønvold NT, Vaglum P, Ekeberg Ø. Self-prescribing among young Norwegian doctors: a nine-year follow-up study of a nationwide sample. *BMC Med.* 2005;3:16.

43. Brunie B. Le médecin-patient et sa santé : quelles différences perçoit-il entre sa prise en charge et celle de ses patients [Thèse d'exercice]. Tours, France; 2013.

44. Leriche B, Biancourt M, Bouet P, Carton M, Cressard P, Faroudja J, et al. Le médecin malade. Rapport de la Commission nationale permanente [Internet]. Conseil national de l'Ordre des Médecins; 2008

45. Joseph JP, Bertrand D, Demeaux JL. Le généraliste et son médecin traitant : critères de choix et représentations. *Exercer* 2011 ; 95 (supp1) : 20S-1S.

46. Fromme E.K., Hebert R.S., Carrese J.A.. Self-doctoring: a qualitative study of physicians with cancer. *J Fam Pract.* avr 2004;53(4):299-306.

47. Rédaction d'impact médecine. Comment les docteurs se soignent ? *Impact médecine* ; 29 mars 2003 : 26-33.

48. Rosvold EO, Bjertness E. Illness behaviour among Norwegian physicians. *Scand J public Health*, 2002; 30(2): 125-132.

49. Roberts LW, Hardee JT, Franchini G, Stidely CA, Siegler M. Medical students as patients: a pilot study of their healthcare needs, practices and concerns. *Acad Med* 1996; 71:1225– 1232.

50. Abou Kais R. Comment les médecins spécialistes du CHRU de Lille se prennent en charge lorsqu'ils sont eux-mêmes confrontés à un problème de santé ? [Thèse d'exercice, Médecine Générale]. Lille ; Université Lille 2; 2015.

51. Hooper C., Meakin R., Jones M.. Where students go when they are ill: how medical students access health care. *Med Educ.* juin 2005;39(6):588-593.

52. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, et al. [Prevalence of Depression](#) and Depressive Symptoms Among Resident Physicians. *JAMA.* 2015;314(22):2373-2383. doi:10.1001/jama.2015.15845.

53. Schwenk TL. [Resident Depression The Tip of a Graduate](#) Medical Education Iceberg. *JAMA.* 2015;314(22):2357-2358. doi:10.1001/jama.2015.15408.

54. Bouteiller M, Cordonnier Chiron D. Contraintes à l'origine de la souffrance des internes en médecine. [Thèse d'exercice, Médecine Générale]. Grenoble:Université Joseph Fourier; 2013.

55. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet.* 14 nov 2009;374(9702):1714-21.

56. HAS. Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. Fiche mémo. 2017.

57. Moula H, Madelenat P. Morbidité des femmes médecins pendant et au décours de leur grossesse. Enquête menée auprès de 88 femmes généralistes et spécialistes en exercice libéral dans le Val-d'Oise. *Revue du Praticien* 1999 ; 478 : 1895-8.
58. Galam E. Soigner les médecins malades Première partie : un patient (pas tout à fait) comme les autres. *Médecine*. 2013;9(9):420-3.
59. Thibault M. Le médecin malade. L'Encyclopédie de l'Agora. <http://agora.qc.ca/>, dernière consultation le 13/02/2018.
60. Forsythe M, Calnan M, Wall B. Doctors as patients: postal survey examining consultants and general practitioners adherence to guidelines. *BMJ* 1999; 319: 605-8.
61. Clarke J, O'Sullivan Y, Maguire N. A study of self-care among Irish doctors. *Ir Med J* 1998; 91(5): 175-176.
62. Galam Eric. Devenir médecin : éclairer le hidden curriculum. L'exemple de l'erreur médicale. *La Presse Médicale*. Vol 43 : pp 358-362. Avril 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2013.06.031>
63. Ministère de la santé. Circulaire du 10 septembre 2012 relative au rappel des dispositions réglementaires sur le temps de travail des internes dans les établissements de santé. Disponible sur : http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/09/cir_35825.pdf
64. AIMGL, Association des Internes de Médecine Générale. Soirée fiscalité. [En ligne] www.aimgl.com/ Consulté le 02 Janvier 2018.
65. ReAGJIR, Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants. Les guides ReAGJIR. [En ligne] <https://www.reagjir.fr/> Consulté le 2 Janvier 2018.
66. Balint M (1960) *Le médecin, son malade et la maladie*, Paris, Payot, 1978.
67. Groupes Balint. Faculté de Strasbourg. Disponible sur: <http://med.unistra.fr/>
68. Balint M, Balint E, Gosling R, Hildebrand P (1966) *Le médecin en formation*. Paris. Payot, 1979.
69. Gourrin E. Apports d'une initiation au groupe Balint dans la formation à la relation médecin-patient des étudiants en SASPAS en DES de Médecine Générale. [Thèse d'exercice]. Bordeaux, France : Université de Bordeaux II; 2014.
70. Feraudet L. Burn out des internes du CHU de Bordeaux ou le mérule psychologique des internes [Thèse d'exercice]. Bordeaux, France : Université de Bordeaux II; 2009.
71. Santé, égalité, solidarité : Des propositions pour humaniser la santé, Dreux Cl., Mattei J.-F., Ed. Springer, 2012)
72. Ministère de la Santé et des Solidarités. Marisol Touraine lance une stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail de l'ensemble des professionnels de santé. Prendre soin de ceux qui nous soignent. 05/12/2016
73. Collège Français des Anesthésistes-Réanimateurs. Dis Doc, t'as ton Doc ? Disponible sur <http://cfar.org/didoc/>.
74. UPJV. [En ligne]. Amiens: Université Paris Jules Verne; 2018. Service de Santé Universitaire; 2018; [cité le 11 janvier 2018]. Disponible sur : <https://etudiants.u-picardie.fr/sante/>
75. De Villelongue C. Les pratiques d'automédication chez les internes en Médecine générale d'île de France en 2008-2009 [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris 5; 2010.

76. Prud'homme A, Richard A. Pourquoi les internes en médecine de France métropolitaine pratiquent l'automédication et l'autoprescription ? [Thèse d'exercice, Médecine Générale]. Grenoble:Université Joseph Fourier; 2013.
77. Van der Veer T, Frings-Dresen MHW, Sluiter JK. Health behaviors, care needs and attitudes towards self-prescription: a cross-sectional survey among Dutch medical students. PLoS ONE. 2011;6(11).
78. Oxtoby K. Doctors's self prescribing. BMJ Careers 10 Jan 2012.
79. College of physicians and surgeons of Ontario. Physician treatment of self, family members, or others close to them. Statement policy 2-16; 2001. Disponible sur https://www.cpso.on.ca/uploadedFiles/policies/policies/policyitems/treating_self.pdf
80. Rosvold EO, Tyssen R. Should physicians' self-prescribing be restricted by law? The Lancet. 16 avr 2005;365(9468):1372-4.
81. Del Mar CB, Mitchell G, Kay M, others. Does legislation reduce harm to doctors who prescribe for themselves? Aust Fam Physician. 2005;34(1-2):94.
82. Richer S. Should family physicians treat themselves or not?: No. Can Fam Physician. août 2009;55(8):781-782.
83. Kay M, Del Mar CB, Mitchell G. Does legislation reduce harm to doctors who prescribe for themselves? Aust Fam Physician. févr 2005;34(1-2):94-96.
84. Campbell S, Delva D. Physician do not heal thyself. Survey of personal health practices among medical residents. Can Fam Physician 2003;49:1121-7.

ANNEXES

Annexe 1 : Canevas d'entretien

- Quelles sont pour vous les qualités que doit avoir un soignant ?

- Et si c'était pour vous soigner vous ?

- Pouvez-vous me raconter votre dernière expérience en tant que soignant d'un médecin ?

- Comment faites-vous pour vous soigner ?
 - Quand a eu lieu votre dernière consultation et dans quel cadre ?
 - Si médecin traitant déclaré, pourquoi avez-vous choisi d'en avoir un ?

- Comment pensez-vous que les autres internes se soignent ?

- Et la prévention dans tout ça ? que faites-vous ? Qu'en pensez-vous ?

- Comment vous sentez vous actuellement ?

- Quid de la couverture sociale ?

- Qu'est ce qui selon vous pourrait améliorer la prise en charge de la santé des internes et des médecins généralistes ?

- Avez-vous d'autres choses à rajouter ?

Annexe 2 : Feuille d'information pour la participation à l'étude

Dans le cadre *de la thèse* que je dois réaliser au cours de mes études je réalise un travail de recherche médicale non interventionnelle intitulée :

Ressenti et pratique des internes de médecine générale oncernant la prise en charge de leur propre santé

Pour mener à bien cette recherche, j'ai besoin de recueillir des données par le biais d'entretiens et c'est la raison pour laquelle je vous ai contacté.

Pour participer à ce travail, il est important que vous sachiez :

- Que votre participation n'est pas obligatoire et se fait sur la base du volontariat
- Que vous bénéficiez si vous le souhaitez d'un délai de réflexion
- Que vous avez le droit de vous retirer de l'étude à tout moment si vous le souhaitez
- Que vous avez le droit de refuser de répondre à certaines questions
- Que les données recueillies seront traitées de manière confidentielle et anonyme
- Qu'à tout moment vous pouvez avoir accès aux données vous concernant
- Que je me tiens à votre disposition pour répondre à vos questions concernant les objectifs du travail une fois le recueil des données effectuées
- Que les éventuels enregistrements seront détruits dès la fin des travaux
- Que ce travail a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL

Cette recherche est réalisée dans le respect des règles de bonnes pratiques cliniques et de la législation nationale en vigueur. Les données de santé vous concernant feront l'objet d'un traitement informatique destiné à l'évaluation scientifique de la recherche. Elles seront transmises dans des conditions garantissant leur confidentialité, c'est-à-dire de manière **anonymisée**. En vertu des articles 39, 40 et 56 de la loi n° 78-17 du 06 Janvier 1978 modifiée par la loi 2004-801 du 06 août 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pourrez exercer vos différents droits dont celui d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition concernant la levée du secret médical auprès du médecin qui vous propose de participer à la recherche. Par ailleurs, conformément à l'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique, les données de santé vous concernant peuvent vous être communiquées par le médecin de la recherche et pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé, à d'autres entités de cet organisme, responsable de l'étude.

Fait à Le.....

(Document remis à la personne interrogée)

Annexe 3 : Consentement de participation à l'étude médicale

Je soussigné(e), Monsieur ou madame

Prénom..... Nom.....

Certifie avoir reçu et compris toutes les informations relatives à ma participation et avoir eu un délai de réflexion avant de consentir à participer à l'étude médicale qui s'intéresse aux représentations des internes de médecine générale face à la prise en charge de leur propre santé.

Accepte un enregistrement audio-phonique des entretiens. Celui-ci sera détruit dès la fin du travail.

Cette étude médicale est réalisée dans le cadre d'une thèse de médecine générale soutenu(e) par Caroline GOGNY interne en médecine générale à la faculté de médecine et de Maïeutique de Lille

Fait en double exemplaires à Le

Signature

(Un document conservé par le chercheur et un remis à l'interrogé)

Annexe 4 : Questionnaire aux participants

Age :

Sexe :

Année d'étude :

Situation familiale :

Existence de médecin dans la famille, si oui qui et quelle spécialité :

Projet professionnel :

Existence d'une pathologie chronique :

Addiction ancienne ou actuelle et à

Annexe 5 : Rédaction selon les critères COREQ¹⁰

N°	Item	Guide questions/description	Analyse de la thèse Critère respecté
Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion			
<i>Caractéristiques personnelles</i>			
1	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	✓
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Par exemple : PhD, MD	✓
3	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	✓
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	✓
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	✓
<i>Relations avec les participants</i>			
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	✓
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche	✓
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche	
Domaine 2 : Conception de l'étude			
<i>Cadre théorique</i>			
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu	
<i>Sélection des participants</i>			

10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige	✓
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel	✓
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	✓
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	✓
<i>Contexte</i>			
14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail	✓
15	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par exemple : données démographiques, date	✓
<i>Recueil des données</i>			
17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	✓
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	✓
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou le focus group ?	✓
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	✓

23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	✓
Domaine 3 : Analyse et résultats			
<i>Analyse des données</i>			
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	✓
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	✓
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	✓
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	✓
<i>Rédaction</i>			
29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant	✓
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	✓
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	✓
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	

Annexe 6 : Tableau caractéristique des internes interrogés

Caractéristiques des internes interrogés									
	âge	sexe	semestre	situation familiale	projet professionnel	médecin dans la famille	pathologie chronique	addiction	médecin traitant
E0	27	F	6e	Célibataire	Installation	oui: père	non	non	père chirurgien
E1	27	F	5e	Mariée, pas d'enfant	Installation	non	allergie	non	oui, identique depuis enfance
E2	27	M	5e	Marié	Installation	oui : mère, beau père, belle mère, belle sœur	non	non	mère pédiatre
E3	27	F	5e	Mariée	Installation	oui : mère, père, oncle, tante, grand père	hypercholestérolémie familiale	non	père médecin généraliste
E4	27	M	5e	Marié	DESC urgence	non	non	non	aucun
E5	26	M	3e	Célibataire	Installation	non	non	non	un de ses MSU
E6	27	F	6e	Célibataire	Installation	non	non	non	aucun (retraité)
E7	28	F	5e	Pacsée, 1 enfant	DESC gériatrie	non	non	non	oui
E8	27	F	6e	Mariée	Installation	oui : mère, père	asthme d'effort	non	aucun
E9	30	M	3e	Concubinage	Installation	non	non	non	oui
E10	27	F	6e	Concubinage	Installation	non	agoraphobie	non	oui
E11	24	F	4e	Concubinage	Installation	oui : mère, père	non	non	aucun

AUTEUR : Nom : GOGNY-DELBROUQUE **Prénom :** Caroline

Date de Soutenance : 23 mars 2018

Titre de la Thèse : Ressenti et pratique des internes de médecine générale face à la prise en charge de leur propre santé : Etude qualitative auprès d'internes.

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement : Médecine

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : soignant-soigné, interne, médecin généraliste, autoprescription, automédication, soin du soignant, comportement de santé, self doctoring, résident as patient.

Résumé :

Introduction : Alors qu'elle a longtemps été tabou, la santé des médecins et notamment des internes est devenue un véritable enjeu de santé publique. L'objectif principal de cette étude est d'analyser le comportement et le ressenti des internes de médecine générale concernant la prise en charge de leur propre santé. L'objectif secondaire de cette étude est de recueillir au besoin leurs propositions d'amélioration en termes de prévention, de formation et de soins.

Matériels et méthodes : Une étude qualitative a été menée par des entretiens individuels semi-dirigés auprès d'internes de médecine générale. Une analyse thématique par triangulation via le logiciel Nvivo 11a a ensuite été réalisée.

Résultats : 12 internes de médecine générale (8 femmes et 4 hommes) ont participé à cette étude. Bien que leur accès aux soins soit facilité par leur statut, les internes de médecine générale étaient souvent les acteurs exclusifs de leur prise en charge médicale. Ils avaient un ressenti de bonne santé mais reconnaissaient négliger leur suivi et pratiquaient l'autoprescription régulièrement. Leurs comportements étaient similaires à leurs aînés et ce dès le début de leur formation comme si ces conduites étaient encrées dans la culture médicale. Leurs rapports à la maladie et à leurs confrères jouaient un rôle important dans leur manière de se soigner et les différenciaient du « patient lambda » auquel ils aimeraient pourtant pouvoir s'identifier. Certains internes de médecine générale exprimaient une fragilité psychologique et étaient en demande de soutien de la part de leurs aînés.

Conclusion : L'interne de médecine générale doit être mieux formé à la gestion de sa santé mais également mieux accompagné, soutenu et sensibilisé aux dangers de l'autosuffisance.

Composition du Jury :

Présidente : Madame le Professeur SOBASZEK

Assesseurs : Monsieur le Professeur BERKHOUT

Monsieur le Docteur MESSAADI

Madame le Docteur BODEIN