



UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Comment les médecins généralistes  
gèrent-ils leur propre santé ?**

**Étude qualitative réalisée auprès des médecins généralistes  
libéraux des Hauts-de-France en 2024.**

Présentée et soutenue publiquement le 11 octobre 2024 à 14h  
Au Pôle Formation  
**Par Inès DALLE**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Pierre THOMAS**

**Assesseur :**

**Madame le Docteur Florence BONCZAK**

**Directeur de thèse :**

**Madame le Docteur Isabelle BODEIN**

---

## **Avertissement**

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



## **Listes des abréviations :**

**DREES** : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

**CNOM** : Conseil national de l'Ordre des médecins

**CPAM** : Caisses primaires d'Assurance Maladie

**IFOP** : Institut français d'opinion publique

**IST** : Infection sexuellement transmissible

**HAS** : Haute Autorité de santé

**ANACT** : Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail

**DGOS** : Direction générale de l'offre de soins

**ARS** : Agences régionales de santé

**AAPMS** : Association d'aide aux professionnels de santé & médecins libéraux

**CARMF** : Caisse autonome de retraite des médecins de France

**PACA** : Provence-Alpes-Côte d'Azur

**CPTS** : Communautés professionnelles territoriales de santé

**MSP** : Maison de santé pluri professionnelle

**ESP** : Équipe de soins primaires

**PAMQ** : Programme d'aide aux médecins du Québec

**DPC** : Développement professionnel continu

**DIU** : Diplôme interuniversitaire

## **Table des matières :**

<b>I. INTRODUCTION.....</b>	<b>8</b>
<b>II. MATÉRIEL ET MÉTHODES .....</b>	<b>10</b>
A. Type d'étude.....	10
B. Population.....	10
C. Critères d'inclusion et exclusion.....	10
D. Recueil des données.....	10
E. Analyse.....	11
F. Codage.....	11
<b>III. RÉSULTATS.....</b>	<b>12</b>
A. Caractéristiques de l'échantillon des médecins interrogés.....	12
B. Analyse des résultats.....	12
1. Le médecin en tant que patient.....	12
a) Le médecin en bonne santé.....	12
b) Gérer ce qu'on a l'habitude de gérer.....	13
c) Pratiquer l'auto soin.....	13
d) Un patient pas comme les autres.....	13
e) La question du médecin traitant.....	14
f) La prévention.....	15
2. Reconnaître un manque d'objectivité dans l'auto soin.....	16
a) Limites et difficultés.....	16
b) La différence avec le soin que l'on offre aux patients.....	17
c) La propre évaluation de son état de santé.....	18
d) La particularité de soigner ses proches.....	19
3. Le médecin qui nécessite des soins.....	20
a) Pourquoi se faire suivre par quelqu'un autre ?.....	20
b) Le recours au médecin spécialiste.....	21
c) Avoir besoin d'un médecin pour une maladie chronique.....	21
d) La particularité de l'état psychologique.....	22
e) L'arrêt de travail.....	23
f) Les différentes attentes des médecins généralistes concernant leur santé.....	24
4. Les pistes d'amélioration.....	25
a) Une consultation annuelle par un médecin extérieur.....	25
b) Les barrières exprimées à une santé de qualité.....	27
c) Les propositions d'améliorations évoquées par les médecins.....	27
<b>IV. DISCUSSION .....</b>	<b>29</b>
A. Forces et limites de l'étude.....	29
1. Les forces de l'étude.....	29
2. Les limites de l'étude.....	30
B. Analyse des résultats et comparaison à la littérature.....	30
1. La santé du médecin.....	30
2. Les barrières exprimées à une santé de qualité.....	32
3. Le contexte socio-économique.....	32
4. Les solutions déjà en place.....	33
5. Les perspectives de changement.....	37
<b>V. CONCLUSION.....</b>	<b>39</b>
<b>VI. BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>41</b>
<b>VII. ANNEXES.....</b>	<b>45</b>
Annexe 1 : le questionnaire de l'étude.....	45
Annexe 2 : les critères COREQ.....	47
Annexe 3 : le serment d'Hippocrate.....	49
<b>Résumé .....</b>	<b>50</b>

## I. INTRODUCTION

« Ce sont les cordonniers les plus mal chaussés ! »

En évoquant ce sujet de thèse voici l'affirmation qui revient le plus souvent.

En effet, le médecin généraliste est le premier interlocuteur en matière de soins primaires mais il n'est pas immunisé contre la maladie. Lorsque des soins sont nécessaires, le médecin généraliste a les capacités de se soigner mais a-t-il l'objectivité de le faire ? Il semble être un patient différent des autres et avoir une moins bonne perception de sa santé.

En tant que médecin généraliste, nous avons acquis des connaissances variées dans plusieurs domaines, ce qui permet aux patients de nous solliciter régulièrement. Mais qu'en est-il lorsqu'il s'agit de nous ? Sommes-nous des bons médecins pour nous-même ?

Selon un rapport de la Commission nationale de l'Ordre des médecins paru en 2008, plusieurs difficultés du médecin malade sont mises en avant.

D'abord, la tendance à minimiser les symptômes qui entraîne la découverte de pathologies à des stades évolués, ce qui induit un retard de prise en charge.

De plus, on observe une volonté de se débrouiller seul avec ses problèmes même en cas de détresse psychologique, par peur de déranger les autres, d'une stigmatisation ou d'une éventuelle rupture de confidentialité (1).

Culturellement, dans le monde médical, les sacrifices personnels semblent valorisés et la santé des patients priorisée au détriment de la santé personnelle du médecin.

Dès lors que nous rentrons dans une posture de patient, nous sommes confrontés à une vulnérabilité que nous ne rencontrons pas fréquemment dans le rôle habituel de soignant. Ainsi, il existe une peur de ne pas être à la hauteur dans sa vie personnelle et un potentiel retentissement sur les capacités professionnelles. Ne pas savoir se soigner serait un comble...

En outre, on peut imaginer que la qualité des soins prodigués aux patients soit dégradée si le médecin n'est pas en pleine possession de ses moyens physiques ou psychiques.

Dans le contexte actuel de diminution de l'offre de soins, la santé physique et morale de la population des médecins généralistes apparaît comme un sujet d'intérêt sur lequel il est nécessaire de s'attarder afin de préserver leur santé de manière à être des travailleurs épanouis.

Pouvant bénéficier de la faculté de se choisir eux-mêmes comme médecin traitant, bon nombre de médecins échappent à une prise en charge extérieure, avec prise de recul. En effet, il semblerait que sur les 99 500 médecins généralistes français dénombrés en 2023 (2), les trois quarts soient leur propre médecin traitant (3). Cela interpelle et laisse penser que la prise en charge ne serait pas optimale. Dans ce même rapport du Conseil National de l'Ordre de juin 2008 une partie du texte est consacrée à la mise en garde contre cette pratique et va jusqu'à évoquer son interdiction (1).

Les autres interrogés ne semblent pas avoir de médecin traitant déclaré et cela a déjà amené à des campagnes comme en 2017, nommée « Dis doc, t'as ton doc ? » qui avait pour objectif d'interpeller les médecins afin de leur rappeler que : « le choix d'un médecin généraliste personnel est important pour notre propre santé et la qualité de nos soins » (4).

Par ailleurs, il paraît important de rappeler que contrairement à une grande partie de la population française, les médecins généralistes libéraux ne bénéficient pas d'un suivi auprès de la médecine du travail.

C'est pourquoi, l'objectif de l'étude actuelle est de faire l'état des lieux des différentes façons de gérer sa santé chez des médecins généralistes des Hauts-de-France et de mettre en avant des idées potentielles qui permettraient d'améliorer leur santé.

## **II. MATÉRIEL ET MÉTHODES**

### **A. Type d'étude**

Nous avons réalisé une étude descriptive transversale de type qualitative auprès des médecins généralistes des Hauts-de-France à l'aide d'un questionnaire d'octobre 2023 à février 2024. Cette méthode a été choisie afin de recueillir les sentiments des médecins interrogés par rapport à leur santé.

### **B. Population**

Elle s'est intéressée aux médecins thésés ou non, remplaçants ou titulaires exerçants dans le milieu libéral dans le Nord Pas-de-Calais et la Picardie.

La moitié des médecins interrogés étaient des connaissances du chercheur. L'autre moitié a été trouvée par relations interposées.

### **C. Critères d'inclusion et exclusion**

Nous avons inclus dans la population visée, les médecins généralistes libéraux exerçant dans la région Hauts-de-France. Il n'a pas été fait de discrimination concernant le milieu d'exercice, les départements d'exercice, l'âge ou le sexe.

Nous avons décidé d'exclure tous les médecins salariés et les internes, qui auraient pu bénéficier d'un suivi médical auprès de la médecine du travail.

### **D. Recueil des données**

L'étude reposait sur un guide d'entretien (Annexe 1). Il a été élaboré à l'aide de recherches bibliographiques.

Il se compose d'une première partie qui recense les données de l'échantillon sur plusieurs critères tels que : l'âge, le sexe, le type de lieu d'exercice, le fait d'être atteint ou non d'une pathologie chronique, la consommation de tabac, d'alcool et la pratique du sport.

Une seconde partie est composée de onze questions ouvertes qui portent sur la façon de gérer sa santé à travers les motivations et les limites de recours à des médecins extérieurs mais également à idées qui pourraient participer à améliorer leur état de santé.

Les entretiens ont été menés par téléphone ou en présentiel, dans le Nord Pas-de-Calais et la Picardie. 14 médecins généralistes ont été interrogés.

Le consentement oral des médecins a été recueilli en début d'entretien. Tous les médecins ont été informés de l'anonymisation des entretiens enregistrés et de leur droit d'autocensure de leur discours s'ils le souhaitent à posteriori.

Le nombre d'entretiens a été ajusté au fur et à mesure de la recherche jusqu'à observer le phénomène de saturation théorique des données.

## **E. Analyse**

Les entretiens ont été enregistrés sur support audio numérique de type dictaphone puis retranscrits intégralement sous la forme de verbatim avant d'être analysés.

La retranscription des entretiens a été réalisée par le chercheur à l'aide du logiciel de traitement de texte WORD®. Les propos recueillis puis retranscrits ont été anonymisés afin de constituer le verbatim.

## **F. Codage**

La première étape a consisté en la lecture à plusieurs reprises de ces entretiens puis en la découpe de verbatim en unités de sens.

Les thèmes et sous-thèmes qui en émergeaient étaient alors restitués par catégories obtenues.

Un deuxième chercheur, également interne en médecine, a réalisé de manière indépendante une analyse des résultats. Une triangulation des analyses a ensuite été effectuée par une mise en commun de celles-ci afin d'identifier les différents thèmes, assurant la validité de la recherche.

Le logiciel Taguette® a été utilisé pour l'analyse des données.

### III. RÉSULTATS

#### A. Caractéristiques de l'échantillon des médecins interrogés

	Sexe	Age (ans)	Exercice	Lieu d'exercice	Au moins une pathologie chronique	Tabac	Alcool	Sport
A	Femme	54	Titulaire	Semi-rural	Oui	Non	Non	Non
B	Femme	34	Titulaire	Urbain	Oui	Non	Oui	Oui
C	Femme	27	Remplaçant	Rural	Non	Non	Oui	Oui
D	Femme	28	Remplaçant	Semi-rural	Oui	Non	Oui	Oui
E	Femme	45	Titulaire	Rural	Non	Oui	Oui	Non
F	Femme	30	Titulaire	Rural	Non	Non	Oui	Oui
G	Homme	66	Titulaire	Rural	Oui	Non	Oui	Non
H	Homme	50	Titulaire	Semi-rural	Oui	Oui	Oui	Non
I	Homme	28	Remplaçant	Urbain	Non	Non	Oui	Oui
J	Homme	66	Titulaire	Semi-rural	Oui	Non	Oui	Non
K	Femme	28	Remplaçant	Rural	Oui	Oui	Oui	Oui
L	Femme	32	Remplaçant	Semi-rural	Oui	Non	Oui	Oui
M	Femme	59	Titulaire	Urbain	Non	Non	Oui	Non
N	Homme	61	Titulaire	Urbain	Non	Non	Oui	Non

La saturation des données a été atteinte au bout de 12 entretiens et confirmée par 2 nouveaux entretiens (9 femmes et 5 hommes).

L'âge moyen des médecins interrogés est de 43 ans.

La durée moyenne des entretiens est de 36 minutes.

#### B. Analyse des résultats

##### 1. Le médecin en tant que patient

###### a) Le médecin en bonne santé

Pour beaucoup de médecins généralistes interrogés, il semble acceptable de s'autogérer car ils sont globalement en **bonne santé**.

*A : « j'ai la chance de ne pas trop être malade ».*

*E : « J'ai la chance d'avoir une santé pas trop mauvaise ».*

C'est pourquoi, ils confient **attendre avant d'en arriver à une prescription** avec l'esprit **d'aller à l'essentiel**.

A : « *j'attends que ça passe tout seul* ».

E : « *je traite par le mépris* ».

K : « *vite fait bien fait pour moi* ».

B : « *nous on peut attendre* ».

#### b) Gérer ce qu'on a l'habitude de gérer

L'auto soin pour les problèmes bénins ou fréquents en médecine générale ne laisse pas de doute, **ils savent faire**.

Ils ont tendance à rapporter que : « *les pathologies courantes de médecine générale, on gère* » (M) ainsi que les traitements symptomatiques « *les petits bobos, les choses comme ça, je vais facilement faire mes prescriptions moi-même* » (C) ou « *l'aigu je le traite moi-même* » (E).

Il y a également l'idée de **savoir se gérer** et de **ne pas vouloir déranger quelqu'un d'autre** : « *je n'aime pas aller embêter les autres pour quelque chose que je peux faire* » (C).

#### c) Pratiquer l'auto soin

Tous les médecins interrogés sans exception reconnaissent pratiquer **l'auto diagnostic** et **l'auto prescription** et cela apparaît comme une **solution évidente**.

A : « *Si c'est grave, oui je me prescris quelque chose* ».

F : « *Je le fais sans problème. Je me suis fait un courrier moi-même* ».

B : « *je me prescris mes bilans sanguins* ».

G : « *je me diagnostique et je m'auto prescris sans problème* ».

**Facile d'accès**, cette dernière est « *bien pratique* » (A) et « *c'est une solution de facilité en tous cas* » (E).

#### d) Un patient pas comme les autres

En effet, les connaissances théoriques médicales et l'accès direct aux ordonnances sont tels que faire la démarche de **consulter un confrère n'est pas le premier recours** car :

J : « *Normalement on sait ce qu'il faut faire* ».

La population interrogée le sait, **soigner un médecin n'est pas aisé**.

D : « *C'est difficile de dire au médecin de se soigner* ».

Il est vrai que la maladie fragilise et il est difficile pour le médecin de se sentir **vulnérable** dans sa vie personnelle et également professionnelle.

*G : « Physiquement je ne me sens pas amoindri mais par exemple mon audition fout le camp et j'arrive de moins en moins à entendre dans mon stétho et ça, ça me gonfle ».*

Un médecin interrogé évoquait elle, le fait de **ne pas avoir été bien reçue par un confrère**. Cela met en avant la difficulté de soigner un confrère qui exerce le même métier que nous.

*B : « Ça ne s'est pas forcément très bien passé parce qu'à l'interrogatoire ; "qu'est-ce que vous faites comme métier ?" - Eh bah je suis généraliste - il m'a dit : "bah qu'est-ce que vous faites là ?". J'ai expliqué la situation que j'étais enceinte et que je m'étais dit que c'était l'occasion justement d'avoir quelqu'un pour me suivre d'autant plus si la grossesse ne se passait pas bien et puis il m'a dit : " bah je ne peux rien faire pour vous ". Pas vraiment d'interrogatoire sur mes antécédents, pas d'examen clinique. Je lui ai demandé une ordonnance de BHCg et d'échographie, il me les a données et au revoir. Donc une mauvaise expérience, il ne m'a pas prise au sérieux, alors que justement je m'étais dit que c'était le bon moment. Il a peut-être été déstabilisé par le fait que je sois médecin ».*

Les connaissances théoriques sont acquises mais on peut se demander pourquoi vouloir se référer à quelqu'un d'autre. **En quoi un autre médecin généraliste me serait utile ?**

*E : « je me suis dit : "qu'est-ce qu'il va m'apporter de plus que je ne sais pas déjà ?" J'ai quand même pris un médecin traitant. Et il arrive bien à faire la part des choses, on en a discuté avant, je lui ai laissé le choix de dire non s'il n'était pas à l'aise ».*

De plus, être **suivi par une connaissance en tant que patient** peut représenter des difficultés.

*E : « Mon bilan de PMA c'est une copine qui me l'a prescrit et qui a dû m'annoncer des résultats qui n'étaient pas bons, ce n'était pas confortable pour moi ni pour elle ».*

#### e) La question du médecin traitant

La plupart ont fait le choix **d'être leur propre médecin traitant**, ce qui serait un atout majeur en termes d'accessibilité.

*G : « Oui c'est moi, c'est la facilité ».*

*H : « Moi-même pour la simplicité ».*

*J : « Oui c'est moi, c'est plus simple. Avant c'était un copain ».*

D'autres ont un **médecin dans la famille** et cela apparait évident de le prendre pour médecin traitant.

*D : « C'est mon père, je n'ai pas vraiment eu le choix ».*

*L : « Oui, mon père donc autant te dire qu'il ne me sert à rien, c'était pour un avoir un médecin traitant ».*

*M : « Oui, c'est mon mari. C'était plus simple ».*

Les derniers n'ont **pas de médecin traitant** déclaré.

*A : « Non parce que pour l'instant j'ai la chance de ne pas trop être malade donc je gère toute seule ».*

*F : « Non pas déclaré. Il faut que je le fasse, je me suis dit que j'allais me déclarer. Le mien étant parti à la retraite. Je sais que ce n'est pas top mais vu que c'est difficile d'en trouver, je vais faire ça ».*

#### f) La prévention

Pour la plupart, la prévention par les vaccinations et dépistages recommandés semble être le **minimum à réaliser**.

*K : « A jour à 100% ».*

*B : « Ça par contre je fais bien attention, je suis à jour. D'autant plus avec le suivi des grossesses ».*

*D : « A jour, ça j'y tiens ».*

Pour une minorité, ce n'est **pas une priorité**.

*A : « Je ne sais plus quand j'ai fait mon frottis, ma mammo elle aura 3 ans bientôt alors il faut que j'y aille quand même, le dépistage cancer colorectal j'ai 54 ans je ne l'ai jamais fait ».*

*M : « Les vaccinations je suis à jour et les dépistages euh... mammo je suis à jour, hémocult aussi mais frottis non. Je ne veux pas voir de gynéco, je suis très pudique. [Rires] ».*

*F : « La grippe je ne le fais pas chaque année, je ne suis jamais malade alors je me dis que ça ne vaut pas la peine ».*

## 2. Reconnaitre un manque d'objectivité dans l'auto soin

### a) Limites et difficultés

La question de l'auto soin fait réfléchir. Pour certains, ils sont **conscients que la prise en charge est sous optimale**.

*K : « Je pense qu'on le fait tous même si on entend de plus en plus qu'il faut quand même éviter de se soigner et de soigner ses proches mais malgré tout on le fait tous. C'est un peu malgré nous parce qu'on fait de la médecine toute la journée ».*

*L : « Je prends très rarement des médicaments mais par exemple mon traitement pour l'asthme je le prends très mal, je fais partie des asthmatiques qui prennent que quand ils sont en crise. Je ne suis pas une bonne patiente ».*

A la question : « quelles sont selon vous les limites de l'auto diagnostic et l'auto prescription ? », beaucoup ont **avoué une perte de neutralité**.

*F : « Il y a une perte d'objectivité, on n'a pas de vue d'ensemble que le médecin généraliste a sur son patient normalement ».*

*C : « C'est difficile d'avoir un œil objectif sur sa propre santé ».*

**L'examen clinique semble compliqué** à réaliser seul.

*B : « On ne s'examine pas déjà donc ce n'est pas forcément l'idéal, c'est biaisé je pense ».*

*G : « Le cardiologue m'a fait prendre la tension. Ce que je ne fais pas. »*

Certains vont même jusqu'à se faire leurs propres **injections vaccinales**.

*C : « les vaccins je les fais moi-même mais c'est galère ».*

*D : « le vaccin grippe je l'ai fait moi-même mais je me suis fait mal. [Rires] ».*

Les décisions de prises en charge sont souvent **plus longues** par manque de rigueur.

*B : « On est plus laxiste avec notre santé, il y a un retard de prise en charge chez soi, quelque chose qu'on investiguerait plus vite chez les patients ».*

*D : « j'ai attendu de ne plus en pouvoir pour faire quelque chose quoi ».*

*J : « en allant courir à Zanzibar j'ai eu une douleur thoracique à l'effort, le premier jour je n'ai rien dit à ma femme [rires] mais je me suis douté de ce que c'était parce que j'étais fumeur et j'avais des antécédents familiaux, je me suis dit c'est fini pour toi, tu rentres, tu vas voir ton cardio. Au final, je n'ai rien dit et 3 jours plus tard on court de nouveau et puis là j'ai dû m'arrêter, mon épouse m'a demandé pourquoi et j'ai dit que je devrais faire des examens en rentrant et j'ai appelé le cardio ».*

Parfois, ce sont les **proches qui poussent à réagir**.

*E : « C'est mon conjoint qui me dit "bon tu vas peut-être prendre quelque chose, ça fait 10 jours que tu tousses " alors je me dis : bon effectivement je vais y réfléchir ».*

*J : « Mon épouse a dit "bon stop, on ne va pas la jouer au plus malin, on va appeler le SAMU" et on m'a fait une coro et mis un stent ».*

*B : « j'avais une conjonctivite, tout le monde me disait de faire quelque chose, je disais que ça allait passer, que c'était viral, j'ai attendu 3 semaines que je ne puisse plus ouvrir l'œil pour aller consulter. »*

De plus, il semblerait que **l'analyse clinique soit biaisée**, l'attitude est soit de minimiser leurs symptômes, soit de les sur-interpréter.

Quelques-uns reconnaissent que « *soit je me rassure (fausse réassurance) ou alors j'envenime les choses.* » (D).

Ou alors : « *Je pense qu'il y a deux types de personnes, ceux qui vont vite chercher loin, vouloir trop creuser au niveau de leurs symptômes, amener à trop de prescriptions ou trop de consultations. A l'inverse, je pense qu'il y a ceux qui ne prennent pas en compte leurs symptômes.* » (C).

En outre, d'autres parlent des différentes **catégories de médicaments** à s'auto prescrire. Les traitements psychotropes semblent apporter une difficulté supplémentaire :

*L : « Je pense qu'un médecin qui se prescrit des benzo ou un antidépresseur c'est dangereux. Ça dépend des domaines de prescription. Pas pour tout ».*

#### b) La différence avec le soin que l'on offre aux patients

Quand on demande aux médecins la **différence** qu'ils identifient entre les soins prodigués à leurs patients et à eux-mêmes, les qualificatifs ne manquent pas.

*C : « Moins stricte avec moi-même ».*

*F : « Plus laxiste avec moi ».*

*H : « Manque de rigueur ».*

*A : « C'est complètement à l'opposé ».*

Certains l'avouent avec le **sourire**, sans problème et cela semble leur convenir.

*A : « Faites ce que je dis mais pas ce que je fais ! ».*

*H : « Mon dieu ! Autant je suis psychorigide et rigoureux avec mes patients autant je ne suis pas du tout sérieux avec moi-même ! Et j'assume. [Rires] ».*

Il semblerait que pour beaucoup de sujets interrogés, les patients **attendent des médecins généralistes une action, voire une prescription**. L'idée que s'ils viennent consulter, il faille prendre la requête au sérieux.

*B : « Pour les patients, on fait des choses, on prescrit parce qu'on se dit : bon ils attendent de nous qu'on agisse ».*

*F : « Je vais plus facilement traiter mes patients parce qu'ils viennent me voir ».*

### c) La propre évaluation de son état de santé

Les avis divergent lorsque l'on demande la **qualité de leur prise en charge médicale**.

Certains considèrent que leur état de santé est **bon** surtout parce qu'ils sont **peu malades**.

*J : « Plutôt bonne ».*

*K : « Bonne je pense ! Je ne me néglige pas ».*

*M : « Plutôt bonne comme je ne suis pas malade ».*

*N : « J'estime qu'elle est bonne, après je ne fais pas grand-chose mais le peu que je fais je trouve ça bien ».*

*F : « Je ne suis pas malade, donc je dirais 9/10 ».*

D'autres sont **nuancés** et reconnaissent ne pas avoir une prise en charge idéale.

*C : « Je ne vais pas dire médiocre parce que ça serait abusé de dire ça mais en tous cas ça reste très superficiel, je ne vais pas creuser. J'écoute moins mes symptômes ».*

Certains autres avouent qu'ils **pourraient faire nettement mieux**.

*A : « Très médiocre. Non mais c'est vrai, très médiocre... ».*

*L : « Pas terrible ».*

*H : « moi c'est zéro ! ».*

#### d) La particularité de soigner ses proches

Dans notre vie personnelle, nous sommes parfois amenés à donner un avis médical pour nos proches. **L'objectivité semble encore mise à mal.**

Certains seraient **déstabilisés** pour un motif qu'ils ont pourtant **l'habitude de gérer** au cabinet.

*B : « Mon fils a fait de la fièvre après ses vaccins du 2<sup>e</sup> mois, j'ai quand même appelé une amie pédiatre pour me rassurer. Il y a un gros manque d'objectivité avec soi mais aussi pour ses proches [rires]. En consult j'aurais eu la réponse facilement mais là on se dit quand même je ne veux pas être la seule à prendre la décision ».*

*A : « Pour suivre des enfants de médecins, je le vois, le parent me l'adresse souvent parce qu'il pense tout de suite au pire, ils sont plus réactifs ».*

A l'inverse, d'autres ont tendance à **minimiser les symptômes** décrits par les proches.

*A : « J'ai envoyé ma fille au Mexique 15 jours avec la main cassée, je pensais que ça allait passer, au bout d'une semaine elle m'a envoyé une photo et là je me suis dit mince... mais bon qu'est-ce que j'aurais dû faire ? Moi je n'ai pas ce tempérament-là, c'est dans le caractère je pense, c'est voir le verre à moitié vide ou plein ».*

*K : « je m'écoute peu et j'ai tendance à peu écouter mes proches également ».*

*J : « On a tendance aussi à peu écouter la douleur de son conjoint, on minimise souvent les plaintes des siens donc je pense que c'est important de connaître ses limites et de passer la main ».*

Certains ont fait le **choix** dès le début **de ne pas les suivre** par peur du ressenti et d'un manque de neutralité. Cela permet également de ne pas être la personne responsable en cas d'erreur.

*E : « C'est son médecin généraliste qui lui fait les vaccins [à propos de sa fille], je n'avais pas envie qu'elle associe à moi les piqûres. Elle a un référent et mon conjoint c'est pareil il a un médecin et j'essaie de ne pas me mêler de la santé de mes proches, s'il y a une connerie à côté de laquelle on passe, ce n'est pas moi qui aurais pris la décision. Je suis plutôt du genre à ressasser les choses et je savais que ça allait être compliqué pour moi d'être objective et j'ai préféré d'emblée déléguer les choses et c'est très bien comme ça ».*

Une dérogation à la règle apparaît lorsque nous sommes dans **l'urgence** ou de façon **occasionnelle** mais pas pour le suivi.

*E : « Je ne suis pas très à l'aise de donner des avis à la famille ou les amis. Parfois, dans l'urgence ou sur des trucs très ponctuels pourquoi pas mais sinon je ne préfère pas ».*

### 3. Le médecin qui nécessite des soins

#### a) Pourquoi se faire suivre par quelqu'un autre ?

Plusieurs situations paraissent plus difficiles à gérer pour s'auto soigner, les médecins généralistes sont parfois à la **recherche d'un regard extérieur**.

Pendant **la grossesse** par exemple, « *j'ai expliqué la situation ; que j'étais enceinte et que je m'étais dit que c'était l'occasion justement d'avoir quelqu'un pour me suivre d'autant plus si la grossesse ne se passait pas bien* » (C).

Notamment pour la prescription d'un **arrêt de travail** :

C : « *pour un arrêt de travail, je n'étais pas bien à ce moment-là alors il fallait que je voie un médecin, je ne pouvais pas me le faire toute seule en l'occurrence* ».

Ou pour les **examens d'assurance** : « *dans le cadre de ma prévoyance, j'ai été amenée à revoir mon médecin hématologue sur Paris* » (K).

Ou encore dans le cadre de la **recherche** : « *j'ai un suivi pour une étude avec l'institut Pasteur, j'ai été tiré au sort il y a 10 ans. Tous les ans j'ai un questionnaire et tous les 2-3 ans j'ai un examen visuel, un ECG, et une prise de sang. Si je n'avais pas ça, ça serait bien d'avoir un suivi autre* » (F).

Sinon, pour des **suivis spécialisés** comme « *un spécialiste dans le cadre de la PMA* » (E) ou « *le dépistage gynéco j'étais obligée de consulter* » (D), « *pour un avis dermato, si je vois un truc suspect, je n'hésite pas* » (J).

Prendre des décisions pour soi est déjà compliqué mais lorsque que **ça ne concerne pas que nous**, un œil objectif peut être sollicité.

E : « *Pendant ma grossesse j'avais des douleurs abdo alors j'ai consulté parce que faire thèse, antithèse, synthèse toute seule c'est un peu compliqué et ça n'engageait pas que moi* ».

Il existerait également une **différence entre les médecins titulaires et les médecins remplaçants**. Effectivement, les médecins remplaçants ne souhaitent pas nécessairement s'auto prescrire avec le nom du médecin qu'ils remplacent.

D : « *Comme je suis médecin remplaçant je ne voulais pas prescrire avec les ordonnances de quelqu'un d'autre pour moi, donc je demande à mon médecin* ».

B : « *Je ne voulais pas non plus faire les ordonnances au départ avec le nom des médecins que je remplaçais, je ne voulais pas forcément qu'elles reçoivent mes résultats et qu'elles soient au courant avant moi* ».

## b) Le recours au médecin spécialiste

Certains déclarent être parfois **dépassés** et **aller chercher de l'aide** auprès d'un spécialiste.

*J : « Si on n'y arrive plus et qu'on a besoin d'un avis spécialisé, il ne faut pas hésiter ».*

*K : « Quand ça sort de nos capacités, il faut savoir passer la main ».*

*N : « Si c'est une pathologie plus grave en dehors de nos compétences, là on va voir un spécialiste ».*

D'autres y ont eu recours pour la **prévention**, qu'elle soit recommandée ou non, parfois à but de réassurance.

*A : « Prévention. Pour ma mammographie ».*

*G : « Un cardiologue il y a 3 semaines pour refaire le point sur le plan cardiovasculaire ».*

*N : « La dernière fois c'était il n'y a pas longtemps, c'était pour une épreuve d'effort avec un cardiologue. Pour me rassurer, sans symptôme ».*

Plusieurs autres ont consulté un médecin spécialiste pour des **pathologies aiguës** bien précises telles que :

*D : « un chir ortho pour un kyste au poignet ».*

*H : « radiologue pour un scanner de mon poignet sur à une chute, la radio était douteuse. »*

*M : « Alors moi j'ai vu un médecin spécialiste, c'était il y a 4 ans, un traumato pour une tendinopathie de la coiffe ».*

*F : « Un gastroentérologue pour des épigastralgies depuis 2 ans ».*

*E : « Des spécialistes pour la PMA ».*

Parfois, le médecin spécialiste préconise une conduite à tenir que le médecin généraliste **choisit de ne pas suivre**.

*G : « je ne me considère pas hypertendu alors que le cardiologue me considère hypertendu donc je ne suis pas forcément ses recommandations ».*

## c) Avoir besoin d'un médecin pour une maladie chronique

En effet, ce qui est mis en avant est, qu'à l'inverse des pathologies aiguës et du traitement symptomatique, **les pathologies chroniques** impliquent parfois de consulter quelqu'un extérieur : médecin généraliste ou spécialiste.

*I : « Le suivi, le chronique, j'en parlerai à mon médecin traitant ».*

*B : « pour les choses chroniques c'est le cardio qui me suit ».*

*J : « le cardiologue pour le suivi de ma cardiopathie stentée ».*

*L : « Pour confirmer mon diagnostic d'asthme, donc un pneumologue ».*

Ou alors, un médecin semble parfois nécessaire pour la **prescription d'examens complémentaires**.

*C : « quand il faut des examens paracliniques, je vais voir le médecin traitant au moins pour récupérer les résultats et faire la suite de la prise en charge ».*

*J : « J'ai consulté un médecin généraliste en début d'année pour lombalgie et demande de bio ».*

#### d) La particularité de l'état psychologique

Par notre métier, les responsabilités et les histoires de vies des patients peuvent avoir des répercussions sur notre propre santé et induisent parfois des **souffrances psychiques**.

*J : « Un médecin qui est impliqué avec ses patients forcément il y a des choses qui le bouleversent ».*

*C : « je n'étais pas bien à ce moment-là à cause du boulot ».*

Bien que ces difficultés affectent le moral du médecin généraliste, **il ne ressent pas nécessairement le besoin d'un soutien psychologique**.

*G : « Parfois c'est dur mais je gère, pas besoin d'aide ».*

*F : « J'ai eu un coup dur pendant mon internat mais je ne suis allée voir personne, je n'ai pas ressenti le besoin ».*

*L : « Il y a quelques années je n'étais pas bien et j'ai redoublé mais je n'ai consulté personne. Je me suis autogérée ».*

A l'inverse, d'autres rapportent que devant des difficultés d'ordre psychologique, l'auto gestion n'est parfois pas suffisante et ils **ont cherché du soutien**.

Soit auprès d'un **médecin généraliste** :

*E : « Je ne dormais plus bien, je me suis auto médiquée et puis à un moment voyant que ça n'allait pas mieux je me suis dit : "on va arrêter de se faire des petits cocktails", j'ai mis un stop au truc et je suis allée consulter mon médecin généraliste. On ne peut pas avoir la double casquette ».*

Soit auprès de **psychologues** ou **psychiatres** :

*H : « Oui je me suis orienté, vers un psychiatre mais je ne souhaite pas développer ».*

*E : « J'ai vécu toutes les phases du deuil avec un petit lexo, un petit somnifère et puis à un moment tu te dis : "oulala dans quoi je suis en train de m'embarquer là, il faut reprendre la main" et j'ai été suivie en psycho ».*

Certains font la démarche d'aller voir un professionnel de santé et d'autres reconnaissent avoir des **ressources essentielles** : l'entourage, qu'il soit familial ou professionnel.

*D : « c'est plutôt quand je rentre que j'ai du mal à sortir de ma journée. J'en parle quand même à mon copain ».*

*J : « J'ai l'habitude de le partager avec ma famille ou mes amis médecins ».*

*M : « Si c'est dur, j'en parle avec mon mari ».*

*I : « C'est important de debriefer avec l'équipe ».*

*J : « Une fois j'ai eu une histoire vraiment difficile avec l'accident d'un enfant que je suivais alors le soir je suis allé manger chez un copain médecin pour partager des choses, il ne faut pas hésiter à en parler à sa famille et ses copains je pense ».*

Pour d'autres, c'est le **sommeil** qui est réparateur.

*A : « Le burn out tout ça ? Pas encore. Ça m'arrive régulièrement de rentrer en disant que je n'en peux plus, que j'en ai ras le bol et le lendemain matin c'est reparti. Je n'en parle pas trop avec ma famille, je dors et je recommence le lendemain. C'est plus parce qu'on est fatigué je pense ».*

*N : « Non jamais, quelque fois le ras le bol en rentrant du travail mais je dors et j'y retourne toujours avec plaisir ».*

#### e) L'arrêt de travail

L'arrêt de travail en médecine est un sujet tabou, être en arrêt représente une **vulnérabilité**.

*C : « je ne sais pas si je peux le dire mais c'était pour un arrêt de travail ».*

Plusieurs ont voulu le **refuser** ou le **contourner**.

*J : « Il m'a dit : "je vous oblige à vous arrêter 3 jours pour faire vos injections" mais j'ai dit que je n'avais pas de remplaçant alors on a trouvé un arrangement pour les faire à domicile ».*

*C : « j'ai eu un arrêt de travail l'année dernière, j'avais pas mal de soucis dans ma vie personnelle qui retentissaient sur la vie pro et je n'arrivais plus à gérer donc j'ai consulté mon médecin. Au départ j'ai refusé l'arrêt, mais ça n'allait vraiment pas donc il m'a un peu forcé et il a très bien fait. »*

D'autres ont pris une **durée minimale**.

*J : « Pour ma cardiopathie stentée je me suis arrêté 6 jours et 1 journée pour la naissance de mes enfants, à l'époque c'était comme ça, j'ai affiché sur mon cabinet un mot avec écrit : " j'ai un enfant qui est né, je ne travaille pas aujourd'hui". Ça, je pense que c'est fréquent chez les med gé et médecins spécialistes aussi je pense ».*

#### f) Les différentes attentes des médecins généralistes concernant leur santé

A la question : « Si vous êtes amenés à devoir consulter un spécialiste, comment procédez-vous ? Et comment le choisissez-vous ? » certains ont exprimé la volonté d'être pris en charge **sans priorité**, par la voie habituelle.

*L : « Par proximité, je m'en fiche un peu. Le plus proche et le plus rapide ».*

*C : « je prends les premiers RDV qui sont disponibles ».*

*D : « Plutôt la proximité et la disponibilité ».*

D'autres trouvent des stratagèmes pour ne pas échapper à la consultation.

*A : « pour prendre rendez-vous, j'appelle, je dis que c'est pour moi et j'ai rendez-vous le lendemain parce que si je n'ai pas rendez-vous tout de suite je passe au-dessus et j'oublie ».*

Plusieurs des interrogés essayaient de **favoriser leurs relations** médicales. Ils consultent :

*J : « Des connaissances et des médecins réputés ».*

*M : « On le choisit par rapport à nos connaissances personnelles, des confrères avec qui on a l'habitude de travailler ».*

*N : « Par copinage, on a des très bons référents dans notre région donc je pense que j'irais vers eux. Par réputation ».*

Quelques-uns cherchent justement à **éviter les connaissances**.

*C : « j'évite toujours là où il y a des internes pour éviter de croiser des gens que je connais ».*

*E : « Les copains pour les patients mais on évite de consulter les copains pour éviter de les mettre dans une mauvaise posture et nous aussi. Éviter de mélanger le pro et le perso. »*

#### 4. Les pistes d'amélioration

##### a) Une consultation annuelle par un médecin extérieur

Une suggestion était présentée dans le questionnaire afin de recueillir l'avis concernant la mise en place d'une consultation obligatoire annuelle avec un médecin extérieur, médecin généraliste ou médecin du travail pour les médecins généralistes libéraux.

Plusieurs sont **favorables** à cette idée.

*H : « J'y serais favorable à 100% ».*

*A : « Ça ne ferait pas de mal ».*

*L : « Je pense que ça serait bien ».*

*D : « Ce serait pas mal pour au moins faire un check up. Je ne m'ausculte pas. Ça permettrait de parler de ses difficultés ».*

*B : « En médecine du travail, ça serait intéressant pour dépister. Je pense qu'il y a beaucoup de médecins en souffrance psychologique et ça permettrait de chercher des solutions ».*

*E : « Une médecine du travail ça serait pas mal ».*

D'autres expriment des **freins** à cette proposition.

Pour une partie d'entre eux, les **médecins du travail ne seraient pas les bons interlocuteurs.**

*J : « Quand on voit le niveau de la médecine du travail... ».*

*L : « Je ne suis pas contre après les médecins du travail... Si c'était un médecin généraliste, pourquoi pas ».*

D'autres expriment les **difficultés de se confier à une connaissance** et **préfèreraient avoir recours à un médecin extérieur.**

*A : « j'ai un emploi salarié et à la médecine du travail, la médecin je la connais et on discute plus qu'on ne fait de la consultation alors est-ce que ça serait vraiment utile ? Je ne suis pas sure. Une fois que c'est familial, c'est foutu. Ça fait un quart d'heure de repos au médecin qui consulte et ça permet de parler de ce qui se passe chez nous en termes de travail mais pas en termes de santé ».*

*C : « Je pense que ça serait vraiment très bien pour le coup, je pense qu'il y en aurait qui auraient du mal à se confier à un collègue mais si c'est un médecin extérieur ça serait pas mal ».*

A l'inverse, quelques-uns d'entre eux **préfèreraient un confrère.**

*J : « Pourquoi pas un collègue qu'on connaisse, à faire en réseau ».*

Plusieurs reconnaissent que **nous sommes des patients difficiles à gérer**. La personne idéale pour ces consultations serait un médecin particulier formé à soigner des médecins.

*L : « après c'est difficile de soigner un médecin donc il faudrait un médecin spécifique, habitué à s'occuper des professionnels de santé. Un médecin du travail de la médecine générale ça pourrait être bien ».*

*N : « Oui je pense que ça serait pas mal, si c'est quelqu'un qui a une vue un peu généraliste des pathologies je pense que ça pourrait être bien. Je serais partisan de faire un check up ».*

Il y a également ceux pour qui **la fréquence compte**.

Pour certains, une consultation annuelle serait acceptable :

*F : « Je demande aux patients de venir une fois par an s'ils n'ont rien, ce n'est pas parce qu'on est médecin qu'on devrait échapper à la règle ».*

Pour d'autres, en revanche :

*E : « Annuelle ça me semble peut-être beaucoup ».*

*K : « Tu peux faire un bilan de prévention mais tous les ans, c'est trop ».*

Certains accepteraient de faire cette consultation par **effort** pour la communauté de médecins généralistes.

*I : « Pour l'instant, je n'en ressens pas forcément le besoin mais si ça peut permettre de remettre des gens dans le parcours de soin qui se laissent aller, je le ferais ».*

D'autres sont **opposés** à cette éventuelle consultation et souhaitent garder une santé en toute autonomie.

*G : « Je ne suis pas d'accord, parce que si je n'arrive pas à me gérer ça ne sert à rien que je gère mes patients ».*

*K : « Je n'en vois pas du tout l'intérêt, pour moi le check up ça n'existe pas, il faut qu'on soit suivi en fonction de ses antécédents, ses traitements et ses profils à risque quand c'est nécessaire ».*

## b) Les barrières exprimées à une santé de qualité

Beaucoup relatent le **manque de temps**. Selon eux, une activité physique, cuisiner ou dormir plus pourrait améliorer leur santé.

*J : « Rendre le sport obligatoire pour tous ».*

*G : « Plus de temps pour faire du sport parce que c'est un boulot de sédentaire d'être médecin ».*

*E : « Réussir à faire du sport plus régulièrement. Cuisiner un peu plus ».*

*A : « Moins courir dans le travail, faire du sport, dormir peut-être plus, ranger le téléphone de temps en temps je pense que c'est là que ça ne va pas ».*

*I : « Dormir plus. Sinon pas grand-chose ».*

Cela nécessite de **diminuer son temps de travail** :

*J : « Se prendre un peu de temps. Depuis l'année dernière, j'ai allégé mon emploi du temps en laissant le samedi matin et déjà ça fait beaucoup de bien ».*

*K : « Terminer moins tard ».*

*B : « Choisir de faire un mi-temps est aussi une façon de me préserver le temps que mes enfants grandissent un petit peu et que je puisse avoir des nuits correctes ».*

Pour d'autres, **le système de protection sociale des professionnels libéraux est insuffisant**.

*H : « Une meilleure couverture sociale, en libéral. Le problème c'est qu'on ne peut pas prendre le temps pour se soigner, si je ne travaille pas, ça ne rentre pas et les charges tombent. Des indemnités journalières dès le premier jour d'arrêt, on peut rêver ! ».*

## c) Les propositions d'améliorations évoquées par les médecins

Certains seraient favorables à **un suivi médical avec un confrère**.

*M : « Faire un suivi par un médecin extérieur par exemple peut-être ».*

*C : « Le RDV obligatoire c'est vraiment pas mal, sinon je n'ai pas d'autre idée ».*

Cela pourrait passer par des **campagnes de prévention par la sécurité sociale** par exemple.

*B : « Proposer ou inciter les gens à consulter des médecins référents via ameli ou autre chose, on reçoit parfois « un examen bucco-dentaire à faire... », ça pourrait faire partie des campagnes de prévention par la sécu. Ou alors chez les gens qui s'installent ça pourrait faire partie des check-up à faire ».*

D'autres savent qu'il faudrait être plus **rigoureux** avec eux-mêmes. Notamment avec les examens de prévention :

*A : « Et faire bien la prévention ».*

A l'inverse, pour une minorité, **il ne faudrait rien changer.**

*N : « Non pas plus que ça pour l'instant, il ne m'en faut pas plus. »*

## IV. DISCUSSION

### A. Forces et limites de l'étude

#### 1. Les forces de l'étude

##### - L'originalité du travail de recherche

La santé des médecins généralistes est un thème abordé depuis quelques années mais la plupart des études retrouvées à ce sujet dans la littérature étaient quantitatives. L'approche qualitative a été préférée ici.

##### - La méthode qualitative

La méthode qualitative permet de s'exprimer de façon ouverte. Grâce à la méthode d'entretiens semi-dirigés les réponses étaient plus libres et cela nous a permis de dégager des questionnements qui n'étaient pas soulevés initialement.

##### - Les 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'entretiens a évolué au fur et à mesure.

A la question des difficultés psychologiques, beaucoup ne répondaient pas à l'interrogation et une reformulation a dû être nécessaire.

La rédaction de l'étude a été réalisée en suivant la grille COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) qui permet d'évaluer la qualité d'une recherche qualitative (Annexe 2).

##### - Les critères de validité externe

L'échantillonnage était raisonné avec des profils variés en termes d'âge, de sexe et de mode d'exercice.

La saturation des données a été obtenue au bout de 12 entretiens et confirmée par 2 nouveaux entretiens, sans émergence de nouvelles idées.

Les résultats ont été confrontés aux données de la littérature.

## **2. Les limites de l'étude**

L'étude a présenté certaines faiblesses.

Le recrutement étant sur la base du volontariat, les médecins ayant accepté de participer étaient possiblement plus enclins à se confier sur le sujet. Deux médecins sollicités ont refusé de participer. Le motif de refus était le manque de disponibilité.

Le classement des différents verbatim en thèmes et sous-thèmes a pu être interprété par l'investigateur. Cette faiblesse a été limitée par la triangulation des chercheurs pour le codage et l'analyse des données.

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.

De plus, parmi les interrogés, certains ont pu ressentir une limite à se confier, notamment concernant les difficultés psychologiques ou les conduites addictives.

Aussi, dans cette étude basée sur un discours déclaratif, il peut exister une difficulté de mémorisation, majorée par l'ancienneté des faits évoqués.

## **B. Analyse des résultats et comparaison à la littérature**

Notre étude qualitative visait à explorer les expériences et les perceptions des médecins généralistes concernant leur propre santé, ce qui influencerait sur la qualité des soins qu'ils sont à même de dispenser aux patients.

### **1. La santé du médecin**

En 2021, une étude a été réalisée par la DREES, auprès de 3000 français, les interrogeant sur le ressenti de leur état de santé, 73% d'entre eux se déclaraient en bonne santé (5). A l'image d'une étude réalisée en 2008 chez les médecins généralistes en France qui retrouvait que 8 médecins sur 10 se pensaient être en bonne santé (6). Notre étude retrouvait la même notion puisque la plupart des médecins interrogés s'autorisaient l'auto soin en raison de leur bonne condition de santé.

Le rapport CNOM, sorti en 2008 par le Dr Leriche s'est intéressé au sujet du médecin malade. Il a pour but d'identifier des causes qui favoriseraient les pathologies du médecin et de proposer des solutions adaptées à la particularité du médecin malade (1).

Tout d'abord, il rapporte que l'auto soin est favorisé par les connaissances médicales et l'accès direct aux traitements et aux examens complémentaires qui encouragent un sentiment d'invincibilité et une ambivalence concernant d'éventuels problèmes de santé.

De plus, pour beaucoup, le médecin peut attendre contrairement aux patients. Ainsi le stade de sévérité de la maladie lors de la consultation est plus élevé chez le médecin, entraînant la découverte de pathologies à un stade plus avancé, limitant alors les possibilités thérapeutiques. Dans certains cas, l'alerte était donnée par l'entourage personnel ou professionnel.

Depuis le dispositif « médecin traitant » instauré en 2004, les médecins sont autorisés à s'auto déclarer en tant que médecin traitant. Cela implique de gérer sa santé en toute autonomie et facilite les risques que cela peut engendrer (7). En France en 2023, 8 généralistes sur 10 étaient leur propre médecin traitant (6). Beaucoup y voient la facilité et l'accessibilité mais admettent aisément que la prise en charge n'est pas optimale par manque d'objectivité.

Selon une étude réalisée en 2019 par V. Doizy, à propos de la participation aux examens de dépistage (notamment concernant le cancer colorectal, le cancer du sein et le cancer du col de l'utérus), les médecins généralistes avaient un taux de participation supérieur à la population générale (8). Pour autant, il n'est pas à 100%. La plupart des médecins généralistes sont persuadés de l'intérêt de ces actes de prévention et mettent un point d'honneur à respecter le schéma recommandé des dépistages. Néanmoins, dans cette étude, certains médecins sont réticents à faire leurs examens de prévention. Les freins exprimés sont le manque de temps, de motivation et même de pudeur parfois. La vaccination semble présenter moins de difficultés.

Le médecin généraliste libéral a peu de ressources autour de lui lorsqu'il rencontre des difficultés psychiques. L'enquête du CNOM de 2018 relève que près de la moitié de médecins généralistes déclarent des niveaux de stress élevés et un quart d'entre eux montrent des signes d'épuisement professionnel. Certains évoquent même le projet d'une reconversion (9). Il est intéressant de noter qu'en France, dès lors que nous sommes déclarés en tant que médecin traitant nous sommes autorisés à nous faire un propre arrêt de travail. Il faut tout de même savoir que la CPAM effectuera des contrôles plus rapprochés car il y aura une présomption de fraude.

Pour autant, cette enquête retrouve une incidence des pathologies psychiques (dépression, anxiété, psychose) chez les médecins généralistes français similaire à celle de la population générale. Par contre, le risque suicidaire est nettement majoré par rapport à celui de la population française. En effet, dans une étude réalisée en 2003 par le Dr Léopold Yves, les médecins avaient un risque suicidaire 2,3 fois supérieur aux autres professions (10).

## 2. Les barrières exprimées à une santé de qualité

Il est difficile pour les médecins généralistes d'accepter avoir besoin de soins. Plusieurs raisons sont identifiées à cela.

Tout d'abord, il existe les contraintes financières et d'emploi du temps. Les charges tomberont que le médecin soit en bonne santé ou non. Ainsi que la pression induite par la charge de travail et l'accumulation des demandes de consultations. Par exemple, les arrêts de travail chez les médecins généralistes sont très peu fréquents ou les plus courts possibles pour être le plus rapidement efficient. Dans l'enquête de l'IFOP parue en 2019, 81% des médecins interrogés ont déclaré avoir déjà renoncé à un arrêt de travail et seulement 30% des médecins se sont déjà arrêtés de travailler, alors que leur état de santé le nécessitait (3).

Ensuite, il existe les difficultés ressenties à consulter un confrère par peur de rupture du secret médical ou le sentiment d'être placé dans une posture inférieure avec une éventuelle stigmatisation. Une étude qualitative réalisée en 2014 a révélé que les motifs de consultations pour lesquels les médecins sont les plus réticents sont les IST, les troubles de la sexualité, les problèmes d'ordre gynécologique, la toxicomanie, la douleur chronique et enfin les troubles de la santé morale (11).

Enfin, le mode de sélection ainsi que la rigidité liée aux études de médecine autorisent peu le questionnement et vouloir se préserver pourrait être mal perçu par des collègues. Il pourrait exister un sentiment de honte et la volonté de minimiser ses problèmes en pensant qu'il n'est pas nécessaire de les « déranger » pour cela. Il peut aussi exister une peur du regard des autres en cas d'ébruitement de leur pathologie avec un potentiel retentissement sur leur carrière professionnelle (12).

## 3. Le contexte socio-économique

Dans une étude de la DREES de 2019 portant sur 3300 médecins généralistes, deux tiers d'entre eux déclaraient avoir un temps de travail hebdomadaire moyen de 54 heures. En 2021, la durée de travail moyenne hebdomadaire dans la population générale est de 36,9 heures, soit en moyenne 17h de moins qu'un médecin généraliste (13).

Actuellement, les habitudes des consommateurs de soins ont changé et dans un monde où tout doit être accessible le plus rapidement possible, la santé n'y échappe pas. Le contexte de vie plus urbaine et l'accès aux structures hospitalières rend la demande de soins toujours plus pressante.

La consommation des urgences rapportée aux nombres d'habitants en France ne fait qu'augmenter depuis 20 ans (14).

Selon un rapport de la commission des affaires sociales du Sénat, publié en 2017, l'augmentation de la fréquentation des urgences s'expliquerait tout d'abord par le vieillissement de la population avec l'espérance de vie croissante.

Par ailleurs, les patients consultent beaucoup plus rapidement et pour des motifs mineurs.

Ensuite, le recul de la médecine générale avec des changements de fonctionnement, la diminution du temps de travail et également la baisse de la démographie médicale rendent les consultations d'urgence moins accessibles. Il paraîtrait de surcroît, que le coût de la consultation soit un frein à la consultation de ville.

Enfin, il semblerait que la demande de l'État à propos des séjours hospitaliers, qui doivent être de plus en plus courts suite à la mise en place en 2004 de la tarification à l'activité (T2A), favorise le retour au domicile précoce et le nombre de reconsultations en ville et de réentrées aux urgences lorsque des potentielles complications arrivent (15).

Effectivement, depuis plusieurs années, des changements de fonctionnement chez les médecins généralistes sont observés. Il semblerait que la génération appelée « baby-boomers » puis à minima la génération « X » aient ancré un mode d'activité avec une implication auprès de leur patientèle qui permettait d'avoir des consultations le soir tard et même en pleine nuit pour certains (16).

Il est vrai que des changements sociétaux se sont opérés ces dernières années avec une recherche constante de qualité de vie et de temps personnel. Cela peut amener à quelques désaccords entre les médecins de générations différentes mais également à l'attente des patients par rapport à leur médecin (17).

Dans notre étude, nous remarquons néanmoins que la plus jeune génération de médecins diplômés, appelée « Millennials » semble plus attentive à sa santé et éprouve moins de difficultés à être suivie par un médecin extérieur.

Cette évolution semble déjà être une voie d'amélioration pour l'avenir et la santé des médecins.

#### 4. Les solutions déjà en place

Certains se sont penchés sur la question de la santé des médecins.

L'Association Européenne pour la Santé du Médecin (**EAPH**) a été créée en 2008 afin d'organiser un réseau d'associations et de personnes concernées par la santé des médecins. L'EAPH s'est donné pour objectif de renforcer l'accompagnement des médecins en difficulté en Europe au travers des initiatives suivantes :

- partager les expériences et les bonnes pratiques concernant la prise en charge des médecins par leur pairs ;
- encourager le développement de services de santé destinés aux médecins ;
- favoriser la recherche sur la santé et le bien-être des médecins (9).

En France, la recherche d'une meilleure qualité de vie au travail, a été mise en avant en 2017 suite à un plan d'amélioration établi pour tous les médecins généralistes et spécialistes dont plusieurs organismes intervenaient : l'HAS, l'ANACT, le DGOS, l'Assurance Maladie, l'ARS, et le Ministère de l'intérieur. Cette stratégie s'intitule « **Prendre soin de ceux qui nous soignent** » et avait pour but de favoriser les relations sociales professionnelles, l'organisation au travail et la conciliation entre vie professionnelle et personnelle (18).

En 2017, la campagne de prévention appelée « **Dis doc, t'as ton doc ?** » initiée par le Ministère de la Santé avait pour objectif de prendre soin des soignants et tenter de limiter l'auto diagnostic et l'auto prescription (4).

Par ailleurs, plusieurs **centres d'appels téléphoniques** ont été mis en place.

C'est d'abord l'**Ordre National des Médecins** qui a ouvert un service d'écoute et d'assistance, joignable en continu et gratuitement. Il promet à tout médecin et à tout interne d'être mis en relation avec un confrère : médecin, psychologue ou autre interlocuteur formé pour évoquer une difficulté financière, administrative, juridique ou autre (19).

Puis, le **CNOM** a ouvert un partenariat avec l'**AAPMS** pour la mise en place d'un numéro unique d'appel, géré par l'AAPMS afin d'aider les médecins en difficulté. Il a pour but de « renforcer l'écoute et l'assistance des médecins et internes en souffrance ». Il est également possible de remplir un formulaire de discussion en ligne pour dialoguer par écrit (20).

La **loi de financement de la Sécurité sociale de 2021** a facilité la mise en place des indemnités journalière versée par la CPAM dès le 4<sup>e</sup> jour d'arrêt. Auparavant, la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF) indemnisait qu'à partir du 91<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail, ce qui n'encourageait pas les médecins à prendre un arrêt lorsqu'ils le nécessitaient (21).

Une charte entre le CNOM et certains établissements de soins a permis la mise en place d'unités de soins psycho-sociaux (**USPS**) dans plusieurs régions de France. Elles permettent d'accueillir les médecins en souffrance psychologique ou physique (22).

Ensuite, diverses associations régionales ont été créées.

Par exemple, l'association **MOTS** « Médecin – Organisation – Travail – Santé » a été créée en 2010 à Toulouse par des médecins et pour des professionnels de santé afin d'aider à la prise en charge de l'épuisement personnel et professionnel ainsi qu'à mener des actions de prévention. Le recours à l'association est gratuit et promet la confidentialité.

Les motifs d'appels les plus fréquents sont l'épuisement professionnel, le risque suicidaire, les addictions, les difficultés financières, les risques de plaintes, et les reconversions professionnelles évoquées par près d'un quart des médecins (23).

Aussi, en 2016, l'association **Med'aide** a vu le jour grâce à l'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé) des médecins libéraux de la région PACA. C'est un dispositif d'entraide pour les médecins libéraux, afin de prévenir l'épuisement professionnel par des actions de terrain et sensibiliser à devenir ce qu'ils appellent des « guetteurs-veilleurs ». C'est-à-dire des professionnels de santé attentifs et à l'écoute des potentielles difficultés au travail de leur entourage professionnel.

Elle dispose d'une hotline téléphonique et propose des réunions d'informations et de sensibilisation pour faire connaître ce dispositif dans toute la région. Elle intervient lors de congrès, de réunions d'associations, dans les CPTS, les MSP ou les ESP (24).

De même que l'association **SPS** « soins aux professionnels de la santé » qui a été créée en 2015, initialement pour l'Île de France. Elle est sensibilisée au bien-être des professionnels de santé et s'est progressivement déployée dans toute la France. L'association réalise des enquêtes et met en œuvre des actions pour améliorer la qualité de vie des professionnels de santé qu'ils soient libéraux ou salariés et les étudiants des différentes filières (25).

Elle a pour but de venir en aide aux professionnels de santé avec un parcours d'accompagnement psychologique. Il existe un numéro vert, gratuit et anonyme qui permet de parler à un psychologue. Le SPS a créé le réseau national du risque psycho-social, formé de psychologues, médecins généralistes et psychiatres et propose également des consultations physiques avec ces derniers. De plus, une hospitalisation dans une unité dédiée peut être proposée aux professionnels de santé en idées suicidaires imminentes.

Le SPS organise également des formations, des groupes de paroles et a inventé le premier lieu dédié à tous les professionnels de la santé et aux étudiants pour se soigner et améliorer leur bien-être. Il est situé à Paris et il propose un dispositif d'écoute et de soutien psychologique. Ce dispositif s'appelle la « maison des soignants » (26).

Un colloque national annuel est également organisé pour discuter des différentes problématiques autour de la santé des soignants.

Par ailleurs, en Normandie, une association indépendante appelée **Imhotep** a été créée en 2010 et son adhésion était basée sur le volontariat. Elle avait pour vocation la médecine préventive des médecins en garantissant l'anonymat et la confidentialité.

Elle proposait une évaluation des facteurs de risque personnels et professionnels, le dépistage et la surveillance périodique de la santé, l'aide à l'orientation diagnostique et thérapeutique, le soutien psychologique ou encore des conseils et avis dans les techniques de prévention.

Après une participation limitée des médecins généralistes de la région et un manque de moyens financiers, son activité est maintenant suspendue (27).

D'autre part, l'Assurance Maladie propose un examen de prévention en santé (**EPS**), tous les 5 ans, qui s'adresse aux personnes de plus 16 ans et qui sont assurées au régime général. L'examen est pris en charge à 100 %, sans avance de frais. Il est destiné en priorité aux personnes éloignées du système de santé qui ne bénéficient pas d'un suivi médical régulier, ni de dispositif d'offre de prévention organisée. Mais il n'est pas particulièrement orienté pour les professionnels de santé (28).

Par extension, comme une sorte de *benchmark*, on peut se poser la question de la façon dont cela se passe dans d'autres pays.

**En Angleterre**, les médecins généralistes ne sont pas autorisés à être leur propre médecin traitant. L'auto-prescription est tolérée mais le médecin doit justifier ses ordonnances, consigner sa prescription dans un dossier médical et en informer son médecin traitant.

Les médecins généralistes doivent passer par un processus de revalidation tous les 5 ans avec un examen de santé afin de s'assurer de leur aptitude à exercer. Cette revalidation est supervisée par le *General Medical Council* (29).

La *British Medical Association* (BMA) a créé des lieux consacrés au bien-être des professionnels de santé. De plus, une organisation appelée le « *Sick Doctor's Trust* » est un centre d'appels téléphoniques proposant de l'aide aux médecins en situation de dépendance (9).

**En Espagne**, il existe le programme d'attention intégrale au médecin malade (PAIMM) créé en 1998, qui est actuellement une référence en Europe. Les prises en charge sont majoritairement d'ordre psychologiques, et orientées vers les addictions. Le code de déontologie stipule que tout médecin constatant une défaillance en lien avec l'état de santé d'un confrère pouvant constituer un risque à la sécurité des patients, doit lui conseiller de contacter le programme. Ils proposent également une unité de soins anonymes réservée aux soignants (9).

**En Belgique**, il existe depuis 2016 une plateforme d'aide, appelée « *médecinsendifficulté.be* » qui est un organisme d'aide, indépendant à tous les médecins et leur environnement visant à la fois à la prévention et à l'encadrement des soins (30).

Dans **certains états des États-Unis**, comme en Floride, l'automédication des médecins généralistes, est considérée comme illégale. La pharmacie peut refuser la délivrance de médicaments auto prescrits ou prescrits par un membre de la famille. Selon la loi, il ne s'agit pas d'une relation médecin-patient valide et cette pratique est donc interdite (9).

De plus, certains états demandent au médecin de passer des examens médicaux pour le maintien de leur licence d'exercice ou leur accréditation hospitalière (31).

**Au Québec**, il existe depuis 1990 un programme d'aide aux médecins, appelé la PAMQ, qui offre aux médecins, diplômés ou non, une aide gratuite s'ils sont dans une situation qui pourrait nuire à leur état de santé psychologique ou globale. Ils proposent de discuter avec des médecins conseils, d'aider à trouver des solutions et de contribuer à la mise en place d'actions de prévention dans des structures de regroupement de médecins (9,32).

En **Australie**, les médecins doivent déclarer les antécédents qui pourraient affecter leur capacité à pratiquer à l'*Ahpra*, qui est l'agence australienne de réglementation des praticiens de la santé et qui travaille avec les conseils d'administration. Des examens de santé peuvent être exigés pour évaluer leur aptitude à travailler. De plus, l'entourage d'un professionnel de santé peut faire part d'une préoccupation en rapport avec la santé du soignant qui impliquerait une difficulté à exercer correctement (33).

## 5. Les perspectives de changement

La consultation proposée dans le questionnaire de l'étude pourrait être applicable aux médecins généralistes français. Nous n'avons pas de médecine du travail en France lorsque nous exerçons en profession libérale. Il pourrait être intéressant de proposer, par la CPAM ou l'ARS par exemple, une consultation avec un médecin extérieur qui aurait une vue globale des pathologies tant sur le plan somatique que psychique. Cela semble être le rôle d'un médecin du travail mais plusieurs des médecins interrogés préféreraient que cela soit fait par un médecin généraliste.

La question de rendre cela obligatoire fait débat. Pour certains qui se disent en bonne santé, ils seraient prêts à le faire pour ceux en moins bonne condition médicale.

Il est mis en valeur dans cette étude la difficulté de soigner un médecin. La plupart des interrogés considèrent qu'il faudrait trouver des médecins formés à soigner des professionnels de santé et il serait souhaitable que cette personne n'appartienne pas à nos connaissances afin de mener la consultation sans trop de proximité.

Les différentes lois dans les pays voisins permettent de réfléchir à des pistes d'amélioration. La législation française devrait-elle se durcir par rapport à l'auto diagnostic et l'auto prescription ? Devrions-nous continuer à être notre propre médecin traitant ? Des modifications en ce sens pourraient être mal perçues par les médecins généralistes français mais ils reconnaissent volontiers que cela permettrait une prise en charge plus objective.

Il pourrait être intéressant de sensibiliser les médecins généralistes qui pratiquent l'auto soin à se créer un propre dossier médical sur leur logiciel habituel. Ils pourraient le compléter et avoir une certaine « vue d'ensemble » de leurs pathologies et de l'éventuel suivi nécessaire.

Comme décrit précédemment, des programmes d'aide aux médecins en difficultés existent. Ils sont surtout orientés vers les maladies psychiques pour lesquelles un soutien extérieur est primordial.

Un médecin interrogé dans cette étude proposait l'idée d'une campagne, envoyée par email, par la sécurité sociale par exemple afin d'inciter les médecins généralistes à se référer à un autre médecin. Cela n'aurait pas d'impact sur les médecins qui sont satisfaits de l'auto soins mais cela pourrait rappeler à certains qu'il ne faut pas hésiter à s'orienter vers un confrère.

Ou encore, un guide d'auto entretien pourrait être envoyé par courriel également. Il pourrait s'agir de questions assez larges permettant de prendre du recul sur son état de santé. De réfléchir à son état de bien-être au travail et dans sa vie personnelle ou repérer des risques médico psychologiques et d'épuisement professionnel. Pour certains, cela pourrait être une prise de conscience et inciter au changement.

Autrement, un bilan médical avec une consultation par un médecin du travail pourrait être demandé afin de valider son DPC tous les 3 ans.

L'accréditation par la Haute Autorité de Santé (HAS) est demandée pour certaines spécialités considérées à risque. Elle a plusieurs buts, dont en petite partie, de préserver la santé des professionnels car selon l'HAS, elle favoriserait la qualité des soins et la capacité à mettre en œuvre une relation thérapeutique de qualité (34).

Cela pourrait être intéressant d'organiser ce bilan à cette occasion et d'étendre une sorte d'accréditation concernant l'aptitude à exercer en tant que médecin généraliste.

Enfin, une formation complémentaire de type DIU a été créée en 2015 et s'intitule « Soigner les soignants ». A l'initiative des professeurs Éric Galam et Jean-Marc Soulat dans les facultés de médecine Paris Diderot et Toulouse Rangueil, elle est ouverte à tous les médecins et autres soignants souhaitant s'impliquer de manière individuelle ou collective dans la prise en charge des professionnels de santé. Cet enseignement a pour but de faire connaître les particularités de la santé des médecins, notamment celles en lien avec la pratique de l'exercice médical au quotidien. Il pourrait être intéressant de développer cet enseignement pour les jeunes générations d'étudiants en médecine afin de former des soignants de soignants et sensibiliser les médecins à consulter librement ses confrères (35).

## V. CONCLUSION

Cette étude qualitative menée auprès d'un échantillon de médecins généralistes des Hauts-de-France aux profils variés avait dans un premier temps pour but, d'analyser la façon qu'ils ont de gérer leur propre santé, et dans un deuxième temps, de réfléchir à des perspectives de changements pour préserver cette santé.

Le médecin généraliste est un patient différent des autres. En effet, le manque de temps et la dévotion pour son métier implique un engagement personnel fort dans son travail.

C'est le paradoxe du médecin : la santé est au cœur de ses préoccupations mais nettement plus celle de ses patients que la sienne.

Cette étude met en avant les particularités du fonctionnement des médecins généralistes vis-à-vis de leur santé, notamment concernant l'auto prescription et l'auto diagnostic qui sont largement utilisés et considérés comme bien pratiques.

Certains se demandent ce qu'un médecin extérieur pourrait leur apporter de plus puisqu'ils ont la même formation et les mêmes connaissances théoriquement. Ils savent faire mais lorsqu'il faut agir pour soit, la subjectivité ne suffit pas.

Est-ce parce que les médecins généralistes ont des connaissances transversales dans le domaine médical qu'ils s'autorisent autant l'auto soin ? Il serait intéressant de réaliser la même étude chez différents médecins spécialistes.

Il semblerait que l'auto prescription soit acceptable en cas d'urgence ou de symptômes bénins mais elle apparaît dangereuse dans certains cadres de prescription comme avec les médicaments psychotropes.

Un sentiment récurrent dans cette étude est celui de toute puissance, l'impression que la maladie n'atteint pas ou si un symptôme apparaît, il est rapidement minimisé la plupart du temps.

C'est pourquoi le médecin malade arrive souvent à un stade plus avancé de la maladie comparativement à la population générale.

Il est important de rappeler que c'est une profession à risque de surmenage et de burn out et les difficultés d'ordre psychologique ne peuvent s'auto évaluer.

Pour les médecins, faire appel à quelqu'un d'extérieur pour des pathologies psychiques ou organiques ne devrait pas être tabou. Néanmoins, certaines difficultés sont identifiées à cela, notamment la peur du jugement et de la divulgation d'informations sur son état de santé.

Cependant, certains sont tout de même amenés à consulter des médecins extérieurs, en particulier pour le suivi de pathologies chroniques ou pour la prescription d'examen complémentaires.

Les médecins interrogés admettent volontiers qu'ils ne sont pas des patients faciles à soigner. Il pourrait être intéressant de réaliser une étude sur la singularité du médecin en tant que patient du point de vue des médecins soignants et des médecins soignés.

Ce travail avait également pour but de réfléchir aux potentielles options de changements. Visiblement, le sujet est en cours de réflexion depuis quelques années et plusieurs organismes privés et publics se sont mobilisés : des associations, des lignes téléphoniques, des campagnes de prévention etc. Je ne connaissais pas toutes ces possibilités. Au cours de cette étude, il aurait pu être intéressant de chercher à savoir si les médecins en avaient connaissance et s'ils avaient déjà eu recours à ce genre de structures.

Donc, afin de préserver l'état de santé des médecins généralistes, entre autres, il est important d'avoir connaissance des limites de l'auto soin en tant que médecin et de ne pas hésiter à faire appel à un professionnel de santé extérieur si besoin.

## VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Leriche B, et al. Le Médecin Malade. Rapport de la Commission Nationale Permanente du Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2008. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/lemedecinmalade.pdf>
2. Démographie des professionnels de santé en France au 1<sup>er</sup> janvier 2023 [Internet]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse-jeux-de-donnees/demographie-des-professionnels-de-sante-au-1er-janvier-2023>
3. Sondage de l'IFOP en partenariat avec la Mutuelle du médecin « les médecins et leur santé » [Internet]. 2019. Disponible sur : <https://www.ifop.com/publication/les-medecins-et-leur-sante/>
4. « Dis doc, t'as ton doc ? Une campagne pour prendre soin de ceux qui soignent » [Internet]. 2017. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-breves/article/dis-doc-t-as-ton-doc-une-campagne-pour-prendre-soin-de-ceux-qui-soignent>
5. Étude de la DRESS « Causes des problèmes de santé, accès aux soins et assurance maladie : l'opinion des Français selon leur état de santé » [Internet]. 2021. Disponible sur : [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/er\\_1181.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/er_1181.pdf)
6. Étude de la DRESS « Santé physique et psychique des médecins généralistes » [Internet]. 2010. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er731.pdf>
7. Texte de loi relatif au dispositif médecin traitant. [Internet]. 2004. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000625158/>
8. La santé des médecins généralistes des départements du Calvados, de la Manche et de l'Orne : évaluation de leur participation aux campagnes de dépistage organisé des cancers du sein et du colon et au dépistage individuel du cancer du col de l'utérus. Valérian DOIZY. Thèse d'exercice. Mai 2019 [Internet]. [cité 12 août 2024]. p68-71. Disponible sur : [https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02316478v1/file/DOIZY\\_Valerian.pdf](https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02316478v1/file/DOIZY_Valerian.pdf)
9. Rapport du CNOM par Bouet DP. « La santé des médecins : un enjeu majeur de santé publique. Du diagnostic aux propositions » [Internet]. 2018. Disponible sur : [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/cnom-sante\\_medecins-2017.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/cnom-sante_medecins-2017.pdf)

10. LÉOPOLD Y. « Les chiffres du suicide chez les médecins ». Rapport au Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2003.
11. George S, Hanson J, Jackson JL. Physician, heal thyself: a qualitative study of physician health behaviors. Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry. 2014;38(1):19-25.
12. Doppia MA, Torrielli R, Mion G, Bonnet F. Les associations de prise en charge des médecins en difficulté professionnelle. [Internet]. 2011. Disponible sur : [https://sfar.org/wp-content/uploads/2020/05/associations\\_prise\\_en\\_charge.pdf](https://sfar.org/wp-content/uploads/2020/05/associations_prise_en_charge.pdf)
13. Étude de la DREES « Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine » [Internet]. 2010. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/deux-tiers-des-medecins-generalistes-liberaux-declarent-travailler>
14. Étude de la DRESS « Éclairer la situation des services des urgences » [Internet]. 2024. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/actualites-evenements/eclairer-la-situation-des-servicesdesurgences#:~:text=D'autres%20donn%C3%A9es%20sur%20l'activit%C3%A9%20des%20urgences&text=La%20SAE%20montre%20la%20forte,service%20de%20sant%C3%A9%20des%20arm%C3%A9es>
15. Rapport de la commission des affaires sociales du Sénat [Internet]. 2017. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685.html>
16. Pierru F. Existe-t-il une « génération Y » de professionnels de santé ? [Internet]. 2015. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-empan-2015-3-page-38.htm&wt.src=pdf>
17. Aubu J. Différences intergénérationnelles au-delà des X et des Y [Internet]. 2011. Disponible sur : <https://lemedecinduquebec.org/Media/111863/057-061DrAubut0411.pdf>
18. Prenons soin de ceux qui soignent [Internet]. Fondation des Hôpitaux. 2021. Disponible sur : <https://www.fondationhopitaux.fr/prenons-soin-de-ceux-qui-soignent/>
19. Entraide : un nouveau numéro unique d'écoute [Internet]. 2019. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/entraide-numero-decoute>

20. 0826 000 401, numéro d'appel pour les médecins en souffrance [Internet]. 2018. Disponible sur : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/hopital/conditions-de-travail/0826-000-401-numero-dappel-pour-les-medecins-en-souffrance>
21. Loi de financement de la Sécurité sociale en 2021 [Internet]. Disponible sur : <https://circulaires.ameli.fr/sites/default/files/directives/cir/2021/CIR-16-2021.PDF>
22. Plaquette d'informations « Unité de Soins Pour les Soignants » de Polyclinique Saint-Laurent [Internet]. Disponible sur : <https://stlaurent.hstv.fr/wp-content/uploads/2023/04/plaquette-usps- -pl-psy072.pdf>
23. Association M.O.T.S. [Internet]. Disponible sur : <http://www.associationmots.org/>
24. Association Med'aide [Internet]. Disponible sur : <https://medaide.urps-ml-paca.org/interurps/>
25. Association SPS [Internet]. Disponible sur : <https://www.asso-sps.fr/>
26. La maison des soignants [Internet]. Disponible sur : <https://www.maison-des-soignants.fr/>
27. Association IMHOTEP [Internet]. Disponible sur : <http://imhotepn.blogspot.fr>
28. Assurance Maladie. L'examen de prévention en santé [Internet]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/assurance-maladie/prevention-depistages/examen-prevention-sante>
29. Processus de revalidation par le GMC. [Internet]. Disponible sur : <https://www.gmc-uk.org/registration-and-licensing/managing-your-registration/information-for-doctors-on-the-register/revalidation>
30. Médecins en difficulté [Internet]. Arts in nood. Disponible sur : <https://www.medecinsendifficulte.be/>
31. Lilly E. The legality and ethics of self-prescribing. Drugs Ther. 2006. [Internet]. Disponible sur : <https://ufhealth.org/assets/media/Professionals-Bulletins/0706-drugs-therapy-bulletin.pdf>

32. Programme d'Aide Aux Médecins du Québec [Internet]. Disponible sur : <http://www.pamq.org/>
33. Ahpra & National Boards [Internet]. Disponible sur : <https://www.ahpra.gov.au/>
34. L'accréditation des médecins et des équipes médicales [Internet]. 2023. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/fiche\\_pedagogique\\_accréditation\\_medecin\\_equipe\\_medicales\\_certification.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/fiche_pedagogique_accréditation_medecin_equipe_medicales_certification.pdf)
35. DIU « Soigner les soignants » [Internet]. Disponible sur : [http://diu-soignerlessoignants.fr/?page\\_id=54772](http://diu-soignerlessoignants.fr/?page_id=54772)

## VII. ANNEXES

### Annexe 1 : le questionnaire de l'étude

#### Présentation de l'étude :

Actuellement interne en médecine générale à la fac de Lille, je réalise une thèse qui s'intéresse à la façon qu'ont les médecins généralistes libéraux des Haut-de France de gérer leur propre santé.

Après votre accord, je vais vous poser quelques questions. Sachez que vous n'êtes pas dans l'obligation d'y répondre et que cet entretien sera retranscrit de façon anonyme.

L'enregistrement est réalisé par un dictaphone.

Si vous le souhaitez, la retranscription sous la forme d'un verbatim vous sera envoyée et des modifications de votre part pourront être effectuées.

#### Données de l'échantillon :

- Quel âge avez-vous ?
  
- Vous êtes :
  - Un homme
  - Une femme
- Quel est votre type de lieu d'exercice ?
  - Rural
  - Semi-rural
  - Urbain
- Êtes-vous suivi pour au moins une pathologie chronique ?
  - OUI
  - NON
- Consommez-vous du tabac ?
  - OUI
  - NON
- Consommez-vous de l'alcool ?
  - Jamais
  - Occasionnellement
  - Régulièrement
- Pratiquez-vous du sport au moins une fois par semaine ?
  - OUI
  - NON

**Questionnaire :**

1. Pouvez-vous m'expliquer dans quel cadre vous avez consulté un médecin généraliste ou spécialiste la dernière fois ?
2. Avez-vous un médecin traitant déclaré ? Si oui, sur quels critères l'avez-vous choisi ? Si non, pourquoi ?
3. Quelle attitude avez-vous avec l'autodiagnostic et l'auto prescription ?
4. Selon vous, quelles en sont les limites ?
5. Quel est votre parcours de soin en matière de vaccinations et de dépistages recommandés ?
6. Avez-vous déjà été confronté à une expérience psychologiquement difficile en rapport ou non avec la profession ? Si oui, comment avez-vous géré la situation ?
7. Si vous êtes amené à devoir consulter un spécialiste, comment procédez-vous ? Et comment le choisissez-vous ?
8. Quelles différences existe-t-il entre le soin que vous accordez à votre prise en charge et celle que vous accordez à vos patients ?
9. Comment évaluez-vous la qualité globale de votre prise en charge médicale ?
10. Que penseriez-vous d'une consultation annuelle obligatoire par un médecin extérieur (généraliste ou médecin du travail par exemple) pour les médecins généralistes libéraux ?
11. Avez-vous des idées qui permettraient d'améliorer votre santé ?

## Annexe 2 : les critères COREQ

Élément de la déclaration	Numéro	Description
Titre/Résumé		
Titre	1	Donner un titre qui comprend le terme « qualitatif », la population, la condition, le lieu et le moment.
Résumé	2	Utiliser un format structuré pour le résumé avec les en-têtes de section suivants : contexte, objectif, méthodologie, résultats et conclusion.
Introduction		
Présentation du sujet	3	Présenter le sujet de l'étude et expliquer pourquoi il est important.
Revue documentaire	4	Fournir un résumé de la littérature sur le sujet et repérer toute lacune existante. Justification de l'étude
Justification de l'étude	5	Préciser la justification pour l'étude. La justification pour l'utilisation de méthodes qualitatives peut être précisée ici ou dans la section Méthodologie.
Objectif	6	Décrire clairement l'objectif de l'étude. Approbation éthique
Approbation éthique	7	Préciser ici ou dans la section Méthodologie si un examen du comité d'éthique s'imposait et, le cas échéant, où s'est fait l'examen et où a été obtenue l'approbation.
Méthodologie		
Milieu	8	Décrire l'environnement de l'étude et la nature de la relation entre le chercheur et les participants à l'étude (le cas échéant).
Approche	9	Préciser les méthodes qualitatives retenues (par exemple des entretiens, une observation participante, etc.), toute base théorique qui pourrait s'appliquer (par exemple, la théorie ancrée dans la pratique) et la justification de ces choix.
Populations	10	Décrire les groupes parmi lesquels des individus étaient invités à participer à l'étude.
Échantillonnage	11	Préciser la stratégie d'échantillonnage retenue pour l'étude (par exemple un échantillonnage théorique ou encore une méthode en boule de neige).
Collecte de données	12	Décrire comment les outils de collecte de données ont été élaborés (par exemple grâce à des essais pilotes des guides d'entrevue) et comment les données ont été enregistrées (par exemple de façon audio, audiovisuelle ou dans un journal de terrain).
Analyse	13	Préciser comment les données ont été gérées et analysées, y compris l'utilisation de tout système logiciel, et sur quelles bases ont été établies la crédibilité et la transférabilité de l'information (par exemple par un retour aux participants, une fiabilité interobservateur ou une triangulation).

Synthèse	14	Décrire comment les résultats ont été synthétisés (par exemple, quels principes et quels choix ont orienté la reconnaissance de tendances et la définition de catégorie ? Comment les thèmes majeurs et mineurs ont-ils été élaborés ?).
<b>Observations</b>		
Échantillon	15	Préciser la taille totale de l'échantillon et le taux de non-participation.
Population, moment et lieu	16	Remettre les résultats en contexte, c'est-à-dire en donnant suffisamment de détails sur les circonstances et le contexte pour donner une idée de la population, du moment et du lieu (par exemple par un usage approprié des citations).
Comparaisons	17	Présenter une analyse qui est crédible et convaincante (à savoir que les thèmes découlent logiquement des résultats ; les relations entre les données, les modèles théoriques et les perspectives sont décrites ; les interprétations sont perspicaces, etc.).
Analyse	18	Explorer les résultats corroborants (par exemple, par triangulation) et tenir compte des opinions contradictoires ou divergentes (par exemple, les cas négatifs).
Synthèse	19	Présenter les résultats d'une façon qui permette de répondre clairement à la, ou aux, question(s) de recherche.
<b>Discussion</b>		
Résumé des principales conclusions	20	Résumer les principales conclusions et préciser en quoi les résultats sont pertinents en regard des objectifs de l'étude.
Forces et faiblesses	21	Préciser les forces et les faiblesses de l'étude et examiner les explications alternatives possibles des résultats lorsqu'ils s'y prêtent.
Transférabilité	22	Explorer les répercussions de l'étude au vu du potentiel d'application ou de transfert des résultats.
Prochaines étapes	23	Proposer d'autres étapes ou domaines de recherche à explorer.
Conclusion	24	Veiller à ce que la conclusion comprenne les données et l'analyse et qu'elle réponde à l'objectif de l'étude.

### Annexe 3 : le serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

**AUTEUR(E) : Nom : Dalle**

**Prénom : Inès**

**Date de soutenance : 11 octobre 2024**

**Titre de la thèse : Comment les médecins généralistes gèrent-ils leur propre santé ?**

**Thèse - Médecine - Lille 2024**

**Cadre de classement : Thèse de médecine générale**

**DES + FST/option : Médecine générale**

**Mots-clés : auto-soin, médecin-patient, autodiagnostic, auto-médicamentation, santé mentale**

**Résumé :**

**Introduction :** La santé est au cœur des préoccupations du médecin généraliste mais il consacre peu de temps à la sienne. En France, le médecin généraliste est autorisé à être son propre médecin traitant, ce qui facilite l'auto diagnostic et l'auto prescription.

Lorsque des soins sont nécessaires, le médecin généraliste a les compétences théoriques nécessaires pour s'auto prendre en charge mais a-t-il l'objectivité de le faire ?

**Matériel et méthode :** Nous avons réalisé une étude qualitative descriptive transversale auprès de 14 médecins généralistes des Hauts-de-France à l'aide d'un questionnaire. Les entretiens ont été menés soit par téléphone soit en présentiel, dans le Nord Pas-de-Calais et la Picardie. La suffisance des données a été obtenue après analyse de 12 entretiens, codés et triangulés à l'aide du logiciel Taguette®.

**Résultats :** Dans notre étude, l'auto soin paraît acceptable car la plupart des médecins interrogés se disent en bonne santé. Néanmoins, gérer sa santé en toute autonomie implique un retard de prise en charge des pathologies. Il est courant d'observer une minimisation des symptômes ou à l'inverse une surinterprétation de ceux-ci. De plus, il existe une appréhension à consulter un médecin extérieur par peur de le déranger, du jugement ou de la rupture du secret médical.

L'automédication est largement utilisée mais elle apparaît dangereuse dans certains cadres de prescription, en particulier avec les médicaments psychotropes.

La profession du médecin généraliste libéral répond à un mode d'exercice plutôt solitaire et si des difficultés sont rencontrées, il a peu de ressources autour de lui. Il semble essentiel d'avoir un entourage professionnel et personnel solide. Cependant, il est parfois nécessaire pour les médecins de consulter des confrères psychologues ou psychiatres car les difficultés psychiques sont d'autant plus délicates à gérer seul.

**Conclusion :** Loin d'être des patients modèles, les médecins admettent facilement que leur prise en charge est différente de celle qu'ils proposeraient à leurs patients. Il existe un réel manque d'objectivité dans l'auto soin et faire appel à un professionnel de santé extérieur ne devrait pas être tabou. Aider les médecins en difficulté fait partie des préoccupations des dernières décennies. En effet, plusieurs organismes privés et publics ont vu le jour dans le but d'apporter un soutien aux médecins généralistes tant sur le plan psychique qu'organique.

**Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS**

**Assesseur : Madame le Docteur Florence BONCZAK**

**Directeur de thèse : Madame le Docteur Isabelle BODEIN**