



HAL
open science

Impacts et limites de l'auto-prise en charge médicale des médecins généralistes : étude qualitative dans les Bouches-du-Rhône

Clémence Coquet

► To cite this version:

Clémence Coquet. Impacts et limites de l'auto-prise en charge médicale des médecins généralistes : étude qualitative dans les Bouches-du-Rhône. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01912814

HAL Id: dumas-01912814

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01912814v1>

Submitted on 5 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**Faculté
de Médecine**

Aix-Marseille Université

**Impacts et limites de l'auto-prise en charge médicale des médecins
généralistes : Étude qualitative dans les Bouches-du-Rhône.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 30 Novembre 2017

Par Madame Clémence COQUET

Née le 27 octobre 1987 à Fontaine-Les-Dijon (21)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale

Président

Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick

Assesseur

Madame le Docteur (MCU-PH) BERBIS Julie

Assesseur

Madame le Docteur MARTIN-SAVELLI Marie-Agnès

Directeur

Monsieur le Docteur BOULA Emile

Assesseur



**Faculté
de Médecine**

Aix-Marseille Université

**Impacts et limites de l'auto-prise en charge médicale des médecins
généralistes : Étude qualitative dans les Bouches-du-Rhône.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 30 Novembre 2017

Par Madame Clémence COQUET

Née le 27 octobre 1987 à Fontaine-Les-Dijon (21)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale

Président

Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick

Assesseur

Madame le Docteur (MCU-PH) BERBIS Julie

Assesseur

Madame le Docteur MARTIN-SAVELLI Marie-Agnès

Directeur

Monsieur le Docteur BOULA Emile

Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI

Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaire : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Responsable administratif :

- * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Marie-Thérèse ZAMMIT
- * Intérieur : Joëlle FAVREGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	GALLAIS Hervé
	ALDIGHERI René		GAMERRE Marc
	ALLIEZ Bernard		GARCIN Michel
	AQUARON Robert		GARNIER Jean-Marc
	ARGEME Maxime		GAUTHIER André
	ASSADOURIAN Robert		GERARD Raymond
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BAILLE Yves		GIUDICELLI Roger
	BARDOT Jacques		GIUDICELLI Sébastien
	BARDOT André		GOUDARD Alain
	BERARD Pierre		GOUIN François
	BERGOIN Maurice		GRISOLI François
	BERNARD Dominique		GROULIER Pierre
	BERNARD Jean-Louis		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BERNARD Pierre-Marie		HASSOUN Jacques
	BERTRAND Edmond		HEIM Marc
	BISSET Jean-Pierre		HOUEL Jean
	BLANC Bernard		HUGUET Jean-François
	BLANC Jean-Louis		JAQUET Philippe
	BOLLINI Gérard		JAMMES Yves
	BONGRAND Pierre		JOUVE Paulette
	BONNEAU Henri		JUHAN Claude
	BONNOIT Jean		JUIN Pierre
	BORY Michel		KAPHAN Gérard
	BOURGEADE Augustin		KASBARIAN Michel
	BOUVENOT Gilles		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BOUYALA Jean-Marie		LACHARD Jean
	BREMOND Georges		LAFFARGUE Pierre
	BRICOT René		LEVY Samuel
	BRUNET Christian		LOUCHET Edmond
	BUREAU Henri		LOUIS René
	CAMBOULIVES Jean		LUCIANI Jean-Marie
	CANNONI Maurice		MAGALON Guy
	CARTOUZOU Guy		MAGNAN Jacques
	CAU Pierre		MALLAN- MANCINI Josette
	CHAMLIAN Albert		MALMEJAC Claude
	CHARREL Michel		MATTEI Jean François
	CHOUX Maurice		MERCIER Claude
	CIANFARANI François		METGE Paul
	CLEMENT Robert		MICHOTÉY Georges
	COMBALBERT André		MILLET Yves
	CONTE-DEVOLX Bernard		MIRANDA François
	CORRIOL Jacques		MONFORT Gérard
	COULANGE Christian		MONGES André
	DALMAS Henri		MONGIN Maurice
	DE MICO Philippe		MONTIES Jean-Raoul
	DEVIN Robert		NAZARIAN Serge
	DEVRED Philippe		NICOLI René
	DJIANE Pierre		NOIRCLERC Michel
	DONNET Vincent		OLMER Michel
	DUCASSOU Jacques		OREHEK Jean
	DUFOUR Michel		PAPY Jean-Jacques
	DUMON Henri		PAULIN Raymond
	FARNARIER Georges		PELOUX Yves
	FAVRE Roger		PENAUD Antony

FIECHI Marius
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
MM POYEN Danièle
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETES Bernard
VIGOUROUX Robert
WEILLER Pierre-Jean
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les
Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les
Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les
Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-
Bretagne)

1976

MM. les
Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les
Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les
Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les
Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les
Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les
Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)

T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les
Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les
Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les
Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les
Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les
Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les
Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les
Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les
Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les
Professeurs

J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les
Professeurs

D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les
Professeurs

P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les
Professeurs

M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur
Sir

T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHARPIN Denis Surnombre	GORINCOUR Guillaume
ALBANESE Jacques	CHAUMOITRE Kathia	GRANEL/REY Brigitte
ALESSANDRINI Pierre Surnombre	CHAUVEL Patrick Surnombre	GRILLO Jean-Marie Surnombre
ALIMI Yves	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
AMABILE Philippe	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
AMBROSI Pierre	CLAVERIE Jean-Michel Surnombre	GUEDJ Eric
ARGENSON Jean-Noël	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ASTOUL Philippe	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ATTARIAN Shahram	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AUDOUIN Bertrand	COWEN Didier	GUYOT Laurent
AUFFRAY Jean-Pierre Surnombre	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
AUQUIER Pascal	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AVIERINOS Jean-François	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AZORIN Jean-Michel	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AZULAY Jean-Philippe	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOFFART Louis
BAILLY Daniel	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BARLESI Fabrice	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude	JOLIVET/BADIER Monique
BARTHET Marc	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTOLI Jean-Michel	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Michel	DELARQUE Alain	KARSENTY Gilles
BARTOLIN Robert Surnombre	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLOMEI Fabrice	DENIS Danièle	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DESSEIN Alain Surnombre	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DESSI Patrick	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DISDIER Patrick	LAUGIER René
BERDAH Stéphane	DODDOLI Christophe	LAUNAY Franck
BERLAND Yvon	DRANCOURT Michel	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERNARD Jean-Paul	DUBUS Jean-Christophe	LE CORROLLER Thomas
BEROUD Christophe	DUFFAUD Florence	LE TREUT Yves-Patrice Surnombre
BERTUCCI François	DUFOUR Henry	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	DURAND Jean-Marc	LEGRE Régis
BLIN Olivier	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie- Pascale
BLONDEL Benjamin	ENJALBERT Alain	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FAKHRY Nicolas	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FAUGERE Gérard	LEVY Nicolas
BOTTA Alain Surnombre	FELICIAN Olivier	MACE Loïc
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FENOLLAR Florence	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUBLI Léon	FIGARELLA/BRANGER Dominique	MARANINCHI Dominique Surnombre
BOYER Laurent	FLECHER Xavier	MARTIN Claude Surnombre
BREGEON Fabienne	FOURNIER Pierre-Edouard	MATONTI Frédéric
BRETELLE Florence	FRAISSE Alain Disponibilité	MEGE Jean-Louis
BROUQUI Philippe	FRANCES Yves Surnombre	MERROT Thierry
BRUDER Nicolas	FRANCESCHI Frédéric	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BRUE Thierry	FUENTES Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BRUNET Philippe	GABERT Jean	MICCALEF/ROLL Joëlle
BURTEY Stéphane	GAINNIER Marc	MICHEL Fabrice

CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHABOT Jean-Michel
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET
Emmanuelle
CHARREL Rémi

CHIARONI Jacques
NICOLLAS Richard
OLIVE Daniel
OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PAUT Olivier
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIARROUX Renaud
PIERCECCHI/MARTI Marie-
Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
POUGET Jean Surnombre
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine

GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine

GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte

GONCALVES Anthony
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole

SASTRE Bernard Surnombre
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SERRATRICE Jacques
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas

MICHEL Gérard
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MOAL Valérie
MONCLA Anne
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier

NAUDIN Jean
NICCOLI/SIRE Patricia
NICOLAS DE LAMBALLERIE
Xavier
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TRIGLIA Jean-Michel
TROPANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel

VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

FILIPPI Simon

**PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS
PARTIEL**

ALTAVILLA Annagrazia
BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITE - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent	FABRE Alexandre	MOTTOLA GHIGO Giovanna
ANDRE Nicolas	FOUILLOUX Virginie	NGUYEN PHONG Karine
ANGELAKIS Emmanouil	FRERE Corinne	NINOVE Laetitia
ATLAN Catherine	GABORIT Bénédicte	NOUGAIREDE Antoine
BACCINI Véronique	GASTALDI Marguerite	OUDIN Claire
BARTHELEMY Pierre	GAUDY/MARQUESTE Caroline	OVAERT Caroline
BARTOLI Christophe	GELSI/BOYER Véronique	PAULMYER/LACROIX Odile
BEGE Thierry	GIUSIANO Bernard	PERRIN Jeanne
BELIARD Sophie	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	RANQUE Stéphane
BERBIS Julie	GOURIET Frédérique	REY Marc
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GRAILLON Thomas	ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée
BEYER-BERJOT Laura	GREILLIER Laurent	ROBERT Philippe
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SABATIER Renaud
BOULAMERY Audrey	GUIDON Catherine	SARI-MINODIER Irène
BOULLU/CIOCCA Sandrine	HAUTIER/KRAHN Aurélie	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BUFFAT Christophe	HRAIECH Sami	SAVEANU Alexandru
CALAS/AILLAUD Marie-Françoise	JOURDE CHICHE Noémie	SECQ Véronique
CAMILLERI Serge	KASPI-PEZZOLI Elise	SOULA Gérard
CARRON Romain	KRAHN Martin	TOGA Caroline
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TOGA Isabelle
		TREBUCHON/DA FONSECA Agnès
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	TROUSSE Delphine
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VALLI Marc
DADOUN Frédéric (disponibilité)	LAGIER Aude	VELLY Lionel
DALES Jean-Philippe	LAGIER Jean-Christophe	VELY Frédéric
DAUMAS Aurélie	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	VION-DURY Jean
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LEVY/MOZZICONACCI Annie	ZATTARA/CANNONI Hélène
DEL VOLGO/GORI Marie-José	LOOSVELD Marie	
DELLIAUX Stéphane	MANCINI Julien	
DESPLAT/JEGO Sophie	MARY Charles	
DEVEZE Arnaud Disponibilité	MASCAUX Céline	
DUFOUR Jean-Charles	MAUES DE PAULA André	
EBBO Mikael	MILLION Matthieu	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	STEINBERG Jean-Guillaume
BARBACARU/PERLES T. A.	LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BERAUD/JUVEN Evelyne (retraite octobre 2016)	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
BOYER Sylvie	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

**MAITRE DE CONFERENCES
ASSOCIE à MI-TEMPS**

REVIS Joana

PROFESSEURS ET MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (mono-appartenants)****ANATOMIE 4201**

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

LAGIER Aude (MCU-PH)

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
AUFFRAY Jean-Pierre (PU-PH) Surnombre
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
PAUT Olivier (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

VELLY Lionel (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11**BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

ROLL Patrice (PU-PH)

BURKHART Gary (PAST)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)

KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)

LEVY/MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée (MCU-PH)

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301**CARDIOLOGIE 5102**

GUEDJ Eric (PU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)

BONELLO Laurent (PU PH)

MUNDLER Olivier (PU-PH)

BONNET Jean-Louis (PU-PH)

TAIEB David (PU-PH)

CUISSET Thomas (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)

DEHARO Jean-Claude (PU-PH)

RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

FRAISSE Alain (PU-PH) Disponibilité

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)

FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)

VION-DURY Jean (MCU-PH)

HABIB Gilbert (PU-PH)

PAGANELLI Franck (PU-PH)

THUNY Franck (PU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET Technologies de Communication 4604**

BERDAH Stéphane (PU-PH)

HARDWIGSEN Jean (PU-PH)

LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre

SASTRE Bernard (PU-PH) Surnombre

SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre

BEYER BERJOT Laura (MCU-PH)

GAUDART Jean (PU-PH)

GIORGI Roch (PU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

CHAUDET Hervé (MCU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)

DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

MOUTARDIER Vincent (PU-PH)

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

SEBAG Frédéric (PU-PH)

MANCINI Julien (MCU-PH)

TURRINI Olivier (PU-PH)

SOULA Gérard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)

BEGE Thierry (MCU-PH)

BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)
HOUVENAEHEL Gilles (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) Surnombre
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)
SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

ALESSANDRINI Pierre (PU-PH) Surnombre
GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON BARTOLI Gabrielle (MCU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
LAUGIER René (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) Surnombre
LEPIDI Hubert (PU-PH)
ACHARD Vincent (MCU-PH)
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GENETIQUE 4704**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GAUDY/MARQUESTE Caroline (MCU-PH)

BEROUD Christophe (PU-PH)

LEVY Nicolas (PU-PH)
 MONCLA Anne (PU-PH)
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

KRAHN Martin (MCU-PH)
 NGYUEN Karine (MCU-PH)
 TOGA Caroline (MCU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 NICCOLI/SIRE Patricia (PU-PH)

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
 SAMBUC Roland (PU-PH)
 THIRION Xavier (PU-PH)

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BOUBLI Léon (PU-PH)
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
 LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

BACCINI Véronique (MCU-PH)
 CALAS/AILLAUD Marie-Françoise (MCU-PH)
 FRERE Corinne (MCU-PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

BERAUD/JUVEN Evelyne (MCF) 65ème section) (retraite octobre 2016)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

LAGIER Jean-Christophe (MCU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)

DELARQUE Alain (PU-PH)

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)

DISDIER Patrick (PU-PH)

DURAND Jean-Marc (PU-PH)

FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre

GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)

HARLE Jean-Robert (PU-PH)

ROSSI Pascal (PU-PH)

SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

SERRATRICE Jacques (PU-PH) disponibilité

VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

BOTTA Alain (PU-PH) Surnombre

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

NEPHROLOGIE 5203

FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BERLAND Yvon (PU-PH)

BRUNET Philippe (PU-PH)

ADNOT Sébastien (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)

MOAL Valérie (PU-PH)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

JOURDE CHICHE Noémie (MCU PH)

GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

NUTRITION 4404**NEUROCHIRURGIE 4902**

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH)

BELIARD Sophie (MCU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)	NEUROLOGIE 4901
CHABANNON Christian (PR) (66ème section) SOBOL Hagay (PR) (65ème section)	ATTARIAN Sharham (PU PH) AUDOIN Bertrand (PU-PH) AZULAY Jean-Philippe (PU-PH) CECCALDI Mathieu (PU-PH) EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
OPHTALMOLOGIE 5502	FELICIAN Olivier (PU-PH) PELLETIER Jean (PU-PH) POUGET Jean (PU-PH) Surnombre
DENIS Danièle (PU-PH) HOFFART Louis (PU-PH) MATONTI Frédéric (PU-PH) RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre	PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501	DA FONSECA David (PU-PH) POINSO François (PU-PH)
DESSI Patrick (PU-PH) FAKHRY Nicolas (PU-PH) GIOVANNI Antoine (PU-PH) LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH) NICOLLAS Richard (PU-PH) TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section) ROMAN Stéphane (Professeur associé des universités mi-temps)	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502	BLIN Olivier (PU-PH) FAUGERE Gérard (PU-PH) MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH) SIMON Nicolas (PU-PH) BOULAMERY Audrey (MCU-PH) VALLI Marc (MCU-PH)
DESSEIN Alain (PU-PH) PIARROUX Renaud (PU-PH) CASSAGNE Carole (MCU-PH) L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH) MARY Charles (MCU-PH) RANQUE Stéphane (MCU-PH) TOGA Isabelle (MCU-PH)	PHILOSOPHIE 17
PEDIATRIE 5401	LE COZ Pierre (PR) (17ème section) ALTAVILLA Annagrazia (PR Associé à mi-temps)
CHAMBOST Hervé (PU-PH) DUBUS Jean-Christophe (PU-PH) GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH) MICHEL Gérard (PU-PH) MILH Mathieu (PU-PH) REYNAUD Rachel (PU-PH) SARLES Jacques (PU-PH) TSIMARATOS Michel (PU-PH) ANDRE Nicolas (MCU-PH)	PHYSIOLOGIE 4402
	BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH) BREGEON Fabienne (PU-PH) CHAUVEL Patrick (PU-PH) Surnombre JOLIVET/BADIER Monique (PU-PH) MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH) BARTHELEMY Pierre (MCU-PH) BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH) DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité) DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
OUDIN Claire (MCU-PH)
OVAERT Caroline (MCU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

AZORIN Jean-Michel (PU-PH)
BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section)
RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

GREILLIER Laurent (MCU PH)
MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

AMBROSI Pierre (PU-PH)
BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Marie-Pascale Lehucher-Michel, je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Pour votre disponibilité et votre avis d'experte sur mon travail, veuillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Patrick Gerbeaux, je te remercie d'avoir accepté de juger ma thèse. Merci également pour cette expérience lors de l'ouverture des nouvelles urgences de la Timone, au cours de laquelle tes conseils avisés et ta convivialité m'ont été précieux.

A Madame le Docteur Julie Berbis, je vous exprime mes plus sincères remerciements pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail et pour l'honneur que vous me faites de siéger dans le jury de cette thèse.

A Madame le Docteur Marie-Agnès Martin-Savelli, je te remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse. Je te suis très reconnaissante également pour ton accueil, ta gentillesse et ta compétence aux urgences d'Hyères ainsi que pour ton soutien dans ce travail.

A Monsieur le Docteur Emile Boula, merci d'avoir accepté de juger mon travail avec un tel enthousiasme. Je te remercie également pour ton accompagnement et tes conseils bienveillants au cours de ces années d'internat.

Aux 20 médecins qui ont répondu à mon appel en m'accordant leur temps et leur confiance, et sans qui rien n'aurait été possible. Vos témoignages ont été la source d'un enseignement, tant sur le plan théorique que sur le plan humain.

A la Maison médicale de la Rose, aux Drs Sizun, Droumatakis, Saez, Rivière et Santini, ainsi qu'à Brigitte et Marie, qui m'ont confié leurs clés et leur confiance dès mes débuts.

A tous les patients qu'il m'a été et qu'il me sera donné de rencontrer, en espérant être digne de leur confiance.

A ma famille que j'aime si fort, même si je ne leur dis pas assez souvent...

A ma maman, si douce et pourtant si forte, en espérant que les années me feront toujours plus te ressembler. Merci pour tous ces conseils, tous ces câlins, toutes ces choucroutes, et aussi pour ces relectures infinies passées à discuter les virgules, même si, pour moi, il n'y en aura jamais assez ☺

A mon papa, avec lequel la médecine a pris vie. Ton courage, ta persévérance et cette passion insufflée par ton métier me montrent chaque jour la marche à suivre. Merci pour ce bel avenir que tu as su nous offrir à toutes les trois.

A ma sœur Emilie, que je suis avec fierté malgré nos chemins qui divergent parfois. Je te souhaite tout le bonheur du monde dans cette belle maison que vous vous êtes courageusement construite.

A ma cousine Marion, la plus chouette des cousines et une si belle personne, avec laquelle je l'espère de nombreux fous rires / voyages / cocktails / manèges / expo / œufs en meurette nous attendent encore !

A ma mamy Nicole, qui incarne à elle seule la joie de vivre et le courage.

A ma mamy Paulette, lumineuse, que je n'accepterai pas sur Facebook, mais que j'aime quand même très fort...

A mes grands-pères René et Maurice, qui ne sont plus là aujourd'hui (mais qui ont peut-être aussi Facebook de là-haut !?)

A ma marraine Michèle, pour son amour, sa sensibilité et aussi pour l'opéra, et à **JPP**, qui doit bien se marrer où qu'il soit.

A mon parrain Bernard et à Nanou, outre-Québécois, que je ne vois pas assez.

A ma tante Evelyne et à Alain, qui m'ont accueillie (et supportée !) au début de ma nouvelle vie dijonnaise.

A mon oncle Michel et à Claire, Léa et Elsa, qui m'ont entourée au début de ma nouvelle vie sudiste.

A ma tante Françoise et à François, pour ces belles soirées sous les étoiles.

A mes cousins et à leurs compagnes (Mat et Steph / Jé et Aude / Nico et Laure / Philippe et Valérie / Thomas) et la descendance !

A Vincent, à qui je souhaite une belle vie auprès de tu-sais-qui, et **à Boubou**, ce doux rêveur !

A l'Autriche et à tous ses aficionados, plus que 3 mois ☺ ☺ ☺

A Chocho, Marie-Ange et Elina, pour l'entraînement pédiatrique et la tolérance à mes commentaires pendant GoT (I'll be back in 2019 !)

A Cousin, pour l'émigration culturelle salvatrice cette année et pour toutes les débilités passées et futures. Bravo pour 42 !!!

Aux FISTons (Jenn / Sofia / Emile / Chloé / JC / Fabou / Nico / Elise / Marie / Pauline / Alizée / Basile / Marie-Pierre / Aurélie / Cécilia / Alice, et puis Max...), pour ce semestre fondateur et ces retrouvailles qui, je l'espère, continueront.

A Jenn, pour le cidre, la coloc avignonnaise, les virées au O' et tout le reste... tu vas me manquer ma poule !

A Sofia, pour les rigolades et les confidences, et à Vianney (qui est en concert ce soir à Marseille... Coïncidence ? je ne crois pas)

A Mallo, toujours enjouée et opé (enfin sauf ce soir vu qu'elle est au concert de Vianney héhé !)

A Fabou, « mais sois intelligente ! » (enfin sauf au Trolley...)

A mon Président (bis), pour sa ponctualité aujourd'hui \o/

A JC et Chloé, dont le petit tahitien sera arrivé ! Je vous embrasse tous les trois très fort.

A Samia, bientôt la machette !

A mes Sushis & the City (Jenn, Math, Val, Jilliana, Zeina, Caro, Marion, Lyla...), pour les girl's night out (et in) et autant de soirées du SIECLE !

A Math, pour Souchon à la guitare au bord de la piscine et les cacahuètes caramélisées post-café des épices ☺

A Val, mamène, dont le rire si communicatif accompagne chacune de mes nombreuses looses (quand le mien n'accompagne pas les siennes)

A Caro, pour les bilans sanguins clandestins, à quand le prochain ?

A Zeina, pour son enthousiasme infailible. Bon retour à Montpeul poulette !

A Jilliana, pour le pneu crevé du petit pav' j et l'escapade Barcelona Barcelona avec Val !

A Marianne et Elise, pour m'avoir fait aimer les soirées vernis / sushis / comédies romantiques (et même un peu la plage... nan je déconne) et **à Alex et Flo**, que je tolère tant bien que mal... ^^

A MAMS (bis), merci de m'avoir accompagnée dans tout ça, même si tu avais d'autres chats à fouetter... Ça a été un vrai plaisir de venir débriefer de la thèse (et de tout le reste ahah). Je te souhaite plein de bonnes choses pour la suite !

A Aurélie / Alex / Anne-Claire, mes carabins dijonnais, à **Aude et Marie G.**, les globetrotteuses et à **ptit Lu** (la pomme de la discorde ^^)

A ma merguez malgache (elle se reconnaîtra) **et Milie**, pour les retrouvailles autunoises

A ces gens d'ailleurs qui ne sont finalement pas si loin :

A Pilou, Gauthier, Greg et Kévin, mes critards lillo-amiénois, qui me font rêver à chaque fois que je les revois ☺

A Chris, hobelebobebo ! trop contente que tu sois venue ma biche

A Léna, la bonne humeur faite (sage-)femme

A Oualid, le cabri du col de la Luère !

A Marseille, pour le street art / les brunchs / le O'Malley / l'Alcazar / les places de parking incongrues / les soirées MIA / la Timone / les (pas si) petits rats et l'Opéra...

A ces 10+2 ans qui ont changé ma vie !

« Le médecin qui se soigne lui-même a un fou comme patient. »

Sir William Osler – *Aphorisms from his bedside teachings and writings* (1961)

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
CONTEXTE	6
1) Définitions	7
a) Santé	7
b) Médecine générale	7
c) Médecin traitant	8
2) Le choix du médecin traitant	9
a) Quel médecin peut être son propre médecin traitant ?	9
b) Statistiques de la déclaration	9
3) Recommandations de prévention	9
a) Prévention primaire	9
b) Prévention secondaire	12
4) Le médecin malade	16
a) Rapports du Conseil National de l'Ordre des Médecins	16
b) Panel d'observation en médecine générale	16
c) Auto-prescription	17
d) Dépistage et prise en charge du burn-out	18
5) Solutions existantes	19
a) Bilan de santé de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie	19
b) Structures d'aide en France	19
c) Structures d'aide à l'étranger	20
MATERIEL ET METHODES	22
1) Type d'étude	23
2) Bibliographie	23
3) Méthodologie de sélection de la population	23
a) Critères d'inclusion	23
b) Mode de recrutement	24
c) Nombre de sujets	24

4) Méthodologie des entretiens	24
a) Choix de l'entretien semi-directif	24
b) Etablissement du guide d'entretien	25
c) Formulaire de consentement	26
5) Réalisation des entretiens	27
6) Méthodologie d'analyse des données	27
a) Retranscription des données	27
b) Analyse des données	27
RESULTATS	29
1) Données générales	30
a) Caractéristiques des entretiens	30
b) Caractéristiques de la population	31
2) Attitude et ressenti du médecin généraliste vis-à-vis de la prise en charge de sa propre santé	35
a) Critères décisionnels du choix du médecin traitant	35
b) Ressenti de l'état de santé	36
c) Ressenti de l'auto-prise en charge	36
d) Attitude face à l'auto-prescription	38
e) Observance et compliance	40
f) Conduites face à la prévention	41
g) Stress / dépression / burn-out	43
3) Impacts et limites de l'auto-prise en charge médicale	49
a) Problématiques rencontrées face à la maladie	49
b) Obstacles à une prise en charge optimale	55
c) Solutions envisagées	57
DISCUSSION	60
1) Forces et limites de l'étude	61
a) Forces de l'étude	61
b) Limites de l'étude	61
2) Analyse des résultats et comparaison à la littérature	63
a) Raisons de l'auto-prise en charge	63

b) Ressenti de l'état de santé et de la prise en charge	63
c) Recours à l'auto-prescription	64
d) Niveau de prévention	64
e) Arrêts-maladie	65
f) Stress / dépression / burn-out	65
3) Ouvertures	66
a) Propositions du CNOM	66
b) Propositions soulevées par notre étude	68
4) Pistes de réflexion	70
a) Le malade-médecin, un médecin « confronté » à sa santé	70
b) La problématique de l'arrêt-maladie	72
c) Le manque de temps, un faux problème ?	74
d) La relation médecin-soignant / médecin-malade	76
 CONCLUSION	 78
 BIBLIOGRAPHIE	 81
 ANNEXES	 87
Annexe 1 : Guide d'entretien	88
Annexe 2 : Formulaire de consentement	89
Annexe 3 : Tableau récapitulatif des mots-clés	90
Annexe 4 : Tableau récapitulatif des notions	106
 GLOSSAIRE	 113

INTRODUCTION

Au 1^{er} janvier 2016, l'atlas national de la démographie médicale¹, publié par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), faisait état de 85513 médecins généralistes en exercice en France métropolitaine ; parmi eux, 3203 praticiens exerçaient dans le département des Bouches-du-Rhône. En comparaison avec l'atlas 2007², on notait une baisse de l'effectif de plus de 430 médecins généralistes dans ce département pourtant attractif.

Dans ce contexte de baisse de l'offre de soins, la santé physique et morale de la population des médecins généralistes, pivots de la prise en charge primaire des patients, apparaissait comme un thème récurrent dans les préoccupations abordées par la littérature médicale, à travers les études nationales ou dans les travaux de thèse.

Le périodique « Etudes et résultats », publié par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), a fait paraître en 2010 un article, nommé « Santé physique et psychique des médecins généralistes »³, qui reprenait les résultats d'une enquête nationale menée en 2008 auprès de médecins généralistes : dans cette étude, il apparaissait que ces praticiens s'estimaient moins souvent en bonne santé que les professions intellectuelles supérieures étudiées dans un but comparatif.

Un rapport de la Commission Nationale Permanente (CNP) du CNOM, datant de 2008 et intitulé « Le médecin malade »⁴ faisait également l'objet d'un constat alarmant sur la santé des médecins, en particulier vis-à-vis de l'automédication et de la santé mentale des praticiens. Le rapport prenait notamment en compte la vision déformée que pouvait avoir un médecin de son état santé, ce qui le menait parfois à se prendre en charge de manière inadéquate, consciemment ou non.

De ces lectures apparaissait donc l'émergence d'une prise de conscience, tant au niveau des instances que des médecins, d'une problématique concernant la santé des médecins généralistes et leur suivi parfois inadapté.

Il nous a par conséquent semblé intéressant de faire avancer la réflexion sur le sujet en s'intéressant aux médecins généralistes qui avaient fait le choix de se désigner eux-mêmes comme médecin traitant. L'objectif était donc d'étudier la prise en charge des praticiens auto-traités et le ressenti qui en découlait, en s'interrogeant sur les impacts et les limites d'un tel choix.

CONTEXTE

1) Définitions

a) Santé

La définition de la santé, établie en 1946 dans la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)⁵ est la suivante : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* » Elle implique donc que tous les besoins fondamentaux de la personne soient satisfaits, qu'ils soient affectifs, sanitaires, nutritionnels, sociaux ou culturels.

b) Médecine générale

En 2002, la WONCA Europe (Société européenne de médecine générale – médecine de famille) établit dans un communiqué⁶ les caractéristiques de la discipline de médecine générale ainsi que le rôle du médecin généraliste et une description des compétences fondamentales requises dans sa pratique afin d'organiser une prise en charge efficiente et qualitative des patients.

La médecine générale regroupe donc les caractéristiques suivantes :

- Premier contact avec le système de soins
- Coordination des soins, pluridisciplinarité
- Approche personnelle du patient
- Communication médecin-patient
- Continuité des soins
- Démarche décisionnelle en lien avec prévalence et incidence des maladies
- Gestion des problématiques aiguës et chroniques
- Prise en charge précoce des maladies
- Promotion et éducation de santé
- Responsabilité de santé publique
- Pluralité des prises en charge (somatique, psychologique, sociale...)

Les six compétences fondamentales attendues d'un médecin généraliste sont définies comme telles :

- Gestion des soins de santé primaires
- Soins centrés sur la personne
- Aptitude spécifique à la résolution de problèmes
- Approche globale
- Orientation communautaire
- Adoption d'un modèle holistique

La définition des soins primaires⁷ a été établie par l'OMS en 1978 par la description des caractéristiques suivantes :

- Reflet des caractéristiques économiques et socio-culturelles du pays et de ses communautés
- Résolution des principaux problèmes de santé communautaires
- Education de la santé basée sur la promotion de l'hygiène alimentaire, de la salubrité, de la protection maternelle et infantile, des mesures de prévention et de la vaccination
- Intervention coordonnée de multiples secteurs extérieurs à celui de la santé (agriculture, industrie, éducation, logement, communication...)
- Responsabilité de la collectivité dans la planification, l'organisation et le contrôle des soins primaires
- Soutien par des systèmes d'orientation fonctionnels et interconnectés
- Pluridisciplinarité

c) Médecin traitant

Le médecin traitant, défini par l'Assurance Maladie⁸, est le praticien qui assure les soins habituels dont a besoin son patient, avec mise en place d'un suivi personnalisé, que ce soit pour une consultation ponctuelle ou des soins récurrents, et d'éventuelles orientations vers un médecin spécialiste. Cela comporte également une mise à jour du dossier médical et une coordination du parcours de soins.

En France, chaque assuré de plus de 16 ans se doit de désigner un médecin traitant dans le cadre du parcours de soins coordonnés, institué par la loi de réforme de l'Assurance Maladie du 13 août 2004⁹.

2) Le choix du médecin traitant

a) Quel médecin peut être son propre médecin traitant ?

Tout médecin inscrit au Conseil de l'Ordre peut être médecin traitant, que ce soit un médecin généraliste/spécialiste, un médecin libéral/salarié, ou encore un médecin retraité. Par ailleurs, rien n'empêche un praticien d'être son propre médecin traitant.

b) Statistiques de la déclaration

Selon la littérature^{10, 11, 12, 13, 14}, environ 90% des médecins n'avaient pas de médecin référent avant la réforme de 2004. Depuis la mise en application de la réforme de l'Assurance Maladie, les différentes publications rapportaient un taux de déclaration du médecin traitant d'environ 85% dans la population générale et un taux se situant entre 74% et 93% chez les médecins généralistes ; parmi ces derniers, entre 62% et 69% s'étaient auto-déclarés.

Ces chiffres démontraient l'orientation privilégiée des médecins généralistes vers une auto-déclaration en tant que médecin référent.

3) Recommandations de prévention

a) Prévention primaire

Selon la définition de la Haute Autorité de Santé (HAS), la prévention consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation d'une maladie. On distingue donc la prévention primaire, qui agit en amont (exemple : vaccination et action sur les facteurs de risque), la prévention secondaire, qui agit à un stade précoce de l'évolution par l'intermédiaire d'un dépistage, et la prévention tertiaire, qui agit sur les risques de complications et de récidives.

- Recommandations concernant les vaccinations

Le Ministère de la santé a publié en avril 2017 le nouveau calendrier de vaccinations¹⁵. Il comporte entre autres les recommandations concernant les vaccins obligatoires ou recommandés selon la profession exercée.

Deux catégories du domaine de la santé nous concernent ici : les professionnels des établissements ou organismes de prévention et/ou de soins et les professionnels libéraux n'exerçant pas dans ces structures.

Pour les professionnels exerçant en établissements de soins, sont obligatoires les vaccins contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite, ainsi que le BCG et le vaccin contre l'hépatite B, en cas de risque d'exposition ; les vaccins contre la grippe saisonnière, la coqueluche, la rougeole (si absence d'antécédent de rougeole) et la varicelle (si absence d'antécédent de varicelle et séronégativité) font quant à eux l'objet d'une recommandation.

Concernant les professionnels libéraux n'exerçant pas en établissements de soins, aucune vaccination n'est obligatoire. Seules sont présentes des recommandations en faveur du vaccin contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, l'hépatite B, la rougeole et la varicelle.

Ces recommandations sont présentes dans le Tableau 1 ci-après.

Domaine concerné	Professionnels concernés	Vaccinations obligatoires (Obl) ou recommandées (Rec) selon les professions exercées												
		BCG	D T P	Coqueluche	Grippe saison.	Hépatite A	Hépatite B	Leptospirose	Rage	Rougeole (vaccin ROR)	Typhoïde	Varicelle	FJ	IIM
Santé	Étudiants des professions médicales, paramédicales ou pharmaceutiques	Obl	Obl	Rec	Rec		Obl							
	Professionnels des établissements ou organismes de prévention et /ou de soins (liste selon arrêté du 15 mars 1991) dont les services communaux d'hygiène et de santé	Obl (si exposés)	Obl	Rec	Rec		Obl (si exposés)			Rec (y compris si nés avant 1980, sans ATCD)		Rec (sans ATCD, séronégatif.)		
	Professionnels libéraux n'exerçant pas en établissements ou organismes de prévention et/ou de soins		Rec	Rec	Rec		Rec							
	Personnels des laboratoires d'analyses médicales exposés aux risques de contamination : manipulant du matériel contaminé ou susceptible de l'être (cf. chap. 2.12 et 2.15)	Obl	Obl				Obl (si exposés)		Rec (si exposés)		Obl (si exposés)			
	Personnel de laboratoire exposé au virus de la fièvre jaune : cf. chap 2.3	Obl	Obl				Obl (si exposés)						Rec	
	Personnel de laboratoire de recherche travaillant sur le méningocoque: cf. chap 2.9		Rec											Rec
	Personnels des entreprises de transport sanitaire	Obl	Obl		Rec		Obl (si exposés)							
Secours	Personnels des services de secours et d'incendie (SDIS)	Obl	Obl				Obl (si exposés)							
	Secouristes		Rec				Rec							

Obl = obligatoire Rec = recommandé Exposés = exposés à un risque professionnel évalué par médecin du travail ATCD = antécédents
FJ = Fièvre jaune IIM = Infection invasive à méningocoque

Tableau 1 : Copie du tableau 2017 des vaccinations obligatoires et recommandées en milieu professionnel, issu du calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2017

- Recommandations concernant les facteurs de risque cardio-vasculaires

La HAS a publié en février 2017 une fiche mémo¹⁶ proposant les modifications du mode de vie à mettre en œuvre dans le cadre de la prévention des facteurs de risque cardio-vasculaires.

Il a été établi que ces modifications du mode de vie sont recommandées en première intention pour chaque sujet, quel que soit son risque cardio-vasculaire. Elles consistent en un suivi diététique adapté, la pratique d'une activité physique régulière et la non-exposition au tabac.

Il est par exemple suggéré d'encourager un régime alimentaire de type méditerranéen, la consommation pluri-hebdomadaire de poissons ainsi que d'aliments riches en polyphénols (fruits, légumes, thé, cacao, huile d'olive, soja), en vitamines et en caroténoïdes (fruits,

légumes, huiles végétales). Il est également conseillé de réduire les apports en sel, en évitant cependant un régime désodé strict.

Concernant l'activité physique, l'accent est mis sur la lutte contre la sédentarité en encourageant l'activité sportive ; un exercice physique régulier devrait être réalisé pendant au moins 30 minutes plusieurs fois par semaine, avec un objectif d'au moins 150 minutes hebdomadaires. Ces durées sont bien sûr à moduler en fonction des antécédents de maladie cardio-vasculaire.

b) Prévention secondaire

- Dépistages organisés des cancers

La HAS a publié en mai 2016 un rappel de l'état des recommandations et conduites à tenir concernant le dépistage des cancers¹⁷.

➤ Cancer colorectal

En l'absence de symptômes digestifs, d'antécédents personnels ou familiaux de cancer colorectal et de maladie inflammatoire chronique de l'intestin, le dépistage organisé concerne les personnes considérées comme à risque moyen, c'est-à-dire les femmes et les hommes âgés de 50 à 74 ans. Un test de recherche de sang occulte dans les selles est alors proposé tous les deux ans.

Les personnes considérées comme à risque élevé (maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, antécédent personnel et/ou familial de cancer colorectal) ou très élevé (cancer avant 50 ans, récurrence familiale, mutation identifiée) nécessitent un suivi gastro-entérologique adapté.

➤ Cancer du sein

En France, le dépistage organisé prévoit la prise en charge des femmes considérées comme à risque moyen, à savoir les femmes âgées de 50 à 74 ans ne présentant pas de

symptômes locaux (nodule, inflammation, adénopathie, etc.) ni de risque particulier. Il consiste alors en la réalisation d'une mammographie tous les deux ans.

Les femmes considérées comme à risque élevé (antécédent d'hyperplasie atypique, de cancer du sein ou d'irradiation thoracique à haute dose) ou très élevé (mutation génétique suspectée ou avérée) nécessitent un suivi clinique et radiologique adapté.

➤ Cancer du col de l'utérus

Le frottis cervico-vaginaux (FCV) est recommandé tous les trois ans après deux frottis annuels normaux chez les femmes âgées de 25 à 65 ans, à l'exception des femmes hystérectomisées ou n'ayant jamais eu de rapport sexuel. Cette recommandation s'applique toutefois aux femmes ayant bénéficié de la vaccination contre le papillomavirus.

➤ Mélanome

La prévention du mélanome consiste en un dépistage anamnestique des facteurs de risque suivants : antécédent personnel ou familial de mélanome, nombre de nævus communs supérieur à 40, nombre de nævus atypiques supérieur à 2, nævus congénital géant, antécédent de brûlure solaire, exposition aux rayons ultra-violetts artificiels, nombreuses taches de rousseur, phototype cutané de type I.

En présence d'un patient à risque, il est recommandé de l'orienter vers un dermatologue en vue d'un examen annuel de la peau et de lui préconiser la pratique d'un auto-examen cutané une fois par trimestre selon la règle ABCDE à la recherche des signes suivants : Asymétrie, Bords irréguliers, Couleur non homogène, Diamètre en augmentation et Evolution (changement d'aspect).

➤ Cancer de la prostate

Aucune autorité sanitaire ne recommande le dépistage systématique par dosage du PSA (antigène spécifique prostatique) chez les hommes, devant l'absence de preuve scientifique justifiant son intérêt, y compris dans les populations à risque.

- Prévention cardio-vasculaire

La fédération française de cardiologie est l'instance de référence française en matière de cardiologie. Elle a publié une liste des facteurs de risque cardio-vasculaires, qui sont les suivants¹⁸ :

- Âge et sexe

Le risque d'événement cardio-vasculaire est plus élevé chez les hommes âgés de 50 ans ou plus et chez les femmes âgées de 60 ans ou plus.

- Antécédents familiaux de maladie coronarienne précoce

Sont pris en compte les infarctus du myocarde et les morts subites avant l'âge de 55 ans chez les parents au premier degré de sexe masculin (père/frère) et avant l'âge de 65 ans chez les parents au premier degré de sexe féminin (mère/sœur).

- Surpoids et obésité

L'OMS a établi une classification du surpoids et de l'obésité par l'indice de masse corporelle (IMC). Il a été établi que la mortalité totale augmente avec l'IMC, en particulier au-delà d'un IMC à 28 kg/m².

		IMC (kg/m ²)
Poids normal		18,5 - 24,9
Surpoids		25,0 - 29,9
Obésité	I. modérée	30,0 - 34,9
	II. sévère	35,0 - 39,9
	III. morbide	≥ 40

Tableau 2 : Classification du surpoids et de l'obésité selon l'IMC

➤ Tabagisme

Il doit être évité ou totalement interrompu. Le test de Fagerström³⁵ détermine la dépendance au tabac et peut orienter vers une consultation spécialisée, des thérapies comportementales ou l'utilisation de traitements médicamenteux.

➤ Hypertension artérielle (HTA)

L'HTA consiste en une élévation de la pression artérielle systolique à 140 mmHg ou plus et/ou une élévation de la pression artérielle diastolique à 90 mmHg ou plus, présentes lors de trois consultations successives sur une période de 3 à 6 mois.

Le traitement initial de l'HTA (excepté en cas d'HTA importante où un traitement médicamenteux sera directement mis en place) passe initialement par des règles hygiéno-diététiques (limitation de l'apport de sel, diminution de la consommation d'alcool, activité physique, perte de poids, augmentation de la consommation de fruits et légumes). Si les chiffres tensionnels ne se normalisent pas grâce à ces mesures, un traitement médicamenteux sera alors instauré.

➤ Hypercholestérolémie

Les règles hygiéno-diététiques et l'activité physique doivent être privilégiées. Selon le niveau cible du LDL-cholestérol (calculé en fonction des facteurs de risque ou des antécédents cardio-vasculaires), un traitement médicamenteux pourra être associé.

➤ Diabète

La mise en place de mesures hygiéno-diététiques est là aussi un préalable nécessaire à tout traitement médicamenteux. L'objectif thérapeutique, basé sur le taux d'hémoglobine glyquée, est adapté selon le profil des patients.

4) Le médecin malade

a) Rapports du Conseil National de l'Ordre des Médecins

Le rapport de la CNP du CNOM intitulé « Le médecin malade »⁴ faisait en 2008 l'objet d'un constat alarmant sur la santé des médecins. Il s'intéressait entre autres aux risques de l'automédication, aux problèmes financiers en lien avec la maladie du médecin et à la santé mentale des praticiens (prenant en compte le syndrome d'épuisement professionnel ou « burn-out »).

Un précédent rapport, datant de 2000 et intitulé « L'aptitude à l'exercice médical et la santé du médecin »¹⁹, insistait sur l'intérêt d'une évaluation de l'aptitude physique et mentale des étudiants en médecine avant le passage en troisième cycle ainsi que sur celui d'un suivi médical des médecins en exercice, avec une prise en charge en toute confidentialité. Le rapport évoquait également la création d'une structure régionale destinée à cette prise en charge globale.

Enfin, un rapport rédigé en 2004 sous le titre « L'entraide ordinale »²⁰ mettait en avant la nécessité d'un meilleur suivi médical chez les médecins, en particulier au niveau des préventions primaire et secondaire, et d'une limitation de l'automédication.

b) Panel d'observation en médecine générale

Le Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice a pour objectifs d'analyser les pratiques professionnelles et leurs déterminants mais également de chercher à répondre aux attentes des praticiens.

Le « Panel 1 » ou « Panel cinq régions », réalisé sur la période 2007-2009, avait pour but d'observer les médecins généralistes à un niveau régional, dans les régions Basse-Normandie, Bretagne, Bourgogne, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Pays de la Loire. Il a été réalisé à l'initiative des Observatoires régionaux de santé (ORS) et des Unions régionales des médecins libéraux (URML), en collaboration avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Les participants aux sondages ont été recrutés à partir du répertoire ADELI et les médecins sélectionnés selon un tirage au sort aléatoire stratifié sur le sexe, l'âge et le type de zone d'exercice.

La quatrième vague d'enquête du « Panel cinq régions », menée à l'automne 2008 auprès de 1900 médecins généralistes, était consacrée à la santé des praticiens, alors interrogés sur la perception qu'ils avaient de leur état de santé, sur leur état de stress et sur leurs conditions de travail.

Le numéro 731 du périodique « Etudes et résultats », publié par la DREES en juin 2010 et intitulé « Santé physique et psychique des médecins généralistes »³, reprenait les résultats cette enquête. Les données étaient par la suite confrontées à celles du volet « ménages » de l'enquête Handicap Santé, réalisée également en 2008, concernant les personnes actives des mêmes classes d'âge et plus particulièrement les cadres et professions intellectuelles supérieures.

Les principaux résultats rapportaient que huit médecins sur dix se déclaraient en bonne santé, malgré la déclaration par un tiers d'entre eux d'une pathologie chronique. En comparaison avec les données issues de l'enquête Handicap Santé, il apparaissait que le pourcentage des individus s'estimant en bon ou très bon état de santé était moins important chez les médecins généralistes que chez les professions intellectuelles supérieures en activité, sexe et âges confondus. Paradoxalement, il était précisé que les médecins généralistes interrogés présentaient moins souvent une surcharge pondérale et prenaient davantage en compte les risques liés aux toxiques que les professions intellectuelles. Sur le plan psychologique, plus d'un praticien sur dix se déclarait en situation de détresse morale, en particulier les femmes.

c) Auto-prescription

L'auto-prescription permet aux praticiens de générer des ordonnances pour eux-mêmes, que ce soit pour la délivrance de médicaments, la demande d'examens complémentaires ou la sollicitation d'avis spécialisés.

Dans sa revue de la littérature, Gallice²¹ mettait en évidence un recours majeur des médecins généralistes à l'auto-prescription pour les examens de dépistage, les mesures préventives, les examens complémentaires et les mesures curatives, dans des situations aiguës ou chroniques.

Le rapport « Le médecin malade »⁴ pointait le problème préoccupant de l'auto-médication sur plusieurs plans : la prise de fortes doses ou à une fréquence trop élevée de traitements actifs pouvant donner lieu à des complications iatrogènes, le surmenage conduisant parfois à la prescription de stimulants, etc.

Le rapport mettait également en relief la notion de « cécité professionnelle » qui pouvait amener le médecin, de manière consciente ou non, à modifier l'image qu'il avait de son état de santé et à s'auto-prescrire de manière parfois inadéquate, sans aucune surveillance particulière.

Il était donc établi que l'auto-prescription devrait être encadrée, au moins a minima.

d) Dépistage et prise en charge du burn-out

Le burn-out, ou syndrome d'épuisement professionnel, est décrit comme la combinaison d'une intense fatigue physique et psychique, d'un désinvestissement professionnel ainsi que d'un sentiment d'échec dans le travail. Il est considéré comme la conséquence d'une exposition à un stress professionnel chronique.

Les professions de santé sont particulièrement exposées au risque d'épuisement professionnel²², en raison de la pénibilité professionnelle à laquelle elles sont confrontées, que ce soit pour des causes intrinsèques (contact fréquent avec la souffrance et la mort d'autrui) ou des causes extrinsèques (charge de travail importante).

La HAS a publié en mars 2017 une fiche mémo intitulée « Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out »²³ mettant en évidence que le burn-out n'est pas une maladie caractérisée. Il s'agit en effet d'un ensemble syndromique nécessitant une démarche diagnostique qui a pour but de caractériser la sévérité du trouble dans ses différentes manifestations : émotionnelles (anxiété, irritabilité, tristesse d'humeur), cognitives (troubles de l'attention ou de la mémoire), comportementales (isolement social, agressivité, diminution de l'empathie), motivationnelles (désengagement professionnel, dévalorisation) et physiques (asthénie, troubles du sommeil).

Cette démarche diagnostique permet également de rechercher les facteurs de risque, en particulier à travers l'analyse des conditions de travail, de repérer des pathologies sous-jacentes éventuelles (trouble anxieux, syndrome dépressif...) et d'évaluer le risque suicidaire.

La prise en charge a pour but de traiter les troubles identifiés ainsi que d'agir en amont sur le contexte professionnel à l'origine du trouble. La prescription d'un arrêt de travail est souvent nécessaire. Cette prise en charge s'appuie sur une coordination entre le médecin du travail et le médecin traitant, avec un recours à un psychiatre et à un traitement médicamenteux (anxiolytiques, antidépresseurs) ou non médicamenteux (psychologue) si nécessaire.

5) Solutions existantes

a) Bilan de santé de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)

La CPAM, dont dépendent les médecins, propose à tous ses assurés un bilan de santé complet et gratuit tous les 5 ans²⁴. Cet examen, inscrit dans une politique de prévention, est destiné en priorité aux personnes en situation difficile ou qui n'ont pas de suivi médical régulier. Il est nécessaire de contacter la caisse, qui envoie par la suite une demande d'inscription à remplir, puis une convocation précisant la date et le lieu de rendez-vous. Un questionnaire médical est à compléter et à apporter le jour du bilan.

Le bilan a lieu dans un centre d'examen agréé et dure environ 2h30. Il comporte une série d'analyses biologiques (sang, urines) et de tests physiologiques (vision, audition, capacité respiratoire). Il donnera lieu si besoin à la prescription d'examen complémentaires. Les résultats sont transmis, si souhaité, au médecin traitant du patient.

b) Structures d'aides en France

- Association d'Aide aux Professionnels de santé et Médecins Libéraux (AAPML)

L'AAPML²⁵, créée en 2004, a pour objectifs la reconnaissance et la prise en charge de l'épuisement professionnel des praticiens médicaux. Elle offre à ces derniers un dispositif

d'écoute téléphonique permanent et de soutien psychologique anonyme et confidentiel dédié, avec orientation vers un psychologue ou une autre structure adaptée par la suite en cas de besoin.

Le site internet propose par ailleurs de passer le test MBI (Maslach Burnout Inventory)²⁶ qui consiste en un questionnaire contenant 22 items visant à dépister le burn-out.

- Association pour la Promotion des Soins aux Soignants (APSS)

L'APSS²⁷ a pour buts d'apprécier l'état actuel des pathologies spécifiques des soignants, en particulier psychiques et addictives, de rechercher des solutions de prises en charge médicale et sociale et de faire reconnaître ces pathologies comme professionnelles. Elle est issue des fonds d'action sociale de la Caisse Autonome de Retraite des Médecins Français (CARMF) et du CNOM.

- Association MOTS (Médecin Organisation Travail Santé)

Créée en 2010, l'association MOTS²⁸ s'adresse uniquement aux médecins et a pour vocation de mettre en place des consultations confraternelles d'aide et de soutien aux praticiens en difficulté sur les plans professionnel ou personnel, avec un objectif d'optimisation de l'organisation au travail. Les entretiens sont réalisés en toute confidentialité par des médecins compétents en ergonomie et santé au travail. Une permanence téléphonique est également assurée.

Le financement de l'association MOTS est assuré par des cotisations individuelles et par des subventions de l'Ordre des Médecins, des Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) et des Agences Régionales de Santé (ARS).

c) Exemples étrangers

- Espagne

Le Collège des médecins de Barcelone a fondé en 1998 le Programme d'Aide Intégrale au Médecin Malade (PAIMM)²⁹, dont le but est l'assistance aux médecins catalans atteints de pathologies psychiques ou addictives. La prise en charge consiste si besoin en

l'hospitalisation confidentielle dans une unité d'assistance particulière ainsi qu'en un système de réinsertion dans le milieu professionnel.

- Québec

Le Programme d'Aide aux Médecins du Québec (PAMQ)³⁰, fondé en 1990, est une association autonome qui vise à la prévention et la prise en charge des problématiques psychiatriques et addictives chez les médecins québécois, ainsi qu'à la réinsertion dans l'exercice professionnel. Le PAMQ s'adresse aux médecins mais également aux étudiants et, dans certains cas particuliers, à la famille proche des médecins.

MATERIEL ET METHODES

1) Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive de type qualitatif. Elle consiste en la réalisation et l'analyse d'entretiens semi-directifs, conduits auprès de médecins généralistes bucco-rhodaniens étant leur propre médecin traitant.

A ce jour, la majorité des études réalisées sur le thème de la prise en charge médicale des médecins sont portées par des analyses quantitatives réalisées à partir de questionnaires envoyés par internet. Nous avons opté pour une méthode qualitative car le but était ici de recueillir de véritables témoignages, afin de chercher à comprendre les conséquences et les limites du choix de l'auto-prise en charge médicale.

Le caractère individuel des entretiens a été préféré du fait de la nature personnelle des questions posées, afin de favoriser les confidences et de limiter la gêne potentielle des praticiens qui se sont livrés.

2) Bibliographie

Une recherche initiale a été faite au mois d'août 2016 sur PubMed, Google et Google Scholar. Nous avons utilisé les mots-clés suivants : « médecin », « généraliste », « traitant », « automédication », « se soigner » et « soi-même ». En anglais, les principaux mots-clés utilisés étaient : « physician », « doctors », « self-care » et « self-medication ». Ces recherches ont été complétées par l'étude des bibliographies des thèses lues.

3) Méthodologie de sélection de la population

a) Critères d'inclusion

L'échantillonnage a eu pour but d'interroger la plus grande diversité de médecins généralistes des Bouches-du-Rhône : libéraux, salariés, d'âges divers, de zones et de mode d'exercice différents et exerçant des activités disparates (DU, DESC, etc.).

Les critères d'inclusion étaient la formation initiale de médecine générale et l'auto-déclaration en tant que médecin traitant auprès de la sécurité sociale.

b) Mode de recrutement

Le premier médecin interrogé faisait partie de l'entourage professionnel de l'interrogatrice et a accepté de répondre à l'enquête afin de « roder » le questionnaire.

Par la suite, nous avons recruté les médecins libéraux via des appels téléphoniques, suite à une recherche effectuée au hasard sur les Pages Jaunes. Initialement nous avons appelé des médecins exerçant dans le centre-ville de Marseille, puis nous avons ciblé des médecins exerçant dans les zones semi-rurales des Bouches-du-Rhône.

Concernant les médecins salariés, nous sommes passés par plusieurs intermédiaires : un mail a été envoyé à différents chefs de service de gériatrie et de médecine d'urgence ; un mail a également été envoyé au service médical d'une antenne de l'Assurance Maladie marseillaise afin de contacter un médecin conseil ; enfin, un appel téléphonique dans une des cliniques privées marseillaises a eu pour but de joindre un médecin salarié du privé.

Au total nous avons appelé plus de 60 médecins, parmi lesquels 20 ont accepté de participer à notre étude. Les causes de refus étaient multiples : déclaration d'un médecin traitant autre que soi-même, manque de temps pour répondre à l'étude, non-souhait de participation, etc.

c) Nombre de sujets

Le nombre de médecins à interroger n'était pas défini au moment de l'initiation des entretiens. Le principe du recrutement pour une thèse qualitative se base sur l'obtention d'une saturation des données : l'inclusion de nouvelles personnes s'arrête lorsque n'apparaissent plus de nouvelles notions dans les réponses des participants.

4) Méthodologie des entretiens

a) Choix de l'entretien semi-directif

Le recueil d'informations a été réalisé auprès des médecins généralistes par le biais d'entretiens semi-directifs. Cette technique d'enquête qualitative est basée sur un guide d'entretien comprenant majoritairement des questions ouvertes qui permettent au sujet de s'exprimer plus librement sur les thèmes abordés

b) Etablissement du guide d'entretien

Le guide d'entretien (Annexe 1) a été élaboré après une réflexion poussée sur les thèmes que nous souhaitons aborder. Ce guide a été testé au cours du premier entretien et nous l'avons très peu modifié par la suite.

La première partie était constituée d'une présentation orale du sujet de la thèse.

La deuxième partie consistait en un recueil des caractéristiques du médecin interrogé : l'âge et le sexe, le type d'activité (libérale, hospitalière ou mixte), le mode d'exercice libéral (seul ou en association) ainsi que la zone d'installation (urbaine ou semi-rurale).

La troisième partie était la plus dense et correspondait aux questions du guide d'entretien, réparties en quatre catégories :

- Questions générales

- Quelles sont les raisons pour lesquelles vous avez choisi d'être votre propre médecin traitant ?

- Quels sont les obstacles qui vous auraient empêché(e) de désigner un confrère comme médecin traitant ?

- Comment évaluez-vous votre état de santé en général ?

- Comment évaluez-vous la qualité globale de votre prise en charge médicale ?

- Tenez-vous un dossier médical personnel ? Si oui, que contient-il ?

- Vous considérez-vous comme compliant(e) et observant(e) ?

- Quelle attitude avez-vous envers l'auto-prescription : Médicaments ? Examens complémentaires ? Consultations spécialisées ?

- Quelles différences existe-t-il entre le soin que vous accordez à votre prise en charge et celui que vous accordez à la prise en charge de vos patients ?

- Quels sont pour vous les obstacles à une prise en charge optimale par vous-même ?

- Questions de prévention

- Prévention primaire : êtes-vous à jour dans vos vaccinations ? Consommez-vous du tabac ? Avez-vous une hygiène de vie correcte à vos yeux ?

- Prévention secondaire : suivez-vous les recommandations en vigueur concernant le dépistage des cancers ? Réalisez-vous des bilans biologiques réguliers / une prévention cardio-vasculaire ?

- Le médecin malade

- Avez-vous déjà vécu un épisode de maladie aiguë ou chronique avec survenue d'éventuelles problématiques ?

- Avez-vous déjà été confronté à un épisode d'anxiété ou de dépression (en rapport ou non avec un syndrome d'épuisement professionnel) ? Si oui, comment avez-vous géré cette situation ?

- Ouvertures

Quelles seraient les solutions qui permettraient d'améliorer votre prise en charge personnelle et celle des médecins généralistes en général ?

Enfin, la quatrième partie consistait en un remerciement des médecins pour leur participation à l'étude.

c) Formulaire de consentement

Nous avons demandé à chaque médecin interrogé de signer deux exemplaires d'un formulaire de consentement (Annexe 2) contenant les notions suivantes :

- Le refus et l'interruption possibles de la participation à l'étude
- Le droit d'accès et de rectification des données personnelles
- La confidentialité de l'étude et l'anonymisation des données avant écriture des résultats
- L'enregistrement audio des données
- L'acceptation du traitement informatisé des données
- La possibilité de recevoir une copie numérique de l'étude, une fois la thèse achevée, si adresse mail renseignée par le participant

Chaque médecin a par la suite été invité à conserver un des deux exemples du formulaire signé.

5) Réalisation des entretiens

Le recueil des données a été réalisé lors d'entretiens dont les rendez-vous ont été fixés à l'heure et à l'endroit qui convenaient au médecin concerné.

Les témoignages ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique de type Philips DVT2700. Chaque entretien a par la suite été sauvegardé sous forme de fichier audio mp3 sur l'ordinateur.

6) Méthodologie d'analyse des données

a) Retranscription des données

Chaque entretien a été retranscrit sous la forme de verbatim sur le logiciel Word à partir du fichier numérique audio correspondant. Les nuances du langage parlé, comme les répétitions, les interjections et les hésitations ont été respectées. Il a également été précisé lorsque le sujet émettait un rire, tandis que les grossièretés ont été volontairement effacées.

Les témoignages ont été anonymisés dès la retranscription. Chaque médecin s'est vu attribuer une lettre de l'alphabet (de A à T) en fonction de l'ordre chronologique de réalisation des entretiens. Les noms des lieux et des personnes évoqués ont été remplacés dans le verbatim par la lettre « X », excepté le nom de la ville de Marseille.

b) Analyse des données

Chaque entretien a dans un premier temps été l'objet de plusieurs relectures approfondies, afin de favoriser l'assimilation des idées des différents médecins, à laquelle avait déjà contribué la réalisation et la retranscription manuelle de chacune des entrevues.

Les questions du guide d'entretien ont servi de fil conducteur à l'analyse de l'ensemble du corpus. Pour chaque question formulée, les réponses de chaque médecin ont été consignées sur papier, ce qui a permis de les confronter entre elles et de mettre en évidence

les similitudes et les oppositions entre les différents praticiens. Cette étape est celle qui a nécessité le plus de temps et de rigueur, dans une tentative de conservation de l'objectivité du discours retranscrit.

Une sélection des mots-clés a par la suite été effectuée grâce à un surlignage des notions qui paraissaient importantes, qu'elles aient été redondantes ou non. Un tableau Excel regroupant ces mots-clés a été créé (Annexe 3).

Une analyse manuelle systématique de ce tableau en fonction des différents thèmes abordés a enfin permis de regrouper ces mots-clés en notions, qui ont-elles-mêmes été colligées dans un second tableau (Annexe 4). Ce dernier a été l'outil permettant l'écriture des résultats et le point de départ de la discussion.

RESULTATS

1) Données générales

a) Caractéristiques des entretiens

Vingt entretiens individuels ont été menés. Les entretiens se sont déroulés du 3 novembre 2016 au 1^{er} février 2017. La durée des entretiens variait de 7 à 52 minutes. Leur durée moyenne était de 19 minutes. La durée compilée des entretiens était au total de 6 heures et 30 minutes.

La saturation des données a été obtenue à l'issue du 18^e entretien. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés pour la confirmer.

Les entretiens ont été réalisés sur le lieu de travail des médecins, excepté pour le médecin L qui a préféré répondre à l'étude à son domicile.

Médecin	Durée
A	00:13:26
B	00:16:10
C	00:19:09
D	00:16:21
E	00:22:45
F	00:15:56
G	00:21:01
H	00:15:49
I	00:11:28
J	00:13:51
K	00:13:13
L	00:33:20
M	00:52:04
N	00:29:31
O	00:10:55
P	00:34:29
Q	00:07:01
R	00:09:30
S	00:19:05
T	00:15:18
Total	06:30:22

Tableau 3 : Tableau récapitulatif de la durée des entretiens réalisés

b) Caractéristiques de la population

- Tableau récapitulatif des caractéristiques de la population

Médecin	Âge	Sexe	Type d'activité	Mode d'exercice	Zone d'installation	Activités
A	63	M	mixte	association	urbaine	médecine générale, SOS médecins, gynécologie
B	35	F	libérale	association	urbaine	médecine générale
C	52	M	libérale	seul	urbaine	médecine générale, SOS médecins
D	70	M	libérale, retraite active	seul	urbaine	médecine générale, psychothérapie, sexologie
E	56	F	libérale	association	semi-rurale	médecine générale, maîtrise de stage
F	58	F	libérale	association	semi-rurale	médecine générale
G	59	M	mixte	seul	semi-rurale	médecine générale, ESAT
H	63	F	libérale, retraite	seul	semi-rurale	médecine générale
I	48	F	hospitalière			gériatrie
J	38	F	hospitalière			gériatrie
K	37	M	libérale	association	semi-rurale	médecine générale, médecine du sport
L	57	F	libérale	association	urbaine	médecine générale, maîtrise de stage
M	56	F	médecin conseil			médecin conseil Assurance Maladie
N	51	M	hospitalière			gériatrie, gérontopsychiatrie
O	29	F	salariée du privé			soins de suite et de réadaptation
P	49	F	hospitalière militaire			médecine d'urgence
Q	45	F	libérale	association	semi-rurale	médecine générale
R	43	M	libérale	seul	semi-rurale	médecine générale
S	55	M	libérale	association	semi-rurale	médecine générale, mésothérapie
T	29	M	libérale	association	urbaine	médecine générale, formation homéopathie

Tableau 4 : Tableau récapitulatif des caractéristiques des médecins interrogés

- Age et sexe

Les 20 médecins interrogés avaient un âge compris entre 29 et 70 ans. L'âge moyen était de 50 ans. Parmi les 20 médecins interrogés, 11 étaient des femmes (55%) et 9 étaient des hommes (45%).

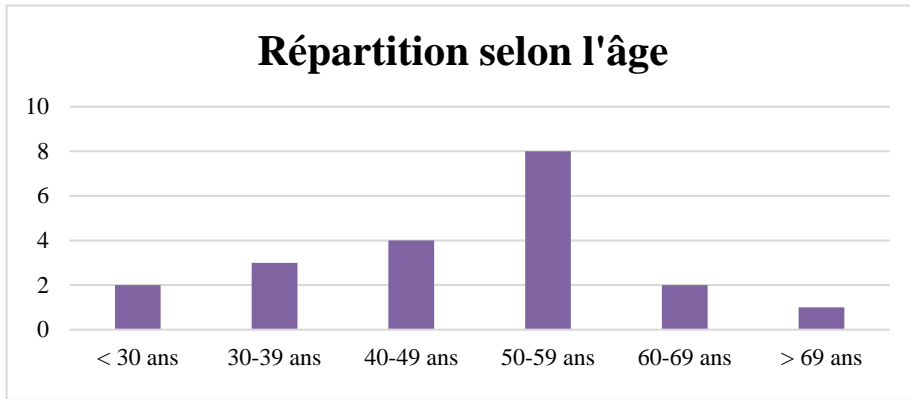


Figure 1 : Graphique représentant la répartition des médecins interrogés selon l'âge

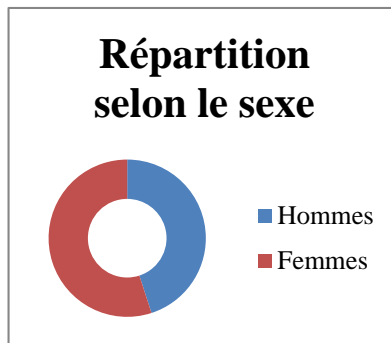


Figure 2 : Graphique représentant la répartition des médecins interrogés selon le sexe

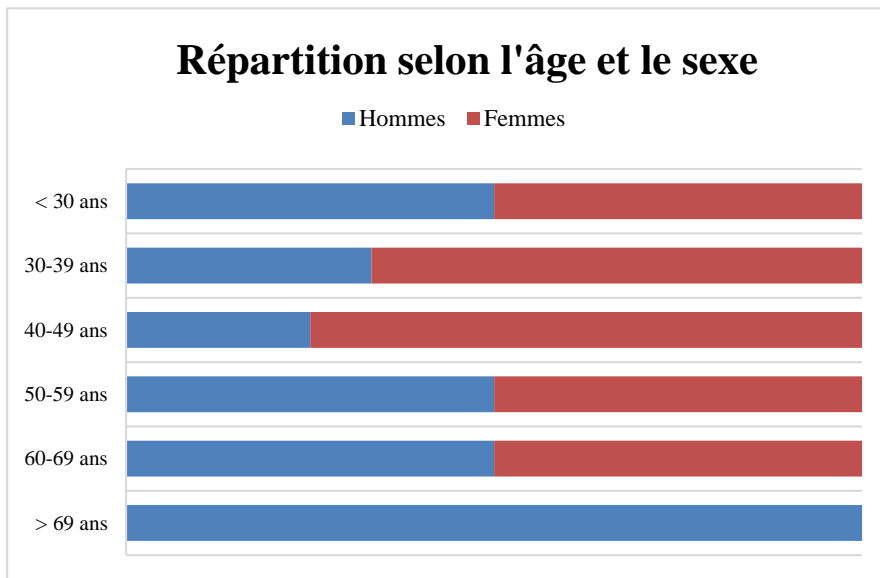


Figure 3 : Graphique représentant la répartition des médecins interrogés selon l'âge et le sexe

- Type d'activité

Les médecins de notre étude avaient tous reçu une formation initiale de médecine générale. Parmi eux, 12 médecins avaient une activité purement libérale, dont 2/12 étaient à la retraite, active pour l'un des deux praticiens. 2/20 avaient quant à eux une activité mixte : en plus de leur activité libérale, le médecin A exerçait une activité hospitalière en gynécologie, tandis que le médecin G avait un poste salarié au sein d'un Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT). Les 6 autres médecins participants avaient une activité purement salariée : 3/6 à l'hôpital public, 1/6 dans un hôpital militaire, 1/6 dans une clinique privée et 1/6 en tant que médecin conseil au sein de l'Assurance Maladie.

Les médecins exerçant en cabinet libéral avaient tous une activité de médecine allopathique, à laquelle s'ajoutaient diverses activités secondaires : la maîtrise de stage (médecins E et L), l'exercice au sein de SOS Médecins (médecins A et C), la gynécologie (médecin A), la psychothérapie (médecin D), la sexologie (médecin D), la médecine du sport (médecin K), la mésothérapie (médecin S) et l'homéopathie (médecin T).

Parmi les médecins salariés, trois exerçaient en gériatrie (médecins I, J, N), dont un ayant reçu une formation de gérontopsychiatrie (médecin N), une exerçait dans un service d'urgences (médecin P) et une exerçait dans un service de soins de suite et de réadaptation (médecin O).

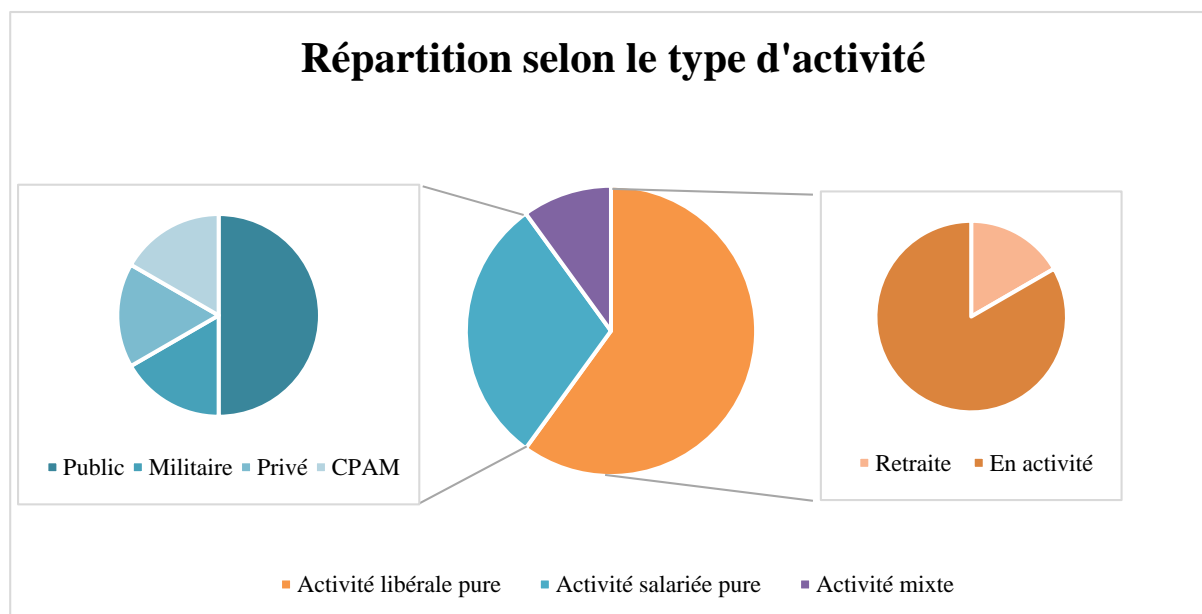


Figure 4 : Graphique représentant la répartition des médecins interrogés selon le type d'activité

- Mode d'exercice des médecins libéraux

Parmi les médecins libéraux interrogés, 9/14 travaillaient en association dans un cabinet de groupe et le reste travaillait seul.

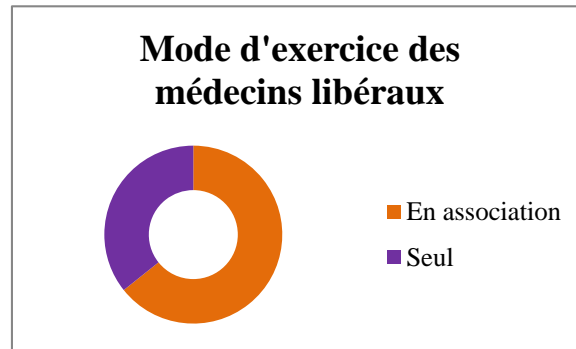


Figure 5 : Graphique représentant la répartition des médecins libéraux interrogés selon le mode d'exercice

- Zone d'installation des médecins libéraux

Les médecins exerçaient tous dans les Bouches-du-Rhône. 8/14 médecins étaient installés en secteur semi-rural tandis que 6/14 pratiquaient en ville. Les Bouches-du-Rhône ne contenant pas de zone purement rurale, il a donc été impossible d'interroger un médecin y exerçant.

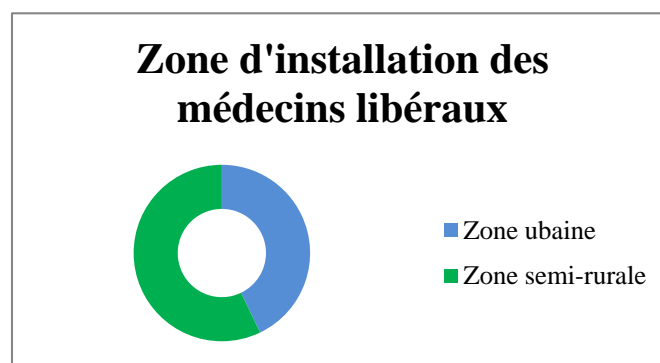


Figure 6 : Graphique représentant la répartition des médecins libéraux interrogés selon la zone d'installation

2) Attitude et ressenti du médecin généraliste vis-à-vis de la prise en charge de sa propre santé

a) Critères décisionnels du choix du médecin traitant

- Pourquoi se choisir soi-même en tant que médecin traitant ?

La **facilité** était l'argument qui revenait le plus souvent (médecins A, F, G, J, K, N, T), ainsi que la **simplicité** (médecins I, M, N, Q, S) et le **côté pratique** de l'auto-déclaration (médecins B, E, G, L, M).

Les médecins interrogés soulignaient également que, n'ayant **pas de problème de santé**, ils ne voyaient pas l'utilité d'avoir un médecin traitant (médecin C, F, N, S) tout en admettant, pour l'un d'entre eux, que si des problèmes médicaux s'étaient présentés, il aurait consulté un confrère (médecin C).

L'autre facteur déterminant était le **manque de temps** (médecins F, J, L, R).

Enfin, les deux médecins retraités avançaient des arguments plus tranchés : « *par esprit d'indépendance* » (médecin H) et « *pour faire un pied de nez à l'obligation d'avoir un médecin traitant* » (médecin D).

- Pourquoi ne pas désigner un confrère ?

De nombreux médecins affirmaient **ne pas voir d'obstacle** à la désignation d'un confrère généraliste (médecins D, F, H, J, K, O, P, T). Certains confiaient même avoir déjà fait appel à un autre médecin généraliste (médecins B, F, T).

Dans le cas des médecins qui s'étaient déjà adressés à un confrère ou qui l'envisageaient pour la suite, deux catégories se distinguaient : les médecins qui préféraient se tourner vers un généraliste qu'ils **connaissaient** (un ami, voire un associé) (médecins J, N, P) et les médecins qui choisissaient de garder une forme d'**anonymat**, en ne mentionnant pas être eux-mêmes médecins lors de la consultation. Ces praticiens estimaient en effet que cette **confidentialité** favorisait l'**objectivité** dans la prise en charge (médecins B, I, N, P, S) :

Extrait entretien médecin B : « *Quand je vais voir des médecins extérieurs, j'essaie de le dire le moins possible que je suis médecin, ou alors au dernier moment. Ça oriente de la*

même façon qu'être soi-même son propre médecin, ça oriente soit vers l'excès soit vers la sous-estimation. »

Extrait entretien médecin S : « *A la limite des fois on aimerait aller voir un médecin en lui disant pas qu'on est médecin, parce que forcément l'attitude va être différente quand vous êtes médecin. A la limite il faudrait presque cacher sa profession, parce que tout de suite ça met un biais et c'est important je pense de... ouais faudrait pouvoir être neutre. »*

Deux médecins évoquaient cependant le **manque de confiance** qu'ils pouvaient avoir en leurs confrères pour la prise en charge de leur propre santé (médecins L et M).

Deux autres praticiens faisaient également référence à une éventuelle gêne, une **pudeur** qui les empêchait d'aller consulter ailleurs (médecins E et Q).

b) Ressenti de l'état de santé

La majorité des médecins interrogés émettait un **avis positif** sur son état de santé actuel : « *bon* » (médecins B, C, J, J, K, O, P, Q), « *excellent* » (médecins D, E, M), « *plutôt/assez bien* » (médecins A, N, R).

Quatre médecins émettaient un avis plutôt péjoratif sur leur état de santé : « *moyen* » (médecins G, I, L), « *pas terrible* » (médecin S).

c) Ressenti de l'auto-prise en charge

- La prise en charge médicale générale

L'auto-évaluation de la prise en charge des médecins par eux-mêmes était assez disparate.

Environ la moitié des praticiens étaient **satisfaits** de cette prise en charge : « *bonne* » (médecins E, K, S), « *correcte* » (médecins H, L, N, O, P), « *très bonne* » (médecin M). Ces praticiens précisait parfois qu'ils étaient attentifs, à l'écoute de leur santé.

Extrait entretien médecin S : « *Oh je suis assez content de moi. Je fais un peu gaffe par rapport à certains collègues. C'est ce que dit le cardiologue "C'est rare de voir les médecins, généralement on les voit après l'infarctus, toi on te voit un peu avant" (rires). »*

L'autre moitié déplorait une prise en charge **moins adéquate** : « *moyenne* » (médecins B, F, Q), « *médiocre* » (médecins D, G, R), « *mauvaise* » (médecin I), « *nulle* » (médecin J) et illustraient cela par l'absence de suivi programmé ou rythmé (médecins A et J) et par une tendance à minimiser les examens nécessaires (médecin B).

- Le dossier médical

La plupart des médecins interrogés tenaient à jour leur **dossier médical**, que ce soit dans le logiciel de leur ordinateur professionnel ou chez eux (médecins B, C, D, E, F, G, H, I, J, L, M, N, O, P, S, T). Certains reconnaissaient cependant ne pas souvent le mettre à jour, excepté pour les vaccins. Quatre médecins disaient n'avoir aucun dossier personnel (médecins A, K, Q, R).

- Les différences avec un patient lambda

Enfin, quand on leur demandait s'il existait des différences entre la prise en charge médicale effectuée auprès de leurs patients et celle qu'ils réalisaient pour eux-mêmes, plus de la moitié des praticiens répondait par l'affirmative (médecins A, D, E, F, G, H, I, N, Q, S, T).

Le médecin D évoquait l'existence d'un probable **déni** quant à la vision du médecin sur sa propre santé.

Extrait entretien médecin D : « *C'est sûr que je porte plus d'attention à mes patients qu'à moi. Je pense qu'il y a une espèce de déni, inconsciemment il doit y avoir une espèce de déni, que nous les médecins on meurt jamais (rires), une toute-puissance, voilà et puis parce qu'effectivement, essentiellement, la douleur je fais avec et puis je suis confronté à tellement de pusillanimité... que je le tolère chez mes patients, je m'occupe d'eux, mais pas pour moi.* »

Le médecin E déclarait être **moins empathique** avec elle-même qu'avec ses patients.

Extrait entretien médecin E : « *Mais ça tous les libéraux je pense, je suis un petit peu plus dure avec moi. Je suis pas trop empathique avec moi-même. Et c'est vrai que j'ai été opérée d'un pied, j'ai repris tôt avec le pied sur la poubelle, forcément maintenant ça va moyennement bien. Voilà, non je pense que je suis moins empathique avec moi qu'avec mes patients.* »

Le médecin F révélait ne pas faire preuve d'**écoute** quant à ses propres plaintes, en particulier par peur d'une éventuelle entrave à son activité professionnelle.

Extrait entretien médecin F : « *Oui, il y a une grande différence (...) autant je peux écouter la plainte d'un patient, autant je m'écoute pas, si vous voulez c'est là la différence, j'ai pas d'écoute, vis-à-vis de moi-même je me dis pas "Ah bah t'es malade, va falloir que tu restes dans ton lit", parce qu'on a un travail qui nous permet pas de le faire, et puis vis-à-vis de mes patients, je me vois mal leur dire "Bah écoutez j'ai une angine je viens pas travailler", je le fais pas.* »

De même, le médecin S indiquait faire preuve de **négligence** quant à ses propres symptômes, du fait du dérangement qui aurait découlé de la prise en charge éventuelle.

Extrait entretien médecin S : « *Une sciatique paralysante chez un patient, tout de suite je prends mon téléphone, j'appelle le neurochir machin, moi je suis resté à stepper pendant quatre semaines, parce que ça me gonflait, que je savais les conséquences qu'il y allait avoir.* »

Le médecin G pointait le **conflit interne** qui pouvait parfois siéger chez le médecin malade.

Extrait entretien médecin G : « *De toute façon on ne peut pas être juge et parti hein. (...) En fait quand on prescrit on ordonne. A soi-même on s'ordonne rien du tout, on se convainc de ce qu'il faut faire mais on le respecte plus ou moins. On a plus de facilités à se trouver des excuses, ça c'est sûr.* »

Cinq médecins affirmaient en revanche essayer d'avoir la même attitude envers eux-mêmes qu'envers leurs patients (médecins B, C, K, L, P).

d) Attitude face à l'auto-prescription

Concernant l'auto-prescription, qu'elle ait concerné les médicaments, les examens complémentaires ou les avis spécialisés, une majorité de médecins estimait y avoir recours **raisonnablement** (médecins B, C, E, F, H, J, K, M, O, P, Q, S), tout en reconnaissant certaines limitations :

- Une **tendance au « moins »** plutôt qu'au « plus »

Extrait entretien médecin J : « *Je pense que je le fais de manière raisonnable. Globalement. Enfin le strict minimum (rires).* »

- La **contrainte** que représentaient ces prescriptions

Extrait entretien médecin S : « *Je le fais, mais bon ça me gonfle.* »

- La nécessité d'« **assurer** », dans la vie professionnelle comme personnelle

Extrait entretien médecin P : « *Je le ferai quand même de façon raisonnable parce que j'ai une activité professionnelle où il faut que je sois présente, j'ai un enfant en bas âge, je peux pas me permettre de laisser passer quelque chose.* »

- Le caractère **anxiogène** que pouvait revêtir la non-réalisation de ces prescriptions

Extrait entretien médecin Q : « *Au bout d'un moment quand ça traîne ça traîne et que je commence à flipper je me dis "Bon allez maintenant tu vas faire quelque chose".* »

- L'importance du **regard des tiers**

Extrait entretien médecin Q : « *Et puis bon on est trois donc en discutant avec les collègues au bout d'un moment ils me disent "Bon on va faire un truc là, tu devrais..." Mais bon fait ch... j'ai pas envie, j'ai pas le temps...* »

Un quart des médecins, tous de sexe masculin par ailleurs, déclarait ne pas avoir assez recours à l'auto-prescription (médecins A, D, G, N, T). Les justifications étaient diverses :

- Le problème du **manque de temps**

Extrait entretien médecin G : « *Ça fait plus d'un an que je dois faire une épreuve d'effort cardiaque, que j'ai toujours pas faite quoi. Parce qu'on n'a jamais le temps, que ça tombe jamais au bon moment, et que s'il faut prendre un jour de congé pour le faire on le fait pas quoi.* »

- **La tolérance à la douleur**

Extrait entretien médecin D : « *Je suis très très avare, je consomme très très peu. Quand j'y vais c'est qu'il est largement temps d'y aller. J'ai un copain rhumato, je veux dire, j'y vais quand je peux plus marcher du tout du tout. (...) Voilà je suis assez dur à la douleur. Par exemple j'ai eu un pouce à ressaut, la première fois je me suis fait infiltrer par un copain, la seconde fois je me la suis fait moi-même (rires) voilà ça m'énervait de devoir y aller. »*

- **Le fonctionnement intrinsèque du médecin**

Extrait entretien médecin N : « *Je pense que vraiment les médecins ont un fonctionnement à part. Il m'est arrivé d'avoir des sciatalgies du feu de Dieu et venir avec des cannes anglaises bosser, et même on m'a poussé sur un fauteuil roulant pour que je fasse la visite, on est barjots quand même. J'arrivais pas à sortir de la bagnole, on est venu pour me sortir quoi. On est formatés pendant nos études à bosser comme des ânes. (...) Un médecin, ça ne s'arrête pas. »*

A contrario, le médecin L reconnaissait avoir un peu trop recours aux avis spécialisés, car elle avait du mal à **tolérer l'incertitude** en lien avec la suspicion d'un diagnostic, dont elle savait les intrications potentielles.

Extrait entretien médecin L : « *Je prescris peut-être un peu trop l'avis spécialisé pour moi. (...) Moi quand je suis dans le doute je le vis mal, donc je prends mon téléphone et j'appelle un confrère à qui je dis "Est-ce que tu peux me recevoir pour me donner ton avis ?"»*

e) Observance et compliance

Une majorité de médecins s'estimaient compliants et observants (médecins B, C, E, F, H, J, K, M, O, P, R, S). Certains praticiens émettaient cependant des limites :

- La facilitation de l'observance et de la compliance par l'**absence de pathologie** nécessitant une prise en charge spécifique (médecin B)
- La limitation de l'observance à **court terme**

Extrait entretien médecin J : « *Observante heu (rires) j'ai envie de dire oui sur les médicaments que je prescris, mais je suis pas sûre d'aller jusqu'au bout d'une prescription d'antibiotiques si je vais mieux par exemple.* »

- La limitation de l'observance à **long terme** au cours d'une pathologie chronique

Extrait entretien médecin A : « *Ils m'ont laissé deux mois sous anticoagulants et antiarythmiques, je les ai pris régulièrement, mais j'aurais eu du mal plus longtemps. Et là, la Cordarone ça fait 15 jours... des fois j'oublie un jour je prends le lendemain, c'est compliqué l'observance, ça paraît pas mais... c'est pas évident.* »

Extrait entretien médecin L : « *J'ai eu toute ma vie énormément de mal à prendre des médicaments de manière régulière. Par contre quand j'ai un traitement que je commence, je le termine, pour les traitements courts par exemple l'antibiothérapie. Mais prendre un médicament au quotidien en chronique, je fais pas, je fais très mal. Je pense que dès que je vais mieux j'oublie ma santé, et donc j'y pense plus (rires).* »

- L'augmentation de la compliance en cas de prescription par un **médecin tiers** (médecins I, P, T)
- L'observance par **nécessité** plus que par choix

Extrait entretien médecin F : « *L'observance oui parce que ça m'arrive, je touche du bois, tellement rarement parce que quand je suis malade j'ai intérêt à être bien rapidement sur pied parce que je m'arrête pas...* »

Enfin quelques médecins déclaraient ouvertement ne pas être observants (médecins L), ni compliants (médecin G), voire même aucun des deux (médecin Q).

f) Conduites face à la prévention

- Prévention primaire

Nous avons interrogé les généralistes sur leur statut vaccinal, sur leur consommation tabagique et enfin sur leur hygiène de vie.

Sur le plan des **vaccinations**, tous les médecins disaient être à jour, excepté le médecin F. Certains médecins reconnaissaient cependant que leur activité hospitalière était à l'origine de leur mise à jour :

Extrait entretien médecin I : « *Ah ça je suis obligée (rires)* »

Extrait entretien médecin A : « *Je crois qu'à la dernière visite médicale de l'AP-HM ils m'ont fait un vaccin, parce que j'étais en retard.* »

Concernant le **tabac**, un quart des médecins interrogés confiaient être consommateurs.

Enfin, à propos de leur **hygiène de vie**, les trois quarts des médecins estimaient s'alimenter correctement et pratiquer une activité physique suffisante. Parmi les cinq médecins jugeant leur hygiène de vie comme inadéquate (médecin G, I, L, O, R), le médecin G affirmait par exemple manquer de **temps** pour pratiquer du sport.

- Prévention secondaire

Nous avons demandé aux praticiens s'ils respectaient les recommandations en vigueur concernant le dépistage des cancers (frottis cervico-vaginal, mammographie, Hémocult) et s'ils réalisaient des bilans biologiques réguliers ainsi qu'une prévention cardio-vasculaire.

De manière générale, les médecins suivaient les recommandations du **dépistage du cancer** en fonction de l'âge, excepté le médecin A qui affirmait être en retard pour son suivi coloscopique, et le médecin N qui reconnaissait négliger sa prise en charge préventive à ce niveau.

Extrait entretien médecin N : « *Heu mon Hémocult j'ai pas fait. Je l'ai pas reçu je crois... mais j'aurais pu le faire. Mais bon là c'est de la négligence (rires).* »

Une majorité des médecins interrogés réalisaient également des **bilans biologiques réguliers**, tout en admettant parfois qu'une **cause extérieure** était à l'origine de ces prescriptions complémentaires : la médecine du travail (médecin I), le suivi gynécologique (médecin F), les pathologies chroniques (médecin H) ou un traitement au long cours (médecins E et O).

Concernant la **prévention cardio-vasculaire**, les médecins semblaient relativement sensibilisés à la prévention secondaire, en particulier en cas d'antécédents familiaux (médecin S), de pratique sportive importante (médecins E, Q, S), dans le cadre d'une pathologie représentant un facteur de risque cardio-vasculaire (médecins H et L) ou d'une visite à la médecine du travail (médecin P).

En revanche, les deux seuls médecins ayant eu des problèmes cardiaques avérés, à savoir des épisodes de fibrillation auriculaire, étaient paradoxalement les **moins observants** concernant le suivi cardio-vasculaire :

Extrait entretien médecin A : *« J'ai revu le cardio pour le contrôle il m'a dit "Il faudrait faire l'électro d'effort après, se revoir etc." et puis pff... bref ça fait quatre ans, j'ai oublié le rendez-vous et j'ai rien fait de plus. »*

Extrait entretien médecin G : *« Ça fait plus d'un an que je dois faire une épreuve d'effort cardiaque, que j'ai toujours pas faite quoi. »*

Enfin, le médecin C repoussait l'éventualité d'une épreuve d'effort **en relativisant son intérêt**.

Extrait entretien médecin C : *« La prévention, je fume pas je fais du sport donc faudrait que je voie le cardio mais a priori... mon père il a fumé toute sa vie il a 85 ans il est toujours en vie hein, il est encore là. Au niveau cardio-vasculaire il y a pas d'antécédent chez nous très fâcheux (...) Je pense qu'il faudrait regarder un coup les carotides, mais pour un mec de 50 balais, chez un mec qui a jamais fumé avoir des carotides obturées voilà... j'ai pas de cholestérol voilà... donc il va falloir le faire mais bon. Donc voilà même l'épreuve d'effort il va falloir la faire mais je pense pas trouver grand-chose à mon âge... »*

g) Stress / dépression / burn-out

Nous avons par la suite demandé aux médecins s'ils avaient déjà été confrontés à des épisodes de stress, un syndrome dépressif ou un syndrome d'épuisement professionnel (ou burn-out), et comment ils avaient géré ces situations.

Quasiment tous les médecins ont répondu par l'affirmative, signalant être ou avoir déjà été confrontés à l'un de ces cas de figure. Trois situations se démarquaient : le syndrome dépressif, le stress au travail et l'épuisement professionnel (ou burn-out).

- **Syndrome dépressif**

Quatre médecins confiaient avoir fait un épisode dépressif, tout en précisant qu'il n'était pas en rapport avec le travail (médecins D, E, L, M). Tous ces praticiens avaient fait appel à un thérapeute (psychiatre ou autre) et deux avaient par la suite suivi une formation de thérapie cognitivo-comportementale (TCC), en affirmant que cet épisode avait changé leur pratique professionnelle.

Extrait entretien médecin L : « *Après j'ai évolué toute seule, avec des lectures, ou des séminaires de TCC, que je me suis appliqués à moi en premier avant de les utiliser en cabinet pour mes patients. Ça a changé ma pratique, complètement, et ma façon de prendre en charge les syndromes dépressifs, en expliquant aux patients que ça peut arriver à tout moment, qu'il y a des causes biologiques, et qu'il y a des moyens...* »

Le médecin M mettait cependant en avant l'aspect péjoratif que pouvait revêtir pour le médecin lui-même l'éventualité d'une consultation chez un psychiatre.

Extrait entretien médecin M : « *J'ai un de mes amis qui me connaît bien, qui est psychiatre lui-même, et qui m'a dit "Mais tu vas pas bien, tu devrais aller voir quelqu'un" et là évidemment la réponse classique que tout médecin fait : "Nan mais je suis pas folle, tu me prends pour qui ?". Et puis le lendemain "Bon tu as un nom ?". Je pense que j'étais pas prête à l'entendre, il m'a aidée à mettre un nom sur le truc.* »

- **Stress professionnel**

Six praticiens affirmaient ressentir du stress au travail (médecins E, H, J, L, N, O).

Extrait entretien médecin H : « *J'ai eu une anémie importante parce que j'ai une hernie hiatale qui a saigné à cause du stress, voilà.* »

Le médecin N, qui travaillait dans un établissement gériatrique, rapportait plusieurs facteurs générant du stress : l'informatique, la pression des familles des patients et les sollicitations sortant de son domaine de compétence.

Extrait entretien médecin H : « *Il y a une pénibilité dans notre travail, qui est vraiment extrême. Ça je l'ai remarqué avec certains logiciels, surtout que moi l'informatique c'est pas*

mon domaine de compétence, donc il y a une perte de temps énorme. Et puis ici en maison de retraite, il y a des familles qui sont odieuses, parce qu'à partir du moment où ils paient, tu es un prestataire de service, avec des menaces parfois ! (...) Les familles c'est souvent dur, c'est pas comme en maison de retraite habituelle, où ce sont des médecins extérieurs, moi je suis tout le temps là. Donc il manque un drap, on vient me voir, il manque un rideau, on vient me voir, la barrière est cassée, on vient me voir, il y a des choses qui sortent vraiment de mon domaine de compétence (...) et c'est vrai qu'il y a de la pression. »

Concernant les origines du stress dans l'exercice libéral, le médecin E insistait sur l'impact du **versant administratif** du métier. En effet, elle considérait que la pratique s'était dégradée, en particulier à cause de l'évolution du comportement de la patientèle et du changement d'attitude de la sécurité sociale, ce qui avait entraîné une augmentation des contraintes de travail.

Extrait entretien médecin E : *« C'est ça qui nous tue, c'est la non gratification, le pressing administratif... »*

Le médecin L, en revanche, estimait que le stress lié à la pratique s'était **minoré** par rapport à avant.

Extrait entretien médecin L : *« Le stress au travail bien sûr. Mais bon moins depuis 13 ans, parce que le mode d'exercice a beaucoup changé, le stress en garde notamment, depuis la mise en place des régulations par le centre 15, on est moins appelé. Très souvent il y a déjà le VSAV des pompiers quand c'est quelque chose de sérieux. Alors qu'il y a encore 15 ans de ça, il y avait un numéro d'appel pour la commune et on était appelé pour tout et n'importe quoi et souvent on arrivait, on était en première ligne quoi... du coup on est beaucoup moins stressé en permanence des soins. »*

Enfin, le médecin C évoquait les **différences générationnelles** de pratique médicale : selon lui, les générations antérieures de médecins étaient plus aptes à gérer le stress du fait d'une formation initiale plus rude, favorisant selon lui l'autonomie des médecins.

Extrait entretien médecin C : *« Le métier, il est ce qu'il est, est ce qu'il est stressant ? Oui de temps en temps tu as des questions que tu te poses, on peut tous faire des conneries, voilà, mais je suis pas convaincu que ce soit un métier plus stressant qu'un autre. Bon après moi j'ai été formé... je suis encore la génération d'avant où on était formés plus autonomes.*

On savait qu'on pourrait faire des conneries, on faisait des conneries, on avait pas les moyens de faire autrement. (...) Donc voilà on était habitués à gérer, après si t'es pas habitué à gérer ça, moi j'ai des copains qui ont pété un boulon. Au jour d'aujourd'hui prendre des décisions c'est pas pesant parce qu'on a été formés comme ça. »

- **Epuisement professionnel**

Sept médecins étaient ou avaient été confrontés à une problématique de surmenage professionnel (médecins B, E, F, G, H, P, R). La plupart admettaient être en partie responsables de cette situation, du fait d'une **mauvaise organisation** de travail principalement.

Extrait entretien médecin H : *« Moi j'avais une hyperactivité hein, je peux pas te dire autre chose hein... tu sais les journées elles commençaient à 7h et j'étais jamais de retour à la maison avant 23h30-minuit voire 1h du matin hein... parce que j'avais beaucoup de monde hein, beaucoup beaucoup du monde. Je suis jamais arrivée à limiter, même maintenant. Même maintenant... Dimanche ça a sonné trois fois. (...) Bon c'est pas très confortable mais ça permet d'avoir le sentiment de pouvoir encore servir à quelque chose, ce qui est une bonne chose, voilà. Et puis bon j'ai toujours pris sur moi. »*

Extrait entretien médecin B : *« Ah ben oui ici un surmenage, et puis une agression sur le lieu de travail et par manque d'information je ne me suis pas arrêtée. (...) Personnellement, je suis en mode "On travaille quoi qu'il se passe, on travaille de toute façon". »*

Extrait entretien médecin F : *« Avant j'étais associée avec un autre médecin, qui est parti à la retraite, et sur le fonctionnement du cabinet c'était quelque chose qui était mal ficelé, mal agencé, et en fait j'arrivais à un épuisement physique si vous voulez parce que le téléphone sonnait 50 fois par jour, les patients venaient comme ça sans rendez-vous de 15 heures à 18 heures mais à 22 heures on était toujours au cabinet. En fait si vous voulez c'était un épuisement mais physique parce qu'à la fin vous en pouvez plus. Et on travaillait soi-disant par demi-journée mais en fait on faisait une journée en une demi-journée et donc à la fin, au bout de 6-7 ans c'est devenu épuisant... alors mon mari dirait "Ouais t'as fait une dépression" mais bon je pense pas que j'étais dépressive, j'étais fatiguée, j'étais épuisée, nan j'étais pas dépressive si vous voulez, j'étais épuisée, épuisée physiquement, je sais ce que ça veut dire. »*

Extrait entretien médecin G : « *C'est certain qu'il y a des moments où... on sent qu'on sature. Après avec l'habitude on commence à le sentir. Quand on a l'impression qu'ils sont tous devenus pénibles, c'est qu'on a besoin de vacances. Qu'on commence la consult et qu'on a déjà envie d'avoir fini... qu'on trouve que les gens sont exigeants, qu'on commence à être irritable, je pense que déjà c'est ça. Et puis on sent qu'on est fatigué. On le sent et puis il faut un peu lever le pied à ce moment-là.* »

Extrait entretien médecin R : « *Je dirais que chaque jour c'est un peu le combat quotidien ça. Ça veut dire que même en étant déjà averti, je me suis fait piéger. (...) Je suis quand même toujours piégé chaque jour, c'est un combat permanent ça.* »

- **Facteurs de protection contre le stress et le surmenage professionnels**

Les médecins interrogés faisaient référence à de nombreuses solutions qui leur permettaient d'endiguer leur surmenage professionnel :

- Le **travail en équipe**, que ce soit en cabinet de groupe (médecin S), en réseau de soins libéral (médecin L) ou en contexte hospitalier (médecin J)

Extrait entretien médecin S : « *C'est important de travailler à plusieurs. Moi jamais j'aurais envisagé de bosser tout seul. Je sais pas comment ils font mes collègues qui bossent tout seuls. D'ailleurs les jeunes ils veulent plus bosser tout seuls ils ont raison.* »

Extrait entretien médecin L : « *Après oui bien sûr il y a toujours des stress, je suis toujours engagée dans un réseau de soins palliatifs, je fais toujours de la fin de vie à domicile, voilà c'est le genre de choses qui sont lourdes d'affects, mais bon en travaillant en réseau, on arrive à parler, à partager avec les autres professionnels qui s'occupent du même cas, et on gère mieux le stress professionnel*»

Extrait entretien médecin J : « *Tout le temps du stress au travail mais bon... ça on le gère en discutant beaucoup entre nous et j'ai la chance de travailler dans une équipe où je me sens bien et où on est à l'écoute les uns des autres, au final le stress au travail il est souvent malgré tout bien géré en équipe, on a cette chance-là.* »

- L'**organisation** du cabinet libéral pour favoriser la **qualité de vie**

Extrait entretien médecin K : « *Je suis quand même assez vigilant, j'essaie quand même justement que le boulot se répercute pas trop sur ma vie privée justement, parce que*

bon je sais très bien qu'on peut être vite débordé là-dessus (...) Justement j'essaie de vraiment faire attention à ça pour pas que ça empiète sur le quotidien après derrière. C'est pour ça que je me suis installé ici, parce que le fonctionnement me convenait. J'ai été remplaçant pendant 4-5 ans donc j'ai pu voir dans différents cabinets comment ça fonctionnait, et c'est comme ça qu'on se forge un peu une idée de comment on veut travailler. »

Extrait entretien médecin S : *« Moi je suis pas à 60 heures par semaine hein, houlala, non il faut savoir se ménager mais dès le départ. Mais ça c'est une volonté, c'est personnel ça, il faut savoir se préserver, si vous voulez voir grandir vos gosses, il faut se préserver. »*

Extrait entretien médecin F : *« Je me suis réinstallée en ayant une qualité de vie qui est beaucoup plus agréable et je pense qu'en fait chacun de nous devrait penser à ça en premier avant de s'installer n'importe comment. (...) On a un secrétariat médical et sur internet, on a des conditions de travail qui sont quand même très agréables, on fait plus de visites, on fait très peu de gardes... »*

- Le soutien familial

Extrait entretien médecin J : *« Je crois que mon équilibre personnel fait qu'à la maison malgré tout il est aussi géré d'un point de vue familial, avec mon conjoint et ma vie de famille personnelle que je considère épanouie et qui du coup me permet de tenir. »*

- L'introspection

Extrait entretien médecin P : *« Régulièrement, je me demande un petit peu où j'en suis moi, je pense que je saurai aller voir mon chef en disant "Là je suis plus optimale, est ce que je peux prendre deux-trois jours ?". Je pense que j'arriverai à éviter le burn-out, parce qu'on en parle beaucoup plus, on sait qu'on peut en parler, on sait qu'aux urgences on est à risque, et que voilà on est pas tout seuls. (...) Je sais que j'ai un environnement professionnel auquel je peux m'accrocher, et ça c'est important, je pense que c'est des choses qui n'existent pas forcément dans des grosses structures. C'est sûr que le burn-out c'est quand même récent qu'on en parle dans les métiers médicaux. Avant on disait "C'est bon c'est un médecin il pourra gérer". Maintenant c'est plus facile, et moi je n'aurai aucune honte et aucune gêne à aller voir mon chef en disant "Là je vais faire n'importe quoi, est-ce que je peux prendre deux jours ou échanger cette garde, il faut que je me pose". »*

- **Les congés**

Extrait entretien médecin G : « *Il faut se ménager des possibilités de s'arrêter un petit peu, faire un petit break quand on sent que ça va plus quoi. De les oublier.* »

- **La maîtrise de stage**

Extrait entretien médecin E : « *Le fait d'être maître de stage ça m'a quand même bien améliorée, il y a un partage, il y a une interaction et puis les gens ont une interaction complètement différente donc c'est formidable. (...) Ça m'a reboostée d'avoir des internes.* »

Extrait entretien médecin L : « *Les internes ça aide aussi à prendre du recul, à verbaliser les situations.* »

- **L'information** sur le burn-out

Extrait entretien médecin R : « *J'ai fait une formation dans le cadre d'une... c'était même pas une DPC d'ailleurs. Donc je savais que ça existait le burn-out, le fait de faire une formation ça permet de prendre un peu plus conscience des choses.* »

- **Le recours à un psychiatre**

Extrait entretien médecin E : « *Je me dis qu'actuellement je... dois pas être loin du burn-out, en tout cas je me pose la question, j'y réfléchis... (...) Mais si je sentais que ça dérapait, je n'aurais aucune hésitation à aller voir un psychiatre.* »

- **L'activité physique**

Extrait entretien médecin N : « *Moi pour gérer ça, je fais plus de sport, heureusement que j'ai une activité sportive régulière.* »

3) Impacts et limites de l'auto-prise en charge médicale

a) Problématiques rencontrées face à la maladie

Les médecins étaient questionnés sur un épisode de maladie, aiguë ou chronique, qui leur avait posé problème, sur le plan diagnostique et/ou thérapeutique. Nombreux étaient les médecins à rapporter des épisodes de prise en charge inadaptée. Plusieurs catégories de problématiques se dégagent :

- Problématique du **retard « conscient » de prise en charge**

Cette difficulté était évoquée par plus de la moitié des médecins (médecins A, B, D, H, I, K, L, N, O, S, T), qui avaient tendance à « laisser traîner » et à « attendre que ça passe », tant en aigu qu'en chronique, où se posait à nouveau la question du relâchement de l'observance.

Extrait entretien médecin A : « *Je me dis "De toute façon ça va passer quoi..." C'est ce qu'on me reproche tout le temps. (...) J'ai fait plusieurs épisodes de fibrillation auriculaire. Donc la première fois c'était il y a 2 ou 3 ans. J'ai fait le diagnostic tout de suite, ça m'a pris le soir, j'ai attendu le lendemain en me disant que ça allait peut-être passer, j'ai pris deux Aspégic et je suis allé me coucher (rires).* »

Extrait entretien médecin B : « *J'avais eu un problème de dyspnée, au début c'était une bronchite qui a traîné, traîné, j'ai laissé traîner, traîner, en essayant d'être toujours pragmatique et de peser le traitement et puis finalement j'ai trop laissé traîner et je suis partie à l'étranger et ça a entraîné un retard diagnostique et finalement c'était une myocardite.* »

Extraits entretien médecin H : « *Je me suis bloqué complètement la jambe droite, une sciatique paralysante hyperalgique (...). Mais j'étais prise dans un engrenage de travail, on se néglige un peu... et après j'ai dû me faire opérer d'urgence, nécrose complète de la racine L4.* » « *Là je n'arrivais plus à me soulever pour rentrer dans la voiture, j'ai dit "Il y a quelque chose qui va pas", donc je suis partie au labo le jour même et je me suis retrouvée avec une hémoglobine à 6.2, en continuant à faire les visites, voilà. J'ai fini la journée parce qu'il y avait des malades qui avaient besoin de moi, voilà.* »

Extrait entretien médecin G : « *Au début j'étais observant mais avec le temps on a tendance à laisser un peu filer les choses. (...) On est persuadé qu'il faut le faire, mais on fait pas l'effort.* »

- Problématique de l'**erreur d'auto-diagnostic**

Ce paragraphe concerne spécifiquement les problématiques en lien avec une erreur initiale de diagnostic, qui donnaient également lieu à un retard de prise en charge mais qui différaient des situations du paragraphe précédent ; en effet si les situations précédentes

mettaient en évidence des médecins qui retardaient sciemment leur prise en charge, les erreurs d'auto-diagnostic se faisaient inconsciemment.

Trois médecins rapportaient ainsi s'être trompés lors de l'interprétation de leurs propres symptômes (médecins D, F, L). Les examens complémentaires ou les spécialistes consultés les avaient secondairement aiguillés sur le véritable diagnostic de leur pathologie.

Extrait entretien médecin D : *« J'ai des douleurs à la marche mais qui étaient essentiellement au niveau de l'articulation, vraiment j'ai pensé que j'étais en train de me faire une arthrose de hanche (...) et en fait la douleur que j'avais, c'était une sciatique et là de temps en temps ça me revient en marchant et effectivement c'est vraiment une sciatique suspendue, qui est que dans la hanche, tronquée... j'ai eu de la peine à admettre que c'est pas ma hanche (rires). »*

Extrait entretien médecin F : *« Je fais des problèmes de colique néphrétique et il m'est arrivé d'avoir deux trois crises très aiguës. (...) Enfin bon au début je croyais que c'était gynéco parce que j'avais des douleurs gynéco, en fait ça s'est terminé avec un calcul qui s'était coincé, et l'uro a été obligé de me faire un peu d'ondes de choc pour me casser le calcul. Au début c'était un peu insidieux mais après ça l'a plus été, et c'est le gynéco qui m'a dit "Attention vous faites quand même des coliques néphrétiques" et c'est lui qui m'a remis sur la piste. Mais comme je fais des problèmes gynéco parfois, et ça ressemblait plus à un problème gynéco au départ, des douleurs au bas ventre, et ça faisait pas très colique néphrétique comme j'avais eu l'habitude d'en avoir... »*

Extrait entretien médecin L : *« J'ai fait un jour une bartholinite qui est arrivée chez le gynéco et chez le chirurgien au stade septicémique, parce que j'ai pas fait le lien, je me suis pas rendue compte de ce qui se passait. J'étais gênée mais j'ai pas réagi, comme je pouvais pas m'examiner, j'ai pas compris ce qui se passait, et j'ai réagi quand j'ai eu 40 de fièvre et j'ai eu droit à trois jours d'hôpital et les antibiotiques par voie intraveineuse et on m'a dit que j'avais eu une bactériémie à E. coli donc là je me serais giflée. »*

Le médecin N rapportait, quant à lui, une erreur diagnostique due à une fracture qui était initialement passée inaperçue.

Extrait entretien médecin N : *« Le coude je me suis arrêté une semaine, je suis quand même allé bosser, mais ça me faisait tellement mal... Au début on n'avait pas vu que j'avais*

une fracture de la tête radiale, qui était pas immobilisée, donc t'imagines... c'est après que je me suis dit "Nan mais c'est pas possible y a quelque chose là." »

- **Problématique des arrêts-maladie**

9/20 médecins révélaient spontanément prioriser le travail (médecins A, B, C, E, F, L, H, N, S) et minimiser au maximum la durée de leurs arrêts-maladie. Deux raisons principales se démarquaient : soit parce qu'ils ne ressentaient pas le besoin de s'arrêter plus, soit parce que cela représentait une difficulté majeure vis-à-vis de leur activité professionnelle (« abandon » des patients, recherche difficile de remplaçants, précarisation de l'activité des associés, perte de revenus).

Extrait entretien médecin A : *« Ils voulaient pas que je revienne, à l'hôpital (rires), ils m'ont dit « Ne reviens pas », donc je me suis arrêté 10 jours, mais sinon j'aurais pu reprendre après la sortie quoi, une fois que c'est fait... Le problème, quand tu fibrilles, que c'est un peu rapide, t'es vraiment pas bien, en plus tu t'essouffles dès que tu montes trois marches, mais ça s'arrête, clac c'est fini, tu peux reprendre. Moi l'autre jour j'ai repris le lendemain c'est pareil je me disais "Non tu vas pas revenir", bon j'avais des rendez-vous qui étaient pris, je suis revenu le lendemain et ça va bien quoi. De toute façon je ne me sens pas en état de m'arrêter comme ça, si j'ai plus rien. »*

Extrait entretien médecin B : *« J'aurais dû m'arrêter, mais c'est toujours pareil, je ne me suis pas arrêtée. Je ne pouvais pas, au niveau prise en charge il faut anticiper tout ça... »*

Extrait entretien médecin E : *« Mon pied s'est enraidit, parce que j'ai pas fait la kiné à temps, j'ai repris le boulot, avec mes béquilles, avec mon sabot de jardin (...) Donc je pense qu'effectivement si là j'avais eu un médecin traitant, je pense qu'il m'aurait dit "Ou tu commences ta kiné tout de suite, ou tu restes encore une semaine à la maison". »*

Extrait entretien médecin F : *« Après je me suis pas arrêtée, je m'arrête jamais, je peux pas, vis-à-vis de mes patients, je me vois mal m'arrêter. Bon là je me suis arrêtée la demi-journée, peut-être, mais sinon je me souviens pas m'être arrêtée, heu la première fois que j'ai fait une crise de colique néphrétique, je remplaçais à X, je me rappelle, j'étais en remplacement, écoutez j'ai eu tellement mal, j'étais en consultation c'était un samedi matin, j'ai eu tellement mal, j'ai téléphoné à l'épouse du médecin que je remplaçais et je lui ai dit "Ecoutez je vais mourir, je peux pas aller faire les visites, je vais mourir". »*

Extrait entretien médecin L : « *Je me suis arrêtée trois jours et après j'ai repris. (...) C'est sûr qu'après j'étais méchée c'était sûrement pas l'idéal de travailler comme ça mais bon, j'ai bossé quand même.* »

Extrait entretien médecin S : « *C'est le côté libéral aussi, vous savez que c'est compliqué, faut trouver des remplaçants, vous savez pas combien de temps ça va durer, vous mettez dans la mouise vos collègues éventuels, si vous trouvez pas de remplaçants, ça se trouve pas comme ça c'est compliqué (...) Et puis voilà j'ai pas réussi à avoir une remplaçante tout du long, il a fallu que j'en trouve une deuxième, c'était un gros bins à organiser... parce que bon vous avez des indemnités, la prévoyance, mais il faut quand même un peu compléter avec un revenu mine de rien, maintenant les remplacements c'est 80/20 donc ça vous paye un petit peu les charges, bon pas complètement mais c'est quand même mieux que rien.* »

Le médecin B mettait par ailleurs en évidence dans son témoignage la **suspicion** que pouvait selon elle soulever un médecin en demande d'arrêt-maladie.

Extrait entretien médecin B : « *Là où ça a été plus problématique c'était pour la grossesse, par exemple un arrêt prolongé, c'est difficile... On vous propose pas de vous arrêter. (...) Les confrères spécialistes supposent toujours que vous avez sous la main quelqu'un qui vous fait un arrêt alors qu'en fait c'est pas le cas, on est encore plus suspect quand on est médecin. (...) C'est pour ça que dans la mesure du possible dans toutes les situations chaque fois qu'il y a eu à faire des choix je suis revenue travailler, à mes dépens sûrement mais ensuite ça pesait plus léger de revenir travailler que de se lancer dans un truc où il faut prouver sans arrêt.* »

- **Problématique de l'appréhension du diagnostic et de ses conséquences**

Trois médecins évoquaient une appréhension : pour le premier, c'était celle du diagnostic lui-même (médecin D), pour les deux autres c'était celle de l'engrenage paraclinique et/ou thérapeutique qui aurait découlé du diagnostic (médecins S et T).

Extrait entretien médecin D : « *Bon bien qu'en disant que j'ai pas du tout peur de me faire opérer, je crois que j'ai pas envie tout de suite de savoir qu'il fallait que j'y aille. Il y a de la peur qu'effectivement ce soit une coxarthrose qu'il faut que je fasse opérer, c'est pas l'opération qui me pose problème en soi, plus le diagnostic.* »

Extrait entretien médecin T : « *Alors je sais pas si c'est par flemme, parce que si c'est un ménisque il faudra que je prenne un avis chirurgical, c'est peut-être la peur de me faire opérer je sais pas. (...) Je pense qu'on sait ce qui nous attend et je pense que ça nous rebute un petit peu. (...) En fait je sais qu'il peut y avoir des conséquences à faire des examens et si je fais les examens je serai obligé d'aller voir des spécialistes et de rentrer dans un engrenage.* »

Extrait entretien médecin S : « *Une sciatique paralysante chez un patient, tout de suite je prends mon téléphone j'appelle le neurochir machin, moi je suis resté à stepper pendant 4 semaines, parce que ça me gonflait, que je savais les conséquences qu'il y allait avoir (...) Et puis parce que vous avez pas envie de le voir quoi, vous steppez mais ça va très bien.* »

- **Problématique de l'attitude médicale irrationnelle**

Le médecin G rapportait un épisode de maladie aiguë au cours de laquelle il déclarait avoir eu un début de prise en charge inadaptée, ce qu'il a par la suite critiqué lors de l'entretien.

Extrait entretien médecin G : « *Le jour où j'ai fait une FA c'est un bon exemple en fait. Je me suis réveillé dans la nuit, en période un peu de stress en me disant "Tiens je fais des extrasystoles" et puis finalement on se prend le pouls et on se dit que finalement c'est pas possible, c'est pas des extrasystoles, c'est peut-être une FA. Et à ce moment-là, l'exemple, j'ai dit à ma femme "Ecoute je vais aller au cabinet chercher mon ECG pour me faire un ECG", mais bon c'était 2 heures du matin et donc ma femme elle m'a dit "Nan mais ça va pas ? Je te prends, je t'emmène aux urgences, il est pas question !" C'est là qu'il faut un avis avec un peu de recul. Y avait pas risque vital en la demeure mais on raisonne pas correctement. "Et une fois que t'auras ton électro tu feras quoi ?".* »

- **Problématique de l'attitude des soignants**

Si tous les autres cas de prises en charge inadaptées décrits par les médecins étaient en lien avec les choix des médecins par eux-mêmes pour eux-mêmes, le médecin P soulignait deux de ses expériences révélant une problématique **issue de l'entourage** : elle rapportait en effet à deux reprises avoir eu du mal à acquérir son **statut de patiente**, lors d'une grossesse puis lors d'une prise en charge oncologique.

Extraits entretien médecin P :

« Le jour où j'ai accouché, l'externe est venu me montrer l'électro en me disant "Ah bah vous êtes docteur vous pouvez me dire si il est bon ?" "Heuuu non non non tu vas voir ta référente, là en plus j'ai une contraction donc il est pas question que j'interprète ton électro". (...) Maintenant je pense que je dirai que je suis militaire. »

« Ce qui a pu poser problème c'est le côté "On est patient mais on nous met en avant qu'on est médecin". Ils nous considèrent comme un confrère, et non pas seulement comme un malade. (...) On a l'étiquette "médecin", comme avec les anesthésistes "Bon vous savez, je suppose que votre coag est à jour", je pense qu'il y a pas un œil aussi rigoureux, de la part de nos confrères et des paramédicaux, quand on est soi-même médical. Je pense que quand on me disait "Bon bah ça va, vous savez vous évaluer, si vous me dites que ça va, ça va". J'aurais préféré qu'on me demande "Vous avez des douleurs ?". L'interrogatoire je pense est biaisé, même si tous mes confrères ont toujours été très bien, je pense que l'interrogatoire et la prise en charge ne sont pas aussi optimaux. »

b) Obstacles à une prise en charge optimale

A la question posée des obstacles qui empêchaient les généralistes interrogés de bien se prendre en charge eux-mêmes, le **temps** était à nouveau un facteur prépondérant (médecins A, G, L, R).

Une autre notion importante était la **subjectivité** (médecins B, G, J, L), qui poussait les médecins à banaliser ou sous-estimer leurs symptômes (médecins F, G, N) ou au contraire à imaginer le pire et tomber dans l'hypocondrie (médecins B, G, I).

Extrait entretien médecin G : « Je crois que c'est très difficile de se prendre en charge, on peut pas à la fois ressentir la douleur et l'interpréter, je crois que c'est difficile en fait. Soit on balaye les choses, soit ça devient très très anxieux. (...) On a du mal à se juger soi-même en fait. C'est-à-dire qu'en fait quand on a quelque chose, des douleurs ou autres, soit on essaie de se rassurer "J'ai une douleur à la poitrine mais ça peut pas être ça", soit au contraire la nuit on gamberge en disant "Mais si ça avait été un patient normal, il y a longtemps que je l'aurais envoyé voir le cardiologue, que j'aurais fait ci ou ça". Et du coup de la colopathie simple parce qu'on a mangé trop de haricots, on se dit "Ah mais c'est pas la première fois" et du coup on passe au cancer du côlon etc. Dans la journée on n'y pense pas

c'est sûr, parce qu'on est trop pris par les autres. Mais du coup on passe d'un extrême à l'autre, et dans ce sens on se prend pas vraiment en charge quoi. »

Extrait entretien médecin I : *« C'était mes problématiques surtout de surveillance, voilà... sur le plan digestif et sur le plan mammo... où j'ai plutôt toujours tendance à retarder un peu l'échéance... par contre effectivement je me fais un petit scénario malgré tout. »*

Certains médecins reconnaissent ensuite faire preuve de **négligence** vis-à-vis d'eux-mêmes (médecins A, F, H, L, R). Quatre praticiens évoquaient un lien avec le **travail**, en particulier en exercice libéral (médecins E, F, G, H) :

Extraits entretien médecin H : *« J'étais prise dans un engrenage de travail, on se néglige un peu. (...) Tu as beaucoup de responsabilités quand tu es médecin. Ma santé m'est passée par-dessus, je m'en suis beaucoup moins occupée que celle de mes patients et de ma famille. Parce que c'est ma manière de vivre, c'est un métier où tu donnes, c'est pas un métier où tu reçois. » « Un médecin il doit être opérationnel tout de suite, et puis prendre sur lui hein. Pour en parler à quelqu'un il faut avoir le temps. Quand tu as des journées bien remplies, tu as pas le temps... »*

Extrait entretien médecin E : *« Bon là j'avais mal au pied mais il y avait rien qui justifie que je m'arrête quoi. Je pense que c'est vraiment l'état du libéral... quand on fait ce métier, enfin cette forme de métier, c'est qu'on a l'esprit libéral et qu'on est pas là pour rester dans sa chaise. »*

Extrait entretien médecin F : *« Le problème c'est qu'on sous-estime nos symptômes parce qu'on est obligés d'aller travailler. Je veux pas être méchante mais si on avait une couverture sociale peut-être plus... ça nous permettrait peut-être aussi de faire un peu comme tout le monde. »*

Le médecin I évoquait par ailleurs un **frein psychologique**, une peur de se savoir éventuellement malade.

Extrait entretien médecin I : *« Tout ce qui est psychique en gros je gère, tout ce qui est organique y a un frein. Ma seule explication aujourd'hui c'est qu'il y a une réalité à laquelle j'ai pas forcément envie d'être confrontée... et que heuu et qu'autant effectivement il y a des problématiques existentielles, j'arrive à prendre de la distance par rapport à ça parce que c'est de l'ordre du psychisme, mais que si c'était organique, ce serait quelque chose que je ne maîtriserais plus, ce serait trop concret. »*

Enfin, la question était posée par deux praticiennes des **contraintes légales** qui limitaient l'exercice de la médecine générale pour soi-même (médecins B et P).

Extrait entretien médecin P : « *Bah il y a la mauvaise connaissance de jusqu'où je peux aller en tant que mon propre médecin. Justement pour tout ce qui est sécu, prise en charge administrative, choses comme ça, je sais pas trop jusqu'où je peux aller (...) enfin je pense pas qu'il y ait de limite... je pense que si un jour j'ai un accident de voiture et qu'il me faut le CMI pour mon assurance, il faudra que je consulte quelqu'un d'autre, je pense, mais je ne me suis jamais posé la question.* »

c) Solutions envisagées

Lorsque que nous les avons questionnés sur les solutions qu'ils envisageraient pour améliorer la prise en charge des médecins généralistes, les praticiens concernés ont donné les réponses suivantes :

- Désigner un **autre médecin traitant que soi-même**

Extrait entretien médecin E : « *Je pense qu'il serait mieux pour nous médecins généralistes d'avoir un autre médecin traitant que nous-mêmes, ça me semble imminent. Ce qui est intéressant, c'est le côté de se décharger, c'est-à-dire qu'on me pose des questions, que je réponde à ces questions de façon honnête, sur ma fatigue, après sur les symptômes cliniques ou sur les trucs techniques, je fais ma radio, je fais ma biologie, je sais lire mon cholestérol, mais plus sur le côté psychique de la consultation...* »

Extrait entretien médecin S : « *Oh bah dans un moyen terme la solution serait d'aller choisir un petit médecin qui me suive oui... que je fasse le malade, pour de vrai quoi. (...) Bon je sais pas si c'est réalisable mais bon, mais aussi soi être neutre, c'est-à-dire nous devenir malades, ne plus avoir un regard de médecin. C'est vachement dur ça.* »

- Instaurer un **service de médecine du travail dédié aux professions libérales**

Extrait entretien médecin A : « *Il faudrait une consultation obligatoire, comme la médecine du travail en fait, avec un service et voilà.* »

Extrait entretien médecin I : « *Une sorte de médecine du travail pour médecins. Je pense voilà. Quelque chose d'obligatoire, je pense. Qu'il y ait une visite au moins une fois par*

an, que ce soit pour les libéraux ou autres. Après nous on a la médecine du travail...mais effectivement peut-être un collège de médecine du travail pour médecins, qui ferait de la prévention au moins. »

- Etablir un **suivi psychologique**

Extrait entretien médecin E : « Il faudrait qu'on soit suivis, je pense qu'il y a des professions comme ça, comme les flics ou les choses comme ça, qui sont vus par des psychiatres ou des psychologues de temps en temps. Moi je serais pour qu'on ait par exemple une obligation, enfin qu'on soit fortement sollicités et qu'on ait des facilités à le faire, si on l'estime, à voir des psychologues formés au burn-out. (...) Je pense qu'on devrait avoir une consultation où on nous écoute un peu, que quelqu'un nous dise "Bon stop là, maintenant tu t'arrêtes." »

- Faire résonner la **notion de profession à responsabilités**

Extrait entretien médecin A : « Tu signes une convention, tu es autorisé à travailler, dans les autres boulots c'est pareil, les pilotes d'avion... on a quand même une responsabilité, donc les mecs qui ont des boulots à responsabilités ils ont des visites du travail sérieuses. »

- Favoriser le suivi médical grâce à une **prime**

Extrait entretien médecin E : « Et pourquoi pas ça pourrait pas faire partie du ROSP, la prime qu'on a en avril, quand on marque bien les génériques etc. ça fait partie aussi d'avoir un logiciel mis à jour, d'avoir les horaires du cabinet affichés, et on pourrait peut-être raccrocher à ça une consultation par an (...) avec un généraliste et plus ou moins avec un psychologue formé au burn-out. Je pense que ça nous ferait du bien... »

- Proposer une **permanence médicale pour médecins**

Extrait entretien médecin M : « Est-ce qu'il pourrait pas y avoir des médecins généralistes qui s'occupent des autres médecins, qui soient formés pour ça, qu'on puisse appeler, pour un conseil téléphonique, une espèce de plateforme, on saurait que c'est des médecins, des médecins généralistes par exemple, mais qui seraient formés, qui seraient rémunérés pour ça, et deux heures par semaine, une espèce de permanence, comme on a le centre 15, mais une espèce de centre 15 pour médecins ? »

Cette question a soulevé un paradoxe, retrouvé dans les réponses de plusieurs praticiens : ils admettaient en effet que la seule solution **plausible** serait d'**obliger** les médecins à consulter, tout en reconnaissant que la **coercition** n'apparaissait pas comme une solution viable dans cette population peu compliant.

Extrait entretien médecin N : « *Il faudrait quelque chose d'obligatoire, en disant "Bah voilà vous êtes pas venu à tel rendez-vous, attention". Bon après c'est la liberté individuelle... moi le coercitif je suis pas trop pour non plus. Un médecin a quand même une connaissance supérieure au quidam pour reconnaître les signes d'alerte, et s'il va pas voir de médecin, c'est de sa propre initiative, il faudrait pas non plus être intrusif... il faudrait proposer une visite annuelle de médecine du travail, la proposer, voilà, mais l'imposer moi je serais contre.* »

Extrait entretien médecin J : « *Sinon il faudrait nous obliger à consulter une fois sur un délai déterminé, maintenant les obligations chez les docteurs ça marchera pas, j'en ai bien conscience.* »

Extrait entretien médecin T : « *Obliger les médecins à consulter un autre médecin, je suis pas sûr que ça fonctionne. Au moins ce serait pas mal qu'il y ait un médecin qui leur passe un stétho sur le cœur, pourquoi pas... après est-ce que les médecins seront plus compliants avec un confrère ? S'ils ont pas envie de se prendre en charge... on est un peu obtus je pense. On a l'impression de tout savoir mieux que les autres donc je suis pas sûr.* »

Extrait entretien médecin O : « *Je pense qu'il faudrait peut-être imposer quelque chose, instaurer une médecine du travail pour les libéraux, ou les forcer à voir le médecin traitant une fois par an pour faire le point un peu sur tout... mais je pense qu'on n'est pas très compliants, on fait d'abord notre diagnostic...* »

Le médecin O décrivait enfin un autre aspect de la problématique en affirmant que soigner un médecin, à l'inverse, n'était pas une tâche évidente :

Extrait entretien médecin O : « *Quand on soigne un médecin on est moins à l'aise quand même. Je vois ici, on a des patients un peu âgés, il y a d'anciens médecins, qui ont quand même encore des connaissances et c'est pas très confortable...* »

DISCUSSION

1) Forces et limites de l'étude

a) Forces de l'étude

- Population

L'échantillon final de l'enquête contenait 20 médecins. L'objectif n'étant pas d'obtenir des résultats statistiquement significatifs pour pouvoir extrapoler à la population cible générale, ce nombre paraissait suffisant.

La sélection des participants a été faite de manière à favoriser la diversité des médecins généralistes en termes d'âge, de sexe, de type et de zone d'activité, ce qui a permis d'établir des réflexions variées sur les problématiques abordées.

- Entretiens

Les entretiens ont été réalisés à l'endroit et à l'heure souhaités par les praticiens interrogés, afin de favoriser leur bon déroulement et d'éviter au maximum les interruptions.

Le mode des entretiens semi-dirigés a été choisi afin d'orienter le médecin sur certains thèmes tout en laissant libre cours à sa réflexion sur le sujet, en limitant tant que possible le côté directif d'un interrogatoire.

Le caractère individuel des entrevues a probablement permis une plus grande liberté de parole, en comparaison d'un focus group où il aurait semblé difficile d'aborder certaines des situations personnelles décrites.

b) Limites de l'étude

- Biais de sélection

Il s'agit d'un biais méthodologique qui consiste en la sélection de personnes non représentatives des caractéristiques de la population générale que l'on veut étudier, ici les médecins généralistes des Bouches-du-Rhône étant leur propre médecin traitant. Il faut également prendre en compte les nombreux refus des généralistes contactés.

Ce type de biais n'est généralement pas présent dans les études qualitatives, qui n'ont pas un but de représentativité. On peut cependant se poser la question de l'intérêt d'une enquête qui n'interrogerait qu'une certaine frange de la population concernée (par exemple, sélectionner uniquement de jeunes médecins, qui n'ont pas encore eu de problèmes de santé majeurs).

- Biais d'investigation

L'enquêtrice étant également médecin, les praticiens participants ont pu ressentir un frein à leur volonté de se livrer entièrement au cours du questionnaire.

- Biais d'interprétation

L'interprétation du discours des médecins interrogés était effectuée par l'interrogatrice seule. L'exploitation insuffisante ou inadéquate des données des entretiens était donc possible, sachant qu'il n'existait pas de triangulation des données qu'aurait permise la relecture et l'interprétation d'une deuxième personne. Une triangulation sera cependant présente dans la discussion grâce à la confrontation aux données connues de la littérature.

- Biais d'implication

Les sujets abordés étant personnels et parfois sensibles (pathologies aiguës ou chroniques, dépression, burn-out), cela pouvait influencer le discours des médecins, en particulier dans une population qui est habituée à tenir le rôle d'interrogateur dans la relation médecin-malade. On pouvait ainsi se poser la question de la véracité des informations recueillies et de l'omission possible de certains détails, par honte, par gêne ou par pudeur.

- Questions non soulevées

Au cours de l'analyse des résultats, il est apparu que certaines questions importantes n'avaient pas été traitées. Par exemple, concernant l'hygiène de vie, l'usage de substances addictives n'avait pas été abordé, hormis celui du tabac. On pourrait interpréter cette lacune

dans le sens d'un oubli de l'investigatrice, mais également d'un tabou possible autour de cette consommation chez les médecins, en particulier celle de l'alcool.

Par ailleurs, la question des assurances et de la prévoyance n'était pas posée directement aux médecins. Le point de vue administratif avait en effet été délibérément écarté. Certains médecins avaient cependant spontanément évoqué leurs difficultés vis-à-vis de ces problématiques.

2) Analyse des résultats et comparaison à la littérature

L. Gallice a effectué, dans sa thèse intitulée « La santé des médecins généralistes libéraux français à partir d'une étude de la littérature de 2003 à 2013 »²¹, une revue des études s'intéressant à la santé des médecins généralistes libéraux exerçant partout en France, qu'elles soient menées par les instances scientifiques, publiées dans la presse médicale ou réalisées dans le cadre de thèses d'exercice de médecine générale. Cette étude nous a servi de comparatif afin d'évaluer la pertinence de nos résultats.

a) Raisons de l'auto-prise en charge

Il était établi dans la thèse de Gallice que les généralistes français avaient respecté la mesure de déclaration du médecin traitant, et que la grande majorité s'était auto-déclarée. Les études qualitatives révélaient que certains médecins ne ressentaient pas l'utilité ni le besoin de déclarer un confrère, tandis que d'autres avouaient une négligence, un manque de temps, une peur d'être jugé ou de déranger.

Les praticiens de notre étude, qui s'étaient tous auto-déclarés en tant que médecin traitant, annonçaient avoir fait ce choix par facilité et simplicité, mais également par manque de temps. Les obstacles présents à l'éventuelle désignation d'un confrère généraliste étaient l'absence de pathologie particulière, le manque de confidentialité, le manque de confiance et la pudeur.

b) Ressenti de l'état de santé et de la prise en charge

La revue de la littérature permettait tout d'abord de mettre en évidence que les médecins généralistes se considéraient relativement en bonne santé, ce qui était également le

cas dans notre étude, où une majorité des médecins émettaient un avis positif sur leur état de santé.

Environ la moitié seulement des praticiens que nous avons interrogés étaient satisfaits de leur prise en charge. Les obstacles décrits étaient les suivants : négligence, manque de temps, frein psychologique, mais aussi subjectivité, manque d'empathie et d'écoute. Ces résultats corroboraient ceux de Gallice, dans lesquels les praticiens reconnaissaient des défauts dans leur prise en charge : négligence, minimisation des symptômes, manque de temps, difficulté à se confier à un confrère.

De nos résultats émanait cependant le paradoxe suivant : si la moitié des médecins considéraient leur prise en charge comme inadéquate, la plupart déclaraient en revanche tenir à jour leur dossier médical, recourir à l'auto-prescription de manière raisonnable et avoir un niveau satisfaisant de prévention (vaccination/hygiène de vie/dépistage des cancers).

c) Recours à l'auto-prescription

La revue de la littérature révélait que les généralistes avaient largement recours à l'auto-prescription (médicaments, examens biologiques, imagerie). Une majorité des médecins questionnés dans notre travail faisait de même. Un quart des médecins déclarait cependant ne pas avoir assez recours à cette pratique, par manque de temps principalement.

d) Niveau de prévention

Dans notre étude, 19/20 médecins étaient à jour dans leurs vaccinations, tandis que la revue de la littérature établissait que la couverture vaccinale déclarée était correcte, sans être optimale pour autant.

L. Gallice a établi que les médecins généralistes déclaraient avoir une meilleure hygiène de vie que le reste de la population, bien que le facteur de subjectivité ait semblé important concernant cette problématique. Dans notre travail, trois quarts des médecins estimaient s'alimenter correctement et pratiquer une activité physique suffisante.

Le tabagisme actif chez les médecins, décrit dans l'étude du Panel des cinq régions, faisant partie du corpus de la revue de la littérature, était de 17.5% chez les médecins, tandis que notre étude retrouvait un quart de praticiens consommateurs de tabac.

Dans l'étude de littérature et concernant les dépistages des cancers, les médecins respectaient les recommandations de manière plus ou moins effective : environ un tiers des médecins concernés effectuait le test Hémocult, 4/5 des femmes généralistes réalisaient leur frottis cervico-vaginal de manière adéquate et environ 6 à 8/10 femmes faisaient leur suivi mammographique dans les temps. Les médecins de notre étude paraissaient en revanche plus compliants au dépistage des cancers, en particulier concernant le test Hémocult.

e) Arrêts-maladie

Concernant les problématiques rencontrées lors d'un épisode de maladie, la question des arrêts-maladie était prépondérante. En effet, la moitié des médecins priorisaient le travail au détriment de leurs arrêts-maladie, l'une des raisons étant la difficulté majeure que pouvaient représenter ces arrêts vis-à-vis de l'organisation, des collègues et des patients. Ces résultats font écho à ceux présents dans les études de la revue de la littérature, où les médecins eux-mêmes tentaient de limiter leurs arrêts, du fait d'une culpabilité ressentie face à leurs collègues et à leur patientèle d'une part, et d'autre part à cause des contraintes d'organisation et de gestion financière du cabinet.

f) Stress / dépression / burn-out

L'item du burn-out était traité dans l'étude de L. Gallice, soulignant que cette pathologie semblait concerner entre 5 et 10% des médecins interrogés par le biais du test MBI. Les médecins à risque d'épuisement professionnel étaient évalués entre 45% et 82% de la population des généralistes français. Le taux de suicide était plus élevé chez les médecins que dans le reste de la population.

Dans notre travail, trois situations se démarquaient : le syndrome dépressif, le stress au travail et le burn-out. Quasiment tous les médecins signalaient avoir déjà été confrontés à l'une de ces situations : 4/20 praticiens avaient fait un syndrome dépressif, sans rapport avec

le travail, 6/20 confiaient ressentir du stress au travail et 7/20 étaient ou avaient été confrontés à un surmenage professionnel.

3) Ouvertures

a) Propositions du CNOM

Le rapport « Le médecin malade »⁴ du CNOM exprimait une véritable préoccupation quant aux difficultés rencontrées par les médecins. Le rapport tentait de proposer des solutions pour y répondre :

- Mise en place de cellules de soutien

Les conseillers ordinaires mettaient en avant l'hypothèse de systèmes d'alarme et de dépistage qui amèneraient les médecins à se confier à leurs confrères, eux-mêmes conseillers ordinaires ou praticiens extérieurs, avec une possibilité de formation spécifique au conseil et à la prise en charge des médecins.

- Mise en place d'une banque de données des contrats de prévoyance

Il était établi qu'au cours de sa formation, le médecin n'avait qu'une information minimale quant à l'organisation de sa prévoyance et de sa couverture sociale. Le rapport envisageait donc une évaluation par le CNOM des différents contrats de prévoyance existants en vue de la création d'une banque de données destinée aux médecins en cours d'installation.

- Mise en place de visites médicales régulières

D'après le Code de la Santé Publique, le seul examen médical obligatoire d'un étudiant en médecine est la visite d'aptitude physique et mentale précédant le début de l'internat et délivrée par un praticien hospitalier. La qualité de cette visite se révèle très inégale en fonction des étudiants.

Les conseillers ordinaires estimaient donc nécessaire de mettre en place une médecine de prévention, en faisant le distinguo avec la médecine du travail. Elle consisterait en une

organisation de médecins formés spécifiquement à la prise en charge de leurs confrères ; le but serait de réaliser un suivi des recommandations de prévention en fonction de l'âge des praticiens et de répondre aux difficultés présentées par un dépistage tardif des pathologies.

- Limitation de l'auto-prise en charge

Le rapport établissait la nécessité d'un ré-assainissement de la prise en charge des médecins, à travers une forte incitation à l'abandon de l'auto-déclaration en tant que médecin traitant, afin de limiter les risques de l'auto-prescription.

Il paraissait également important de permettre aux pharmaciens, dans le cadre des relations ordinaires, de signaler une auto-prescription médicamenteuse leur semblant délétère.

Il était enfin mis en évidence l'intérêt d'un rôle préventif joué par le Conseil de l'Ordre, avant la mise en place éventuelle par la CPAM de mesures coercitives, telles que le déremboursement de ces auto-prescriptions.

Pour aller plus loin dans son engagement auprès de la communauté médicale, l'Ordre émettait également les possibilités suivantes :

- Création d'un service social

A ce jour, l'Ordre des Médecins reconnaît agir « en amateur » vis-à-vis des problèmes rencontrés par les praticiens sur le plan social : contrairement à d'autres groupes professionnels, les médecins ne disposent pas d'un vrai système de dépistage et de prise en charge des problématiques d'ordre social.

Les conseillers ordinaires envisageaient par conséquent d'instaurer un service social, rassemblant au niveau national des professionnels du droit social, de la prévoyance et du reclassement professionnel, avec la possibilité pour chaque praticien d'accéder à un bilan des aides envisageables pour sa situation.

- Mutualisation des risques

Les conseillers ordinaires mettaient également en avant l'idée de l'Ordre en tant que partenaire mutualiste de groupes d'assurance ou de mutuelles, dans un but de protection

collective et individuelle du médecin, afin d'établir une sorte de « bouclier prévoyance » minimum.

- Evaluation professionnelle et banque d'emplois potentiels

Le rapport de la commission précisait enfin l'intérêt de la réalisation de bilans professionnels dans le cadre de projets de reclassement, avec analyse des compétences acquises par le médecin dans l'éventualité d'un projet de reconversion du professionnel de santé. Pour aller plus loin, les conseillers ordinaires mentionnaient la possibilité de création de partenariats avec le monde de l'emploi, pour envisager des pistes de reconversion.

b) Propositions soulevées par notre étude

- Désignation d'un autre médecin traitant que soi-même

Les médecins de notre étude étaient conscients de l'importance de se « décharger », en désignant un confrère comme le « dépositaire » de son suivi médical, afin d'une part d'accéder à une neutralité dans la vision de sa santé en gommant son propre point de vue de médecin, et d'autre part de ne pas se négliger. Il semblerait par ailleurs intéressant, pour ces mêmes raisons, de désigner un confrère ne faisant pas partie du cercle familial et amical du médecin concerné.

- Mise en place d'un service de médecine du travail dédié aux professions libérales

La loi du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels³¹ a prévu pour les salariés la mise en place le 1^{er} janvier 2017 de la visite d'information et de prévention (VIP), qui remplace la visite médicale d'aptitude à l'embauche. La VIP a lieu dans les 3 mois après la prise de poste, excepté pour les salariés exerçant dans des postes à risque, qui réalisent une visite d'aptitude avant l'embauche. La VIP est ensuite renouvelée dans un délai de 5 ans (2 ans pour les postes à risque et 3 ans pour les travailleurs de nuit, handicapés ou mineurs). Les salariés peuvent bien sûr avoir recours au service de médecine du travail sur demande avant ces délais.

Pour les professions libérales, aucun suivi médical n'est obligatoire de manière systématique. Dans notre étude, plusieurs praticiens souhaitaient ainsi la création d'une consultation obligatoire au sein d'un service dédié à la prise en charge des médecins libéraux, comprenant au moins une visite par an et mettant l'accent sur la prévention.

Cette pratique ferait écho à celle établie pour les professions considérées « à responsabilités », comme par exemple les pilotes de ligne, qui sont convoqués une fois par an dans des centres médicaux réservés au personnel navigant, avec réalisation de bilans cardiologique, visuel, auditif et biologique, ce qui conditionne leur droit de vol.

➤ Instauration d'un suivi psychologique systématique

Si l'aspect de la prévention somatique était primordial dans notre étude, la mise en place d'un suivi psychologique était également un item redondant dans les témoignages de nos médecins répondants, avec évocation d'un recours éventuel à des psychologues formés au burn-out.

➤ Conditionnement de la ROSP à un suivi médical systématique

Chaque année, de nombreux médecins libéraux sont amenés à bénéficier d'une rémunération sur les objectifs de santé publique (ROSP)³² ; cela concerne les médecins généralistes, les cardiologues ainsi que les gastro-entérologues.

Ce dispositif cherche à promouvoir la qualité de la pratique de la médecine libérale en valorisant l'atteinte d'objectifs déterminés dans deux dimensions précises :

- Indicateurs de l'**organisation du cabinet** :
 - Informatisation des dossiers
 - Logiciel d'aide à la prescription
 - Télétransmission
 - Affichage des horaires du cabinet
- Indicateurs de la **qualité de la pratique médicale** :
 - Suivi des maladies chroniques (diabète et HTA)

- Prévention : vaccination contre la grippe saisonnière, dépistages du cancer du sein et du col de l'utérus, antibiothérapie et risque iatrogène médicamenteux
- Efficience : prescription de médicaments génériques, prescription d'IEC, de sartans et d'anti-agrégants plaquettaires

Pour bénéficier de cette rémunération, les praticiens doivent déclarer leurs indicateurs sur l'espace professionnel de l'Assurance Maladie et adresser les justificatifs à leur caisse.

Dans notre étude, un des médecins évoquait l'idée de conditionner l'obtention de cette prime à la réalisation d'une consultation annuelle auprès d'un praticien qualifié. Cela permettrait en effet un ancrage dans le suivi médical des médecins libéraux.

4) Pistes de réflexion

a) Le malade-médecin, un médecin « confronté » à sa santé

« *La maladie du médecin est un scandale* » a dit Montaigne, qui semblait voir le soignant-malade comme une anomalie « contre-nature ». Mais l'empathie et la prise en charge de lui-même viennent-elles naturellement au médecin ? Il serait en effet intéressant de se placer un instant du côté du praticien qui découvre sa maladie : il s'agit le plus souvent d'une confrontation. Les conseillers ordinaires, au cours de leur rapport « Le médecin malade »⁴, sont allés plus loin en affirmant qu'un médecin peut se sentir trahi par sa maladie. Lui qui coordonne le suivi de ses patients, qui organise des prises en charge et qui est, en quelque sorte, le « dépositaire » de la santé d'autrui, se retrouve soudainement confronté à un état pathologique qu'il subit.

Le médecin est à la base le propre **dépositaire** de sa santé, comme un comptable peut par exemple gérer sa fiscalité. Il a acquis les connaissances nécessaires et aucune entrave légale ne l'empêche d'avoir recours à l'auto-prescription. Chaque praticien peut bien sûr faire le choix de désigner un autre dépositaire, en déclarant un médecin traitant ; il pourra alors se « reposer » sur son confrère, lui « donner les clés » et se placer dans la situation du patient.

Mais comme nous l'avons constaté, cette situation est loin d'être la plus fréquente et la plupart des généralistes font le choix de la simplicité en s'auto-déclarant comme leur médecin de référence. Se posent alors plusieurs problèmes :

- L'introspection implique tout d'abord un manque évident d'**objectivité**. Les conseillers ordinaires, dans un de leurs rapports⁴, ont appuyé cet argument en invoquant la « *cécité professionnelle* » pouvant entraîner le médecin à « *modifier l'idée qu'il peut avoir de son propre état de santé, ceci d'une façon consciente ou inconsciente* ».

- Le manque d'**empathie** envers soi-même semble être également un facteur crucial des lacunes de l'auto-prise en charge des médecins. Un praticien de notre étude a d'ailleurs mis en avant qu'étant confronté à tant de pusillanimité chez les patients, et devant faire preuve de tellement d'empathie envers eux, il ne s'écoutait pas et était par conséquent dans une forme de déni de ses symptômes.

- L'**observance** face à ses propres prescriptions apparaît ensuite comme une problématique clé. Un médecin de notre étude affirmait : « *Quand on prescrit on ordonne. A soi-même on s'ordonne rien du tout, on se convainc de ce qu'il faut faire mais on le respecte plus ou moins* ». On peut alors se poser la question de ce qui conditionne l'observance chez un médecin qui s'auto-prescrit.

- On peut enfin réfléchir à cette introspection en tant que **contrainte** pour le généraliste : lui qui organise des suivis médicaux au quotidien, dans quelle mesure cette auto-prise en charge ne représente-t-elle pas une masse supplémentaire de travail à ramener à la maison ?

Par ailleurs, l'ambiguïté du statut du médecin-malade vis-à-vis de ses connaissances médicales le fait osciller entre plusieurs états potentiellement délétères :

- Dans un premier temps, on retrouve la notion de **déni** du médecin de ses propres symptômes : il se sent asthénique, il a une douleur, il présente un steppage, etc. mais il ne s'en préoccupe pas, il tourne la tête, il attend que ça passe. On peut supposer que ce déni est à mettre en lien avec une certaine appréhension de l'engrenage diagnostique et/ou thérapeutique qui suivrait la prise en compte de ces symptômes.

- La deuxième situation implique une reconnaissance de ces symptômes par le praticien mais qui, rassuré par ses connaissances, rentre dans un processus de **réassurance**, parfois inadapté, duquel peut découler un sentiment d'« invulnérabilité » décrit par certains médecins.

- A l'inverse, la troisième situation est celle du médecin qui interprète à tort ses symptômes comme les signes d'une pathologie grave, développe une anxiété excessive et bascule dans l'**hypocondrie**, ce qui le pousse à réaliser des explorations parfois inutiles.

Le lien entre tous ces cas de figures est le point de vue inadapté et parfois paradoxal que peut potentiellement avoir le médecin sur sa propre santé. En effet, qu'il se sente trahi, trop faible ou trop serein face à sa pathologie, son approche de la maladie, souvent inadéquate, est le symptôme d'une dysfonction de l'organisation du médecin auto-déclaré face à une maladie à laquelle il doit se confronter. L'ambivalence du statut médecin-malade / malade-médecin apparaît donc comme un frein à une prise en charge optimale.

b) La problématique de l'arrêt-maladie en exercice libéral

Nous souhaitons nous focaliser sur l'aspect de l'arrêt-maladie car, sans faire l'objet d'une question spécifique, il s'agissait d'une problématique redondante dans notre étude et dans la littérature : en effet, les médecins libéraux le mentionnaient régulièrement dans leurs réponses, souvent pour indiquer qu'ils n'en avaient pas bénéficié.

« *Un médecin, ça ne s'arrête pas* » a affirmé l'un des médecins interrogés au cours de notre étude. Nous nous sommes donc posé la question des obstacles, formels ou non, qui empêchent les médecins de s'arrêter quand les circonstances le nécessitent.

Le sujet de la **limite administrative** se pose tout d'abord. Qui délivre le certificat d'arrêt-maladie à un médecin généraliste ? A-t-il le droit de remplir ce formulaire pour lui-même ? Ce questionnement était présent chez plusieurs médecins de notre enquête, qui ont alors préféré s'adresser spontanément à des médecins extérieurs afin de se le voir prescrire. Une des médecins rapportait cependant avoir ressenti de la suspicion à son égard lorsqu'elle avait fait cette requête auprès d'un confrère, confiant au final que cela « *pesait plus léger de revenir travailler* » que de devoir se justifier.

Après enquête auprès d'un conseiller de l'Assurance Maladie, nous avons découvert qu'un médecin généraliste a le droit de s'auto-prescrire un arrêt-maladie.

Il s'avère ensuite que l'exercice libéral est à double tranchant : la liberté d'exercer selon ses propres choix d'organisation implique un souci d'**organisation**. En effet, que l'on exerce seul ou dans le cadre d'une association, la problématique principale en cas d'arrêt-maladie est la recherche d'un remplaçant disponible, ce qui, en fonction de la zone d'exercice, peut devenir une tâche compliquée.

Il nous faut également aborder l'aspect **culpabilisant** que peut revêtir l'arrêt-maladie aux yeux du praticien libéral dans deux dimensions distinctes : l'auto-culpabilisation, due à l'impression que le médecin peut avoir d'« abandonner » ses patients et ses collègues, mais également la culpabilisation des patients à l'encontre du médecin ; ceux-ci peuvent en effet se sentir eux-mêmes abandonnés dans leur prise en charge, sans prendre en compte la nécessité de l'arrêt-maladie du médecin, si tant est qu'ils en soient informés.

La problématique **financière** est par ailleurs à souligner. La CARMF verse aux médecins affiliés des indemnités journalières en cas d'incapacité totale temporaire à partir du 91^{ème} jour d'arrêt. Pour pallier ces trois mois de carence, les médecins libéraux ont le plus souvent recours à une prévoyance santé auprès d'un organisme privé, ce qui représente une nouvelle contrainte administrative et financière.

Au cours de notre étude, un des médecins interrogés a émis une conviction relative à sa profession : « *C'est un métier où tu donnes, c'est pas un métier où tu reçois* ». Cette notion de dévouement qui accompagne le **métier-passion** est selon nous au cœur du processus qui entraîne les praticiens à ne pas s'arrêter.

A la fin de notre réflexion s'est enfin imposée la problématique de **résilience**. Ce terme, issu de l'anglais *resilience*, lui-même tiré du latin *resilire* signifiant « rebondir », décrit la capacité d'un système ou d'un individu à fonctionner en cas de perturbation. Au cours des études médicales, la liste des obstacles rencontrés est longue : deux concours, une masse d'informations colossale à assimiler, des stages en milieu parfois stressant et dans un contexte hiérarchique souvent complexe et exigeant, des gardes aux urgences, des horaires difficiles, la confrontation à la maladie et à la mort d'autrui, etc.

La résilience semble donc être une qualité nécessaire à la réussite de notre cursus, au cours duquel l'étudiant subit une sorte de « loi du silence » à ce sujet, comme l'exprimait un

des médecins de notre étude : « *On est formatés pendant nos études à bosser comme des ânes. C'est pour ça qu'on fait 48 heures par semaine aux urgences et que ça nous pose pas de problème, parce qu'il y a personne qui rouspète, alors que la France entière est aux 35 heures (...) Un médecin, ça ne s'arrête pas.* »

Une autre citation de notre étude nous a semblé parlante, celle d'un médecin qui venait de subir une cryoablation de fibrillation auriculaire, et qui déclarait : « *De toute façon, je ne me sens pas en état de m'arrêter* ». Cette affirmation paradoxale va à l'encontre de toutes ces situations où nous avons pu prescrire des arrêts-maladie pour des patients qui ne se sentaient pas « en état de travailler » et dénote un seuil de tolérance élevé aux épreuves rencontrées.

c) Le manque de temps, un faux problème ?

Le **manque de temps** est une notion omniprésente dans notre étude. Les médecins allèguent manquer de temps pour pratiquer une activité physique, pour prendre un autre médecin traitant, pour réaliser leurs examens complémentaires de dépistage ou de suivi.

L'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) a émis en 2009 un article intitulé « Le temps de travail des médecins généralistes »³³, qui révèle que la durée moyenne de travail déclarée par les médecins généralistes se situe entre 52 et 60 heures par semaine.

On peut cependant supposer que les médecins généralistes ne sont pas les seuls à déclarer une telle durée de travail hebdomadaire ; or, ils font partie des catégories socioprofessionnelles qui signalent le plus ce manque de temps pour prendre soin d'eux.

Il semble dès lors raisonnable de se demander si ce manque de temps, concédé au profit une activité professionnelle trop intense, est issu d'un **choix** ou d'une **obligation**.

Pour tenter de répondre à cette question, on peut dans un premier temps s'interroger sur la répartition du **temps de travail** des généralistes.

Il est divisé, dans le cadre de l'exercice libéral, entre une **activité soignante** prépondérante (consultations et visites, permanence des soins, conseils téléphoniques, etc.) et une **activité non soignante**, qui tend à se majorer (formation médicale continue, gestion administrative, économique et juridique du cabinet, etc.).

Plusieurs causes sont à l'origine de l'augmentation potentielle d'activité des praticiens libéraux, qui peut vite devenir chronophage. Tout d'abord la **décroissance progressive** du nombre de médecins. Un scénario de référence tendanciel³⁴ a été réalisé en 2009 par la DRESS et montre que malgré un fort relèvement du numerus clausus, le nombre de médecins en activité ne retrouverait un niveau suffisant qu'en 2030. Cela contraint donc pour l'instant les médecins généralistes à constituer des patientèles parfois trop importantes mais nécessaires au vu de la demande. Il faut également tenir compte du **vieillessement** de la population générale, qui engendre des suivis et des prises en charge plus complexes.

Un facteur clé est aussi celui de la **fonction intrinsèque** de notre profession : nous avons affaire au cours de notre pratique à des gens malades, inquiets ou en souffrance. Il nous revient de leur venir en aide le plus rapidement et le plus efficacement possible. Il est par conséquent difficile, dans ce contexte, de dire « non » à un patient qui se présente à nous, ce qui peut amener de nombreux praticiens à se retrouver débordés dans leur activité quotidienne.

Il convient ensuite de se poser la question du **besoin d'utilité** et de reconnaissance éprouvé par certains médecins. Confrontée à un surmenage professionnel, alors même qu'elle était à la retraite, la médecin H reconnaissait par exemple : « *Bon c'est pas très confortable mais ça permet d'avoir le sentiment de pouvoir encore servir à quelque chose* ». Le temps consacré aux patients était dans ce cas de figure le fruit d'un choix clairement établi.

Enfin, d'autres médecins de notre étude reconnaissaient que le temps passé à se soigner était également une question de choix. Le médecin G devait par exemple prendre un jour de congé dans le cadre de son activité salariée, afin de réaliser une épreuve d'effort cardiaque ; il refusait pour l'instant de faire cette concession pour sa santé et avait décidé de **prioriser un autre aspect** de sa vie personnelle, ses vacances en famille.

Au vu de ces données, on peut déduire que le manque de temps est une **conséquence multifactorielle** de l'activité du médecin ; mais si le praticien est souvent contraint, du fait de son activité professionnelle, à réduire le temps imparti à sa vie personnelle, on se rend compte qu'il décide alors parfois lui-même de prioriser d'autres aspects personnels que celui de sa propre santé.

d) La relation médecin-soignant / médecin-malade

Au cours de notre travail nous avons constaté que plusieurs médecins envisageaient de prendre un autre généraliste comme médecin traitant afin d'améliorer leur prise en charge. Certains médecins avaient cependant émis des limites potentielles à une relation médecin-soignant / médecin-malade optimale, du point de vue du soignant comme de celui du soigné.

Quelques médecins rapportaient tout d'abord l'**inconfort** qu'ils avaient pu ressentir lorsqu'ils avaient eu l'occasion de soigner un confrère, n'y étant ni habitués, ni formés. Du point de vue opposé, la médecin P confiait la gêne ressentie lors de sa propre prise en charge carcinologique, au cours de laquelle elle n'avait pas réussi à « obtenir » son **statut de patiente** : elle faisait en effet référence à l'« étiquette médecin » dont elle avait eu l'impression d'être affublée, et qui causait selon elle un biais de prise en charge, avec parfois un manque de rigueur.

Ces expériences relatées sont symptomatiques d'un malaise au sein de cette confraternité, qui paraît pourtant à la base évidente et naturelle.

Tout au long de nos études médicales, il nous est enseigné la prise en charge, diagnostique et thérapeutique, des pathologies existantes et prépondérantes dans notre société. L'impact psychologique de la maladie est également abordé, à travers l'enseignement théorique tout d'abord (l'item 1 du programme des ECN, qui comportait « L'annonce d'une maladie grave », a été remodelé en 2013 et figure désormais dans l'item 292, qui contient « La consultation d'annonce d'une mauvaise nouvelle ») mais également, grâce l'enseignement pratique : en effet, il paraît difficile de mesurer la difficulté que peut représenter l'annonce à une personne d'une maladie grave, ou même d'une maladie chronique invalidante. C'est donc au cours des différents stages que l'on se confronte à cette situation, si tant est qu'elle se présente.

En revanche, aucun enseignement ne porte sur l'impact de la maladie sur les médecins ni sur la façon de prendre en charge ces praticiens. Cette population apparaît comme une catégorie de patients que l'on rencontre peu au cours de la pratique, en particulier les médecins généralistes, qui se prennent majoritairement en charge eux-mêmes, jusqu'à la nécessité d'un avis spécialisé.

La question est alors la suivante : comment favoriser cette **confraternité**, en dépit de l'appréhension qu'elle peut susciter chez de nombreux médecins soignants et soignés ? L'hypothèse d'une **formation spécifique** des médecins à cette problématique de la relation médecin-soignant / médecin-malade apparaît comme une solution adéquate. Il semble en effet intéressant d'imaginer la création d'un diplôme universitaire qui concernerait la santé et le suivi des professions de santé, avec un enseignement théorique des caractéristiques de cette population si complexe et, par exemple, des mises en situation de prise en charge.

CONCLUSION

Notre étude, grâce à une enquête qualitative auprès d'un échantillon de vingt médecins généralistes des Bouches-du-Rhône aux profils variés et ayant opté pour l'auto-prise en charge, a mis en lumière la complexité de cette pratique. Ce travail a permis d'analyser les caractéristiques du suivi des médecins généralistes interrogés et de comprendre le point de vue qu'ils adoptaient face à leur propre santé. Les questions ciblées et le recueil de leur ressenti au cours d'épisodes de maladie ont favorisé la compréhension des impacts et des limites d'un tel choix de prise en charge.

Bien qu'ils aient émis peu d'obstacles à un éventuel recours à un confrère, les médecins interrogés avaient fait le choix de se prendre en charge eux-mêmes, pour des raisons de facilité et de simplicité principalement. Mais si une majorité des médecins étaient satisfaits de leur état de santé, seulement la moitié considéraient leur prise en charge comme adéquate. Une majorité des médecins reconnaissaient ne pas se prendre en charge comme des patients lambda, en évoquant un déni sur leur santé, un manque d'empathie, voire une négligence vis-à-vis d'eux-mêmes. La plupart des médecins affirmaient cependant tenir leur dossier médical à jour, user raisonnablement de l'auto-prescription et se montrer compliants et observants, en particulier au niveau de la prévention, qu'elle soit primaire ou secondaire.

L'évocation de la détresse psychologique a amené les médecins à confier leurs expériences : plusieurs d'entre eux rapportaient en effet la présence de stress au travail et/ou d'un surmenage professionnel. Les principaux facteurs de protection décrits étaient le travail en équipe, l'organisation adéquate de l'activité médicale et le soutien familial.

Questionnés sur les implications d'un épisode de maladie auquel ils avaient été confrontés, les médecins interrogés évoquaient les problématiques suivantes : retard de prise en charge, conscient ou non, recours difficile à l'arrêt-maladie, appréhension du diagnostic, démarche médicale parfois déraisonnable ou encore acquisition complexe du statut de patient vis-à-vis des soignants.

Les freins perçus à une auto-prise en charge optimale regroupaient la notion de temps, de subjectivité, de négligence de soi et de frein psychologique à un diagnostic potentiel.

La déclaration d'un autre médecin traitant que soi-même apparaissait comme la solution principale aux limites de l'auto-prise en charge, mais étaient également évoqués l'instauration d'un service de médecine du travail à visée libérale et le recours facilité à un suivi psychologique.

La partie réflexive de notre étude s'est tout d'abord focalisée sur les paradoxes causés par la confrontation du médecin à sa santé. L'auto-prise en charge était en effet parfois à l'origine d'une ambiguïté dans le suivi des médecins, au cours duquel l'introspection semblait court-circuiter leurs connaissances et leur objectivité, donnant lieu à un manque d'empathie et d'observance ; par ailleurs, l'ambivalence du statut de médecin-malade conduisait parfois le praticien à des attitudes médicales irrationnelles, comme le déni des symptômes ou au contraire l'anxiété excessive. Cette approche souvent inadéquate de la maladie pouvait apparaître comme le symptôme d'une dysfonction de l'auto-prise en charge.

L'arrêt-maladie était également une problématique redondante, car souvent négligée par les médecins pour des raisons administratives, organisationnelles, financières, mais également en raison d'un sentiment de culpabilité, issu du médecin lui-même, des patients ou des collègues, et exacerbé par une résilience acquise au cours des années d'études et de pratique.

Le manque de temps émergeait comme une conséquence multifactorielle de l'activité du médecin, issue à la fois d'une contrainte professionnelle, mais également parfois d'un choix conscient de négligence de sa propre santé.

Plusieurs médecins de notre étude envisageaient enfin de confier leur suivi à un confrère et ce, malgré l'inconfort vécu lors d'une expérience en tant que malade ou à l'inverse au cours de soins apportés à un confrère.

Il semblerait donc intéressant d'envisager la création d'une formation universitaire consacrée à la santé et au suivi des professionnels de santé. Celle-ci pourrait inclure un enseignement théorique et des mises en situations pratiques, dans le but de faciliter cette relation médecin-soignant / médecin-malade et de favoriser l'entraide et la confiance confraternelles.

BIBLIOGRAPHIE

1. Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale en France : Situation au 1er janvier 2016 [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2016. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
2. Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale en France : Situation au 1er janvier 2007 [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2007. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2007.pdf
3. Desprès P, et al. Santé physique et psychique des médecins généralistes. Etudes et Résultats. juin 2010;(731).
4. 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>
5. Organisation Mondiale de la Santé. Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé. Conférence internationale sur la Santé [Internet]. New-York, Etats-Unis; 1946. Disponible sur: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf
6. Allen J, et al. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille [Internet]. World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA); 2002. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
7. Organisation Mondiale de la Santé. Les soins de santé primaires. Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires [Internet]. Alma-Ata, URSS; 1978. Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39243/1/924280001.pdf>

8. Assurance Maladie. Le dispositif du médecin traitant [Internet]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/gerer-votre-activite/le-medecin-traitant/le-dispositif-du-medecin-traitant.php>
9. Direction de la Sécurité Sociale. Article L162-5-3 créé par la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie [Internet]. Code de la Sécurité Sociale 2004. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=FB9EC3456E485F06303BBC3FFFDFD08A.tpdjo08v_1?idArticle=LEGIARTI000020886870&cidTexte=LEGITEXT000006073189&dateTexte=20090917
10. Bournot M, Goupil M, Leclère B, Tuffreau F, Hérault T. Vie professionnelle, vécu du travail et état de santé des médecins généralistes des Pays de la Loire - Vague d'enquête 4 - 2008. ORS et URML Pays de la Loire; 2010.
11. Gillard L. La santé des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [Paris]: Faculté de Médecine Paris Descartes; 2006.
12. Labeille G. Etude de l'auto-prescription médicamenteuse chez les médecins généralistes de Rhône-Alpes [Thèse d'exercice]. [Lyon]: Faculté de Médecine; 2013.
13. Suty R. Attitude des médecins généralistes envers leur propre santé : enquête menée auprès de 530 médecins libéraux du département de Meurthe-et-Moselle [Thèse d'exercice]. [Nancy]: Faculté de Médecine; 2006.
14. Chapusot-Filipozzi J. Attitude du médecin généraliste vis-à-vis de la prise en charge de sa santé : Etude qualitative auprès de 15 médecins généralistes lorrains [Thèse d'exercice]. [Nancy]: Faculté de Médecine; 2012.
15. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2017 [Internet]. 2017. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinations_2017.pdf
16. Haute Autorité de Santé. Fiche mémo : Modifications du mode de vie dans la prise en charge du risque cardio-vasculaire [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.has->

sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/dir4/fiche_memo_-_modifications_du_mode_de_vie.pdf

17. Institut National du Cancer. Dépistage des cancers : Recommandations et conduites à tenir [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Memo-depistage-des-cancers-recommandations-et-conduites-a-tenir-2016>
18. Fédération Française de Cardiologie. Les facteurs de risque cardio-vasculaires [Internet]. Disponible sur: <https://www.fedecardio.org/Je-m-informe/Reduire-le-risque-cardio-vasculaire/les-facteurs-de-risque-cardio-vasculaires>
19. Delga M, et al. L'aptitude à l'exercice médical et la santé du médecin. Rapport de la Commission Nationale Permanente du Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2000.
20. Pouillard J, et al. L'entraide ordinaire. Rapport de la Commission Nationale Permanente du Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2004. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnpentraide.pdf>
21. Gallice L. La santé des médecins généralistes français. A partir d'une étude de la littérature de 2003 à 2013 [Thèse d'exercice]. [Toulouse]: Faculté de Médecine; 2014.
22. Davezies P, Daniellou F. L'épuisement professionnel des Médecins Généralistes. Une étude compréhensive en Poitou-Charentes. Rapport de recherche URML Poitou-Charentes. 2004.
23. Haute Autorité de Santé. Fiche mémo : Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir56/fiche_memo_burnout.pdf

24. Assurance Maladie. Bilan de santé gratuit [Internet]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F170>
25. Association d'Aide aux Professionnels de santé et Médecins Libéraux [Internet]. Disponible sur: <http://www.aapml.fr/>
26. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. The Maslach Burnout inventory (3rd ed.). Consulting Psychologists Press [Internet]. 1996; Disponible sur: https://www.researchgate.net/profile/Christina_Maslach/publication/277816643_The_Maslach_Burnout_Inventory_Manual/links/5574dbd708aeb6d8c01946d7.pdf
27. Association pour la Promotion des Soins aux Soignants [Internet]. Disponible sur: <http://apss-sante.org/>
28. Association M.O.T.S. [Internet]. Disponible sur: <http://www.associationmots.org/>
29. Programme d'Aide Intégrale au Médecin Malade [Internet]. Disponible sur: http://paimm.fgalatea.org/es/home_cast.php
30. Programme d'Aide Aux Médecins du Québec [Internet]. Disponible sur: <http://www.pamq.org/>
31. Ministère du Travail. Réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail - Loi du 8 août 2016 et décret du 27 décembre 2016 [Internet]. Disponible sur: <http://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/prevention-des-risques/suivi-de-l-etat-de-sante-10727/article/reforme-de-la-medecine-du-travail-et-des-services-de-sante-au-travail-questions#II-Visites-d-information-et-de-prevention>
32. Assurance Maladie. La rémunération sur objectifs de santé publique [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/textes-referance/convention/2011-rosp/rosp-medecins-traitants>

33. Le Fur P. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. Questions d'économie de la santé. 2009;(144).
34. Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. Etudes et Résultats. 2009;(679).
35. Haute Autorité de Santé. Test de Fagerström [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_tests_fagerstrom.pdf

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

Questionnaire de thèse

IMPACTS ET LIMITES DE L'AUTO-PRISE EN CHARGE MEDICALE DES MEDECINS GENERALISTES : ETUDE QUALITATIVE DANS LES BOUCHES-DU-RHONE

(NOM Prénom) Numéro d'anonymisation / Âge / Sexe / Type d'activité (libérale, hospitalière, mixte) / Mode d'exercice (seul/association/structure) / Zone d'installation (urbaine/semi-rurale/rurale)

QUESTIONS GENERALES

- 1) Quelles sont les raisons pour lesquelles vous avez choisi d'être votre propre médecin traitant ?
- 2) Quels sont les obstacles qui vous auraient empêché(e) de désigner un confrère comme médecin traitant ?
- 3) Comment évaluez-vous votre état de santé en général ?
- 4) Comment évaluez-vous la qualité globale de votre prise en charge médicale ?
- 5) Tenez-vous un dossier médical personnel ? si oui, que contient-il ?
- 6) Vous considérez-vous comme compliant(e) et observant(e) ?
- 7) Quelle attitude avez-vous envers l'auto-prescription : médicaments ? examens complémentaires ? consultations spécialisées ?
- 8) Quelles différences existe-t-il entre le soin que vous accordez à votre PEC et celui que vous accordez à vos patients ?
- 9) Quels sont pour vous les obstacles à une prise en charge optimale par vous-même ?

PREVENTION

- 10) Prévention primaire : êtes-vous à jour dans vos vaccinations ? Consommez-vous du tabac ? Avez-vous une hygiène de vie correcte à vos yeux ?
- 11) Prévention secondaire : suivez-vous les recommandations en vigueur concernant le dépistage des cancers ? (>50 ans : Hémocult, femme : FCV/mammographie). Réalisez-vous des bilans biologiques / une prévention CV ?

LE MEDECIN MALADE

- 12) Vécu d'un épisode de maladie aiguë ou chronique : prise en charge diagnostique / thérapeutique / suivi / arrêt maladie / problématiques / retentissement sur la pratique ?
- 13) Avez-vous déjà été confronté à un épisode d'anxiété ou de dépression (en rapport ou non avec un syndrome d'épuisement professionnel) ? Si oui, comment avez-vous géré cette situation ?

OUVERTURES

- 14) Quelles seraient les solutions qui permettraient d'améliorer votre prise en charge personnelle et celle des médecins généralistes en général ?

Annexe 2 : Formulaire de consentement

Formulaire de Recueil de Consentement Eclairé

(Fait en 2 exemplaires : un exemplaire est remis à la personne, l'autre est conservé par l'investigateur)

Nom :
Prénom :
Adresse :
Mail (si vous souhaitez recevoir le travail de thèse une fois achevé) :

Mlle Clémence COQUET m'a proposé de participer à une étude intitulée :

Impacts et limites de l'auto-prise en charge médicale des médecins généralistes : Étude qualitative dans les Bouches-du-Rhône

réalisée dans le cadre d'une thèse validante pour le DES de médecine générale à la Faculté de Médecine Aix-Marseille Université et dont l'investigateur principal est Mlle Clémence COQUET.

Information :

J'ai reçu oralement toutes les informations nécessaires pour comprendre l'intérêt et le déroulement de l'étude. J'ai pu poser toutes les questions nécessaires à la bonne compréhension de ces informations et j'ai reçu des réponses claires et précises. J'ai disposé d'un délai de réflexion suffisant entre les informations reçues et ce consentement avant de prendre ma décision.

A ma demande, je peux obtenir toute information complémentaire auprès de Mlle Clémence COQUET. Je serai informé(e) de toute nouvelle information concernant cette étude. Je peux demander à être informé(e) des résultats globaux de l'étude, à l'issue de celle-ci.

Interruption de la participation :

Je suis libre de refuser de participer à cette étude. Je peux interrompre ma participation à tout moment. En foi de quoi, j'accepte librement et volontairement de participer à cette étude.

Recueil des données :

Les données ayant trait à mon état de santé, à mes habitudes de vie, à ma situation administrative, à ma pratique professionnelle demeurent strictement confidentielles et ne peuvent être consultées que par le médecin qui me suit et ses collaborateurs.

Enregistrement audio des données :

Je donne mon accord pour que des enregistrements audio soient réalisés dans le cadre de l'entretien individuel, afin d'être retranscrits verbatim et analysés.

Informatisation des données :

J'accepte le traitement informatisé des données personnelles en conformité avec les dispositions de la loi 78/17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la Loi n° 2004-801 du 6 août 2004 de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel. En particulier, j'ai noté que je pourrais exercer, à tout moment, un droit d'accès et de rectification de mes données personnelles, en m'adressant auprès de Mlle Clémence COQUET.

J'ai bien été informé(e) que mes données personnelles seront rendues anonymes, avant d'être intégrées à l'étude qualitative.

Je conserve un exemplaire du présent formulaire de consentement.

Date et lieu

Signature

Annexe 3 : Tableau récapitulatif des mots-clés

Méd	Q1 Raisons du choix	Q2 Obstacles à un autre médecin	Q3 Etat de santé	Q4 Qualité PEC	Q5 Tenue dossier	Q6 Compliance/observance
A	facilité "jamais envisagé autrement" évidence	manque d'intérêt	"plutôt bien, jusqu'à récemment"	pas très bonne "pas de choses programmées"	non	"pas souvent eu l'occasion, mais là j'essaie" "La Cordarone j'oublie souvent, c'est pas évident"
B	praticité	confidentialité praticité "quand je vais voir d'autres MG je dis le moins possible que je suis MG, ça oriente de la même façon qu'être son MT soi-même, soit vers l'excès soit vers la sous-estimation"	bon	moyenne tendance à minimiser les examens	oui dans le logiciel	"oui, pas beaucoup de traitement médicamenteux donc je me tiens aux prescriptions que je me donne, je m'impose, je suis un bon patient pour moi"
C	pas de choix raisonné	non "mes copains sont pas ici"	bon	pas grand-chose	"quelques courriers"	oui
D	par défaut "pied de nez à l'obligation d'avoir un MT"	non "à la retraite je vais changer"	excellent	médiocre	oui	"pas de pathologie qui nécessite, hormis hyperlipidémie, donc Crestor de tps en tps, et levure riz rouge car à la mode"
E	praticité	attente pudeur/gêne	excellent	bonne	"dossier ordi, pas à jour, sauf les vaccins, dossier maison trié"	oui les deux
F	facilité pas le temps pas trop de pathologies	non	satisfaisant	moyenne	dossier papier maison	"observante oui car rarement, quand je suis malade j'ai intérêt à être bien rapidement sur pied parce que je m'arrête pas"
G	praticité facilité	perte de l'anonymat	moyen	médiocre	oui	"observante plutôt oui, compliante plutôt non." "plus d'un an que dois faire une épreuve d'effort"
H	esprit d'indépendance	aucun facilité	pas trop mal	correcte "je suis à l'écoute"	oui	oui

Méd	Q1 Raisons du choix	Q2 Obstacles à un autre médecin	Q3 Etat de santé	Q4 Qualité PEC	Q5 Tenue dossier	Q6 Compliance/observance
I	simplicité	besoin de distance	moyen	mauvaise	"non je garde les examens faits mais bon"	"ma gynéco c'est elle qui m'a fait la prescription de la mammo, j'ai mis trois ans à la faire"
J	facilité pas le temps "j'en connais pas sur Marseille"	non	bon	nulle non objectivité sur moi-même aucun recul/aucune vision d'ensemble/aucun acte de prévention	oui résultats papier	"observante j'ai envie de dire oui, mais je suis pas sûre d'aller jusqu'au bout des antibio si je vais mieux."
K	facilité	non	bon	bonne	"non ni papier ni logiciel, vieux carnet de santé, mais pas de gros souci de santé"	"Les cordonniers sont les plus mal chaussés"
L	pratique pas le temps pas confiance en mes confrères	pas confiance en autres médecins	moyen	correcte	"oui, CR examens, suivi dépistage, CR hospitalisation, avis spécialisés, dans l'ordi et le reste en papier"	"compliant à l'indication. observante jamais été, du mal à prendre le THS." "traitements courts ça va. mais chronique je fais mal, dès que je vais mieux j'oublie ma santé"
M	simplicité praticité peu confiance	manque de confiance "MG débordés, examinent pas bien, écoutent pas bien"	excellent	très bonne	"mon carnet de santé que j'ai toujours, avec les vaccinations. Et mes analyses de sang. dossier d'hospitalisation, radio. Je garde tout"	"oui oui. on me dit qu'il faut je fais. Un antibiotique je vais pas arrêter au bout de 3 jours"
N	simplicité pas de problème de santé	confidentialité	plutôt bon	correcte	"non. bon je garde les résultats, bilans bio, une radio thoracique"	"pas de médicament chez moi" "observant pas trop, compliant peut-être pas toujours... mais bon tant mieux, j'ai pas eu de nécessité de faire."
O	facilité	non	bon	correct	"oui je range tout"	oui

Méd	Q1 Raisons du choix	Q2 Obstacles à un autre médecin	Q3 Etat de santé	Q4 Qualité PEC	Q5 Tenue dossier	Q6 Compliance/observance
P	pas utilité, père médecin	non	bon		"carnet de santé et dossier informatique au travail, résultats chez moi, carnet de vaccinations internationales"	"oui les deux, si on me dit il faut je fais. je vais pas être attentiste. je vais pas non plus me précipiter faire une prise de sang si j'ai 39 ^o "
Q	simplicité	pudeur	bon	moyenne "on se néglige un peu"	non	"moyennement, non. si j'attaque une cure de vitamines, j'arrête au bout d'une semaine"
R	pas le temps	négligence	assez bon	médiocre	non	assez
S	simplicité	"question de feeling"	pas terrible en ce moment	"assez content de moi. Je fais un peu gaffe par rapport à certains collègues" cardio "c'est rare les médecins on les voit après l'infarctus, toi on te voit un peu avant"	"mes antécédents chirurgicaux, mes suivis cardiologiques, mes épreuves d'efforts, mon vaccin dans l'ordi. Je tiens à jour dans mon ordi."	oui
T	facilité	non	pas de problème	"je me soigne pas spécialement"	"que mes prescriptions d'horméopathie. si je faisais des examens je les mettrais pas sur le cabinet, tout est partagé, j'ai pas envie d'étaler aux yeux des autres."	de plus en plus

Méd	Q7 Attitude auto-prescription	Q8 Différences avec patient lambda	Q9 Obstacles à une PEC optimale	Q10 Prévention primaire (vaccins/tabac/hygiène de vie)	Q11 Prévention secondaire (KC/biologie/CV)
A	pas assez "j'y pense souvent mais je le fais pas"	"plus de soin aux patients qu'à moi" "je me dis "ça va passer" "on me le reproche tout le temps" "la plupart du temps ça passe"	le temps la négligence	- vaccins "je crois que oui, j'étais en retard mais mis à jour à l'AP" - tabac refuse - hygiène de vie "on a chacun son échelle"	- KC : en retard pour la fibro, - bio jamais de bilan sauf fait récemment "je me dis "ça va on verra dans 20 ans"
B	"je le fais mais j'essaie de limiter au max" "quand explorations non courantes je fais prescrire par un MG pour avoir un tiers/opinion objective" "j'avais regardé au niveau légal ce qu'on a le droit de faire, tout est vraiment limite toléré, un peu ambigu" "quand je vais voir d'autres MG je dis le moins possible que je suis médecin, ça oriente de la même façon qu'être son MT soi-même, soit vers l'excès soit vers la sous-estimation"	"j'essaie d'avoir la même PEC"	la subjectivité "au niveau légal qu'est-ce qu'on a le droit de faire, c'est ambigu"	- vacc oui - tabac non - hygiène oui	- KC oui - bio/CV : en fonction de l'âge
C	"quand il faut le faire je le fais"	aucune	aucun	- vacc "il me semble" - tabac non - hygiène de vie oui	- KC oui - bio oui - CV : "je pense qu'il faudrait le faire ms je pense pas trouver grand-chose"

Méd	Q7 Attitude auto-prescription	Q8 Différences avec patient lambda	Q9 Obstacles à une PEC optimale	Q10 Prévention primaire (vaccins/tabac/hygiène de vie)	Q11 Prévention secondaire (KC/biologie/CV)
D	"très avare, quand j'y vais c'est largement le temps d'y aller" "très dur à la douleur. ponce à ressort la 2e fois je me suis infiltré moi-même"	"plus d'attention à mes patients qu'à moi" "espèce de déni, inconsciemment, nous les médecins on meurt jamais, toute puissance" "la douleur je fais avec" "confronté à tellement de pusillanimité chez les patients"	manque de compliance	- vacc : "à mon âge il faut que je vérifie" - tabac arrêté - hygiène "pas si mal, alimentaire peut-être pas parfaite"	- "prostate pas fait de TR" - bio tous les ans - CV tous les 3/4 ans
E	"je fais quand il faut" "là opérée d'un pied ça s'est passé moyen. J'ai demandé l'avis du chir même si j'avais bien mon avis, mais bon je prends son avis pour me remettre dans la position du malade"	"forcément différent" "je suis un peu plus dur, mais ça tous les libéraux" "je suis pas empathique avec moi-même"	être son propre médecin traitant	- vacc oui - tabac non - hygiène oui	- KC à jour - bio oui parce que THS - CV oui
F	raisonnablement	"oui grande différence" "je m'écoute pas, je me dis pas "ah bah t'es malade faut que tu restes dans ton lit" parce qu'on a un travail qui nous permet pas de le faire" "mes patients je me vois mal leur dire que je viens pas travailler"	"on sous-estime nos symptômes parce qu'on est obligés d'aller travailler" couverture sociale trop faible	- vacc "heu je crois pas" - tabac non - hygiène "ça j'y fais très attention"	- KC oui - bio/2 ans avant gynéco - CV : oui

Méd	Q7 Attitude auto-prescription	Q8 Différences avec patient lambda	Q9 Obstacles à une PEC optimale	Q10 Prévention primaire (vaccins/tabac/hygiène de vie)	Q11 Prévention secondaire (KC/biologie/CV)
G	pas assez	"on ne peut pas être juge et parti" "quand on prescrit on ordonne, à soi-même on n'ordonne rien du tout" "on a plus de facilité à se trouver des excuses"	les horaires "excuses qu'on se donne" "on a du mal à se juger soi-même, soit on essaie de se rassurer, soit la nuit on gamberge" "on passe d'un extrême à l'autre et on se prend pas vraiment en charge" "on peut pas à la fois ressentir la douleur et l'interpréter" aucun	- vacc oui - tabac sevré - hygiène "pas vraiment, pas le temps pour le sport, alimentation moyen"	- KC oui - bio : de temps en temps. - épisode de FA, donc cardio obligatoire
H	"j'essaie de faire bien, selon les conseils"	"peut-être un peu plus cool que pour mes patients où j'étais beaucoup plus stricte"		- vacc oui - tabac oui - hygiène essaie	- KC oui - bio/3mois diabète - CV "surveillance cholestérol car hérédité et intolérance aux statines donc levure de riz rouge"
I	"quasiment rien chez moi comme médicament"	"très très différente. Ce qu'on dit aux autres on le dit pas forcément à soi-même"	"frein psychologique" "pas envie de me savoir éventuellement malade"	- vacc obligée - tabac oui - hygiène moyenne	- KC non sauf FCV - mais en retard - Bio obligée - CV non
J	raisonnablement "enfin le strict minimum"	"je pense que c'est pas objectif" "je vais tolérer plus longtemps et attendre qu'il me pose souci en termes d'organisation au quotidien ou qu'il ait un retentissement pour me dire que je vais le prendre en charge" "à l'écoute mais délai plus long de prise en charge"	non objectivité	- vacc oui - tabac non - hygiène oui sauf le sport	- KC oui - bio oui - CV oui

Méd	Q7 Attitude auto-prescription	Q8 Différences avec patient lambda	Q9 Obstacles à une PEC optimale	Q10 Prévention primaire (vaccins/tabac/hygiène de vie)	Q11 Prévention secondaire (KC/biologie/CV)
K	raisonnablement "peut-être un peu trop d'avis spé pour moi." "je vis mal le doute" "je me méfie de moi-même comme de mes confrères. j'aurais du mal à obéir à un MG qui me dira d'attendre."	"à peu près similaire" "quand même plus rigoureux pour les autres que pour moi" "j'essaie qu'il y en ait pas" "je prescrais un peu trop d'exams complémentaires, peut-être pour me rassurer par rapport à ce degré d'incertitude"	manque de rigueur dans la PEC la subjectivité le temps	- vacc oui - tabac non - hygiène oui	- KC pas besoin, - bio pas besoin - CV pas besoin
L				- vacc oui - tabac sévère - hygiène "je devrais faire un peu + d'exercice, ça dépend des périodes, alimentation correcte"	- KC "toujours en questionnement par rapport à ça" - bio 1x/an - CV "oui car emphysème pulm avec sensation d'oppression thoracique"
M	raisonnablement	pas de patientèle	pas vraiment	- vacc oui - tabac modéré - hygiène oui	- KC oui - bio quand il y a besoin - CV non
N	quasiment pas "les médecins ont un fonctionnement à part" "sciatalgie, venu avec cannes anglaises, poussé sur un fauteuil roulant pendant la visite." "on est formatés pendant les études à bosser comme des ânes. Un médecin ça ne s'arrête pas."	"je suis plus à l'écoute avec les autres qu'avec moi-même"	banalisation des symptômes	- vacc oui - tabac non - hyg oui	- "hémocult pas faits, négligence". - bio non. - CV : sport, alimentation ok
O	raisonnablement "tendance à laisser trainer quand même"	"plus vigilante pour mes patients, plus à l'écoute"	non	- vacc à jour - tabac non - hygiène elle pourrait être mieux je pense, plus de sport, manger mieux, c'est dur de se motiver quand on sort tard"	- KC oui - bio/an pour contraception - CV plutôt moyen

Méd	Q7 Attitude auto-prescription	Q8 Différences avec patient lambda	Q9 Obstacles à une PEC optimale	Q10 Prévention primaire (vaccins/tabac/hygiène de vie)	Q11 Prévention secondaire (KC/biologie/CV)
P	raisonnablement "je fais quand même parce qu'activité professionnelle où je dois être présente, enfant en bas âge, je peux pas me permettre de laisser passer quelque chose."	"je pense que je le fais de la même façon." "avec les patients je suis assez ch..." "nous on dira "j'ai pas eu le temps""	"mauvaise connaissance de jusqu'ou on peut aller en tant que mon propre MT" fausses excuses autres priorités	- vacc oui - tabac non - hygiène oui	- KC oui - bio pas spécialement - CV depuis 2 ans ECG à la médecine du travail
Q	raisonnable "plutôt tendance à trainer la patte et attendre" "au bout d'un moment quand ça traine je commence à flipper" "les collègues qui me disent "tu devrais..." mais bon fait ch..., j'ai pas envie j'ai pas le temps"	"c'est probablement faussé" "j'ai probablement pas un regard objectif" "fameux proverbe du cordonnier mal chaussé"	soi-même le manque de temps la négligence	- vacc oui - tabac oui - hygiène "probablement pas non, pas de sport"	- KC "FCV je traine un peu" : mammo oui. - bio récente - Bio/CV : épreuve d'effort car sport
R	"pas de retenue pour les médicaments" "par contre le reste je fais pas souvent, j'en ai fait quand j'étais un peu dos au mur quoi"	"une sciatique paralysante chez un patient, tout de suite je prends mon téléphone j'appelle le neurochir, moi je suis resté à stepper pendant 4 semaines, parce que ça me gonflait, que je savais les conséquences qu'il y allait avoir."	pudeur "on aurait du mal à aller voir le médecin du coin pour lui dire "je pète les plombs""	- vacc oui - tabac sevré - hygiène oui	- KC pas besoin, - bio pas besoin - CV pas besoin
S	raisonnablement "je le fais, bon ça me gonfle"	"je traite les gens par allopathie mais moi pas spécialement, je suis un peu schizo pour ça"			- KC oui - bio "j'en faisais un par an, là ça fait 2 ans il faut que j'y aille ms ça me barbe" - CV oui
T	"je suis plus sur le moins"		"pas confiance en tous les médicaments"	- vacc oui - tabac non - hygiène oui	- KC pas besoin, - bio pas besoin - CV pas besoin

Méd	Q12 Episode de maladie	Q13 Stress/dépression/surmenage	Q14 Solutions envisagées
A	<p>épisodes de FA récidivants "j'ai tout de suite fait le diagnostic, j'ai attendu le lendemain en me disant que ça allait peut-être passer" "j'ai revu le cardio pour le contrôle il m'a dit de faire l'électro d'effort, ça fait quatre ans j'ai rien fait" "je suis sous Cordarone depuis 15 jours, ça m'énerve mais bon je le prends" "pas en état de m'arrêter"</p>	<p>"tous un peu par moment oui, entre le boulot la famille... et dans ces cas-là j'attends que ça passe" "je suis content d'aller bosser"</p>	<p>"consultation obligatoire, au niveau psy aussi" "signature de convention avec autorisation pour métiers à responsabilité"</p>
B	<p>"bronchite qui a trainé, ça a entraîné un retard diagnostique, finalement c'était une myocardite" "J'aurais dû m'arrêter"</p>	<p>"oui ici un surmenage, et puis une agression sur le lieu de travail et par manque d'information je ne me suis pas arrêtée mais par contre je n'ai pas pu exercer pendant au moins trois semaines et puis au bout d'un certain nombre de jours je me suis dit "quand même il faut que j'y retourne parce que si j'y retourne pas comment je vais faire ? en mode "on travaille quoi qu'il se passe" "chaque fois qu'il y a eu à choisir je suis revenue travailler, à mes dépendants surement mais ça pesait plus léger que de devoir prouver"</p>	<p>"si il y a plus de problèmes à gérer il vaut mieux déléguer" "situations où on a besoin d'arrêts ou de justificatifs, il faut pas raisonner en tant que médecin, il faut raisonner en tant que médecin et patient"</p>
C	<p>rhinite allergique, arthrose, découverte accidentelle nodule des cordes vocales : "je m'étais même pas rendu compte que j'avais la voix éraillée" "pas fermé le cabinet plus d'un jour depuis 25 ans ça pose problème de fermer, tu peux pas les prévenir" "à SOS j'ai déjà fait des gardes avec la gastro, tu peux pas te faire remplacer"</p>	<p>"je suis pas d'un naturel stressé" "mais bon des fois j'en ai marre, à 11h je leur dis de partir" "mes nuits les plus longues c'était la régulation au 15, c'était un enfer, mais de là à dire que ça me causait du stress non, ça me gonflait"</p>	<p>"je suis pas convaincu que ce soit un métier plus stressant qu'un autre." "bon je suis encore la génération d'avant où on était formés plus autonomes."</p>

Méd	Q12 Episode de maladie	Q13 Stress/dépression/surmenage	Q14 Solutions envisagées
D	<p>douleur de hanche, suspicion arthrose, en fait sciatique tronquée</p> <p>"étonné du ressenti de la douleur alors que je suis médecin"</p> <p>"j'ai eu de la peine à admettre que c'était pas la hanche"</p> <p>"pas peur de me faire opérer mais pas envie tout de suite de savoir qu'il faut que j'y aille, c'est le diagnostic qui pose problème plus que l'opération"</p> <p>chirurgie du pied</p> <p>"je pense que si je n'avais pas été mon médecin ça se serait mieux passé"</p> <p>"j'ai pas fait la kiné à temps donc enraidissement, j'ai repris le boulot avec béquilles"</p> <p>"déjà je voulais pas m'arrêter assez longtemps, c'est vraiment l'état du libéral, on est pas là pour rester dans sa chaise"</p>	<p>épisode dépressif il y a quelques années, plutôt cause familiale</p> <p>"un matin pas pu me lever, un peu craqué, j'avais des angoisses majeures"</p> <p>analyse, pendant 10 ans</p> <p>"ma vie a changé, j'ai pas de doute quant à ça"</p>	<p>pas d'idée</p>
E	<p>chirurgie du pied</p> <p>"je pense que ce serait bien que j'aie un autre médecin traitant que moi"</p> <p>"se décharger sur le côté psychique"</p> <p>"comme certaines professions, obligation ou sollicitation"</p> <p>"voir des psychologues formés au burn-out"</p> <p>"inclure ça dans la prime du ROSP"</p>	<p>syndrome dépressif ancien pas en rapport avec le travail</p> <p>"actuellement je dois pas être loin du burn-out je me pose la question"</p> <p>"maîtrise de stage a bien amélioré, reboostée"</p> <p>pour ancienne génération de médecins, problème = changement patientèle/attitude sécu</p> <p>"c'est ça qui nous tue, la non gratification, le pressing administratif"</p>	<p>"je pense que ce serait bien que j'aie un autre médecin traitant que moi"</p> <p>"se décharger sur le côté psychique"</p> <p>"comme certaines professions, obligation ou sollicitation"</p> <p>"voir des psychologues formés au burn-out"</p> <p>"inclure ça dans la prime du ROSP"</p>
F	<p>colique néphrétique</p> <p>"au début je croyais que c'était gynéco"</p> <p>"mais gynéco m'a dit attention, m'a mise sur la piste"</p> <p>"pas arrêtée, je m'arrête jamais je peux pas vis-à-vis des patients"</p>	<p>"le fonctionnement du cabinet c'était quelque chose qui était mal ficelé, mal agencé, et en fait j'arrivais à un épuisement physique"</p> <p>"mon mari dirait "ouais t'as fait une dépression" mais bon je pense pas que j'étais dépressive, j'étais fatiguée, j'étais épuisée"</p>	<p>"je me suis réinstallée en ayant une qualité de vie qui est beaucoup plus agréable, en fait chacun de nous devrait penser à ça en premier avant de s'installer"</p> <p>"médecine du travail libéral c'est pas une mauvaise idée"</p> <p>"on sous-estime nos symptômes parce qu'on est obligés d'aller travailler. si on avait une couverture sociale... ça nous permettrait peut-être aussi de faire un peu comme tout le monde."</p>

Méd	Q12 Episode de maladie	Q13 Stress/dépression/surmenage	Q14 Solutions envisagées
G	<p>"réveillé dans la nuit en période de stress en me disant que je fais des ESV, mais c'est pas possible, c'est peut-être une FA, j'ai dit à ma femme que j'allais au cabinet chercher mon ECG, elle m'a dit "nan mais ça va pas""</p> <p>"on raisonne pas correctement"</p> <p>"au début j'étais observant mais avec le temps on a tendance à laisser un peu filer les choses"</p> <p>"quand on se fait peur on fait les choses correctement puis après ça se relâche. alors que si on a un médecin, il va continuer"</p> <p>"on est persuadé qu'il faut le faire, mais on fait pas l'effort"</p>	<p>"épuisement professionnel c'est peut-être pas le terme mais il y a des moments où on sature"</p> <p>"quand on a l'impression qu'ils sont tous devenus pénibles c'est qu'on a besoin de vacances"</p> <p>"on le prévoit un peu avant, on se ménage, en général il faut prendre plusieurs fois par an un petit break plutôt que des grosses vacances"</p> <p>"la reprise c'est terrible"</p> <p>"il faut se ménager des possibilités de s'arrêter un petit peu, faire un petit break quand on sent que ça va plus quoi. De les oublier"</p>	<p>"peut-être s'obliger à prendre un MT autre. Ça empêcherait pas de se prescrire"</p>
H	<p>"quand on est médecin on sait très bien où ça va"</p> <p>palpitations : "je suis allée voir un confrère cardiologue tout de suite"</p> <p>anémie "c'est facile j'arrivais plus à monter dans la voiture, j'ai dit "il y a quelque chose qui va pas" donc je suis partie au labo le jour même et je me suis retrouvée avec une hémoglobine à 6.2, en continuant à faire les visites"</p> <p>"j'ai fini la journée parce qu'il y avait des malades qui avaient besoin de moi"</p> <p>"bon après je me suis faite copieusement engueuler, par le gars du labo, il a appelé ma fille, qui est dentiste. donc évidemment c'était le branle-bas de combat général"</p>	<p>"de fatigue oui, de dépression non, déprime un peu là oui parce que j'ai perdu beaucoup de membres de ma famille et qu'évidemment moralement ça m'a un peu choquée"</p> <p>"du stress oui, de gros trucs hein, parce qu'en semi rural tu assures beaucoup hein"</p> <p>"un médecin il doit être opérationnel tout de suite, et puis prendre sur lui hein."</p> <p>"moi j'avais une hyperactivité, parce que j'avais beaucoup de monde. je suis jamais arrivée à limiter, même maintenant."</p> <p>"bon c'est pas très confortable mais ça permet d'avoir le sentiment de pouvoir encore servir à quelque chose, ce qui est une bonne chose"</p>	<p>PEC correcte</p>
I	<p>"j'ai plutôt toujours tendance à retarder un peu l'échéance... par contre effectivement je me fais un petit scénario malgré tout"</p>	<p>"(je gère ça) par la force de l'esprit."</p> <p>"j'ai quand même... j'ai fait un travail sur moi-même pour prendre de la distance par rapport à ça"</p> <p>"après il y a des moments où on arrive à les gérer et des moments moins"</p> <p>"tout ce qui est psychique en gros je gère, tout ce qui est organique y a un frein. ma seule explication aujourd'hui c'est qu'il y a une réalité à laquelle j'ai pas forcément envie d'être confrontée"</p> <p>"si c'était organique, ce serait quelque chose que je ne maîtriserais plus, ce serait trop concret."</p>	<p>"une sorte de médecine du travail pour médecin, quelque chose d'obligatoire je pense, qu'il y ait une visite au moins une fois par an"</p> <p>"peut-être un collège de médecine du travail pour médecins, qui ferait de la prévention au moins"</p>

Méd	Q12 Episode de maladie	Q13 Stress/dépression/surmenage	Q14 Solutions envisagées
J	<p>"sur les problèmes infectieux je vais pas me traiter alors que si c'était un patient lambda je le mettrais sous antibiotiques. Typiquement moi je me mettrais pas sous antibiotiques et je vais attendre"</p>	<p>"tout le temps du stress au travail mais bon ça on le gère en discutant beaucoup entre nous, j'ai la chance de travailler dans une équipe où je me sens bien et où on est à l'écoute les uns des autres"</p> <p>"mon équilibre personnel fait qu'à la maison malgré tout il est aussi géré d'un point de vue familial, avec mon conjoint et ma vie de famille personnelle que je considère épanouie et qui du coup me permet de tenir"</p>	<p>"avec des collègues on s'est dit "allez une fois par an on s'examine mutuellement" globalement ça n'a jamais été fait"</p> <p>"il faudrait nous obliger à consulter une fois sur un délai déterminé"</p> <p>"arriver peut-être à ce que confraternellement on se stimule les uns les autres pour se faire confiance et s'examiner"</p> <p>"il n'y a que par confraternité qu'on arrivera peut-être à mieux se prendre en charge"</p>
K	<p>tableau de toux trainante un été : "ça a duré trois semaines et tout donc avant que je me mette sous antibiotiques. Voilà c'est comme je disais parfois je laisse un peu trainer."</p>	<p>"non justement j'essaie de faire vraiment attention à ça pour pas que ça empiète sur le quotidien après derrière."</p> <p>"c'est pour ça que je me suis installé ici, le fonctionnement me convenait. . j'ai été remplaçant pendant 4-5 ans donc j'ai pu voir dans différents cabinets comment ça fonctionnait, et c'est comme ça qu'on se forge un peu une idée de comment on veut travailler."</p>	<p>"je sais pas si ça existe ça, parce que ça existe pour les salariés, les bilans de santé que parfois la sécu envoie, une invitation pour faire un bilan, je crois que c'est à partir de 40 ans, je crois que nous on a rien du tout. Ça pourrait être intéressant d'avoir un bilan de santé, de faire un électrocardiogramme, moi si ça m'était proposé je pense que je le ferais"</p>

Méd	Q12 Episode de maladie	Q13 Stress/dépression/surmenage	Q14 Solutions envisagées
L	<p>"j'ai fait un jour une bartholinite au stade septicémique, parce que j'ai pas fait le lien, je me suis pas rendue compte de ce qui se passait. j'étais gênée mais j'ai pas réagi, comme je pouvais pas m'examiner j'ai pas compris ce qui se passait, et j'ai réagi quand j'ai eu 40 de fièvre et j'ai eu droit à trois jours d'hôpital et les antibiotiques par voie intra veineuse et on m'a dit que j'avais eu une bactériémie à E. coli donc là je me serais giflée"</p> <p>"j'avais de la fièvre j'avais l'impression de faire un syndrome grippal, j'ai pas du tout fait le lien avec ma gêne péritéale, pas du tout. c'est le lendemain qu'effectivement j'avais la tuméfaction du vestibule et toujours de la fièvre, j'ai appelé mon gynéco qui m'a fait venir immédiatement et qui m'a hospitalisée, et je me suis fait opérer dans la journée. il y avait quand même eu plus de 48 heures de délai de diagnostic. une patiente lambda je l'aurais allongée pour l'examiner"</p> <p>"je me suis arrêtée trois jours et après j'ai repris. c'est sûr qu'après j'étais méchée c'était sûrement pas l'idéal de travailler comme ça mais bon, j'ai bossé quand même. parce qu'il faut, et puis j'étais soulagée dès que j'ai plus eu de fièvre je me suis sentie de travailler"</p> <p>"avoir un associé c'est important, parce que les urgences sont assurées."</p>	<p>"dépression quand j'ai arrêté de fumer en fait, diagnostiquée assez vite, par moi-même et par l'amie addictologue qui m'a beaucoup aidée. et puis après j'ai évolué toute seule, avec des séminaires de TCC, que je me suis appliqués à moi en premier avant de les utiliser en cabinet pour mes patients. ça a changé ma pratique"</p> <p>"sinon le stress au travail bien sûr. mais bon moins depuis 13 ans, parce que le mode d'exercice a beaucoup changé, le stress en garde notamment, depuis la mise en place des régulations par le centre 15"</p> <p>"mon mode d'exercice et ma patientèle a changé aussi. En début d'installation je faisais beaucoup d'addicto, j'ai beaucoup donné à cette population, et à un moment je me suis rendue compte que j'arrivais pas forcément à les aider efficacement, et que j'étais souvent prise au piège d'une relation qui ne me satisfaisait pas"</p> <p>"je suis toujours engagée dans un réseau de soins palliatifs, je fais toujours de la fin de vie à domicile, voilà c'est le genre de choses qui sont lourdes d'affects, mais bon en travaillant en réseau, on arrive à parler, à partager avec les autres professionnels qui s'occupent du même cas, et on gère mieux le stress professionnel. Et puis les internes ça aide aussi à prendre du recul, à verbaliser les situations."</p>	<p>"j'essaierais d'inventer un système d'alarme, pour moins procrastiner... pour avoir un petit rappel au niveau du calendrier, mais encore faut-il ouvrir le dossier médical pour le savoir."</p>

Méd	Q12 Episode de maladie	Q13 Stress/dépression/surmenage	Q14 Solutions envisagées
M	<p>"grosse adénopathie unilatérale et de la fièvre et une asthénie, j'ai dit à mon mari "écoute appelle X, je suis inquiète" et après il m'a prise en charge, il m'a bilantée et il m'a dit "bon je comprends pas ce que c'est ce truc-là, il faut qu'on investigate demain matin dans le service" et donc j'y suis allée et on a fait tout le bilan quoi, et puis après on a attendu que ça passe quoi. on n'a rien trouvé. j'étais entre de très bonnes mains, et puis quand en plus vous êtes une amie et que vous êtes médecin, voilà... avec les médecins, ils ont toujours peur de passer encore plus à côté de quelque chose quoi, donc il voulait pas passer à côté d'un truc quoi"</p> <p>"névralgie cervico-brachiale. en fait c'est une collègue de travail qui m'a dit "mais allez voir un kiné quoi", j'ai dit "nan nan ça va" et puis après je l'ai regardée et j'ai dit "ouais vous avez raison""</p>	<p>"oui en rapport, avec mes deux premières grossesses, je pense que je commençais à tourner un peu en rond, ça allait pas, je suis allée voir un psychiatre. J'ai un de mes amis qui me connaît bien, qui est psychiatre lui-même, et qui m'a dit "mais tu vas pas bien, tu devrais aller voir quelqu'un" et là évidemment la réponse classique que tout médecin fait "nan mais je suis pas folle, tu me prends pour qui ?" je pense que j'étais pas prête à l'entendre"</p>	<p>"je crois qu'on est quand même un très mauvais médecin pour soi-même" "est-ce qu'il pourrait pas y avoir des médecins généralistes qui s'occupent des autres médecins, qui soient formés pour ça, qu'on puisse appeler, pour un conseil téléphonique, une espèce de permanence"</p>
N	<p>Q8 "le coude je me suis arrêté une semaine, je suis quand même allé bosser, mais ça me faisait tellement mal. Au début on avait pas vu que j'avais une fracture de la tête radiale qui était pas immobilisée"</p> <p>"j'ai eu un syndrome douloureux abdominal qui persistait après être allé dans un restaurant. finalement le diagnostic c'était une léite probablement infectieuse donc c'est pour ça que j'ai été traité par antibio. mais tu vois devant la persistance du symptôme c'est ça qui m'a fait réagir, mais bon il y a quand même eu un petit retard à la prise en charge"</p>	<p>"il y a une pénibilité dans notre travail, qui est vraiment extrême" "je l'ai remarqué avec certains logiciels, surtout que moi l'informatique c'est pas mon domaine de compétence, donc il y a une perte de temps énorme" "et puis ici en maison de retraite il y a des familles qui sont odieuses, parce qu'à partir du moment où ils paient, tu es un prestataire de service, avec des menaces parfois ! ouais il y a vraiment une pénibilité du travail. Des exemples j'en ai des dizaines" "moi pour gérer ça, je fais plus de sport, heureusement que j'ai une activité sportive régulière" "mais les familles c'est souvent dur, c'est pas comme en maison de retraite habituelle où ce sont des médecins extérieurs, moi je suis tout le temps là. Donc il manque un drap, on vient me voir, il manque un rideau, on vient me voir, la barrière est cassée, on vient me voir, il y a des choses qui sortent vraiment de mon domaine de compétences. Là tout à l'heure on a voulu me voir pour faire un déménagement, mais c'est pas du tout mon domaine de compétences, il y a un glissement de fonction des choses, et c'est vrai qu'il y a de la pression"</p>	<p>"il faudrait proposer une visite annuelle de médecine du travail" "il faudrait quelque chose d'obligatoire" "bon après moi le coercitif je suis pas trop pour non plus. un médecin a quand même une connaissance supérieure au quidam pour reconnaître les signes d'alerte"</p>

Méd	Q12 Episode de maladie	Q13 Stress/dépression/surmenage	Q14 Solutions envisagées
O	<p>douleur chronique du genou sans traumatisme "c'est vrai que j'ai fait trainer très longtemps, très très longtemps avant de faire des examens, j'ai mis plus d'un an avant de me prescrire un examen, et au final c'est vrai que j'ai jamais vu de médecin pour ça, et un jour j'ai eu plus mal que d'habitude et j'ai fait l'IRM. j'avais peur que ce soit un ménisque en fait"</p>	<p>"un peu d'anxiété forcément dans nos études et puis l'internat parfois quand on est un peu surmené, un peu de fatigue qui crée aussi ce stress je pense."</p>	<p>"il faudrait peut-être imposer quelque chose, instaurer une médecine du travail pour les libéraux, les forcer à voir le médecin traitant une fois par an pour faire le point un peu sur tout. mais je pense qu'on n'est pas très compliants"</p>
P	<p>"j'ai eu ce carcinome in situ du sein, donc je suis allée faire la mammo, bah j'ai eu le diagnostic pif paf comme ça, ça ça a pas forcément été facile à gérer"</p> <p>"ce qui a pu poser problème c'est le côté "on est patient mais on nous met en avant qu'on est médecin". Ils nous considéraient comme un confrère, et non pas seulement comme un malade. lors des hospitalisations, on a l'étiquette "médecin", je pense qu'il y a pas un œil aussi rigoureux, de la part de nos confrères et des paramédicaux, quand on est soi-même médical. l'interrogatoire je pense est biaisé, même si tous mes confrères ont toujours été très bien, je pense que l'interrogatoire et la prise en charge ne sont pas aussi optimaux"</p> <p>"le jour où j'ai accouché, l'externe est venu me montrer l'électro en me disant "ah bah vous êtes docteur vous pouvez me dire si il est bon ?" non tu vas voir ta référente, là en plus j'ai une contraction donc il est pas question que j'interprète ton électro"</p>	<p>"il y a des hauts et bas, il y a du stress au travail"</p> <p>"régulièrement, je me demande un petit peu où j'en suis moi, je pense que je saurais aller voir mon chef, je pense que j'arriverais à éviter le burn-out, parce qu'on en parle beaucoup plus, on sait qu'on peut en parler, on sait qu'aux urgences on est à risque, et que voilà on est pas tout seuls"</p> <p>"je sais que j'ai un environnement professionnel auquel je peux m'accrocher, et ça c'est important, je pense que c'est des choses qui n'existent pas forcément dans des grosses structures"</p>	<p>"me renseigner sur quelles sont les limites de ma prise en charge. Je sais que si besoin je rebascule sur quelqu'un, je me ferai aider de mes confrères"</p>
Q	non	non	

Méd	Q12 Episode de maladie	Q13 Stress/dépression/surmenage	Q14 Solutions envisagées
R	<p>angine à strepto avec arrêt reflux/gastrite sous IPP</p>	<p>"j'ai fait une formation donc je savais que ça existait le burn-out, le fait de faire une formation ça permet de prendre un peu plus conscience des choses et je dirais que chaque jour c'est un peu le combat quotidien ça. ça veut dire que même en étant déjà averti, je me suis fait piéger. j'ai fait une formation intéressante, je suis quand même toujours piégé chaque jour, c'est un combat permanent ça."</p>	<p>"un truc tout simple, c'est que j'arrive à décaler du temps personnel"</p>
S	<p>"moi une sciatique paralysante chez un patient, tout de suite je prends mon téléphone j'appelle le neurochirurgien machin, moi je suis resté à stepper pendant 4 semaines, parce que ça me gonflait, que je savais les conséquences qu'il y allait avoir"</p> <p>"c'est le côté libéral aussi, vous savez que c'est compliqué, faut trouver des remplaçants, vous savez pas combien de temps ça va durer, vous mettez dans la mouise vos collègues éventuels, et puis parce que vous avez pas envie de le voir quoi, vous steppiez mais ça va très bien"</p> <p>"j'ai pas réussi à avoir une remplaçante tout du long, il a fallu que j'en trouve une deuxième, c'était un gros bûche à organiser... parce que bon vous avez des indemnités, la prévoyance, mais il faut quand même un peu compléter avec un revenu mine de rien, maintenant les remplacements c'est 80/20 donc ça vous paye un petit peu les charges, bon pas complètement mais c'est quand même mieux que rien"</p>	<p>"c'est important de travailler à plusieurs. moi jamais j'aurais envisagé de bosser tout seul, d'ailleurs les jeunes ils veulent plus bosser tout seuls ils ont raison"</p> <p>"moi je suis pas à 60 heures par semaine hein, houlala, non il faut savoir se ménager mais dès le départ. mais ça c'est une volonté, c'est personnel ça, il faut savoir se préserver, si vous voulez voir grandir vos gosses, il faut se préserver"</p>	<p>"choisir un médecin qui me suive, que je fasse le malade, pour de vrai"</p> <p>"à la limite des fois on aimerait aller voir un médecin en lui disant pas qu'on est médecin, parce que l'attitude va être différente quand vous êtes médecin, ça met un biais et c'est important d'être neutre"</p> <p>"aussi soi être neutre, c'est à dire nous devenir malade, ne plus avoir un regard de médecin"</p>
T	<p>"course d'obstacles il y a un an et je pense que je me suis fait un ménisque mais j'ai jamais fait d'IRM mais il faudrait parce qu'à chaque fois que je refais du sport ça me bloque complet"</p> <p>"alors je sais pas si c'est par fièvre, ou la peur de me faire opérer"</p> <p>"je pense qu'on sait ce qui nous attend et je pense que ça nous rebute un petit peu, en fait je sais qu'il peut y avoir des conséquences à faire des examens et si je fais les examens je serai obligé d'aller voir des spécialistes et de rentrer dans un engrenage"</p>	<p>"on travaille pas tous les jours, ce qui est pas plus mal"</p> <p>"ici les gens peuvent être un petit peu oppressants et je pense qu'il faut savoir prendre un peu de recul et avoir une soupape de décompression. Mais pour l'instant ça va, j'emmène pas de travail à la maison et ça m'empêche pas de dormir"</p>	<p>"obliger les médecins à consulter un autre médecin, je suis pas sûr que ça fonctionne. ce serait pas mal qu'il y ait un médecin qui leur passe un stétho sur le cœur, après est ce que les médecins seront plus compliants avec un confrère ? s'ils ont pas envie de se prendre en charge... on est un peu obtus je pense. On a l'impression de tout savoir mieux que les autres"</p>

Annexe 4 : Tableau récapitulatif des notions

Méd	Q1 Raisons du choix	Q2 Obstacles à un autre médecin	Q3 Etat de santé	Q4 Qualité PEC	Q5 Tenue dossier	Q6 Compliance/observance	Q7 Attitude auto-prescription	Q8 Différences avec patient lambda	Q9 Obstacles à une PEC optimale
A	facilité évidence	manque d'intérêt	plutôt bien	pas très bonne	non	traitement chronique pas évident	pas assez	plus de soin aux patients	manque de temps la négligence
B	praticité	confidentialité praticité biais de la profession	bon	moyenne	oui ordi	oui	essaie de limiter prescription par MG pour opinion objective	essaie d'avoir la même	manque de subjectivité autorisations légales
C	pas de choix raisonné	non	bon	pas grand-chose	courriers papier	oui	quand il faut	aucune	aucun
D	par défaut pied de nez	non	excellent	médiocre	oui	pas de patho	très peu résistance à la douleur	plus d'attention aux patients déni sensation de toute puissance plus de tolérance envers les patients	manque de compliance
E	praticité	attente pudeur	excellent	bonne	ordi et dossier papier	oui les deux	quand il faut prise d'avis spé pour avoir statut de malade	forcément différente pas d'empathie envers soi-même	être son propre médecin traitant
F	facilité manque de temps pas de patho	non	satisfaisant	moyenne	dossier papier	observante pas d'arrêt car nécessité d'être opérationnelle	raisonnablement	grande différence pas d'écoute contrainte du travail appréhension de la réaction des patients	sous-estimation des symptômes nécessité d'assurer le travail couverture sociale trop faible

Méd	Q1 Raisons du choix	Q2 Obstacles à un autre médecin	Q3 Etat de santé	Q4 Qualité PEC	Q5 Tenue dossier	Q6 Compliance/observance	Q7 Attitude auto-prescription	Q8 Différences avec patient lambda	Q9 Obstacles à une PEC optimale
G	praticité facilité	perte de l'anonymat	moyen	médiocre	oui	observante oui, compliante non	pas assez	observance difficile des auto-prescriptions facilité à se trouver des excuses	horaires problème de subjectivité
H	esprit d'indépendance	aucun facilité	pas trop mal	correcte	oui	oui	"j'essaie de faire bien, selon les conseils"	plus de rigueur avec les patients	aucun
I	simplicité	besoin de distance	moyen	mauvaise	résultats papier	+/-	quasi pas de médicament	très très différente	frein psychologique peur de savoir malade
J	facilité manque de temps	non	bon	nulle non objectivité aucun recul aucune vision d'ensemble aucune prévention	résultats papier	+/-	raisonnablement	manque d'objectivité à l'écoute mais délai plus long de prise en charge	manque d'objectivité
K	facilité	non	bon	bonne	non	cordonniers les plus mal chaussés	raisonnablement	plus rigoureux pour les patients	manque de rigueur dans la PEC
L	praticité manque de temps pas confiance	pas confiance	moyen	correcte	ordi et papier	compliante oui, observante non difficulté de suivi d'un traitement chronique	trop d'avis spé	non	subjectivité manque de temps
M	simplicité praticité pas confiance	pas confiance MG débordés	excellent	très bonne	dossier papier	oui	raisonnablement	pas de patientèle	non

Méd	Q1 Raisons du choix	Q2 Obstacles à un autre médecin	Q3 Etat de santé	Q4 Qualité PEC	Q5 Tenue dossier	Q6 Compliance/observance	Q7 Attitude auto-prescription	Q8 Différences avec patient lambda	Q9 Obstacles à une PEC optimale
N	simplicité pas de patho	confidentialité	plutôt bon	correcte	résultats papier	observant non, compliant pas toujours	quasiment pas fonctionnellement à part des médecins, formatés à travailler	plus à l'écoute avec les patients	banalisation des symptômes
O	facilité	non	bon	correct	oui	oui	raisonnablement tendance à laisser trainer	plus vigilante/à l'écoute avec les patients	non
P	manque d'utilité	non	bon		ordi et papier	oui les deux	raisonnablement nécessité d'être opérationnelle	similaire	mauvaise connaissance des limites légales
Q	simplicité	pudeur	bon	moyenne négligence	non	plutôt non	raisonnablement tendance au retard de PEC appréhension insistance des collègues	plus dure avec les patients	fausses excuses autres priorités
R	manque de temps	négligence	assez bon	médiocre	non	assez	pas de retenue pour les médicaments le reste pas souvent	manque d'objectivité cordonnier mal chaussé	soi-même manque de temps négligence
S	simplicité	feeling	pas terrible en ce moment	assez content	ordi	oui	raisonnablement	travail malgré pathologie infectieuse	pudeur
T	facilité	non	pas de problème	pas de vraie PEC	dossier papier	de plus en plus	plutôt sur le moins	traitement des patients par allopathie mais pas soi-même	manque de confiance envers les médicaments

Méd	Q10 Prévention primaire (vaccins/tabac/hygiène de vie)	Q11 Prévention secondaire (KC/biologie/CV)	Q12 Episode de maladie	Q13 Stress/dépression/surmenage	Q14 Solutions envisagées
A	- vaccins en retard mais mis à jour à l'AP-HM - tabac oui - hygiène chacun son échelle	- KC : en retard pour la fibro - bio jamais sauf récemment	épisodes de FA récidivants retard de PEC suivi non réalisé observance difficile refus de l'arrêt maladie	oui, pas en rapport avec le travail bénéfice du travail	consultation obligatoire convention avec autorisation pour métiers à responsabilité
B	- vacc oui - tabac non - hygiène oui	- KC : oui - bio/CV : en fonction de l'âge	bronchite trainante, diagnostic de myocardite retardé pas d'arrêt maladie	surmenage/agression au travail choix du travail malgré raisons justifiées d'arrêts limite administrative de l'auto- prescription d'arrêt-maladie	prise d'un médecin traitant si pathologies ou besoin d'arrêts/justificatifs raisonnement en tant que médecin et patient
C	- vacc oui - tabac non - hygiène oui	- KC oui - bio oui - CV à faire	rhinite allergique arthrose découverte fortuite nodule des cordes vocales problématique de l'arrêt maladie en exercice libéral	pas de stress	aspect générationnel, formation plus autonome avant
D	- vacc à vérifier - tabac arrêté - hygiène pas parfaite	- KC pas fait de TR - bio tous les ans - CV tous les 3/4 ans	erreur d'auto-diagnostic : douleur de hanche, suspicion arthrose, en fait sciaticque tronquée peine à admettre le diagnostic peur du diagnostic	épisode dépressif ancien avec angoisses analyse pendant 10 ans changement de vie	pas d'idée
E	- vacc oui - tabac non - hygiène oui	- KC oui - bio oui sous THS - CV oui	chirurgie du pied, retard de la rééducation, refus de l'arrêt caractéristique du travail libéral	syndrome dépressif ancien pas loin du burn-out actuellement, en questionnement améliorée par maîtrise de stage problèmes = non gratification/pressing administratif	déclaration d'un autre MT décharge du côté psychique obligation ou sollicitation comme certaines professions consultation de psychologues formés au burn-out inclusion dans la prime du ROSP

Méd	Q10 Prévention primaire (vaccins/tabac/hygiène de vie)	Q11 Prévention secondaire (KC/biologie/CV)	Q12 Episode de maladie	Q13 Stress/dépression/surmenage	Q14 Solutions envisagées
F	- vacc non - tabac non - hygiène oui	- KC oui - bio/2 ans avant gynéco - CV oui	colique néphrétique erreur d'auto-diagnostic pas d'arrêt maladie, vis-à-vis des patients	surmenage en lien avec mauvaise organisation du cabinet, épuisement physique	prévention avant l'installation pour favoriser qualité de vie médecine du travail libéral
G	- vacc oui - tabac sevré - hygiène : pas le temps	- KC oui - bio : de temps en temps. - épisode de FA donc cardio obligatoire	épisode de FA attitude irrationnelle, raisonnement biaisé diminution de l'observance avec le temps	importance des congés saturation	obligation de prendre un MT autre sans interdiction d'auto-prescription
H	- vacc oui - tabac oui - hygiène essaie	- KC oui - bio/3mois diabète - CV oui	anémie à 6.2 refus de PEC immédiate poursuite de la journée pour les malades	stress/fatigue < travail déprime < perte de membres de la famille importance du stress en semi-rural hyperactivité responsabilités du médecin limitation difficile de l'activité	PEC correcte
I	- vacc obligée - tabac oui - hygiène moyenne	- KC en retard - bio obligée - CV non	retard de PEC anxiété	trouble anxieux PEC psychique gérable, PEC organique difficile/trop concrète	médecine du travail pour médecin, obligatoire une visite au moins une fois par an collège de médecine du travail pour médecins avec prévention visites confraternelles entre collègues obligation d'une consultation 1x/an bilans de santé par la sécu après 40 ans
J	- vacc oui - tabac non - hygiène oui sauf le sport	- KC oui - bio oui - CV oui	retard de PEC	stress au travail importance de l'entourage personnel/professionnel	
K	- vacc oui - tabac non - hygiène oui	pas besoin	tableau de toux trainante un été retard de PEC	prévention du surmenage adaptation du fonctionnement du cabinet	

Méd	Q10 Prévention primaire (vaccins/tabac/hygiène de vie)	Q11 Prévention secondaire (KC/biologie/CV)	Q12 Episode de maladie	Q13 Stress/dépression/surmenage	Q14 Solutions envisagées
L	- vacc oui - tabac sevré - hygiène à améliorer	- KC en questionnement - bio oui - CV oui car signes fonctionnels	bartholinite au stade septicémique erreur d'auto-diagnostic, lien non fait retard de PEC reprise trop précoce du travail	dépression à l'arrêt du tabac PEC addicto/formation TCC conséquences sur la pratique stress au travail, en amélioration grâce à l'évolution du mode d'exercice importance du réseau intérêt de la maîtrise de stage	système d'alarme informatique pour moins procrastiner le suivi médical
M	- vacc oui - tabac modéré - hygiène oui	- KC oui - bio si besoin - CV non	adénopathie unilatérale fébrile, PEC médecine interne névralgie cervico-brachiale : avis important des collègues	dépression suite à grossesse difficulté à admettre le diagnostic consultation psychiatre suite à conseil d'un ami psychiatre	médecins généralistes formés dans la PEC des médecins permanence téléphonique pour conseils
N	- vacc oui - tabac non - hygiène oui	- KC négligence - bio non - CV oui	fracture du coude non diagnostiquée initialement douleur importante lors du travail iléite infectieuse : retard de PEC	pénibilité du travail/pression perte de temps en lien avec l'informatique attitude négative des familles pratique d'une activité sportive régulière pour décompresser	visite annuelle de médecine du travail obligation mais coercion difficile respect essentiel des connaissances des médecins
O	- vacc à jour - tabac non - hygiène à améliorer	- KC oui - bio/an pour contraception - CV moyen	douleur chronique du genou sans traumatisme retard de PEC appréhension du diagnostic	anxiété/surmenage/fatigue/stress pendant l'internat	médecine du travail obligatoire pour les libéraux consultation obligatoire du MT 1x/an compliance difficile
P	- vacc oui - tabac non - hygiène oui	- KC oui - bio pas spécialement - CV depuis 2 ans ECG à la médecine du travail	cancer du sein biais du statut de médecin-patient dans l'attitude des soignants extérieurs étiquette "médecin" manque de rigueur	stress au travail à risque aux urgences introspection en prévention du burn-out communication environnement professionnel fiable	intérêt de connaître les limites légalles de la PEC

Méd	Q10 Prévention primaire (vaccins/tabac/hygiène de vie)	Q11 Prévention secondaire (KC/biologie/CV)	Q12 Episode de maladie	Q13 Stress/dépression/surmenage	Q14 Solutions envisagées
Q	- vacc oui - tabac non - hygiène oui	- KC FCV en retard/mammo oui. - bio récente - Bio/CV : épreuve d'effort car sport	non	non	
R	- vacc oui - tabac oui - hygiène non	pas besoin	angine à streptocoque avec arrêt reflux/gastrite sous IPP	formation suivie sur le burn-out combat permanent malgré la prévention piège quotidien	déagement de temps personnel
S	- vacc oui - tabac sevré - hygiène oui	- KC oui - bio à faire - CV oui	sciaticque paralysante retard important de peur de l'engrenage thérapeutique problématique de l'arrêt en libéral	intérêt du travail en équipe importance de la préservation de la vie personnelle	choix d'un médecin traitant autre, pour faire le malade importance de la neutralité vis-à-vis d'un MT, non mention de sa profession, pour devenir malade acquisition du statut de malade, perte du regard du médecin
T	- vacc oui - tabac non - hygiène oui	pas besoin	gonalgie suite à trauma indirect pas de PEC diagnostique peur de l'engrenage thérapeutique du fait de la connaissance de la PEC éventuelle	limitation des horaires de travail préservation de la vie personnelle	consultation obligatoire d'un autre MT compliance difficile des médecins

GLOSSAIRE

AAPML	Association d'Aide aux Professionnels de santé et Médecins Libéraux
ADELI	Automatisation DEs LIstes
AES	Accident d'Exposition au Sang
AINS	Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien
ALD	Affection Longue Durée
AP-HM	Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille
APSS	Association pour la Promotion des Soins aux Soignants
ARS	Agence Régionale de Santé
BCG	Bacille de Calmette-Guérin
CARMF	Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
CMI	Certificat Médical Initial
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CNP	Commission Nationale Permanente
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CR	Compte-rendu
CV	Cardio-vasculaire
DES	Diplôme d'Etudes Supérieures
DESC	Diplôme d'Etudes Supérieures Complémentaires
DPC	Développement professionnel continu
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DTP	Vaccin contre la Diphtérie, le Tétanos et la Poliomyélite
DU	Diplôme Universitaire
ECN	Epreuves Classantes Nationales
ECG	Electrocardiogramme
ESAT	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
ESV	Extrasystoles ventriculaires
FA	Fibrillation auriculaire
FCV	Frottis cervico-vaginal
HAS	Haute Autorité de Santé
HSM	Enquête Handicap Santé – volet Ménages
HTA	Hypertension Artérielle

IEC	Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion
IMC	Indice de Masse Corporelle
IRDES	Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
IPP	Inhibiteurs de la pompe à protons
IRM	Imagerie par résonance magnétique
MBI	Maslach Burnout Inventory
MG	Médecin généraliste
MOTS	Médecin Organisation Travail Santé
MT	Médecin traitant
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORS	Observatoire Régional de la Santé
PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur
PAIMM	Programme d'Aide Intégrale au Médecin Malade
PAMQ	Programme d'Aide aux Médecins du Québec
PEC	Prise en charge
PSA	Prostatic Specific Antigen
ROR	Rougeole Oreillon Rubéole
ROSP	Rémunération sur les Objectifs de Santé Publique
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
THS	Traitement Hormonal Substitutif
TR	Toucher rectal
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
VIP	Visite d'Information et de Prévention
VSAV	Véhicule de secours et d'assistance aux victimes
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians

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.

RÉSUMÉ

Introduction : Le médecin généraliste est le pivot de la prise en charge médicale des patients. Dans le contexte de précarisation de la démographie médicale, la santé physique et morale de ces praticiens apparaît comme un enjeu de santé publique. L'Ordre des Médecins alertait sur la vision parfois déformée qu'un médecin pouvait avoir de son état de santé, ce qui le menait parfois à se soigner de manière inadéquate. Notre objectif était donc d'étudier la prise en charge médicale des praticiens auto-déclarés comme médecin traitant, en s'interrogeant sur les impacts et les limites d'un tel choix.

Matériel et méthodes : Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes exerçant dans les Bouches-du-Rhône. Les entretiens ont été enregistrés via un dictaphone numérique puis retranscrits sous la forme de verbatim, en respectant l'anonymat. Une analyse manuelle systématique a permis d'extraire du discours des médecins des mots-clés puis des notions, colligés dans des tableaux.

Résultats : Au total, l'échantillon contenait vingt médecins de profils variés. Le choix de l'auto-suivi était souvent fait par facilité, mais si la plupart des médecins étaient satisfaits de leur état de santé, la moitié jugeaient leur auto-prise en charge comme inadéquate. Questionnés sur les impacts d'un épisode de maladie auquel ils avaient été confrontés, les médecins interrogés évoquaient les problématiques suivantes : retard de prise en charge, conscient ou non, recours difficile à l'arrêt-maladie, appréhension du diagnostic et démarche médicale parfois irrationnelle. Les principales limites décrites à un suivi optimal étaient le manque de temps, la subjectivité, la négligence et le manque d'empathie envers soi-même. La principale solution envisagée pour pallier ces limites était la désignation d'un autre médecin traitant.

Discussion : La comparaison aux données de la littérature a permis une triangulation des données. Une ouverture était ensuite faite sur les solutions visant à améliorer le suivi des médecins, issues des recommandations du CNOM et de notre étude. Une réflexion était également centrée sur la confrontation du médecin à sa santé, en lien avec l'ambivalence du statut de médecin-malade, ainsi que sur les problématiques de l'arrêt-maladie et du manque de temps. Enfin, si la solution principale était la désignation d'un confrère, la complexité de l'interaction médecin-soignant / médecin-malade incitait à envisager l'intérêt d'une formation universitaire dédiée au suivi du professionnel de santé.

Mots-clés : médecins généralistes / auto-prise en charge / impacts / limites / étude qualitative / Bouches-du-Rhône