



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1

FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON-SUD CHARLES MERIEUX

Année 2018 - N°89

L'INTERNE ET SA SANTE

*Etude qualitative auprès d'internes
de médecine générale de la subdivision de Lyon*

THESE D'EXERCICE

Présentée à l'Université Claude Bernard-Lyon 1

et soutenue publiquement le **24 avril 2018**

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par **Agathe PESCI**

Née le 28/05/1987 à Lyon 4^{ème}

Sous la direction du Docteur Thomas PIPARD

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

2017-2018

| | |
|--|--------------------|
| Président de l'Université | Frédéric FLEURY |
| Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales | Pierre COCHAT |
| Directeur Général des Services | Dominique MARCHAND |

SECTEUR SANTE

| | |
|--|-----------------------------------|
| UFR DE MEDECINE LYON EST | Doyen : Gilles RODE |
| UFR DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD - CHARLES MERIEUX | Doyen : Carole BURILLON |
| INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES BIOLOGIQUES (ISPB) | Directeur : Christine VINCIGUERRA |
| UFR D'ODONTOLOGIE | Doyen : Denis BOURGEOIS |
| INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION (ISTR) | Directeur : Xavier Perrot |
| DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE | Directeur : Anne-Marie SCHOTT |

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

| | |
|---|-------------------------------|
| UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES | Directeur : Fabien DE MARCHI |
| UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS) | Directeur : Yannick VANPOULLE |
| POLYTECH LYON | Directeur : Emmanuel PERRIN |
| I.U.T. LYON 1 | Directeur : Christophe VITON |
| INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES ET ASSURANCES (ISFA) | Directeur : Nicolas LEBOISNE |
| OBSERVATOIRE DE LYON | Directeur : Isabelle DANIEL |
| ECOLE SUPERIEUR DU PROFESSORAT ET DE L'EDUCATION (ESPE) | Directeur Alain MOUGNIOTTE |

U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD-CHARLES MERIEUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)

| | |
|-------------------------|---|
| ADHAM Mustapha | Chirurgie Digestive |
| BERGERET Alain | Médecine et Santé du Travail |
| BROUSSOLLE Christiane | Médecine interne ; Gériatrie et biologie vieillissement |
| BROUSSOLLE Emmanuel | Neurologie |
| BURILLON-LEYNAUD Carole | Ophthalmologie |
| CHIDIAC Christian | Maladies infectieuses ; Tropicales |
| DUBREUIL Christian | O.R.L. |
| ECOCHARD René | Bio-statistiques |
| FLOURIE Bernard | Gastroentérologie ; Hépatologie |
| FOUQUE Denis | Néphrologie |
| GEORGIEFF Nicolas | Pédopsychiatrie |
| GILLY François-Noël | Chirurgie générale |
| GOLFIER François | Gynécologie Obstétrique ; gynécologie médicale |
| GUEUGNIAUD Pierre-Yves | Anesthésiologie et Réanimation urgence |
| LAVILLE Martine | Nutrition |
| LAVILLE Maurice | Thérapeutique |
| MALICIER Daniel | Médecine Légale et Droit de la santé |
| MATILLON Yves | Epidémiologie, Economie Santé et Prévention |
| MORNEX Françoise | Cancérologie ; Radiothérapie |
| MOURIQUAND Pierre | Chirurgie infantile |
| NICOLAS Jean-François | Immunologie |
| PIRIOU Vincent | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale |
| SALLES Gilles | Hématologie ; Transfusion |
| SIMON Chantal | Nutrition |
| THIVOLET Charles | Endocrinologie et Maladies métaboliques |
| THOMAS Luc | Dermato -Vénérologie |
| VALETTE Pierre Jean | Radiologie et imagerie médicale |
| VIGHETTO Alain | Neurologie |

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

| | |
|--------------------------------|------------------------------------|
| ANDRE Patrice | Bactériologie – Virologie |
| BERARD Frédéric | Immunologie |
| BONNEFOY Marc | Médecine Interne, option Gériatrie |
| BONNEFOY- CUDRAZ Eric | Cardiologie |
| CAILLOT Jean Louis | Chirurgie générale |
| CERUSE Philippe | O.R.L |
| DES PORTES DE LA FOSSE Vincent | Pédiatrie |
| FESSY Michel-Henri | Anatomie |
| FRANCK Nicolas | Psychiatrie Adultes |
| FREYER Gilles | Cancérologie ; Radiothérapie |
| GIAMMARILE Francesco | Biophysique et Médecine nucléaire |
| GLEHEN Olivier | Chirurgie Générale |
| JOUANNEAU Emmanuel | Neurochirurgie |
| LANTELME Pierre | Cardiologie |
| LEBECQUE Serge | Biologie Cellulaire |
| LINA Gérard | Bactériologie |
| LONG Anne | Médecine vasculaire |

| | |
|---------------------------|-----------------------------------|
| LUAUTE Jacques | Médecine physique et Réadaptation |
| PEYRON François | Parasitologie et Mycologie |
| PICAUD Jean-Charles | Pédiatrie |
| POUTEIL-NOBLE Claire | Néphrologie |
| PRACROS J. Pierre | Radiologie et Imagerie médicale |
| RIOUFFOL Gilles | Cardiologie |
| RODRIGUEZ-LAFRASSE Claire | Biochimie et Biologie moléculaire |
| RUFFION Alain | Urologie |
| SANLAVILLE Damien | Génétique |
| SAURIN Jean-Christophe | Hépatogastroentérologie |
| SEVE Pascal | Médecine Interne, Gériatrique |
| THOBOIS Stéphane | Neurologie |
| TRILLET-LENOIR Véronique | Cancérologie ; Radiothérapie |
| TRONC François | Chirurgie thoracique et cardio |

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

| | |
|-------------------------|---|
| ALLAOUCHICHE | Anesthésie-Réanimation Urgence |
| BARREY Cédric | Neurochirurgie |
| BOHE Julien | Réanimation urgence |
| BOULETREAU Pierre | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| BREVET-QUINZIN Marie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| CHAPET Olivier | Cancérologie, radiothérapie |
| CHO Tae-hee | Neurologie |
| CHOTEL Franck | Chirurgie Infantile |
| COTTE Eddy | Chirurgie générale |
| DALLE Stéphane | Dermatologie |
| DEVOUASSOUX Gilles | Pneumologie |
| DISSE Emmanuel | Endocrinologie diabète et maladies métaboliques |
| DORET Muriel | Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale |
| DUPUIS Olivier | Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale |
| FARHAT Fadi | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| FEUGIER Patrick | Chirurgie Vasculaire, |
| FRANCO Patricia | Physiologie |
| GHEQUIERES Hervé | Hématologie |
| GILLET Pierre-Germain | Biologie Cell. |
| HAUMONT Thierry | Chirurgie Infantile |
| KASSAI KOUPI Berhouz | Pharmacologie Fondamentale, Clinique |
| LASSET Christine | Epidémiologie, éco. Santé |
| LEGA Jean-Christophe | Thérapeutique |
| LEGER FALANDRY Claire | Médecine interne, gériatrie |
| LIFANTE Jean-Christophe | Chirurgie Générale |
| LUSTIG Sébastien | Chirurgie. Orthopédique, |
| MOJALLAL Alain-Ali | Chirurgie. Plastique., |
| NANCEY Stéphane | Gastro Entérologie |
| PAPAREL Philippe | Urologie |
| PIALAT Jean-Baptiste | Radiologie et Imagerie médicale |
| POULET Emmanuel | Psychiatrie Adultes |
| REIX Philippe | Pédiatrie |
| ROUSSET Pascal | Radiologie imagerie médicale |
| SALLE Bruno | Biologie et Médecine du développement et de la reproduction |
| SERVIEN Elvire | Chirurgie Orthopédique |
| TAZAROURTE Karim | Thérapeutique |

| | |
|---------------------------|---|
| THAI-VAN Hung | Physiologie |
| TRAVERSE-GLEHEN Alexandra | Anatomie et cytologie pathologiques |
| TRINGALI Stéphane | O.R.L. |
| VOLA Marco | Chirurgie thoracique cardiologie vasculaire |
| WALLON Martine | Parasitologie mycologie |
| WALTER Thomas | Gastroentérologie – Hépatologie |
| YOU Benoît | Cancérologie |

PROFESSEUR ASSOCIE NON TITULAIRE

| | |
|-----------------|---------------|
| FILBET Marilène | Thérapeutique |
|-----------------|---------------|

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE - TITULAIRES

DUBOIS Jean-Pierre
ERPELDINGER Sylvie

PROFESSEUR ASSOCIE - MEDECINE GENERALE – NON TITULAIRE

DUPRAZ Christian

PROFESSEUR ASSOCIE SCIENCES ET TECHNOLOGIES - MEDECINE GENERALE

BONIN Olivier

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)

| | |
|-------------------------------|---|
| ARDAIL Dominique | Biochimie et Biologie moléculaire |
| BOUVAGNET Patrice | Génétique |
| LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline | Biologie et Médecine du développement et de la reproduction |
| MASSIGNON Denis | Hématologie – Transfusion |
| RABODONIRINA Méja | Parasitologie et Mycologie |
| VAN GANSE Eric | Pharmacologie Fondamentale, Clinique |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

| | |
|----------------------------|---|
| BELOT Alexandre | Pédiatrie |
| BRUNEL SCHOLTES Caroline | Bactériologie virologie ; Hygiène hospitalière. |
| CALLET-BAUCHU Evelyne | Hématologie ; Transfusion |
| COURAUD Sébastien | Pneumologie |
| DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam | Anatomie et cytologie pathologiques |
| DESESTRET Virginie | Cytologie – Histologie |
| DIJOURD Frédérique | Anatomie et Cytologie pathologiques |
| DUMITRESCU BORNE Oana | Bactériologie Virologie |
| GISCARD D'ESTAING Sandrine | Biologie et Médecine du développement et de la reproduction |
| MILLAT Gilles | Biochimie et Biologie moléculaire |

| | |
|------------------------|--|
| PERROT Xavier | Physiologie |
| PONCET Delphine | Biochimie, Biologie moléculaire |
| RASIGADE Jean-Philippe | Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière |
| VUILLEROT Carole | Médecine Physique Réadaptation |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

| | |
|------------------------|----------------------------------|
| COURY LUCAS Fabienne | Rhumatologie |
| DEMILY Caroline | Psy-Adultes |
| FRIGGERI Arnaud | Anesthésiologie |
| HALFON DOMENECH Carine | Pédiatrie |
| LOPEZ Jonathan | Biochimie Biologie Moléculaire |
| MAUDUIT Claire | Cytologie – Histologie |
| MEWTON Nathan | Cardiologie |
| NOSBAUM Audrey | Immunologie |
| PETER DEREK | Physiologie |
| PUTOUX DETRE Audrey | Génétique |
| RAMIERE Christophe | Bactériologie-virologie |
| ROLLAND Benjamin | Psychiatrie d'adultes |
| SKANJETI Andréa | Biophysique. Médecine nucléaire. |
| SUBTIL Fabien | Biostatistiques |
| SUJOBERT Pierre | Hématologie |
| VALOUR Florent | Mal infect. |

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE

CHANELIERE Marc
 PERDRIX Corinne
 SUPPER Irène

PROFESSEURS EMERITES

Les Professeurs émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation. Ils ne peuvent pas être président du jury.

| | |
|-----------------------|---|
| ANNAT Guy | Physiologie |
| BERLAND Michel | Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale |
| CARRET Jean-Paul | Anatomie - Chirurgie orthopédique |
| FLANDROIS Jean-Pierre | Bactériologie – Virologie; Hygiène hospitalière |
| LORCA Guy | Thérapeutique |
| MOYEN Bernard | Chirurgie Orthopédique |
| PACHECO Yves | Pneumologie |
| PEIX Jean-Louis | Chirurgie Générale |
| PERRIN Paul | Urologie |
| SAMARUT Jacques | Biochimie et Biologie moléculaire |

Composition du jury

Président du jury :

Monsieur le Professeur Yves ZERBIB

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Alain BERGERET

Monsieur le Professeur Pierre COCHAT

Monsieur le Professeur Jean-Marc SOULAT

Monsieur le Docteur Thomas PIPARD (directeur de thèse)

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont 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.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

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

Remerciements

Aux membres du jury

Monsieur le Professeur Yves ZERBIB,

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury. Cela me tenait à cœur qu'un professeur de médecine générale puisse être président du jury d'une thèse sur la santé des internes de médecine générale. J'ai toujours beaucoup apprécié travailler avec vous, dans le cadre du SyReL-IMG. Merci pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

Monsieur le Professeur Alain BERGERET,

La présence d'un médecin du travail lyonnais me paraissait indispensable en abordant la problématique de la santé des internes de médecine générale. Je vous remercie vivement d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Votre expertise sera plus que nécessaire.

Monsieur le Professeur Pierre COCHAT,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Merci pour votre enthousiasme concernant la formation des internes et en particulier ceux de médecine générale ainsi que votre disponibilité pour parler de ce sujet quand j'étais dans le SyReL-IMG, votre présence dans mon jury de thèse m'est apparue comme une évidence.

Monsieur le Professeur Jean-Marc SOULAT,

Je vous remercie de me faire l'honneur de participer à ce jury et pour votre disponibilité. C'est en rencontrant des internes de médecine générale toulousains au sein de l'ISNAR-IMG, syndicat national des internes de médecine générale que j'ai entendu parler de ce que vous avez mis en place dans votre service de santé au travail de Toulouse. Vous êtes également un des fondateurs de l'association MOTS, il me semblait important que vous puissiez nous témoigner de cela lors de ma thèse.

Monsieur le Docteur Thomas PIPARD, cher Thomas...

Je te remercie d'avoir été si enthousiaste quand je t'ai proposé ce sujet. La santé des internes de médecine générale c'est un peu le début de notre histoire commune, au sein du SyReL-IMG d'abord, puis dans l'ISNAR-IMG. C'est aussi le thème de la table-ronde que tu présentais au congrès de l'ISNAR-IMG de Toulouse en 2015. Merci pour ton courage, diriger la thèse d'une amie, je pense que c'est pas toujours facile. En espérant que d'autres histoires communes viendront !

Résumé

Contexte : L'émergence de la souffrance au travail des professionnels de santé interroge sur l'état de santé des internes. Ceux-ci ne consultent pas ou peu leur médecin traitant et étant à la fois agent public et étudiant, ils disposent de ressources comme la médecine du travail ou la médecine préventive universitaire. L'étude s'est intéressée au vécu des internes de médecine générale (IMG) concernant leur santé.

Population étudiée et méthode : Étude qualitative phénoménologique par entretiens semi-dirigés conduite auprès de 20 IMG de la subdivision de Lyon. Les entretiens ont été analysés de façon indépendante par deux chercheurs avec une approche sémiopragmatique de Peirce.

Résultats : Leur suivi médical était semblable à celui des autres patients. Ils devaient trouver un médecin traitant et pratiquaient l'automédication. Par leur formation médicale, ils étaient experts de leur santé et se sentaient illégitime à consulter. La maladie était représentée comme une altération de la vie personnelle et professionnelle voire une dépendance. Les internes souhaitaient une relation médecin-malade comme les autres tout en demeurant médecin. La rencontre avec le médecin traitant, révélait la symétrie des connaissances entre le médecin-soignant et le médecin-malade. Le début de l'internat était marqué par de grandes responsabilités par rapport au manque d'expérience de l'interne. Certains n'imaginaient pas s'absenter de stage du fait du regard des seniors. Ces facteurs pouvaient entraîner un épuisement professionnel et des troubles psychiques.

Conclusion : Les freins à l'hétéro-gestion de la santé des IMG ont été explorés. La médecine du travail aurait un rôle déterminant : une consultation obligatoire pour tous les internes au début de l'internat avec la réalisation du certificat d'aptitude à l'exercice après un examen physique et psychique systématique. Une sensibilisation à la gestion de leur santé et pour apprendre à être patient pourrait être proposée dès le second cycle.

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| RESUME..... | 10 |
| LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES..... | 13 |
| I. INTRODUCTION | 14 |
| II. METHODOLOGIE | 17 |
| A. METHODE..... | 17 |
| 1) <i>Type d'étude et objectif.....</i> | 17 |
| 2) <i>Revue de la littérature.....</i> | 17 |
| 3) <i>Composition de l'équipe de recherche.....</i> | 18 |
| 4) <i>Elaboration du canevas d'entretien</i> | 18 |
| a) Canevas d'entretien..... | 18 |
| b) Test du canevas d'entretien..... | 19 |
| 5) <i>Journal de bord et posture initiale de chercheur.....</i> | 19 |
| 6) <i>Constitution de l'échantillon et recueil des données.....</i> | 20 |
| a) Recrutement..... | 20 |
| b) Critères d'inclusion..... | 20 |
| c) Critères d'exclusion..... | 20 |
| d) Recueil des données..... | 21 |
| 7) <i>Réalisation des entretiens.....</i> | 21 |
| 8) <i>Analyse des entretiens.....</i> | 22 |
| 9) <i>Aspects éthiques et réglementaires</i> | 23 |
| a) Réglementation | 23 |
| b) Confidentialité | 23 |
| c) Conflits d'intérêts..... | 23 |
| d) Archivage des données | 23 |
| B. MATERIEL..... | 24 |
| III. RESULTATS | 25 |
| A. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON..... | 25 |
| B. ANALYSE DES RESULTATS..... | 26 |
| 1) <i>L'interne : un patient expert et autonome.....</i> | 26 |
| a) Un patient comme les autres | 26 |
| b) Entre expertise et illégitimité | 27 |
| (1) Une expertise médicale..... | 27 |
| (2) Illégitimité à consulter | 28 |
| c) La perte d'autonomie : leur représentation de la maladie..... | 29 |
| (1) Autonomie de prescription | 29 |
| (2) Représentation de la maladie teintée de dépendance..... | 30 |
| 2) <i>Une relation médecin-malade à la recherche d'un équilibre entre deux savoirs</i> | 31 |
| a) Un malade comme les autres..... | 31 |
| (1) Attentes et vécu de la relation | 31 |
| (2) Une relation de soin asymétrique | 32 |
| b) La rencontre avec le médecin généraliste | 33 |
| (1) Rôle et vécu de la consultation avec le médecin généraliste | 33 |
| (2) Une relation de soin symétrique..... | 34 |
| (3) La peur du jugement | 36 |
| 3) <i>Une réflexivité professionnelle sur leur santé et leur formation.....</i> | 37 |
| a) Un médecin en souffrance au travail..... | 37 |
| (1) Le médecin : un surhomme ?..... | 37 |

| | |
|--|-----------|
| (2) Des conditions de travail à hauts risques psychosociaux | 39 |
| (3) Le tabou de la santé mentale | 41 |
| b) Des ressources externes pour mieux gérer leur santé..... | 42 |
| (1) Un besoin d'informations..... | 42 |
| (2) Une prise en charge nécessaire par la médecine du travail..... | 43 |
| (3) Une entraide mutuelle confraternelle | 44 |
| c) Proposition pour le Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) | 45 |
| (1) Réglementaire..... | 45 |
| (2) Formation | 47 |
| IV. DISCUSSION | 49 |
| A. DISCUSSION DE LA METHODE..... | 49 |
| 1) <i>Equipe de recherche et de réflexion</i> | 49 |
| a) Caractéristiques personnelles..... | 49 |
| b) Relations avec les participants | 50 |
| c) Posture initiale de chercheur et journal de bord | 50 |
| 2) <i>Conception de l'étude</i> | 51 |
| a) Cadre théorique..... | 51 |
| b) Sélection des participants..... | 51 |
| c) Contexte | 52 |
| d) Recueil des données..... | 52 |
| 3) <i>Analyse et résultats</i> | 53 |
| a) Analyse des données | 53 |
| b) Rédaction des résultats..... | 54 |
| B. ANALYSE DES DONNEES CONFRONTEES A LA LITTERATURE | 55 |
| 1) <i>Leur autonomie modifie la représentation de la maladie</i> | 55 |
| 2) <i>Un nouvel équilibre à inventer dans la relation médecin-malade</i> | 58 |
| 3) <i>L'élitisme des études médicales retrouvé au sein de la relation médecin-malade</i> | 59 |
| 4) <i>Un message de prévention parasité par la culture médicale</i> | 60 |
| 5) <i>Des propositions concrètes</i> | 64 |
| V. CONCLUSIONS..... | 68 |
| VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES | 71 |
| VII. ANNEXES | 79 |
| ARTICLE SOUMIS A LA REVUE EXERCER..... | 99 |

Liste des abréviations utilisées

- AAPMS** : Association d'aide professionnelle aux médecins et aux soignants
- AMA** : Australian Medical Association
- ANSM** : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
- ASRA** : Aide aux soignants de Rhône-Alpes
- BMA** : British Medical Association
- CFAR** : Collège Français des Anesthésistes-Réanimateurs
- CHU** : Centre hospitalo-universitaire
- CNIL** : Commission nationale de l'informatique et des libertés
- CNOM** : Collège National de l'Ordre des Médecins
- COREQ** : Consolidated criteria for reporting qualitative research
- CPP** : Comité de protection des personnes
- CUMG** : Collège Universitaire de Médecine Générale
- DES** : Diplôme d'Etudes Spécialisées
- ECN** : Epreuves Classantes Nationales
- IMG** : Interne de médecine générale
- MASS** : Ministère des Affaires Sociales et de la Santé
- MOTS** : Médecins-Organisation-Travail-Santé
- MPU** : Médecine préventive universitaire
- PACES** : Première Années Commune des Etudes de Santé
- PAIMM** : Programme d'attention intégrale aux médecins malades
- PAMQ** : Programme d'aide aux médecins québécois
- SyReL-IMG** : Syndicat Représentation Lyonnais des Internes de Médecine Générale
- TCEM** : Troisième cycle des études médicales
- URPS** : Union régionale des professionnels de santé
- WONCA** : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

I. Introduction

Lorsque l'on interroge les médecins, la moitié pense que leur santé est moins bonne ou nettement moins bonne que celle de leurs patients (1,2). « *Les cordonniers sont toujours les plus mal chaussés* » entend-on régulièrement de la bouche du tout-venant. Deux tiers d'entre eux se sont déclarés comme leur propre médecin traitant depuis l'obligation mise en place lors de la réforme de l'assurance maladie en 2004 (1,3). Par ailleurs, 94,5% n'avaient pas recours à une tierce personne quand il s'agissait de leur propre santé (2).

La souffrance au travail (4,5), le *burn-out* ainsi que les tentatives de suicides de soignants (6–8) sont au cœur de l'actualité, les professions de la santé et du social étant plus à risque que la population générale (9,10). Pour pallier l'émergence de ces problématiques, en mars 2017, le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé (MASS) a annoncé une stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail, « *Prendre soin de ceux qui soignent* », en axant notamment sur un renforcement du suivi de la santé des médecins (11). La même année, le Collège Français des Anesthésistes-Réanimateurs (CFAR) a lancé une campagne de sensibilisation « *Dis doc, t'as ton doc?* » afin d'encourager les médecins à choisir un médecin traitant (12). En avril 2018, les deux ministères de tutelle se sont engagés à réaliser quinze mesures pour le bien-être des étudiants en santé (13). Des études qualitatives s'intéressant aux médecins malades témoignaient de la gêne et du sentiment de honte à aller consulter un confrère : comment leur permettre de franchir le pas et de mieux appréhender la consultation (14–16) ? La maladie égratigne la figure du médecin infailible et surpuissant, celui-ci a le devoir de paraître en bonne santé (17). Les Universités de Paris-Diderot et de Toulouse ont d'ailleurs mis en place la formation « *Soigner les soignants* » afin de faciliter la prise en charge de confrères malades (18). En 2002, la WONCA¹, organisation mondiale de la médecine générale, a considéré que les médecins de famille ont « *la responsabilité d'assurer le développement et le maintien [...] de leur équilibre personnel [...] pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins de leurs patients* » (19).

¹ World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners

L'émergence du *burn-out* impose un suivi rapproché des professions à risque. Les internes y étant particulièrement sujets du fait de leurs conditions de travail, il semblait important d'explorer leur suivi médical ou « parcours de santé » (9,20). Dans le Larousse, le suivi médical est défini comme un « *contrôle [médical] permanent sur une période prolongé* » (21). Le parcours de santé est, quant à lui, considéré comme « *l'ensemble des étapes et le cheminement parcourus par un sujet dans un système sanitaire et social organisé, dans un temps et un espace donnés* » (22). Il apporte une réponse aux besoins de prévention, sociaux et médico-sociaux.

Dans une enquête nationale réalisée sur la santé des étudiants en médecine, internes, remplaçants et jeunes médecins par le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) en 2016, il avait été mis en évidence qu'un étudiant en médecine sur quatre se sentait en moyenne ou mauvaise santé, que seul 58% avaient déclaré un médecin traitant et que 27% d'entre eux avaient consulté un médecin généraliste au cours de la dernière année (23). Par comparaison avec la population générale, les internes consultaient moins que les personnes du même âge (82% des 25-30 ans avaient vu un médecin généraliste au cours de la dernière année) (24), et pratiquaient l'automédication et l'autoprescription autant que leurs aînés (23,25-27). Ces résultats ont aussi été retrouvés au niveau international (28-31).

L'interne est un agent public (32), il dispose de ressources pour l'aider à gérer sa santé, comme la médecine du travail ou la médecine préventive universitaire (MPU). Le médecin du travail a un rôle essentiellement préventif, son but étant d'éviter toute altération de la santé des personnes du fait de leur travail (33). L'interne doit faire l'objet d'un examen médical par le médecin du travail avant son premier stage et bénéficier d'une consultation une fois tous les deux ans (34). Par ailleurs avant sa prise de fonction, l'interne « *justifie par un certificat délivré par un médecin hospitalier, qu'il remplit les conditions d'aptitude physique et mentale pour l'exercice des fonctions hospitalières qu'il postule* » (34,35). Chaque Université propose un service de médecine préventive et de promotion de la santé qui doit effectuer un examen préventif intégrant une dimension médicale, psychologique et sociale au cours des trois premières années universitaires (36,37). Malgré ces dispositifs, seulement un tiers des participants de

l'enquête du CNOM (7858 participants) avait rencontré la médecine préventive universitaire ou la médecine du travail au cours des deux dernières années (23).

L'hypothèse de ce travail était que les internes étaient probablement moins bien suivis que la population générale et n'utilisaient pas les ressources à leur disposition de par leurs statuts d'étudiant et d'agent public.

L'objectif principal de cette étude était d'explorer la santé des internes de médecine générale (IMG), leurs représentations de leur santé et de leur suivi médical ainsi que leurs freins à consulter un médecin.

L'objectif secondaire de ce travail était de réfléchir à des propositions éventuelles pour améliorer le parcours de santé des internes de médecine générale.

II. Méthodologie

A. Méthode

1) Type d'étude et objectif

Une étude qualitative a été réalisée par des entretiens semi-dirigés jusqu'à saturation des occurrences. L'objectif principal de celle-ci était d'explorer la santé des internes de médecine générale, leurs représentations de leur santé et de leur suivi médical ainsi que leurs freins à consulter un médecin. L'objectif secondaire de ce travail était de réaliser des propositions pour améliorer le parcours de santé de ces internes.

2) Revue de la littérature

La bibliographie a été réalisée en partie *via* les bases de données disponibles sur le portail de la bibliothèque de l'Université Claude Bernard Lyon 1. Le Sudoc a été utilisé pour rechercher les thèses ou publications sur le sujet de la santé des internes et des médecins généralistes. Les bases de données PubMed et CAIRN ont été des consultées.

Les termes MESH utilisés étaient « *resident* », « *medical students* », « *illness* », « *healthcare* », « *health behavior* », « *self prescribing* », « *self medication* », « *burnout* » en anglais, « *suivi médical* », « *interne en médecine* », « *automédication* », « *autoprescription* » « *épuisement professionnel* » en français.

Des livres ont été empruntés à la bibliothèque municipale de Lyon ainsi qu'à la bibliothèque universitaire santé de Lyon 1.

La bibliographie a été confrontée à celle effectuée par une bibliothécaire de Lyon 1 pour tendre vers l'exhaustivité et a été mise à jour régulièrement en juillet 2016, novembre 2016, mars 2017, novembre 2017 et février 2018.

3) Composition de l'équipe de recherche

L'équipe de recherche était composée de l'investigatrice et de son directeur de thèse, le Docteur Thomas Pipard. Durant toute la durée de l'étude, l'équipe de recherche était intégrée au cercle des thésards (38) permettant d'échanger sur l'avancée du travail.

4) Elaboration du canevas d'entretien

Le canevas d'entretien initial a été réalisé à partir de la bibliographie et validé par le directeur de thèse (Annexe 1).

a) Canevas d'entretien

Le canevas d'entretien débutait par une phrase de présentation de l'investigatrice et de son travail de thèse afin de mettre en confiance le participant.

Il comportait quatre axes principaux : la gestion de la santé, le vécu et la représentation de la relation médecin-patient, l'exploration des ressources à disposition et les propositions pour améliorer le suivi médical des internes.

Dans un premier temps, les thèmes d'automédication et d'autoprescription, la représentation de la maladie ainsi que la notion de suivi médical étaient explorés. Dans un deuxième temps, il était abordé la relation médecin-patient, le rôle du médecin traitant ainsi que le vécu de la consultation et du fait d'être le patient. Puis le rôle du médecin du travail et de la médecine préventive universitaire ainsi que les freins à utiliser ces ressources ont été étudiés et dans un dernier temps, l'interne interrogé pouvait proposer des améliorations à la gestion de la santé des internes de médecine générale.

La chercheuse prenait des notes au cours de l'entretien, notamment sur les thèmes abordés et les éventuelles questions de relance. L'objectif était de laisser l'interviewé aller jusqu'au bout de son raisonnement sans interruption et le faire développer des

points précis dans un second temps. Le non verbal était également noté durant l'entretien.

Les caractéristiques des participants étaient recueillies à la fin de l'entretien à l'aide d'un questionnaire papier (Annexe 2). Les données portaient sur l'âge, le sexe, l'année d'internat, le nombre de stages à moins de 30 minutes de Lyon, les facultés de rattachement et d'origine, la situation familiale, le type d'habitation, la présence d'un médecin traitant déclaré, le fait d'avoir eu une consultation avec celui-ci dans les deux dernières années, le type de relation qu'ils entretenaient, la présence d'une maladie chronique, le fait d'avoir consulté un médecin du travail ou la médecine préventive universitaire durant son internat et d'avoir réalisé son stage chez le praticien (niveau 1). Un tableau récapitulatif des principales caractéristiques des internes participant à ce travail a été intégré dans la partie « *Résultats* ».

b) Test du canevas d'entretien

Le guide d'entretien a été testé auprès de deux internes en médecine générale. Ces entretiens ont permis d'ajuster le canevas (Annexe 3). Ils ont été soumis à une autocritique. Celle-ci a été confrontée pour les deux premiers à celle du directeur de thèse, afin de faire évoluer le canevas d'entretien et d'améliorer les compétences de l'investigatrice.

5) *Journal de bord et posture initiale de chercheur*

Une posture initiale de chercheur a été réalisée au début de cette étude. Celle-ci a été mise à jour avant l'analyse des données et après la rédaction des résultats. La chercheuse a également tenu un journal de bord tout au long de l'étude et notait ses impressions générales ainsi que les grands thèmes de chacun des entretiens.

6) Constitution de l'échantillon et recueil des données

a) Recrutement

Les entretiens ont été effectués d'avril 2017 à décembre 2017. Les deux premiers entretiens étaient des entretiens tests. Le premier interne interrogé issu d'une autre subdivision n'entrait pas dans les critères d'inclusion de cette étude, son entretien n'a donc pas été utilisé dans ce travail mais a permis à la chercheuse de se réaccoutumer aux entretiens semi-dirigés.

Le recrutement a été effectué par effet boule de neige, cinq internes étaient recommandés à l'enquêtrice par des connaissances et quatre internes étaient contactés *via* le SyReL-IMG, syndicat des internes de médecine générale lyonnais. L'investigatrice a également recruté quatre internes au cours d'une journée d'études organisée par le Collège Universitaire de Médecine Générale (CUMG) de Lyon. Le recrutement a également été réalisé *via* la page Facebook du SyReL-IMG, sept internes ont accepté de participer à cette étude.

b) Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion de l'étude portaient sur le fait d'être interne de médecine générale à Lyon et de ne pas avoir encore validé les six semestres du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES).

c) Critères d'exclusion

Dans cette étude, les internes en fin de cursus ou postulant au doctorat de médecine générale étaient exclus ainsi que le fait de ne pas maîtriser la langue française et de ne pas appartenir à la subdivision de Lyon.

d) Recueil des données

La retranscription des entretiens était faite mot à mot dans le respect de l'anonymat. Les fichiers d'enregistrement ont été effacés et les *verbatim* ont été mis à disposition des membres du jury.

7) Réalisation des entretiens

L'investigatrice qui a mené les entretiens était Madame Agathe PESCI, médecin généraliste remplaçant.

Les rencontres étaient organisées par l'investigatrice et le participant, il n'y avait pas de tiers lors de l'entretien afin de faciliter l'échange.

Le lieu de l'entretien était choisi en fonction des disponibilités et des préférences de l'interne, un lieu calme était privilégié afin d'optimiser la qualité des entretiens. Huit entretiens ont eu lieu au domicile de l'investigatrice, huit chez l'interne interviewé, trois entretiens à la faculté, un entretien au centre hospitalier où se déroulait le stage de l'interne participant.

Avant l'enregistrement, la chercheuse informait l'interne de façon claire, loyale et appropriée, lui faisait dater et signer un formulaire de consentement en deux exemplaires autorisant l'enregistrement, la retranscription et l'utilisation des données pour l'analyse sous couvert d'anonymat (Annexe 4) et lui remettait une fiche d'informations (Annexe 5). Il était alors rappelé au participant la possibilité de se retirer de l'étude à tout moment s'il le souhaitait.

Durant l'entretien, l'investigatrice adoptait une attitude d'écoute active et notait des relances possibles sur certains points abordés par l'interne ainsi que le non verbal.

Le *verbatim* de l'entretien a été transmis au participant afin qu'il valide ses propos.

L'interne participant à l'étude a reçu un courriel accompagné d'une fiche explicative (Annexe 6) lui permettant de vérifier l'anonymisation de ses propos. Les participants n'ont pas souhaité faire de modifications de leur *verbatim*.

8) Analyse des entretiens

Les entretiens ont été retranscrits mot à mot puis analysés dans l'ordre du recueil des données. Une analyse manuelle du *verbatim* a été réalisée selon l'analyse sémiopragmatique de Peirce en tenant compte des différents éléments de contextualité préexistants. La première étape consistait en une lecture flottante de type intuitive permettant de s'imprégner du texte et du contexte de l'entretien. Une lecture focalisée de chaque entretien a ensuite été effectuée afin de découper le *verbatim* en unités de sens et réaliser une première thématisation selon les trois catégories de Peirce (Annexe 7). Les entretiens ont été relus à plusieurs reprises pour avoir une analyse la plus exhaustive possible. Cela permettait de repérer les éléments signifiants textuels et contextuels et d'effectuer une catégorisation peircienne. Les thèmes et sous-thèmes qui en émergeaient étaient alors restitués par ordonnancement logique des catégories obtenues. Cette technique permettait, par la réalisation d'une lecture conceptualisante, d'effectuer une analyse phénoménologique en hiérarchisant les catégories et de faire émerger le sens du phénomène étudié. Aucune nouvelle thématique concernant l'objet de l'étude n'a été relevée à partir du dix-huitième entretien. Le recueil des données a été poursuivi jusqu'au vingtième entretien pour s'assurer qu'aucune nouvelle thématique n'était évoquée.

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

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

9) Aspects éthiques et réglementaires

a) Réglementation

L'étude a été conduite selon la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Elle a fait l'objet d'une déclaration à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) le 20 mars 2017 et les chercheurs se sont engagés à respecter la méthodologie de référence MR-003 (Annexe 8). Une déclaration à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a été effectuée le 1 mars 2017 (Annexe 9).

Suite à l'application de la loi Jardé en novembre 2016 relative aux recherches impliquant la personne humaine, un protocole de recherche a été établi et présenté. L'avis favorable du Comité de protection des personnes (CPP) Île-de-France 8 a été donné le 25 avril 2017, après modification du protocole suite à la commission du 23 mars 2017 (Annexe 10).

b) Confidentialité

Seuls la chercheuse et son directeur de thèse ont eu accès aux données. Ils ont traité les informations dans le plus strict respect du secret médical en préservant l'anonymat.

Une fiche d'information (Annexe 5) ainsi qu'un formulaire de consentement (Annexe 4) ont été remis à l'interne afin de recueillir son accord pour participer à l'étude.

c) Conflits d'intérêts

Les auteurs de ce travail ne déclaraient pas de conflit d'intérêt.

d) Archivage des données

Aucune donnée nominative ou brute ne sera conservée à l'issue de ce travail par les auteurs. Seul le format anonymisé sera conservé au bureau des thèses et référencé.

B. Matériel

Les entretiens ont été enregistrés sur le dictaphone du *smartphone* de la chercheuse ainsi que sur un dictaphone analogique après autorisation des participants. Ils ont été anonymisés et retranscrits un à un sur le logiciel Microsoft® Word pour Mac 2011. Le logiciel Zotero® a été utilisé pour organiser les références bibliographiques, N'Vivo® pour l'analyse des entretiens et Simplemind® pour l'élaboration des cartes heuristiques.

III. Résultats

A. Description de l'échantillon

L'échantillon se composait de vingt internes de médecine générale en cours de formation dans la subdivision de Lyon. Ils étaient âgés de 23 à 29 ans. Parmi ces internes, il y avait dix femmes et dix hommes : cinq en première année (T1), six en deuxième année (T2) et neuf en troisième année (T3).

Quatre d'entre eux se déclaraient porteurs d'une maladie chronique. Deux participants n'avaient pas de médecin traitant déclaré, sept internes avaient consulté leur médecin traitant dans les deux années précédentes et six avaient vu le médecin du travail durant leur cursus.

Les entretiens se sont déroulés du 25 avril 2017 au 14 décembre 2017. Leur durée était comprise entre 23 minutes et 46 minutes avec une moyenne de 33 minutes.

Tableau 1 : Principales caractéristiques des participants

| Internes | Âge | Sexe | Année d'internat | Statut | Médecin traitant déclaré | Consultation dans les 2 ans | Consultation médecin du travail | Maladie chronique |
|----------|-----|------|------------------|----------------|--------------------------|-----------------------------|---------------------------------|-------------------|
| B | 27 | F | T2 | Mariée, enfant | Oui | Non | Oui | Non |
| C | 28 | F | T3 | Mariée | Oui | Oui | Non | Oui |
| D | 25 | M | T2 | Célibataire | Non | Non | Oui | Non |
| E | 23 | F | T1 | En couple | Oui | Oui | Non | Oui |
| F | 27 | M | T3 | En couple | Oui | Non | Non | Non |
| G | 24 | F | T1 | En couple | Oui | Oui | Non | Oui |
| H | 29 | F | T3 | En couple | Oui | Non | Non | Non |
| I | 28 | F | T3 | Célibataire | Oui | Non | Oui | Non |
| J | 28 | M | T3 | En couple | Oui | Non | Non | Non |
| K | 27 | F | T2 | Mariée, enfant | Oui | Oui | Oui | Oui |
| L | 27 | M | T2 | Célibataire | Non | Non | Non | Non |
| M | 28 | M | T3 | En couple | Oui | Non | Oui | Non |
| N | 28 | M | T3 | En couple | Oui | Non | Non | Non |
| O | 28 | F | T3 | En couple | Oui | Non | Non | Non |
| P | 26 | M | T1 | Marié, enfant | Oui | Non | Oui | Non |
| Q | 27 | M | T2 | Marié, enfant | Oui | Oui | Non | Non |
| R | 25 | F | T1 | En couple | Oui | Oui | Non | Non |
| S | 26 | M | T2 | Marié | Oui | Non | Non | Non |
| T | 27 | M | T3 | En couple | Oui | Oui | Non | Non |
| U | 24 | F | T1 | Célibataire | Oui | Non | Non | Non |

B. Analyse des résultats

1) L'interne : un patient expert et autonome

a) Un patient comme les autres

L'interne était avant tout **jeune et en bon état de santé**.

C : « nous les internes en général, on est jeunes et en bonne santé »

F : « y en a qui sont en études pendant 5-6 ans mais qui pareil, sont jeunes donc qui n'ont pas de problème chronique et qui voient jamais leur médecin traitant »

Comme les autres patients, ils pratiquaient l'**automédication** qu'ils pensaient **répandue dans la population générale**.

N : « l'automédication... la population française le fait déjà alors pourquoi pas les internes ! »

F : « je le faisais même quand j'étais pas en médecine, quand j'ai un petit rhume, des choses comme ça, souvent ça reste du Doliprane »

Mais certains évoquaient les **limites de cette automédication**.

Cela pouvait concerner les antibiotiques :

E : « c'est que jamais je me prescris des antibiothérapies toute seule parce que je pense que c'est la pire des choses à faire [...] à part truc genre du Monuril ou du Lomexin qui sont... limite en vente libre »

K : « je pense que notamment vis-à-vis des antibiotiques on nous martèle tellement que c'est pas automatique, que ça se fait pas »

Les anxiolytiques :

E : « j'essaie de jamais toucher moi-même à des trucs comme les benzo, les machins, les trucs comme ça, parce que c'est une connerie »

Ou même les antalgiques :

H : « j'ai jamais pris de palier 2, j'ai jamais pris de morphine, j'ai jamais pris tout ça »

I : « je pense que quand tu prends de la codéine c'est que tu as besoin d'être examiné »

Ils abordait également l'importance d'**avoir un médecin traitant** et les difficultés à en trouver un qui leur convienne.

I : « *c'était surtout dans le suivi systématique au départ où je me suis dit qu'il faudrait que j'aie un médecin généraliste* »

K : « *comme n'importe qui dans la population a un médecin généraliste référent* »

E : « *en vrai c'est difficile de faire la démarche déjà, de trouver un médecin traitant et, ou quelqu'un qui nous prend en charge* »

L'absence au travail pouvait être mal vue par le chef de service.

Q : « *y a aussi le fait de louper un jour de stage, on peut se faire mal voir* »

J : « *y a beaucoup d'internes qui doivent se réfréner, je pense que par rapport à l'image qu'éventuellement leur chef de service ou leur responsable de stage peut avoir d'eux s'ils vont à une consultation pour un petit problème ou des choses comme ça* »

L'interne semblait être un **patient-expert** du fait de sa formation médicale.

b) Entre expertise et illégitimité

(1) Une expertise médicale

Certains des internes affirmaient être en **capacité de gérer leur propre santé et de s'autodiagnostiquer**.

S : « *on est censés être capable de se gérer tout seul et de se soigner tout seul pour des choses simples* »

L : « *si ça me paraît gérable de ma compétence médicale, je me soigne tout seul* »

H : « *la formation elle aide un petit peu, on sait plus ou moins ce qui est grave et pas grave* »

La plupart d'entre eux **connaissaient leur pathologie ou l'évolution de leurs symptômes**.

C : « *des choses pour lesquelles je trouve une explication dans ma culture de médecin à moi, je vais pas voir le médecin* »

E : « *quand t'es praticien de santé, y a certaines choses où tu es au courant du diagnostic et au courant du pronostic* »

Leurs connaissances médicales les freinaient à consulter et ils ne se sentaient **pas prioritaires** par rapport aux autres patients.

(2) Illégitimité à consulter

La peur de **déranger leur médecin traitant** pour un motif qu'ils pourraient gérer seuls était évoquée.

K : *« c'est pas que je culpabilise mais à chaque fois je me dis : "Pourquoi j'irais déranger mon médecin traitant pour un truc que je peux faire ?" »*

Ils avaient parfois l'impression de ne pas être prioritaires en raison de la **démographie médicale tendue**.

S : *« la plupart des médecins sont plus occupés avec d'autres gens qui nécessitent plus de soins »*

O : *« il y a un problème de démographie médicale, il y a pas beaucoup de places, ben je me dis ça, je ne suis pas la prioritaire »*

Ils pouvaient **se débrouiller seuls** avec leur santé.

C : *« je me suis débrouillée le jour même toute seule avec mon scanner, avec mes contacts médicaux multiples »*

F : *« je pars du principe que tout ce qui peut être réglé en médecine générale, je peux le faire moi-même »*

Certains médecins qu'ils avaient consultés les **incitaient à se soigner eux-mêmes**.

J : *« j'ai eu envie de consulter la généraliste de mon copain [...] elle a dit : "Oh, mais il peut se débrouiller tout seul pour ça [...] il se fait faire une ordo par un de ses collègues" »*

E : *« parfois aussi les médecins traitants peuvent sous-entendre que tu te débrouilles toute seule et que tu n'as pas besoin d'aller les voir »*

L'illégitimité à consulter poussait les internes à être **autonomes dans la gestion de leur propre santé**.

c) La perte d'autonomie : leur représentation de la maladie

(1) Autonomie de prescription

Des internes se posaient la question de leur **droit d'autoprescription**. Certains évoquaient même que la **prescription était sous la responsabilité du senior** dans la réglementation et préféraient faire valider leur ordonnance.

U : « *je ne sais même pas si... si j'ai le droit de faire pour moi-même* »

M : « *je sais que j'ai pas le droit, je le fais en cachette parce que je sais que légalement les prescriptions sont sous la supervision du chef dont on dépend* »

K : « *je préfère qu'un médecin valide la prescription d'antibiotiques* »

Il était plus **facile de s'autoprescrire** un traitement que d'aller consulter un médecin.

B : « *c'est tellement facile de commencer à se prescrire des trucs* »

C : « *j'avais envie de le faire moi-même parce que j'estime que je peux le faire et que c'est plus simple* »

Afin de se prescrire un traitement ou un examen complémentaire, l'interne utilisait les **ordonnances d'un maître de stage** ambulatoire ou hospitalier.

F : « *il m'est arrivé de temps en temps de prendre des ordonnances du cabinet du stage où j'étais pour me prescrire que ce soit des prises de sang ou des fois un traitement* »

I : « *jusque là je faisais toute seule, on avait des ordonnances à l'hôpital et je me les faisais...* »

Il était courant pour certains de **se servir dans la pharmacie des services** où ils étaient en stage.

S : « *dans tous les stages où je suis passé j'ai pris des médicaments dans les pharmacies* »

U : « *on a tendance à le faire plutôt que de prendre un rendez-vous parce qu'on a tout à disposition à l'hôpital* »

(2) Représentation de la maladie teintée de dépendance

Pour se reconnaître malade et donc parler de maladie, il fallait qu'il y ait un **retentissement important sur leur vie personnelle et professionnelle.**

H : « être malade c'est avoir une perte de force pour moi, être pas du tout dans ton assiette et être diminué dans tes activités de tous les jours »

L : « être malade c'est un truc qui nous empêche d'être bien dans notre vie, d'être en mesure de faire tout ce qu'on veut faire, être handicapé un peu dans sa vie [...] et donc c'est des conditions pathologiques qu'on voudrait rétablir au plus vite »

Leurs représentations de la maladie allaient même jusqu'à un **état de dépendance** pour certains.

B : « pour moi être malade c'est avoir une maladie grave, avoir de la chimiothérapie, être au fond du lit à pas manger »

Q : « la maladie c'est vraiment être cloué fin voilà c'est l'asthénie, c'est le fait de pas pouvoir bouger de son lit, c'est d'être vraiment complètement KO quoi »

Résumé

L'interne en médecine pratiquait l'automédication et devait trouver un médecin traitant comme les autres patients. Il se considérait également comme expert du fait de sa formation médicale. Cette expertise et la peur de déranger pouvaient être des freins au recours médical. Les internes pratiquaient l'autoprescription par facilité tout en ignorant si ceci était autorisé. Leur représentation de la maladie était celle d'un état de dépendance ayant un retentissement important sur leur vie personnelle et professionnelle.

La maladie était souvent décrite comme une perte d'autonomie et entraînait, à ce moment-là, **un recours au médecin traitant.**

2) Une relation médecin-malade à la recherche d'un équilibre entre deux savoirs

a) Un malade comme les autres

(1) Attentes et vécu de la relation

Les internes exprimaient un **besoin d'explications** lors de la consultation.

D : *« il nous faut des explications même si on les a déjà, il faut les entendre de la part d'un confrère »*

U : *« j'ai besoin que mon médecin il m'explique et pourquoi il me fait ça et pourquoi il m'a prescrit ça et qu'on discute quoi »*

Ils attendaient une **objectivité** de la part de leur médecin traitant.

P : *« j'attends de mon médecin généraliste qu'il soit objectif »*

T : *« qu'il garde aussi une certaine forme d'objectivité »*

La **décision médicale partagée** était le modèle privilégié par les internes.

B : *« son rôle je pense que ça doit être de m'éclairer et de choisir ensemble les meilleures... les meilleures décisions pour ma santé »*

O : *« qu'on puisse discuter un peu ensemble des prises en charge, de ma prise en charge [...] comme avec n'importe quel patient en fait »*

Certains soulignaient l'**importance d'avoir un dossier médical**.

I : *« avoir un dossier médical avec des trucs écrits, quand toi tu t'auto-consultes, [...] tu écris rien, y a aucune trace de ce que tu fais. Donc c'est ça, avoir une trace, avoir le suivi, avoir un minimum d'informations écrites aussi et des données dans ton dossier quoi [...], si un jour je suis inconsciente et qu'il m'arrive un truc, personne ne connaît mes informations médicales »*

M : *« c'est avoir un médecin traitant déclaré qui a un dossier sur nous avec nos antécédents, les vaccins, les trucs à jour »*

Les internes avaient **recours plus facilement à d'autres professionnels** que le médecin généraliste et, lors de ces consultations, ils avaient l'impression d'être considérés comme des patients.

(2) Une relation de soin asymétrique

Les futurs médecins généralistes voulaient **être considérés comme des patients** avant tout.

B : *« elle me voyait moins comme un confrère et ça c'est plus agréable »*

D : *« à partir du moment où on a une maladie, il faut être considéré avant tout comme un patient et pas comme un professionnel de santé, parce que sinon on est pas pris en charge de la même manière »*

L'asymétrie des connaissances dans la relation de soin était particulièrement marquée lors d'une **consultation avec un autre spécialiste...**

L : *« avec un médecin spécialiste, on a des questions hyper précises, on est peut-être plus pertinent... et pour autant on est dans l'attente d'une réponse donc la consultation est peut-être plus... plus normale, plus une relation médecin-patient normale »*

O : *« mais le gynéco ou la sage-femme c'est des domaines dans lesquels je suis peut-être moins à l'aise donc même si j'ai certaines connaissances [...] c'est plus facile je trouve »*

... ou lors d'une consultation avec un **professionnel de santé paramédical.**

L : *« Aller voir des paramédicaux compétents, aller voir un ostéopathe [...] c'est pas de notre compétence exactement donc c'est assez facile d'y aller »*

Le **paiement de la consultation** permettait d'être considéré de la même façon qu'un autre ou de ne pas faire perdre son temps au médecin consulté.

C : *« ma maman lui a dit qu'il fallait absolument qu'il me fasse payer, parce que il me faisait pas payer et que ça m'énervait beaucoup parce que du coup bah j'avais pas envie d'y aller parce que j'avais l'impression de lui faire perdre son temps »*

I : *« je préférerais je crois payer ma consultation pour justement [...] être considérée vraiment comme un patient comme un autre quoi »*

La consultation avec le médecin généraliste pouvait être plus difficile à vivre en raison de la **symétrie supposée des connaissances.**

b) La rencontre avec le médecin généraliste

(1) Rôle et vécu de la consultation avec le médecin généraliste

Des internes souhaitaient une **prise en charge globale** sans que le médecin ne les laisse gérer une partie de leur santé.

J : « *qu'il ne me laisse pas à charge, les choses un peu perso et tout, vraiment j'aimerais bien être pris en charge globalement quoi* »

S : « *avoir une prise en charge la plus complète possible* »

H : « *si tu fais l'effort de venir voir quelqu'un c'est pas pour faire à sa place quoi* »

Il fallait également que le médecin traitant **connaisse** son patient.

I : « *d'avoir un intervenant qui te connaît puis d'avoir un dossier à ton nom avec des informations dedans* »

M : « *il doit nous connaître, on doit pouvoir lui parler de tout* »

Le **rapport au corps** était abordé par de nombreux internes.

Certains affirmaient que la **pudeur** pouvait être un frein à la consultation.

L : « *je pense qu'on doit être un peu réticents à y aller et très pudiques* »

B : « *l'approche du corps quoi... les gynécos qui te foutent entièrement à poil sur une table* »

D'autres constataient les **limites de l'auto-examen**.

G : « *c'était pour un problème gynéco parce que [...] je pouvais pas m'auto-ausculter...* »

I : « *et tu peux pas trop t'auto-examiner sinon c'est compliqué. Moi j'ai essayé d'écouter un souffle et ben j'entends pas !* »

Pour certains, les études médicales entraînaient une **dédramatisation de l'approche du corps** lors de l'examen clinique.

S : « *parce que le rapport au corps je trouve qu'on a en médecine [...] dès le début on dédramatise tout [...] et donc voilà j'ai pas de soucis avec ça à me faire examiner même pendant l'externat, on s'examinait entre nous ça ne me gêne pas du tout* »

E : « *on dépouille des gens toute la journée, donc moi j'aurais un peu de mal à être pudique pour moi-même* »

L'**interrogatoire**, quant à lui, était vécu comme une **intrusion** dans l'intimité de l'interne.

S : « *l'interrogatoire c'est autre chose c'est vraiment quand même tu vas dans ta vie privée, tu vas dans ton histoire médicale, tes problèmes de santé* »

O : « *quand on est face à face autour d'un bureau parce que là, la situation elle s'inverse et c'est bizarre parce que je pourrais aussi mener l'entretien* »

(2) Une relation de soin symétrique

Lors de la rencontre avec le médecin généraliste, certains évoquaient une **symétrie dans la relation de soin** en lien avec les connaissances médicales de chacun.

C : « *c'est d'autant plus vrai quand on est médecin généraliste et qu'on va voir un autre médecin généraliste, on a un peu l'impression qu'il a peut-être pas grand chose à nous apporter* »

Q : « *on est dans une relation un peu d'égal à égal tandis que quand on est avec quelqu'un qui est hors milieu médical, fin c'est le médecin qui a le savoir entre guillemets* »

F : « *y a trop de connaissances d'un côté et de l'autre donc faut qu'il en ait un qui dise : "Je mets mes connaissances de côté et je prends les connaissances de ce que l'autre va me dire"* »

L'interne gardait un **regard médical permanent** sur sa pathologie.

N : « *on devient jamais patient, on devient médecin-patient. Je pense qu'on devient jamais ça, [...] y a toujours un regard médical sur la pathologie, sur le motif de consultation* »

M : « *un médecin malade sévèrement bah il connaît tout alors du coup il voit tous les aspects, il est pas du tout protégé par l'ignorance des choses* »

Certains souhaitaient que cette **relation soit équilibrée**, d'autres pensaient qu'une **relation d'égal à égal** pouvait nuire à la prise en charge.

D : « *j'aurais besoin de pas avoir une relation paternaliste, il me faudrait vraiment une relation d'égal à égal en quelque sorte* »

Q : « *je le vois plus entre guillemets comme un dialogue entre confrères quoi où [...] on va droit au but* »

L : « *nous on sait qu'on parle à un, à un égal qui a peut-être les mêmes travers que nous, donc peut-être que... je sais pas si on entend la même chose* »

La mention de sa **profession** au cours de l'interrogatoire posait question.

Pour certains, cela permettait de **justifier l'absence de suivi médical...**

I : « *après d'un autre côté ça m'a paru logique de lui dire [...] parce qu'il fallait que je lui explique pourquoi ça fait 5 ans que j'ai pas vu un médecin* »

... d'autres appréciaient d'**être considérés comme un médecin** et observaient un réel **changement dans la relation** médecin-patient.

G : « *quand on se présente en tant qu'étudiante en médecine ou en tant qu'interne, y a tout de suite un rapport qui est différent, y a une vraie discussion qui se met en place* »

Des internes préféraient **ne pas l'aborder** parce qu'ils trouvaient que cela changeait la prise en charge.

P : « *si j'étais vraiment malade je pense que j'aurais du mal à dire, enfin je sais pas si ça serait positif que je dise que je sois médecin parce que souvent ça change le rapport avec le médecin en face* »

C : « *des fois je me demande si je peux pas prendre un médecin traitant sans lui dire que je suis médecin. Parce qu'en fait je pense qu'on est tous sur une espèce de retenue quand on travaille avec nos confrères* »

L'utilisation de termes médicaux pouvait faciliter la consultation.

L : « *déjà on est hyper concis dans ce qu'on raconte, on utilise directement des termes médicaux en fait, on donne déjà un peu presque la réponse* »

G : « *c'était aussi plus facile pour lui comme on parlait le même vocabulaire* »

Le **non-paiement de la consultation** témoignait d'une certaine confraternité.

G : « *et puis souvent, ils ne me font pas payer fin c'est... On sent qu'il y a une vraie convivialité entre guillemets entre médecins, c'est sympa* »

F : « *je me dis que ça devrait être gratos comme je fais partie de la famille !* »

L'interne abordait également la **peur du jugement en consultation** qui pouvait être un frein au recours au médecin traitant.

(3) La peur du jugement

La **peur d'être jugé par le soignant** était souvent citée comme une barrière à la consultation.

Le jugement du soignant pouvait porter sur la **pratique de l'interne**.

I : *« j'avais peur qu'elle juge ma pratique moi en tant qu'interne de médecine générale, pas qu'elle me juge moi, qu'elle juge vraiment ce que je pouvais faire moi avec mes patients »*

O : *« j'ai peur du jugement de l'autre, en fait du jugement du soignant »*

Certains attendaient un **non-jugement** de la part du professionnel de santé.

P : *« j'attends une objectivité quoi de sa part quelque chose de voilà un non-jugement »*

D'autres reconnaissaient **juger la pratique du médecin** en consultation.

O : *« j'ai peur qu'il me juge mais parce qu'aussi je juge ce qu'il fait »*

L : *« sa pratique déjà est un peu forcément analysée, critiquée par quelqu'un qui peut avoir une compétence euh égale enfin surtout quand on est deux médecins généralistes adultes, c'est pas évident... »*

M : *« soit le patient-médecin va penser que le médecin-médecin en fait pas assez, ou soit qu'il fait du zèle parce qu'il en fait trop »*

Ce jugement s'expliquait par un besoin de **comprendre l'intérêt** de la prise en charge.

E : *« je juge pas du tout ce qu'elle fait, je me pose pas de questions sur l'intérêt de ce qu'elle fait »*

Il arrivait qu'ils **comparent la pratique du médecin à la leur**.

U : *« on ne peut pas s'empêcher dans notre propre consultation d'être un peu : "Ah moi j'aurais peut-être dis ça, j'aurais peut-être fait comme ça" »*

C : *« j'ai l'impression des fois de faire mieux que lui »*

Résumé

Les internes de médecine générale souhaitaient une relation médecin-malade comme les autres : recherche d'objectivité, besoin d'explications, décision médicale partagée, prise en charge globale et une volonté d'être considéré comme patient, tout en demeurant médecin. Le recours aux autres spécialistes ou à un professionnel paramédical était plus facile : ils allaient, dans ce cas, chercher des compétences qu'ils n'avaient pas et n'étaient pas censés avoir. Des internes ressentait une grande pudeur lors de l'interrogatoire alors que l'examen clinique ne provoquait pas autant de gêne du fait de l'approche du corps dans les études médicales. La relation de soin avec le médecin traitant était symétrique en raison des connaissances supposées de l'interne. Le fait de taire sa profession pour rester un patient *lambda* et le paiement des honoraires de la consultation étaient des motifs d'interrogation. La peur d'être jugé sur ses connaissances ou sa pratique par le médecin était un frein à la consultation.

Mais l'interne est également un professionnel de santé à la fois en stage au contact des patients et en formation à l'université. Ce rythme peut entraîner parfois un épuisement professionnel et des troubles mentaux.

3) Une réflexivité professionnelle sur leur santé et leur formation

a) Un médecin en souffrance au travail

(1) Le médecin : un surhomme ?

La **toute-puissance du médecin** était évoquée expliquant parfois l'autogestion de leur santé et l'impossibilité pour eux d'être malade.

D : « *je suis encore à ma phase de toute-puissance, de non je ne serai jamais malade, je suis jeune, je suis médecin, c'est pas possible* »

M : « *on se pense surhumain parce qu'on passe notre vie à s'occuper des autres* »

E : « *on croit qu'on est trop fort tout seul, parce qu'on croit qu'on se débrouille tout seul, parce qu'on pense qu'on est suffisant, on est auto-suffisant* »

Pour certains, d'ailleurs, le médecin n'avait **pas le droit d'être malade** que ce soit aux yeux de la **société**...

K : *« pour certains médecins ça peut être compliqué de se reconnaître malade, parce qu'un médecin il faut pas qu'il soit malade »*

J *« on a aussi cette pensée un peu irrationnelle que le médecin peut pas être malade quoi »*

... ou aux yeux de ses **patients**.

L : *« on cache énormément quand même la maladie du, des médecins et les médecins ne montrent pas et les patients s'attendent à voir un médecin qui respire, qui aspire la bonne santé »*

I : *« y a un côté, le médecin il a pas trop le droit d'être malade quoi... mais ça même les patients ils te le disent, quand t'arrives que t'as ton rhume, ton masque et tout, ils te disent : "Bon bah d'accord... super, vous êtes malade !" »*

Et même, des internes opposaient le **patient** au **médecin**.

L : *« très vite dans les études, on se place un peu à distance de n'importe quelle autre profession, de n'importe quel humain vivant c'est des patients et dans l'idéal, dans le fantasme, le médecin il est en pleine forme, il est toujours au taquet, souriant et donc c'est pas un patient »*

La maladie du médecin était forcément **bénigne** et spontanément résolutive.

J : *« Quand t'es malade, c'est forcément rien, quoi. Ça va forcément passer parce que bon voilà, t'es toubib donc t'as forcément une hygiène de vie irréprochable, ça sera forcément un virus de rien qui va forcément passer »*

D'ailleurs, un médecin malade n'était **plus aussi efficace** qu'en bonne santé.

L : *« le médecin en bonne santé, on le voit plus en mesure de nous écouter complètement [...] alors que le médecin malade, on sait qu'il est diminué, qu'il est moins en forme, qu'il est potentiellement moins compétent »*

H : *« si on n'est pas bien nous-même, je ne vois pas comment on peut s'occuper des patients qu'on a en face de nous »*

La **honte de passer pour un mauvais médecin** en étant malade était rapportée.

I : *« t'es dans un sentiment de honte et de culpabilité [...] et là, c'est vraiment la honte, en plus tu passes pour un mauvais médecin »*

Le fait de ne pas se faire soigner et de ne pas avoir recours à un médecin était **culturel**.

O : « y a plein de médecins généralistes qui sont leur propre médecin traitant [...] moi les deux prat chez qui j'étais, ils n'avaient pas de médecin traitant enfin c'était eux quoi, donc c'est ce que tu vois et que c'est un peu culturel »

J : « c'est vrai que la génération du dessus en plus a tendance à être encore même pire que nous en terme de non-consultation »

Q : « on a pas l'habitude d'aller voir un médecin quand on fait ce métier-là »

La culture de ne pas faire appel à un autre médecin en cas de besoin ne permettait pas de prévenir les risques psychosociaux dus aux conditions de travail des internes.

(2) Des conditions de travail à hauts risques psychosociaux

Des internes expliquaient les **difficultés des études médicales**, que ce soit sur le plan des **conditions de travail** en stage...

G : « quand on enchaine trois gardes de 24 heures en 6 jours... c'est quand même vachement fatiguant et je pense que ça participe pas du tout à la bonne santé de manière générale »

S : « on nous rabâche le cerveau vous devez être présent, vous devez être là, vous devez tenir le coup, vous devez être les meilleurs, vous devez assurer les soins 24 heures sur 24, vous devez faire tourner les services, »

U : « Si on dit toujours : "oui c'est dur", on ne dit pas à quel point c'est dur »

... ou sur le plan de la **formation** et d'un **avenir** qui demeurerait longtemps incertain.

T : « quand on est étudiant y a quand même une incertitude sur l'avenir et encore plus quand on est étudiant en médecine avec l'échéance des concours mais on est en situation de devoir toujours faire nos preuves, de passer des examens, de pas savoir exactement ce qu'on fera plus tard »

K : « pour moi c'est ce qui a été le plus long, c'est le moral et de tenir le rythme de travail »

Au début du cursus, l'interne se retrouvait en situation de **grandes responsabilités** bien souvent associées à un **manque d'expérience**.

T : « peut-être plus encore que les autres parce qu'il est jeune et en situation de responsabilités, qu'il y a un décalage entre son expérience entre guillemets et le degré de responsabilités qu'il a »

P : « on a d'énormes responsabilités d'un coup »

Et bien souvent, ils allaient en **stage même s'ils étaient malades**.

Q : *« l'habitude de toute façon même quand on est malade d'aller travailler... »*

S : *« moi je fais passer le travail et la formation avant les petits symptômes d'une maladie qui va passer en quelques jours »*

O : *« parce que c'est je ne m'écoute pas, je continue, je bosse et puis de toute façon j'ai pas le temps et puis je sais me soigner »*

Certains abordaient le fait **d'être confrontés à la souffrance des patients** lors de leur stage.

P : *« on va plutôt accompagner des gens dans une partie de leur vie qui peut être dramatique »*

N : *« on vit des choses en tant qu'interne que ça soit émotionnel, que ça soit physique, que ça soit des choses éprouvantes »*

T : *« il est confronté à la mort, à la souffrance »*

La maladie des patients les **empêchait parfois de se sentir malade**.

J : *« on voit tellement de choses graves surtout au début du cursus quand on est à l'hôpital qu'on se dit : "Bon, t'as mal à la gorge, ouais t'as 39.5°C, t'as mal nulle part, ça doit être une grippe, c'est bon ça va passer" »*

U : *« parce qu'on soigne les gens, parce qu'on est confrontés à des maladies graves somatiques, parce qu'on voit la mort donc sa propre souffrance ça passe toujours après »*

Les conditions de travail en stage étaient à **risques psychosociaux** comme l'épuisement professionnel.

T : *« c'est reconnu que les professionnels de santé, les internes, sont plus exposés aux risques d'épuisement professionnel »*

P : *« le fait de porter cette responsabilité, c'est déjà un gros facteur de stress et ensuite vient aussi le fait qu'on soit au plus proche de la souffrance, de la mort, des situations qui sont dramatiques dans les vies qu'on côtoie et [...] ça reste quand même notre quotidien »*

Un interne évoquait le taux élevé de **suicides** chez les professionnels de santé.

N : *« c'est le premier taux de suicides dans les professions c'est la médecine, les médecins »*

(3) Le tabou de la santé mentale

Les troubles psychiques n'étaient **pas vraiment considérés comme une maladie**.

D : *« l'épuisement professionnel, ce genre de chose-là je le considère pas vraiment comme une maladie »*

O : *« le psychique pour que ça soit pathologique qu'on s'en rende compte soi-même, je pense qu'il faut que ça soit plus fort [...] on va moins l'écouter je pense le psychique, que le physique [...]. Alors que le psychique on va le mettre un peu de côté »*

La santé mentale restait « **taboue** » et il était dur d'avouer aux autres un épuisement professionnel ou la présence de troubles psychiques.

L : *« la santé mentale ou le problème de santé mentale est dur à vivre, dur à avouer aux autres, dur de s'avouer à soi-même »*

P : *« y a aussi le fait d'être de l'autre côté de la barrière, de voir un peu ce qu'il se dit sur les patients psy, [...] je pense que y a des internes qui ont peur d'être jugés »*

U : *« c'est tabou dans toutes les professions et en médecine encore plus »*

Le **regard des autres** n'était pas évident à gérer au quotidien, notamment s'agissant de la santé mentale.

L : *« j'arrive pas à gérer ma santé mentale, parce que c'est quand même en tout cas hyper mal vu dans notre société »*

N : *« toujours l'histoire du groupe et avec du jugement peut-être des autres, de dire : "Oh bah quand même c'était pas très difficile cette situation, je comprends pas pourquoi il avait besoin de parler de quelque chose à quelqu'un" »*

Des internes constataient qu'il était important de se prémunir face aux risques psychosociaux et de sensibiliser les internes à la gestion de leur santé en mettant des ressources à leur disposition.

b) Des ressources externes pour mieux gérer leur santé

(1) Un besoin d'informations

Les internes exprimaient un besoin d'informations. La plupart pensaient qu'il fallait informer sur la nécessité d'**avoir un médecin traitant**.

E : « *d'une manière générale, pousser les internes à prendre un médecin traitant, à faire des suivis réguliers* »

C : « *il faudrait valoriser et aider les internes à comprendre qu'on a besoin d'un médecin traitant* »

Certains encourageaient à **prendre un médecin proche de leur domicile**.

R : « *de prendre un médecin traitant si on en avait pas déjà un là dans la région* »

D'autres signalaient une **campagne de sensibilisation** à destination des médecins qui poussait à déclarer un médecin traitant et proposaient même une **campagne à destination des internes**.

J : « *je valide complètement la dernière campagne alors c'était pas pour les internes, c'était les médecins en général [...] donc je suis complètement d'accord avec le fait qu'il faut absolument pousser les médecins à consulter et à avoir un généraliste [...] une campagne pour dire ben "Chacun son généraliste", tout être humain doit avoir son généraliste et a besoin de son généraliste* »

Des internes pensaient même qu'il fallait encourager la **recherche d'un médecin traitant dès l'externat**.

L : « *peut-être que si on était habitué dès l'externat à être suivi par un médecin on s'y ferait et on serait en demande après d'un médecin* »

Et aussi que le fait de prendre un médecin traitant passait par un apprentissage à **devenir patient**.

D : « *je pense que c'est avant tout ça, c'est avant tout nous faire prendre conscience qu'on est aussi des patients en devenir, qui nous permettra de prendre un médecin traitant* »

Il était également souligné que les internes ne connaissaient pas les **ressources disponibles**, d'autres parlaient de certains **réseaux d'entraide**.

N : *« je pense pas que les internes connaissent toutes les ressources disponibles qui leur sont disponibles »*

T : *« y a le réseau d'aide pour les soignants qui est piloté par le conseil de l'Ordre il me semble, même au niveau des étudiants à la fac y a ASPIRE »*

En tout cas, il était important de **sensibiliser les internes** à la gestion de leur santé et qu'ils pouvaient être patients.

S : *« qu'on nous sensibilise plus à notre propre santé parce qu'au final on en parle jamais de notre santé à nous, on parle tout le temps de la santé des autres, comment soigner les autres, comment soigner les patients, mais on parle jamais du médecin qui devient patient »*

La médecine du travail pouvait jouer un rôle essentiel dans la prévention des risques psychosociaux.

(2) Une prise en charge nécessaire par la médecine du travail

Le rôle du médecin du travail était surtout **préventif** en vérifiant **l'aptitude à exercer** de l'interne.

O : *« de vérifier si je suis apte physiquement ou psychologiquement à exercer mon métier »*

J : *« c'est de la prévention et ils sont censés étudier au début ton aptitude au poste, souvent ce qu'ils font c'est qu'ils vérifient par une prise de sang ton taux d'anticorps anti-Hépatite B »*

G : *« ça permet de détecter des hypertensions, du diabète, du mal-être au travail, des petits problèmes un peu mécanique sur les postes un peu répétitifs, ça permet de faire de la prévention »*

Pour certains internes il était même le **médecin généraliste des médecins**.

M : *« c'est censé être le médecin généraliste des médecins, pour moi, c'est lui qui pourrait, qui serait légitime, qui aurait une légitimité à nous recevoir une fois par an à nous faire un bilan sanguin, nous demander comment ça va »*

Un des rôles principaux du médecin du travail était de **dépister les risques psychosociaux**, d'après les internes.

Q : *« il pourrait voilà avoir surtout un rôle de prévention sur le vécu des stages, essayer de déceler peut-être un malaise ou un mal-être chez certains internes »*

D : *« ça permettrait de faire un point annuel justement là-dessus, sur l'état psychologique, sur le... le burn-out éventuel, ce genre de choses, qui sont des choses dont on ne parle pas spontanément, pour lesquelles on irait clairement pas consulter »*

Certains trouvaient que le **médecin du travail n'approfondissait pas le dépistage des troubles psychiques** ou regrettaient même que cela ne soit **pas fait plus tôt dans le cursus médical**.

K : *« j'aurais peut-être aimé qu'ils prennent plus de temps de savoir le comment se passent les études, fin pour moi ce qui est problématique dans les études de médecine c'est pas tant la santé physique que la santé psychologique et je trouve que ça aurait de l'intérêt s'il y avait un moyen de dépister ça »*

B : *« c'est pas normal qu'on l'ait pas plus tôt et que l'on ait pas un vrai examen physique et voir surtout psychologique avec un vrai suivi parce qu'on est quand même dans une profession où on voit des trucs qui sont pas toujours évidents et qui ont des risques physiques et mentaux... »*

(3) Une entraide mutuelle confraternelle

L'importance **d'échanger entre pairs** était soulignée, comme les groupes d'échanges de pratiques, les groupes de pairs ou la supervision en stage.

P : *« ça va plus dans le bon sens aujourd'hui [...] les groupes de pairs, [...] je trouve que c'est très important, en fait de pas garder les choses pour soi, de toujours en parler, parler des situations difficiles ça te permet aussi de... de prendre de la distance et de pas prendre les choses trop à cœur »*

B : *« on prend le temps, c'est un peu comme des groupes de GEP de discuter, de débriefer sur certains cas qui nous ont posés problème et je trouve ça vraiment bien qu'il y ait un lieu où l'on puisse discuter ouvertement »*

K : *« un groupe de pairs pour pouvoir sortir des choses que des fois je pense que certains internes gardent un peu en eux des choses difficiles parce qu'on ose pas dire »*

L'**entraide entre co-internes** se retrouvait sous plusieurs formes.

Des internes pouvaient solliciter leurs co-internes **pour un avis** ponctuel. Le fait de vivre en communauté à l'internat facilitait cela.

N : *« on parle d'interne qui prend en charge sa santé mais ses co-internes peuvent prendre en charge sa santé aussi, fin prendre en charge... donner un avis ! »*

S : *« je suis à l'internat donc on a l'avantage de vivre ensemble, on va dire tous les soirs, donc on discute rapidement de tout ce qu'il se passe soit de notre santé, des stages tout ça »*

Les **internes des autres spécialités** donnaient également des avis dans leur domaine d'expertise.

S : *« y a des internes de spécialités différentes que ce soit en médecine générale ou en chirurgie peu importe et que eux dans leur domaine chacun a son expertise qu'il peut t'apporter pour te soigner en fonction de ton problème »*

D : *« j'ai plus de facilités à parler des pathologies spécialisées à des internes en spécialité concernée »*

c) Proposition pour le Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES)

(1) Réglementaire

L'**application de la réforme du temps de travail**² permettait pour certains internes d'améliorer les conditions de travail et donc leurs effets sur la santé.

K : *« je pense qu'améliorer la santé des internes pour mon point de vue, fin pour moi, ça serait bah déjà, le respect de la législation sur le temps de travail »*

S : *« rien que déjà respecter le temps de travail ça éviterait qu'on soit en épuisement moral et physique »*

² Décret n°2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes

De nombreux internes abordaient le **certificat d'aptitude** à l'exercice de la fonction d'interne hospitalier³.

D : « *quand on voit le simulacre d'évaluation qu'on nous fait faire avant l'internat où on nous demande de faire signer à un PH qui est garant de nous, un PH qui probablement ne sait même plus qui on est, chez qui on est passé 3 mois avant* »

O : « *c'est comme le certificat fait par les PH là c'est ridicule, c'est fait par quelqu'un qu'on connaît pas ni d'Adam ni d'Eve pour dire oui, c'est bon il est apte* »

La plupart d'entre eux soulignaient l'**absence d'examen clinique** par le praticien hospitalier.

B : « *le premier problème c'est le certificat qu'on doit faire signer par un PH quand on commence l'internat... Celui-là, faut vraiment qu'on en parle... C'est quoi cette blague ! Je trouve que c'est très important effectivement qu'il y ait quelqu'un qui te dise apte à faire ton travail [...] moi en l'occurrence c'était la PH de soins palliatifs, je peux te dire qu'elle ne m'a pas examiné* »

N : « *c'est un PH qu'on a vu, fin je sais pas pour toi comment ça a été mais moi [...] oui il a vu comment je travaillais pendant 3 mois d'externe après il a vu [...] mon carnet de vaccination donc c'était bon mais au niveau psychologique, psychiatrique on en parle pas, il m'a pas évalué* »

Certains évoquaient la **difficulté à trouver un praticien hospitalier** qui accepte de signer le certificat.

Q : « *c'était à nous de trouver le médecin qui devait le remplir et voilà il faut que le médecin ça l'intéresse et qu'il soit formé pour faire ça* »

Ils souhaitaient rendre ce certificat **plus officiel avec un examen clinique**.

N : « *le certificat, la signature du PH, que ça se fasse pas à la fonction, que ça se fasse pas comme ça sur une, ça pourra peut-être un peu rendre solennel avec un examen clinique* »

U : « *si c'était quelque chose d'un peu plus officiel, voilà tel médecin, vous allez recevoir des internes, il faut leur poser telle et telle question, faut faire un examen quoi* »

O : « *quelqu'un qui soit investi et dans notre formation et qui puisse au cours d'un entretien d'une demi-heure discuter quoi, ben on fait bien ça avec nos tuteurs ils nous connaissent pas et, mais ils peuvent, je pense, déceler certaines choses quoi* »

³ Article R. 6153-7 du Code de la santé publique

D'autres pensaient que le **médecin traitant serait le plus apte** à remplir ce certificat.

G : *« la personne la plus apte à te poser des contre-indications ou non au métier d'interne c'est le médecin traitant, un PH des fois qui nous a vu 5 minutes, je vois pas bien ce qui... on peut lui mentir, il nous connaît pas »*

Les internes affirmaient l'importance d'une **consultation obligatoire en médecine du travail**.

B : *« on devrait tous voir le médecin du travail [...] il a un rôle hyper important dans la prévention et dans le suivi des internes, les risques psychosociaux... »*

C : *« ça serait bien que les internes soient vus un peu systématiquement, je sais que ça se fait dans certaines villes et je pense que ça serait bien qu'en début d'internat on soit tous vus parce que y a peut-être des trucs qui... passeraient moins à la trappe »*

T : *« vraiment avoir une consultation du service de médecine de travail du premier hôpital qui nous prend en charge quoi »*

(2) Formation

Ils proposaient **l'organisation d'enseignements facultaires** portant sur leur propre santé...

N : *« si on avait en formation de médecine gé, on avait un séminaire sur sa propre santé en fait, on en avait pas hein ? Pour se former ça serait pas mal, ça ça pourrait être intéressant »*

... sur la gestion de la santé de leurs confrères...

E : *« un DU pour les médecins où il fallait apprendre à prendre en charge leurs confrères »*

... ou des formations leur permettant de mieux appréhender les situations à risque en stage.

P : *« il faut qu'on soit plus formés à... quand justement on arrive interne ou même en étant externe, [...] à tout ce qu'on peut voir, toutes les situations dans lesquelles on peut être pour qu'on ait un peu plus de clés pour gérer ça »*

Les différentes ressources, les réseaux d'entraide, la médecine du travail pourraient être présentées lors des **journées d'accueil des internes de première année**.

R : « *Peut-être en touchant deux mots quand on arrive et quand on a les fameuses réunions, les premières réunions d'internes etc. quand on nous explique le fonctionnement, voilà faire attention à sa santé à côté et peut-être nous proposer justement des solutions* »

Résumé

La représentation du médecin comme tout-puissant, qui n'avait pas le droit d'être malade aux yeux de ses patients et de la société ainsi qu'une culture de ne pas se soigner pour certains pouvaient être également des freins au recours au médecin traitant. La difficulté des études médicales, une incertitude sur l'avenir, des responsabilités importantes en stage et le manque d'expérience clinique de l'interne ainsi que sa confrontation à la souffrance des patients l'exposaient à des risques psychosociaux. Les troubles psychiques restaient tabous et le regard des autres n'était pas évident à gérer au quotidien. Ils souhaitaient être sensibilisés sur la nécessité de choisir un médecin traitant dans la région et la mise en place d'enseignements facultaires pour apprendre à gérer leur santé et à devenir patient. L'importance d'échanger entre pairs était soulignée. La médecine du travail avait un rôle de prévention au regard des risques psychosociaux : une visite obligatoire était proposée qui permettrait de réaliser le certificat d'aptitude à l'exercice de la fonction d'interne hospitalier. Les internes souhaitaient également l'application du décret relatif à leur temps de travail.

IV. Discussion

A. Discussion de la méthode

La méthode qualitative était la plus appropriée pour répondre aux objectifs de l'étude. Elle permettait d'explorer tous les aspects du vécu des internes de médecine générale concernant leur santé et d'élaborer des pistes d'amélioration de leur suivi médical. Une autre méthode n'aurait pas permis de répondre à cette problématique (39,40).

La discussion de la méthode a été réalisée en suivant la grille COREQ (*Consolidated criteria for REporting Qualitative research*) qui permet d'évaluer la qualité d'une recherche qualitative grâce à ses 32 items regroupés en 3 domaines (Annexe 11).

1) Equipe de recherche et de réflexion

a) Caractéristiques personnelles

L'enquêtrice était médecin généraliste remplaçant lors de la réalisation des entretiens semi-dirigés. Elle était novice dans la pratique de la recherche qualitative. Elle avait réalisé une première étude qualitative sur un autre sujet en 2015, dans le cadre du mémoire d'initiation à la recherche lors du stage chez le praticien (niveau 1), composée de cinq entretiens.

Le directeur de thèse de cette étude était formé à ce type de recherche (DIU de recherche qualitative de l'Université de Montpellier⁴) et avait dirigé d'autres études qualitatives, ce qui a permis à l'enquêtrice de profiter de son expérience.

Les échanges avec les autres membres du cercle de thésards, tout au long de l'étude, au sujet de la méthodologie et des avancées et de chacun ont aussi permis à l'enquêtrice de se familiariser avec la recherche qualitative (38). Ils pouvaient donner un point de vue

⁴ Diplôme Interuniversitaire « Recherche qualitative en santé » : <http://fmc.umontpellier.fr/fmc/diu-recherche-qualitative-en-sante-191.html>

extérieur sur ce travail. La présence d'un autre directeur de thèse lors de ces rencontres apportait une compétence supplémentaire en matière de recherche qualitative.

Le manque d'expérience de l'enquêtrice a pu engendrer une limite d'influence. Lors de la réalisation des entretiens, cela a pu affecter les réponses de certains participants par la façon de poser les questions, de reformuler ou de relancer. L'enquêtrice sortant tout juste de son internat a aussi pu influencer les réponses de certains participants. L'identification de celle-ci aux internes de médecine générale a pu entraîner un effet d'encliquage (41). Ces limites ont été atténuées au fil des entretiens et par la réalisation d'un canevas d'entretien détaillé comportant de nombreuses questions de relance. Ce dernier a été modifié une fois au cours de l'étude.

Deux entretiens tests ont également été réalisés afin de vérifier la pertinence de la grille d'entretien. L'autocritique a porté notamment sur la formulation des questions et relances et le repérage des éléments de réponses qui n'avaient pas été suffisamment explorés. L'enquêtrice avait une formation de médecin généraliste et était sensibilisée aux techniques de questions ouvertes, de respect des silences et du temps de parole et adoptait ainsi une technique d'écoute active.

b) Relations avec les participants

L'enquêtrice connaissait personnellement deux participants à l'étude qui ne faisaient pas partie de son entourage proche. Aucun participant n'était informé du sujet du travail au préalable afin de ne pas influencer leurs réponses et d'éviter d'éventuelles recherches avant l'entretien. Ils savaient juste qu'il allait être question de la santé des internes de médecine générale. L'anonymat a été effectué en attribuant une lettre à chaque participant lors de la retranscription sans tenir compte de leur nom et prénom.

c) Posture initiale de chercheur et journal de bord

Une posture initiale de chercheur a été réalisée au début de ce travail, avant les entretiens. Dans celle-ci, l'enquêtrice expliquait le choix de cette thématique, exposait ses *a priori*, ses craintes et les connaissances qu'elle avait sur le sujet. Cette posture a

évolué tout au long des entretiens. Cela a permis à la chercheuse de prendre davantage de recul sur son travail et de garder un esprit critique.

Un journal de bord a également été tenu durant l'étude : les impressions et le ressenti de l'enquêtrice étaient notifiés après chaque entretien. Il permettait également de faire une autocritique afin d'améliorer la technique de l'investigatrice.

2) Conception de l'étude

a) Cadre théorique

Le choix de la méthode et le déroulement des entretiens ont été développés dans la partie « *Méthode* ».

b) Sélection des participants

La sélection des participants a été effectuée selon la technique de l'échantillonnage raisonné en variation maximale, c'est-à-dire que le but recherché n'était pas une représentation de la population étudiée mais d'obtenir des opinions et des vécus différents afin d'avoir un recueil exhaustif des données (40).

Les participants ont été contactés par courriel, à la suite d'une journée d'étude dans le cadre de leur stage chez le praticien (niveau 1) et *via* les réseaux sociaux. Trente-neuf internes de médecine générale ont donné leurs coordonnées à l'enquêtrice. Tous les internes contactés ont accepté de participer à l'étude.

L'échantillon comportait dix femmes et dix hommes. Aucun des participants n'a retiré son consentement durant l'étude. Cinq étaient en première année (T1), six en deuxième année (T2) et neuf en troisième année (T3). La plus grande proportion de T3 s'expliquait par le recrutement lors des journées d'études, le stage chez le praticien (niveau 1) étant souvent réalisé en T2 et T3 dans la subdivision de Lyon. Quatre internes de médecine générale porteurs d'une maladie chronique ont accepté de participer à

cette étude, ce qui était une grosse proportion sur l'échantillon, il est possible que ceux-ci aient été moins réticents à parler de leur santé. Il est également probable que les internes qui ont accepté de participer à l'étude aient été intéressés par le sujet et plus disposés à parler de leur santé. Certains internes se prêtaient à un entretien semi-dirigé dans le but de se former à cette technique.

c) Contexte

Les entretiens se sont tenus, en tenant compte des souhaits des participants, dans des endroits calmes afin de faciliter l'échange. Les données ont été recueillies soit au domicile de l'enquêtrice ou du participant, soit à l'hôpital ou dans des locaux universitaires. Les entretiens étaient menés par l'enquêtrice qui était seule avec le participant.

Différentes données sociodémographiques qui pouvaient influencer le suivi médical des internes, en lien avec la littérature, ont été recherchés dans le recrutement comme le fait d'avoir une maladie chronique, d'être parent ou d'attendre un enfant, le statut marital, le fait d'être originaire de la subdivision de Lyon ou d'avoir réalisé un stage chez le praticien (niveau 1).

Une panne matérielle a entraîné la fin d'un enregistrement pour un seul entretien ce qui a incité l'enquêtrice à se munir de deux dictaphones. Des bruits de fond et le chuchotement de certains participants ont gêné l'enquêtrice au moment de la retranscription.

d) Recueil des données

Le guide d'entretien a été réalisé par l'investigatrice et le directeur de thèse (Annexe 1) à l'aide d'une revue de la littérature. Au cours de l'étude, deux entretiens tests ont été effectués, le premier entretien ne correspondant pas aux critères d'inclusion n'a pas été analysé, il permettait à l'enquêtrice de se familiariser avec la technique d'entretien semi-dirigé. Le guide d'entretien a évolué et a été amélioré suite à ces deux entretiens (Annexe 3).

L'entretien semi-dirigé individuel était adapté au sujet de la recherche. Il permettait la libre expression des internes au sujet de leur santé, ce qui restait de l'ordre de l'intime pour eux. La technique du *focus-group* n'aurait pas permis de mettre en confiance les internes, de garantir une confidentialité et l'anonymat de chacun (39). Les entretiens n'étaient pas répétés.

La chercheuse a utilisé un dictaphone ainsi que son *smartphone* pour effectuer un enregistrement audio des entretiens. La communication non verbale était notée durant l'entretien par l'enquêtrice.

Les *verbatim* ont été analysés progressivement afin d'élaborer des thèmes et des sous-thèmes. La saturation des données a été obtenue après dix-huit entretiens, aucune nouvelle thématique n'a été abordée dans les deux derniers entretiens réalisés, mettant fin à l'étude.

La retranscription anonymisée des entretiens a été envoyée par courriel à chaque participant. Afin d'éviter la censure, une fiche explicative accompagnait ce courriel (Annexe 6) : le participant s'assurait que l'anonymat était bien respecté, s'il souhaitait apporter des modifications, celles-ci seraient mises en annexe de l'étude après réécoute des entretiens.

3) Analyse et résultats

a) Analyse des données

Les données ont été analysées de manière indépendante par deux chercheurs : le directeur de thèse, Docteur Thomas Pipard et l'enquêtrice, Madame Agathe Pesci. Chacun a effectué un codage manuel et progressif au fur et à mesure des entretiens. La confrontation des analyses a été réalisée à la fin des entretiens, une triangulation des analyses a permis de faire ressortir les thèmes et les sous-thèmes et de faire émerger les catégories, non préétablies, répondant à la question de recherche. La pertinence des idées a été confrontée avec la littérature, les éléments les plus inattendus ont également

été retenus. L'analyse des chercheurs n'a pas été partagée avant la triangulation afin de limiter les risques d'interprétation erronée et vérifier la cohérence des idées exprimées. Les résultats jugés non-pertinents ou ne répondant pas aux objectifs de l'étude n'ont pas été retranscrits. Le plan élaboré par les chercheurs était cohérent avec la question de recherche. L'analyse des résultats n'a pas été retournée aux participants pour validation.

L'analyse sémio-pragmatique par une approche phénoménologique permettait de limiter l'interprétation des résultats et d'établir une relation entre les différentes catégories selon les universaux de Peirce (Annexe 7) (42). Cette technique d'analyse était la plus indiquée pour explorer le vécu de la santé des internes de médecine générale.

Des cartes heuristiques avec le logiciel SimpleMind® ont permis de retranscrire l'analyse transversale (Annexes 13 à 15).

b) Rédaction des résultats

Les résultats ont été rédigés en suivant les catégories, thèmes et sous-thèmes issus de la triangulation des analyses des chercheurs. Chaque sous-thème était illustré d'unités de sens issus des *verbatim* des participants.

B. Analyse des données confrontées à la littérature

1) Leur autonomie modifie la représentation de la maladie

Lorsqu'on interroge les internes en médecine, il s'avère que, de l'automédication à l'autoprescription, l'autogestion tient une part très importante dans la prise en charge de leur santé (23,25,43-45). A Rennes, plus de la moitié des internes pratiquaient l'autoprescription et la quasi-totalité l'automédication (26). En débutant l'internat, après avoir passé les Epreuves Classantes Nationales (ECN), ils peuvent prescrire pour leurs patients sous la responsabilité de leur maître de stage ambulatoire ou hospitalier (46). Ce droit de prescription ouvre de nouvelles portes et permet à certains de s'autoprescrire des traitements, des examens complémentaires sans avoir recours à leur médecin traitant, bien que cela ait pu paraître illégal pour une minorité d'entre eux (47,48). Certains ont même des scrupules à être à la fois prescripteur et patient. Pour prescrire, ils utilisent des ordonnances hospitalières ou celles de leur maître de stage ou se servent même directement dans les pharmacies des services (44,48). Leurs aînés, d'ailleurs, pratiquent eux aussi l'autoprescription (1,14-16). Celui-ci est vécu comme un privilège et un pouvoir (47). Les limites sont propres à chacun mais 15% refusent de s'autoprescrire des antalgiques de palier II, 62% des antalgiques de palier III, 17% des antibiotiques et 19% des anxiolytiques (27).

Ayant acquis des compétences au cours des deuxième et troisième cycles des études médicales, ils se sentent capables d'autogérer leur santé grâce à leurs connaissances sémiologiques et de l'évolution de la maladie. Quatre-vingts pourcents pratiquent l'automédication pour la facilité d'accès au traitement, 75% par manque de temps et 45% parce qu'ils estiment leurs capacités suffisantes (27). Les internes des autres spécialités semblent avoir moins recours à l'automédication dans les autres spécialités que la leur (48).

Pourtant, les comportements de santé des internes de médecine générale ressemblent à ceux des autres patients. En effet, la plupart d'entre eux pratiquent l'automédication tout comme les internes (49). Par le décret du 30 juin 2008 concernant la disponibilité des médicaments en accès direct dans les officines de pharmacie, le ministère de la santé incitait à l'automédication de la population générale en insistant surtout sur les

pathologies bénignes (50). Comment le patient reconnaît-il une pathologie dite « bénigne » et quelles sont les étapes aboutissant à l'automédication ? *« A travers le processus de l'auto-examen clinique et de l'autodiagnostic réalisé par le sujet, le signe (comme signe corporel) est converti en symptôme, mais le symptôme est à son tour converti en signe d'un état pathologique »* (51). Un signe considéré comme pathologique peut mener à l'automédication. La question est donc la distinction pour le patient entre un signe à soigner et un signe à « soigner soi-même » (51). Dans le modèle du carré de White, il est suggéré que sur 1000 personnes exposées à un problème de santé au cours d'un mois standard, 250 seulement auront recours à un médecin pour ce motif (52,53). La pratique de l'automédication renvoie à la notion d'autonomie, au libre choix du patient, à sa capacité à décider des règles pour lui-même et la façon d'agir qui en découle (54). Dans ce cas, le patient acquiert une autonomie dans la prise en charge de sa santé et en indépendance des professionnels de santé (51). Ces « patients impatientes » pratiquant l'automédication souhaitent se soigner plus vite et faire face aux problèmes de démographie médicale (51).

La relation médecin-malade a évolué avec une volonté d'inscrire le patient comme acteur de sa santé (55,56), d'autant plus depuis la loi du 4 mars 2002 encadrant l'information des patients (57). L'interne en médecine souhaite garder une autonomie le plus longtemps possible sur sa santé, il garde un droit d'autoprescription et ses connaissances théoriques qui pourraient entraîner une banalisation des symptômes ou au contraire une hypochondrie manifeste (17,48,58). Les pouvoirs publics ne recommandent l'automédication que pour les pathologies bénignes mais en cas de pathologies chroniques, 60% des internes s'occupent eux-mêmes de leur suivi (59). Chaque interne – confronté à la maladie et à la souffrance des patients – dispose de ses propres normes de santé. Il repère la maladie quand ses propres normes sont dépassées.

La maladie réelle est décrite comme une altération de la vie personnelle et professionnelle, voire même un état de dépendance. D'ailleurs, la maladie serait plutôt chronique ou grave ; les pathologies aiguës ou bénignes pouvant pour la plupart être gérées sans avoir recours à un médecin. Les professionnels de santé ont une altération de leurs représentations de la maladie et de la santé en lien avec un sentiment d'invulnérabilité et une approche irrationnelle de la maladie (48). Celle-ci reste secrète et cachée (60,61). Pour l'Organisation Mondiale de la Santé, la santé c'est « *un état*

complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie et d'infirmité ». Or, très souvent les notions de *maladie* et de *santé* s'opposent (62). Pour Canguilhem, la santé dépendait de normes individuelles et donc juger du caractère pathologique restait relatif en fonction des normes définies par l'individu (63) et d'ailleurs, le *normal* et le *pathologique* ne s'opposaient pas. Dans la littérature anglo-saxonne, le concept de *maladie* peut être traduit de trois façons : « *disease* » faisant référence à la dimension scientifique et biologique, « *illness* » au vécu de la maladie et « *sickness* » en tant que phénomène social de la maladie (62). Trois termes anglophones permettant de décrire les dimensions de la maladie, il est donc compréhensible qu'une définition du concept de maladie soit difficile.

Par ailleurs, les termes *patient* et *médecin* diffèrent l'un de l'autre (17), distinguant alors le médecin en bonne santé et le patient malade, créant ainsi une barrière soignant-soigné. « *Devenir malade représente un changement médical de position et surtout de statut pour le médecin qui doit renoncer au moins partiellement à la place qu'il avait avant sans pour autant effacer l'expérience et le savoir acquis à partir de cette même place* » (64), le médecin alors patient doit accepter cette position mais conserve ses compétences professionnelles. Le médecin-malade vit un conflit d'identité, il ne sait plus s'il a la place de médecin ou celui de malade (16,65), il lui faut accepter de devenir patient tout en restant médecin.

Se rajoute à cette difficulté, la peur de déranger son médecin (66), c'est-à-dire, « *troubler son repos ou son occupation* » (67). En allant voir son médecin, l'interne a peur de lui faire perdre son temps. La démographie médicale actuelle occasionne des difficultés d'accès aux médecins généralistes sur le territoire, ils sont débordés par leur patientèle et les professionnels de santé ne se sentent pas légitimes à consulter dans ces conditions (61,68).

C'est face à la maladie, à la dépendance, aux doutes, à l'incertitude que les internes ont eu recours à leur médecin traitant. Il n'était alors plus possible pour eux de se soigner seuls, ils avaient besoin d'une tierce personne et recherchaient un regard objectif sur leur situation.

2) Un nouvel équilibre à inventer dans la relation médecin-malade

La relation médecin-patient était décrite comme « *un processus d'échange entre soignants et soignés qui ne s'effectue pas seulement entre l'expérience vécue du malade et le savoir scientifique du médecin mais aussi entre le savoir du malade sur sa maladie et l'expérience vécue du médecin* » (69) et la « *rencontre d'une confiance et d'une conscience* ». Lorsqu'il a recours à son médecin traitant, l'interne de médecine générale se sent dans une relation de soin symétrique. Or, la relation médecin-patient classique est basée sur un modèle asymétrique (70) en termes de savoir (connaissances générales, évaluation d'une situation), de savoir-faire et de pouvoir (71), le patient confiant s'en remet au médecin détenteur du savoir (72). Cette relation est habituellement marquée par une absence de réciprocité : l'un donne (le médecin) et l'autre reçoit (le patient) (71). La symétrie décrite entre le médecin soignant et l'interne-soigné se retrouve essentiellement sur les connaissances supposées de chacune des parties : faire appel à un professionnel qui a les mêmes compétences peut sembler injustifié (73). Cette symétrie n'est pas retrouvée lors d'une consultation avec un autre spécialiste ou un professionnel paramédical. L'interne, dans ce cas-là, est à la recherche d'un savoir qu'il n'a pas. Il accède directement à ces professionnels sans passer par son médecin traitant (28,43).

De plus en plus, la relation médecin-patient doit s'adapter et évoluer avec l'émergence de patient-experts qui s'informent par eux-mêmes, acquièrent des connaissances approfondies dépassant parfois celles du médecin sur leur propre maladie (60,66) ou ont recours à des médecines complémentaires (56). La franche asymétrie tend alors à se réduire, d'autant qu'il existe un devoir d'information et que la patient participe aux décisions qui le concernent (71).

Les médecins souhaitent être considérés comme des patients *lambda* (47,74), régler les honoraires de la consultation (66), ne pas avoir de passe-droits. Paradoxalement, ils souhaitent être reconnus comme médecins en gardant un pouvoir décisionnel sur leur propre prise en charge (15,75,76). Payer la consultation reconnaît l'acte technique et professionnel et appuie le choix du médecin-malade d'avoir une prise en charge cadrée dans un parcours de soins coordonné par le médecin traitant. Ce cadre permet

également de sanctuariser ce temps de consultation et éventuellement de dissuader les consultations « entre deux portes » ou « de couloir » (58).

Les internes en médecine peuvent être à la fois gênés et ressentir une certaine pudeur lors de la consultation, tout comme certains patients (16,51). Mais aussi, certains sont hostiles à l'entretien, vécu comme une intrusion dans l'intimité de leur personne au-delà de leur statut de médecin ou de patient, voire même comme un véritable interrogatoire. Pendant l'examen clinique, le rapport au corps est moins difficile à vivre, étant plus objectif que l'interrogatoire. Ceci peut également être expliqué par le rapport au corps qui change aux cours des études médicales. Les cours de sémiologie clinique où les externes s'examinent les uns les autres, les dissections dès la deuxième année et le premier contact avec un cadavre, les bizutages et l'exhibition des organes génitaux externes ou encore les fresques des salles de garde, tous ces éléments peuvent changer le rapport au corps et à la pudeur des médecins (77,78).

3) L'élitisme des études médicales retrouvé au sein de la relation médecin-malade

La peur du jugement peut également teinter la relation avec le médecin traitant (16,60). Cela porte sur le motif de consultation, leur pratique et leurs connaissances... Le médecin-soignant rencontre le médecin-soigné dans une position de patient, il ne le connaît probablement pas en tant que professionnel de santé. Lorsqu'on interroge les médecins qui soignaient des confrères, la relation est aussi empreinte de jugement. Ils ont peur de l'erreur médicale et que l'on juge aussi leur pratique de soignants (73,79). D'où vient ce jugement ? Les études médicales sont synonymes de compétition. Dès le concours de première année (PACES), la sélection et l'élitisme se font ressentir. Durant leur stage d'externat, la rencontre avec les « patrons » des services – visite professorale et le « contrôle de connaissances » au lit du malade – des évaluations sanctionnantes tout au long des stages hospitaliers, le choix des terrains de stage par rang de classement aux examens : les futurs médecins sont formés à être les meilleurs (80–83). Cet élitisme se poursuit jusqu'en fin de deuxième cycle avec les ECN. L'étudiant est de

nouveau mis en concurrence face à ses pairs. Cette compétition permanente pourrait entraîner un jugement des uns sur les autres.

Mais comment expliquer cette réticence à être patient ? Pour certains, accepter l'état de patient entraînerait une perte de leur identité sociale (48). Être *malade* c'est « *lorsque le sujet donne aux signaux de la biologie la profondeur symptomatologique qui affecte sa biographie* » et *patient* « *lorsque le malade accepte de perdre l'initiative à l'égard de sa maladie, la remettant au médecin qui donne signification au symptôme et lui apporte une réponse thérapeutique* » (55). Ainsi, quand l'interne est malade cela renvoie à la façon dont il se sent, et dans ce cas, en dehors de la relation de soin avec un médecin alors que la notion de patient entraîne une rencontre avec un professionnel. Le *patient* est défini comme une « *personne soumise à un examen médical* » (84). Il se sent alors vulnérable et fait l'objet d'une dépendance vis-à-vis du professionnel de santé.

Reconnaître que l'on est malade, c'est en lien avec des signes cliniques propres, que l'on connaît, être patient c'est consulter, c'est avoir recours à un professionnel, c'est se reconnaître comme vulnérable.

4) Un message de prévention parasité par la culture médicale

Le premier stage d'interne est vécu comme un saut après l'externat (80,85), l'internat étant lui-même une période charnière entre prise de responsabilités et construction du projet professionnel (86). L'interne en médecine se retrouve alors responsable d'une partie des patients du service, il passe d'un statut d'externe, infantilisé, avec très peu d'autonomie, à une rôle d'interne, avec une charge de travail plus conséquente et un manque d'expérience clinique auprès des malades (80). Ces conditions de travail ont fait l'objet d'une réforme en 2015 (87). La charge de travail excessive, le manque de reconnaissance, le temps de travail supérieur à 48 heures par semaine sont des facteurs de risques psychosociaux (20,31,88). Soixante pourcents des internes qui travaillent entre 41 et 60 heures par semaine ont eu des idées suicidaires (9), 54% pensent avoir une charge de travail excessive et 41% que celle-ci compromet la sécurité des patients (31). Cette réforme a pour objectif de diminuer le temps de travail des internes à moins

de 48 heures par semaine, au profit de leur formation et de leur temps personnel. En effet, avoir du temps de loisirs est un facteur protecteur de *burn-out* (20). Mais cette réforme reste encore inappliquée de façon homogène dans les hôpitaux français (89).

A ces conditions de travail parfois rudes, se mêlent fréquemment violences psychologiques, harcèlement et bizutages au cours des stages (26,81,82,90). Un interne sur six a été victime de propos sexistes sur son lieu de stage (59) et neuf internes sur dix ont déclaré avoir été témoins de blagues sexistes (91). L'interne en formation sous la responsabilité de son maître de stage a parfois du mal à dire « non » (92) ou à faire respecter ses droits. D'ailleurs, en cas de maladie, ils poursuivent leurs activités en stage. Cinquante-deux pourcents des médecins n'ont jamais pris de congés maladies et 81% d'entre eux ont travaillé alors qu'ils étaient malades (93,94), l'absence au travail pouvant être mal vue par leurs supérieurs ou leurs co-internes (60,95). Les facteurs influençant cela sont le manque d'internes et la pression exercée par la hiérarchie (59).

Ces contraintes liées au travail sont banalisées par les internes (85), « *c'est normal d'en baver* » (92). La culture de l'invincibilité (65), le mythe du médecin surhomme et tout-puissant (16,60,96) ne les encouragent pas à avoir recours à un professionnel pour leur santé. Ils ont la pression de paraître en bonne santé et d'apporter une bonne image à leurs pairs et à leurs patients (17,75). Dans un traité d'anthropologie sur le médecin-malade, Maurice Thibault se demandait « *comment une conscience qui sait sa vulnérabilité physique peut-elle inspirer la confiance nécessaire à la guérison de l'autre ?* » (97). La mauvaise santé des médecins pourrait discréditer leurs compétences médicales selon certaines croyances de patients (17,76). Comment un médecin malade pourrait soigner ses patients efficacement dans son état de patient ?

Tous ces facteurs sont à risque d'épuisement professionnel et de stress pour les internes (98). Les risques psychosociaux sont des « *contraintes professionnelles susceptibles de dégrader l'état de santé psychique d'un individu. Cette atteinte psychique peut engendrer une maladie mentale et/ou physique et entraîner des conséquences professionnelles et sociales* » (86,99). Les troubles psychiques restent tabous (66) : la stigmatisation et les préjugés décourageraient près de deux tiers des personnes atteintes de maladie mentale à demander de l'aide (100). La maladie mentale, le « fou » et le « dépressif » ont une

image négative auprès de la population et sont assimilés à des comportements violents et dangereux. La plupart des personnes associent la dépression à la tristesse, à l'isolement et au suicide (101), elle est vécue comme une faiblesse personnelle, les personnes atteintes étant lâches et paresseuses (102). Ces préjugés sont tels que la dépression est un sujet tabou. Les internes de psychiatrie ont fait également l'objet de préjugés de la part de leurs confrères : 60% pensaient qu'ils avaient probablement des antécédents psychiatriques, qu'ils étaient bizarre et allaient notamment mal finir étant donné que la psychiatrie était « contagieuse » (103). Une enquête sur la santé mentale des jeunes médecins a été réalisée en janvier 2017, deux tiers souffrent d'anxiété et 23% ont eu des idées suicidaires (104), sept fois plus que chez les 26-30 ans (3,4%) (24). Des sentiments de honte et de gêne sont décrits face aux troubles psychiatriques (59) et le fait de ne pas pouvoir en parler empêche l'interne d'exposer sa souffrance. Vingt pourcents des internes pensent qu'ils auraient dû avoir recours à un psychiatre ou à un psychologue mais ne l'avaient pas fait (26). Des psychiatres ont déclaré qu'en cas de troubles mentaux, ils se traiteraient eux-mêmes en secret plutôt que cela soit inscrit dans leur dossier médical (105). La maladie psychiatrique ne se voit pas et peut donc rester cachée.

De plus en plus, des réseaux d'entraide et de soutien des professionnels de santé se développent. Leur but est de les inciter à parler de leur souffrance et d'apporter une aide et une écoute. Il en existe dans de nombreux pays, en Espagne (PAIMM), au Québec (PAMQ), au Royaume-Uni (BMA) qui ont servis de modèles aux programmes d'entraide français (74,75). Depuis 2010, l'association MOTS (Médecins-Organisation-Travail-Santé) à Toulouse, propose un programme d'écoute et d'assistance en cas d'épuisement professionnel pour les médecins inscrits à l'Ordre (106), l'AAPMS (Association d'Aide Professionnelle aux Médecins et aux Soignants) également (107). Il existe aujourd'hui de multiples structures pour venir en aide aux professionnels de santé français. Dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, l'ASRA (Aide aux Soignants de Rhône-Alpes) créée en 2012 par le Conseil régional de l'Ordre des médecins, assure une écoute téléphonique pour tous les soignants en souffrance (108). Des centres de consultations dédiées à ces professionnels ont ouvert dans certaines régions et des consultations de prévention sont expérimentées dans la région Auvergne-Rhône-Alpes par l'Union régionale des

professionnels de santé (URPS) (74,75) ainsi que des structures destinées aux internes en souffrance (88).

Malgré les dispositifs existants, les messages de prévention et l'omniprésence des risques psychosociaux dans les médias, l'interne en médecine peine à se sentir concerné. L'image du médecin infailible et des études médicales comme sacerdoce tend à se modifier mais reste encore ancré dans le monde hospitalier (109). Les médecins seniors reproduisent sur leurs étudiants ce qu'ils ont subis : « *J'en ai bavé donc tu vas en baver* » (80). Un discours plus inclusif dans l'abord des risques psychosociaux permettrait peut-être de faire prendre conscience à l'interne que, lui aussi, peut être sujet à l'épuisement professionnel, aux troubles psychiques et à la maladie.

Le service de santé au travail pourrait être un des leviers d'action sur ces risques. Moins de la moitié des internes ont déjà rencontré le médecin du travail (88). Ils proposent une visite obligatoire avec celui-ci à chaque changement de statut (86,88). La majorité des professionnels médicaux ont déclaré que la consultation en médecine du travail était justifiée (110). Soixante-quinze pourcents jugent d'ailleurs le suivi insuffisant en terme de fréquence et 71% en terme de moyens déployés (26). Dans le Code du travail, il est précisé que « *l'agent [l'interne] fait l'objet, avant sa prise de fonction, d'un examen médical par le médecin du travail* » (111) et « *bénéficient d'un examen médical au moins tous les vingt-quatre mois* » (112) jusqu'en 2015, cet examen était annuel. Or, seuls 17% des internes ont reçu une convocation de la part du service de santé au travail (59) et peu de Centres Hospitalo-Universitaires (CHU) respectent le caractère obligatoire de ce suivi (86). Cette consultation pourrait être réalisée aussi à la demande de l'interne, permettrait d'aborder des problématiques de santé somatiques et psychiques en lien avec le travail mais ne se substituerait pas au suivi médical par un médecin traitant (86). Au CHU de Toulouse, les internes sont reçus par le service de santé au travail avant leur prise de fonction (113,114). A cette occasion, le médecin du travail évalue l'état physique et psychique du futur médecin et certifie l'aptitude de l'interne à exercer à l'hôpital. Une visite médicale obligatoire a également été mise en place au CHU de Lille, deux fois durant le cursus de l'interne (110). En revanche, peu d'internes ont abordé la médecine préventive universitaire (MPU). Ceux qui connaissaient cette structure trouvaient qu'elle manquait d'accessibilité. En effet, le service de santé universitaire se

situe sur le campus de La Doua, loin de leurs lieux de stage ou de leur domicile. Ce service est composé de médecins de prévention, d'infirmiers, de psychologues et de diététiciens. Des antennes de la MPU sont disponibles sur les sites de Rockefeller et de Lyon Sud (115). Mais les internes relèveraient plutôt de la médecine du travail dans le cadre de leur stage et des problématiques liées au monde du travail et les autres étudiants par contre pourraient s'adresser à la MPU (116).

En somme, un des rôles du médecin du travail serait de protéger l'interne sur son lieu de travail afin de prévenir les risques psychosociaux. Un discours plus inclusif lors d'informations sur ces risques aiderait à la prise de conscience de l'interne.

5) Des propositions concrètes

Contrairement à nombre de leurs aînés qui se sont auto-déclarer, les internes en médecine pensent qu'il est indispensable d'avoir un médecin traitant à l'instar d'une multitude d'institutions qui encouragent cette démarche (11,12,58). En 2011, l'Australian Medical Association (AMA) a émis de nombreuses recommandations dans ce sens pour le bien-être des jeunes médecins : il était nécessaire d'établir une relation thérapeutique sur la durée avec un médecin généraliste ainsi que de reconnaître les risques en lien avec l'autodiagnostic, l'automédication et l'autoprescription continus et réguliers et à la réticence de s'avouer malade (117). La relation confraternelle existante peut être un frein à une bonne prise en charge, il est donc nécessaire de garder la juste distance entre le médecin-soignant et l'interne-soigné et d'allier franchise, objectivité et confidentialité (58). Afin de favoriser ces consultations, il faudrait développer les formations universitaires s'intéressant au soin porté aux soignants (11,18). Apprendre à « *devenir patient* » pourrait être un enseignement proposé par l'Université. Il serait axé sur l'incitation à avoir un médecin traitant déclaré dans la région, sur le recours en cas de besoin en restant acteur de sa santé, en faisant confiance et en participant aux décisions, la limitation de l'autoprescription et de l'automédication aux médicaments de premier recours et d'en connaître les risques et les pratiques déviantes (117).

Les conditions de travail ainsi que de nombreux facteurs sont à risque d'épuisement professionnel (20,88). Un décret relatif au temps de travail est paru en mai 2015. Pourtant, cette réforme peine à être appliquée de façon homogène sur le territoire. Il est primordial d'aider les internes à la faire respecter. Les structures syndicales représentant les internes revendiquent également une application complète de ce texte réglementaire (88,118). Une mise en responsabilité progressive de l'interne permettrait également une meilleure transition entre l'externat et l'internat (20,109).

Le certificat attestant les conditions d'aptitudes physique et mentale doit être signé par un praticien hospitalier (35). Les internes rapportent que la plupart du temps, il est réalisé sans examen clinique ni psychique. Il pouvait être d'ailleurs difficile pour certains de trouver un praticien hospitalier disposé à le remplir. Celui-ci était décrit comme une pure formalité administrative. Dans certains CHU, comme à Toulouse, ce certificat est réalisé par le service de santé au travail. Cet examen pourrait donc être réalisé par un médecin formé à accueillir des professionnels de santé et faire l'objet d'une visite obligatoire en médecine du travail (9,20,26,59,86,116).

Des enseignements facultaires pourraient être mis en place dès le deuxième cycle pour sensibiliser les étudiants à la gestion de leur santé et les alerter et les informer sur les risques psychosociaux (11,59,109) et sur l'importance de disposer de temps personnel, des activités extérieures à la médecine ainsi qu'une pratique sportive régulière (109). Cela pourrait également être mis en place dans le cadre de la médecine préventive universitaire qui axerait sur les risques psychosociaux et adapterait son discours aux étudiants en santé. En mars 2017, il était question d'un module d'enseignement sur la qualité de vie au travail à intégrer à la formation médicale initiale (11). Intégrer à la formation des notions sur le travail en équipe et le management permettrait également de prévenir les risques psychosociaux (109,116).

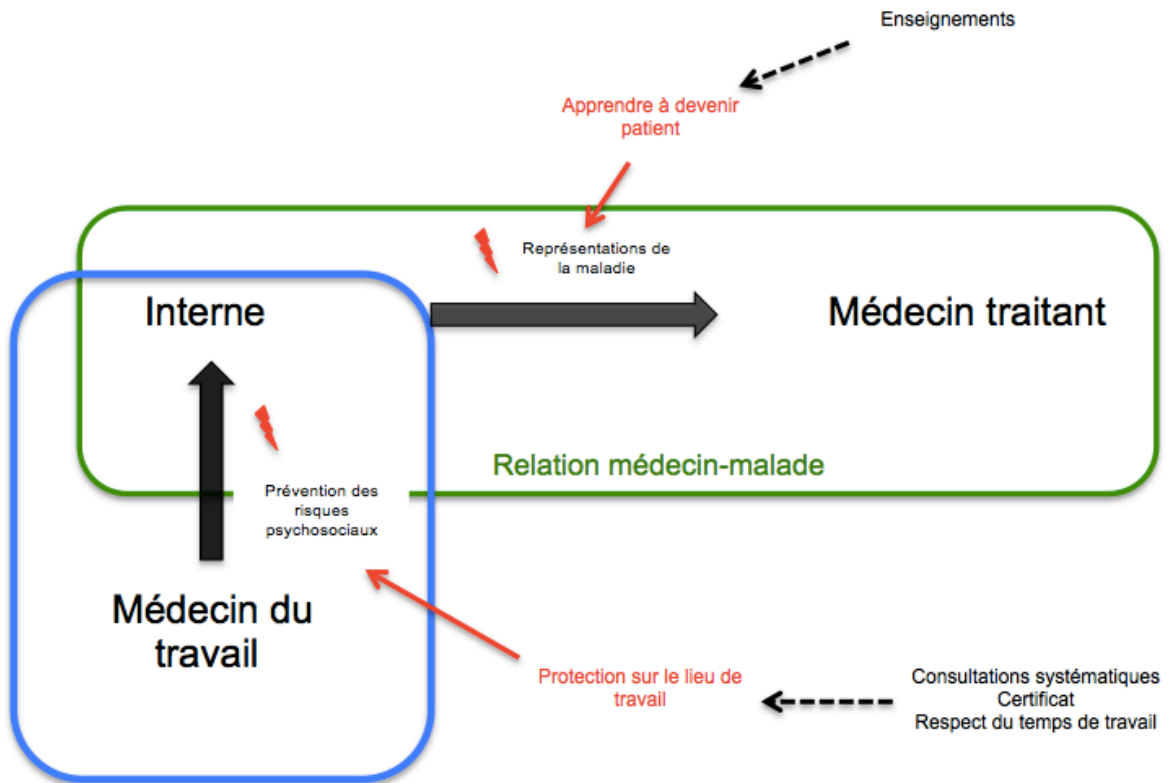
Un rapport sur la qualité de vie des étudiants en santé a été publié le 3 avril 2018 (109). Si le mal-être des étudiants en santé n'est plus à démontrer, les futurs médecins sont les plus à risques. Le manque d'enseignants par rapport au nombre d'étudiants, un système de santé en tension, une déviation du sens de la formation vers un « tout-ECN » peuvent y contribuer. Les ministères de tutelle proposent différentes mesures suite aux

recommandations de ce rapport telles que créer une structure d'accompagnement dans chaque faculté de santé ouverte à tous les étudiants et garantissant la confidentialité, renforcer les moyens des services de santé universitaires, introduire des modules transversaux pour prévenir les risques psychosociaux (gestion du stress, aide au développement personnel), améliorer les conditions de travail en stage, repenser le cursus pour le centrer sur les compétences à acquérir et sortir d'une logique de compétition (PACES, iECN) et diffuser un message de prévention en lien avec Santé Publique France pour aider les étudiants à détecter la souffrance psychique chez leurs collègues et leur permettre de les accompagner de façon adaptée (13) (Annexe 12).

Pour poursuivre ce travail, il semble intéressant de solliciter des étudiants en médecine et d'aborder leurs comportements de santé. N'ayant pas de droit de prescription, comment organisent-ils leur parcours de soins ? Les internes des autres spécialités pourraient également être interrogés. Dans ce travail, il a été précisé qu'ils s'automédiquent très rarement dans une autre spécialité que la leur : comment gèrent-ils leur santé globale ?

Un état des lieux des consultations en santé au travail dans la subdivision de Lyon pourrait permettre d'harmoniser les pratiques et garantir une meilleure protection de l'interne sur son lieu de travail. Une large concertation sur l'intérêt du certificat d'aptitude permettrait d'élaborer des pistes d'amélioration.

Schéma de modélisation



V. Conclusions

L'émergence du *burn-out* et de la souffrance au travail des professionnels de santé interroge sur l'état de santé des internes en médecine. L'étude du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) de 2016 a mis en évidence qu'un étudiant en médecine sur quatre se déclarait en moyenne ou mauvaise santé. Seuls 58% avaient déclaré un médecin traitant et moins d'un tiers l'avaient consulté au cours de l'année précédente. A la fois agent public et étudiant, l'interne dispose de ressources pour l'aider à gérer sa santé comme la médecine du travail ou la médecine préventive universitaire. Un tiers des participants de cette même enquête avaient eu recours à ces institutions. L'hypothèse de ce travail était que les internes étaient moins bien suivis que la population générale et n'utilisaient pas les ressources à leur disposition.

L'objectif principal de cette étude était d'explorer les représentations des internes de médecine générale concernant leur santé et leur suivi médical ainsi que leurs freins à consulter un médecin traitant. Une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a été conduite auprès de 20 internes de médecine générale de la subdivision de Lyon.

Les internes interrogés se décrivaient comme des patients comme les autres notamment dans leurs difficultés à trouver un médecin traitant ou au sujet de l'automédication. Ils étaient experts de leur santé par leur formation médicale, ce qui entraînait parfois un sentiment d'illégitimité à consulter un autre médecin. Ayant un droit d'autoprescription, parfois controversé dans cette étude, ils gardaient le contrôle sur leur santé ce qui leur permettait d'avoir une autonomie presque complète. Une altération dans leur vie professionnelle et personnelle voire un handicap marquait la « vraie » maladie, et c'est cette situation de dépendance qui amenait certains d'entre eux à consulter.

Ils souhaitaient une relation médecin-malade comme les autres, avec un besoin d'explications, une décision médicale partagée et surtout une volonté d'être considéré comme patient, tout en restant médecin. Ils trouvaient qu'une consultation avec un autre spécialiste ou un professionnel paramédical était plus facile : ils venaient, dans ce cas, chercher un savoir qu'ils n'avaient pas. Lors de la rencontre avec le médecin traitant, se posait la question de la symétrie des connaissances entre le médecin-soignant et le médecin-malade. Le fait de dire ou non sa profession pour demeurer un patient *lambda* et le paiement de la consultation étaient également questionnés. Un autre frein à la consultation pouvait être la peur d'être jugé sur ses connaissances ou sa pratique par le médecin-soignant.

La représentation du médecin comme surhomme qui ne consulte pas et ne peut pas être malade, d'ordre culturel, était également un obstacle pour faire appel à un confrère. Le début de l'internat était marqué par de trop grandes responsabilités par rapport au manque d'expérience de l'interne et à ce qui avait pu être demandé lors de l'externat. Pour certains, il était même impensable de s'absenter de stage, même pour raison de santé, du fait de leur vision de la maladie ou du regard de leurs supérieurs. Selon eux, ces éléments entraînaient un risque potentiel de *burn-out* pour les internes.

L'application de la réforme du temps de travail des internes permettrait d'améliorer leurs conditions de travail et de prévenir les risques psychosociaux. La médecine du travail aurait un rôle déterminant à jouer : une consultation obligatoire pour tous les internes serait souhaitable, notamment en début d'internat ; le certificat d'aptitude à l'exercice de la fonction d'interne décrit comme purement administratif pourrait être réalisé à cette occasion avec un examen clinique systématique et un dépistage des troubles psychiques. Pour sensibiliser les étudiants en médecine à la gestion de leur santé et leur apprendre à être « patient », des enseignements facultaires pourraient être proposés dès le deuxième cycle.

Pour prolonger ce travail, il serait intéressant d'interroger des étudiants en médecine sur leur santé, n'ayant pas de droit de prescription, ou des internes des autres spécialités, n'ayant pas eu de formation en médecine générale. Un état des lieux des consultations en médecine du travail pour les internes dans la région Rhône-Alpes pourrait être également réalisé afin d'en permettre l'harmonisation.

Le Président de jury,
Professeur Yves ZERBIB



VU,
Le Doyen de la Faculté de Médecine
et de Maïeutique Lyon-Sud Charles Mérieux
Professeur Carole BURILLON



Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 30/03/2018

VI. Références bibliographiques

1. Gallice L, Bismuth S. La santé des médecins généralistes libéraux français. A partir d'une étude de la littérature de 2003 à 2013 [Thèse d'exercice]. [Toulouse, France]: Université de Toulouse 3; 2014.
2. Suty R, Aubrège A. 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, France]: Université de Lorraine; 2006.
3. Article 7. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie août, 2004.
4. Le 1 hebdo. Soigne et tais-toi. Le 1 hebdo [Internet]. 29 nov 2016 [cité 4 mars 2018]; Disponible sur: <https://le1hebdo.fr/2016/305-numero-132.html>
5. Miller M. Le bilan de santé inquiétant des étudiants infirmiers. Le Monde.fr [Internet]. 18 sept 2017 [cité 26 févr 2018]; Disponible sur: http://www.lemonde.fr/campus/article/2017/09/18/le-bilan-de-sante-inquietant-des-etudiants-infirmiers_5187406_4401467.html
6. Thomeret P. Suicide d'une interne à Paris, l'heure est au recueillement. Le quotidien du médecin [Internet]. 26 janv 2018 [cité 23 févr 2018]; Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2018/01/26/suicide-dune-interne-paris-lheure-est-au-recueillement_854588
7. Suicides, morts inexpliquées: malaise parmi les internes. Libération [Internet]. 29 janv 2018 [cité 23 févr 2018]; Disponible sur: http://www.liberation.fr/france/2018/01/29/suicides-morts-inexpliquees-malaise-parmi-les-internes_1625894
8. Le Blanc A. Un médecin sur quatre a déjà eu des idées suicidaires, une enquête appelle les soignants à sortir du silence. Le Généraliste [Internet]. 5 déc 2017 [cité 26 févr 2018]; Disponible sur: https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2017/12/05/un-medecin-sur-quatres-a-deja-eu-des-idees-suicidaires-une-enquete-appelle-les-soignants-a-sortir-du-silence_312997
9. Perot C. Suicide des médecins: état des lieux de la souffrance psychique des médecins et des internes [Thèse d'exercice]. [Limoges, France]: Université de Limoges; 2016.
10. Cohidon C, Santin G, Geoffroy-Perez B, Imbernon E. Suicide et activité professionnelle en France. Rev D'Épidémiologie Santé Publique. 1 avr 2010;58(2):139-50.
11. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail - Prendre soin de ceux qui soignent - Second volet consacré aux professionnels exerçant en ambulatoire [Internet]. France: Ministère des Affaires Sociales et de la Santé; 2017 mars [cité 9 juin 2017] p. 15. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sn_qvt_ambulatoire_vaes_210317.pdf
12. CFAR. Dis doc, t'as ton doc ? Une campagne nationale pour changer le modèle culturel des médecins - Dossier de presse [Internet]. CFAR. 2017 [cité 6 juin 2017]. Disponible sur: <http://cfar.org/didoc/>
13. Ministère des solidarités et de la santé, Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation. 15 mesures pour le bien-être des étudiants en santé [Internet]. 2018 [cité 3 avr 2018]. Disponible sur: <http://cache.media.enseignementsup->

14. Bonneaudeau S. Le médecin malade: un patient comme les autres ? [Thèse d'exercice]. [Paris, France]: Université Paris Diderot - Paris 7; 2011.
15. Brunie B, Renoux C. Le médecin-patient et sa santé: quelles différences perçoit-il entre sa prise en charge et celle de ses patients ? : enquête qualitative auprès de médecins généralistes d'Indre-et-Loire [Thèse d'exercice]. [Tours, France]: Université François-Rabelais; 2013.
16. Carme J, Maglioli L. La santé du médecin généraliste : étude qualitative des freins à l'accès aux soins [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2015.
17. Thompson WT, Cupples ME, Sibbett CH, Skan DI, Bradley T. Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioners' care of their own health: qualitative study. *BMJ*. 29 sept 2001;323(7315):728-31.
18. Galam E, Soulat J-M. DIU « Soigner les soignants » [Internet]. [cité 11 déc 2017]. Disponible sur: <http://urps-occitanie.org/?p=1465>
19. WONCA. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. 2002;52.
20. Le Tourneur A, Komly V. Burn-out des internes en médecine générale : état des lieux et perspectives en France métropolitaine [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2011.
21. Dubois J. Suivi médical. In: *Le Lexis - Dictionnaire érudit de la langue française*. Larousse; 2014. p. 2109 pages. (Grands dictionnaires Larousse).
22. Agence Régionale de Santé. Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie - Pour une prise en charge adaptée des patients et des usagers - Lexique des parcours de A à Z [Internet]. 2016. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf
23. Le Breton-Lerouillois G, Mourgues J-M. La santé des étudiants et jeunes médecins [Internet]. Commission jeunes médecins CNOM; 2016 [cité 19 juill 2016] p. 99. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1726>
24. Beck F, Richard J-B. Les comportements de santé des jeunes - Analyse du baromètre santé 2010 [Internet]. INPES; 2010 [cité 19 juill 2016] p. 346. (Baromètres santé). Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1452.pdf>
25. Le Quintrec T. Le suivi médical des étudiants en diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine à la Faculté d'Angers [Thèse d'exercice]. [Angers, France]: Université d'Angers; 2013.
26. Schreck C. Comment les internes de Rennes prennent-ils en charge leur santé, sur le plan préventif, physique et psychique [Thèse d'exercice]. [Rennes, France]: Université de Rennes 1; 2013.
27. Simon L, Bourges-Guerry E. Les internes sont-ils conscients des risques de leur automédication ? [Thèse d'exercice]. [Paris, France]: Faculté de médecine Paris Descartes; 2016.
28. Hooper C, Meakin R, Jones M. Where students go when they are ill: how medical students access health care. *Med Educ*. juin 2005;39(6):588-93.
29. Palabindala V, Foster P, Kanduri S, Doppalapudi A, Pamarthy A, Kovvuru K. Personal health

- care of internal medicine residents. *J Community Hosp Intern Med Perspect*. 26 janv 2012;1(4).
30. Campbell S, Delva D. Physician do not heal thyself. Survey of personal health practices among medical residents. *Can Fam Physician Médecin Fam Can*. sept 2003;49:1121-7.
 31. Markwell AL, Wainer Z. The health and wellbeing of junior doctors: insights from a national survey. *Med J Aust*. 19 oct 2009;191(8):441-4.
 32. Article R6153-2. Code de la santé publique, Décret n°2015-225 février, 2015.
 33. Dumortier M. Mon médecin du travail : préventions et conseils. *Le cherche midi*. 2009. 297 p. (Document).
 34. DGOS. Guide relatif à la protection sociale des internes en médecine, en odontologie et en pharmacie [Internet]. France: Ministère des affaires sociales et de la santé; 2015 juin [cité 25 mars 2017] p. 32. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_protection_sociale_internes_medecine_-_odontologie_-_pharmacie_-_040615-2.pdf
 35. Article R6153-7. Code de la santé publique, Décret n°2010-1187 oct 8, 2010.
 36. Article D714-20. Code de l'éducation, Décret n°2013-756 août 19, 2013.
 37. Article D714-21. Code de l'éducation, Décret n°2013-756 août 19, 2013.
 38. Fouque Magro C. Cercle de thésards: analyse de quatre années de fonctionnement : étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés et focus groups auprès de 13 anciens thésards [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2016.
 39. Aubin Auger I, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrillart L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;19(n°84):142-5.
 40. Frappé P, Petersen W, Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. Initiation à la recherche. Neuilly-sur-Seine, France: GM Santé; 2011. 216 p.
 41. Olivier de Sardan J-P. La rigueur du qualitatif: les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique. Louvain-La-Neuve, Belgique: Academia-Bruylant; 2008. 365 p.
 42. Oude Engberink A, Arino M, Julia B, Bourrel G. Intérêt d'une approche sémio-pragmatique peircienne pour une méthodologie analytique en recherche qualitative. 2013;(15):96-115.
 43. Delahaye V, Boulnois-Lagache C. Comment les internes picards prennent-ils en charge leur santé en termes de prévention, de dépistage et d'automédication ? [Thèse d'exercice]. [Amiens, France]: Université de Picardie; 2015.
 44. Christie JD, Rosen IM, Bellini LM, Inglesby TV, Lindsay J, Alper A, et al. Prescription drug use and self-prescription among resident physicians. *JAMA*. 14 oct 1998;280(14):1253-5.
 45. Baldwin PJ, Dodd M, Wrate RM. Young doctors' health--II. Health and health behaviour. *Soc Sci Med* 1982. juill 1997;45(1):41-4.
 46. Article R6153-3. Code de la santé publique, Décret n°2010-1187 oct 8, 2010.

47. Paillard M, Moret-Majoube L, Vanwassenhove L, Brutus L. La santé des internes nantais en médecine générale: observation des déterminants des pratiques d'autoprescription et d'automédication [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]: Université de Nantes; 2016.
48. Prud'Homme A, Richard A, Marchand O. Pourquoi les internes en médecine de France métropolitaine pratiquent l'automédication et l'autoprescription ? Etude qualitative [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2013.
49. Pouillard J. L'automédication [Internet]. Conseil national de l'Ordre des médecins; 2001 févr [cité 4 févr 2018] p. 10. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/l-automedication-680>
50. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. Libre accès à certains médicaments devant le comptoir [Internet]. Ministère de la santé; 2008 juill [cité 4 mars 2018] p. 10. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_Librea_acces_medicaments.pdf
51. Fainzang S. L'automédication ou les mirages de l'autonomie. Paris, France: Presses universitaires de France; 2012. 181 p.
52. Giet D. Ecologie des soins médicaux, carré de white, soins primaires et médecine générale. Rev Médicale Liège. 2006;61:277-84.
53. Bousquet M-A. Concepts en médecine générale: tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline [Thèse d'exercice]. [Paris, France]: Université Pierre et Marie Curie; 2013.
54. Gillon R. Autonomy and the principle of respect for autonomy. Br Med J Clin Res Ed. 15 juin 1985;290(6484):1806-8.
55. Pierron J-P. Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins, A new patient ? The changes of relationship between the doctor and his patient. Sci Soc Santé. 2007;25(2):43-66.
56. Boudier F, Bensebaa F, Jablanczy A. L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante. Innovations. 11 oct 2012;(39):13-25.
57. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
58. Leriche B, Faroudja J-M, Montane F, Moulard J-C, Lucas J, Bouet P. Le médecin malade [Internet]. Conseil national de l'ordre des médecins; 2008 [cité 19 juill 2016] p. 81. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/lemedecinmalade.pdf>
59. Mousnier-Lompère C, Lazimi G. Problématiques de santé et suivi médical des internes en médecine générale de la Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie [Thèse d'exercice]. [Paris, France]: Université Pierre et Marie Curie; 2015.
60. Guyon M, Moreau A, Lasserre E. De l'autre côté du miroir : résonances entre savoirs expérientiels et savoirs facultaires. Etude qualitative auprès de 19 patients étudiants en médecine [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2017.
61. Portalier Gay D. Les médecins : des patients comme les autres ? ou attitude et vécu des patients devenus eux-mêmes patients. [Lyon, France]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2008.

62. Giroux É, Lemoine M, éditeurs. Philosophie de la médecine II, Santé, maladie, pathologie. Paris, France: Librairie philosophique J. Vrin; 2012. 416 p.
63. Canguilhem G. Le normal et le pathologique. Paris, France: Presses universitaires de France; 2009. 224 p. (Quadrige. Grands textes).
64. Galam É. Soigner les médecins malades Première partie : un patient (pas tout à fait) comme les autres. Médecine. 1 nov 2013;9(9):420-3.
65. Fox F, Harris M, Taylor G, Rodham K, Sutton J, Robinson B, et al. What happens when doctors are patients? Qualitative study of GPs. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. nov 2009;59(568):811-8.
66. Chapusot-Filipozzi J, Aubrège A, Batt M. 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, France]: Université de Lorraine; 2012.
67. Dubois J. Déranger. In: Le Lexis - Dictionnaire érudit de la langue française. Larousse; 2014. p. 2109 pages. (Grands dictionnaires Larousse).
68. Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales [Internet]. DRESS; 2009 février [cité 7 mars 2018] p. 8. (Etudes et résultats). Report No.: n°679. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er679.pdf>
69. Laplantine F. Anthropologie de la maladie : étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la France contemporaine [Thèse d'Etat]. [France]: Université Paris Descartes; 1983.
70. Worms F. Le moment du soin. Paris, France: Presses Universitaires de France; 2014. 271 p. (Ethique et philosophie morale).
71. Zielinski A. La vulnérabilité dans la relation de soin. Cah Philos. 2011;(125):89-106.
72. Zaccai-Reyners N. Respect, réciprocité et relations asymétriques. Quelques figures de la relation de soin. Esprit. 2006;Janvier(1):95-108.
73. Bauguion A, Canevet J-P. Quand le médecin généraliste soigne un de ses confrères: une consultation difficile ? [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]: Université de Nantes; 2013.
74. Ihsani F, Birault F. Quelles consultations de prévention pour un réseau de soignants de soignant ? Une recherche qualitative par focus group [Thèse d'exercice]. [Poitiers, France]: Université de Poitiers; 2014.
75. Prouvost A. Modélisation, organisation et évaluation qualitative de consultations médicales dédiées aux médecins: création et suivi de l'association INTER.MED [Thèse d'exercice]. [Montpellier, France]: Université de Montpellier; 2016.
76. Montgomery AJ, Bradley C, Rochfort A, Panagopoulou E. A review of self-medication in physicians and medical students. Occup Med. 1 oct 2011;61(7):490-7.
77. Godeau E. L'« esprit de corps »: sexe et mort dans la formation des internes en médecine. Paris, France: Maison des sciences de l'homme; 2007. (Ethnologie de la France).

78. Hardy A-C. Variations sociologiques sur le thème de la médecine [Thèse de sociologie]. [Nantes, France]: Université de Nantes; 2010.
79. Lhote M. Soigner un médecin malade : Quelles spécificités - Etude qualitative auprès de médecins franciliens [Thèse d'exercice]. [Paris, France]: Université Paris Diderot - Paris 7; 2011.
80. Hardy-Dubernet A-C, Gadéa C, Divay S, Horellou-Lafarge C, Le Roy F. De « faire médecine » à « faire de la médecine » [Internet]. DREES; 2005 janv [cité 2 févr 2018] p. 203. Report No.: 53. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-etudes-et-recherche/article/de-faire-medecine-a-faire-de-la-medecine>
81. Auslender V, Dejours C, Fleury C, Godeau E, Lazimi G, Lefève C, et al. Omerta à l'hôpital: le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé. Paris, France: Michalon; 2017. 317 p.
82. Kervran P. La relation soignant-soigné (1/4) : La fabrique des médecins. LSD, La série documentaire. 2017.
83. Dubois J. Elitisme. In: Le Lexis - Dictionnaire érudit de la langue française. Larousse; 2014. p. 2109 pages. (Grands dictionnaires Larousse).
84. Dubois J. Patient. In: Le Lexis - Dictionnaire érudit de la langue française. Larousse; 2014. p. 2109 pages. (Grands dictionnaires Larousse).
85. Bouteiller M, Chiron DC. Contraintes à l'origine de la souffrance des internes en médecine : analyse par entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2013.
86. DGOS. Risques psychosociaux des internes, chefs de clinique et assistants (médecine, pharmacie et odontologie) [Internet]. France: Ministère des Affaires Sociales et de la Santé; 2017 février [cité 13 nov 2017] p. 36. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_guide_risques_psychosociaux_280217.pdf
87. Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes. 2015-225 février, 2015.
88. ISNAR-IMG, ANEMF, ISNCCA, ISNI. Enquête santé mentale jeunes médecins. Juin 2017. juin 2017;12.
89. Cru Danelon A, Mener É. ELBOS-2017: état des lieux sur le burnout des internes de médecine générale en 2017 : le décret sur la limitation du temps de travail apporte-t-il un changement ? [Thèse d'exercice]. [Rennes, France]: Université de Rennes 1; 2017.
90. Koyadinovitch C, Le Roux G. L'état de santé physique et mental des internes en médecine générale: états des lieux en Ile de France [Thèse d'exercice]. [Paris, France]: Université de Paris-Est Créteil; 2014.
91. ISNI. Hey Doc, les études médicales sont-elles vraiment sexistes ? Enquête égalité femme-homme. 2017 p. 11.
92. Sirot A-M. En quoi les internes de médecine générale ont-ils du mal à dire non à leur senior ? étude transversale descriptive par questionnaire auprès de 222 internes de médecine générale à Lyon [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2016.

93. Baldwin PJ, Dodd M, Wrate RW. Young doctors' health--I. How do working conditions affect attitudes, health and performance? *Soc Sci Med* 1982. juill 1997;45(1):35-40.
94. Rosvold EO, Bjertness E. Physicians who do not take sick leave: hazardous heroes? *Scand J Public Health*. mars 2001;29(1):71-5.
95. McKeivitt C, Morgan M, Dundas R, Holland WW. Sickness absence and « working through » illness: a comparison of two professional groups. *J Public Health Med*. sept 1997;19(3):295-300.
96. Klein A. La figure du bon médecin. Du rôle des mythes épistémologiques dans le processus de professionnalisation de la médecine française. *Rech Form*. 19 nov 2014;(76):61-78.
97. Thibault M. Le médecin malade. *Encycl Agora* [Internet]. 1 avr 2012 [cité 6 avr 2017]; Disponible sur: http://agora.qc.ca/documents/medecin--le_medecin_malade_par_maurice_thibault
98. Lestienne Crémère M. Stress chez les internes en médecine générale : une étude qualitative [Thèse d'exercice]. [Paris, France]: Université Paris Descartes; 2014.
99. Vallery G, Leduc S. Les risques psychosociaux. 3ème édition. Paris: Presses Universitaires de France; 2017. 124 p. (Que sais-je ?; vol. 1).
100. Fleury M-J. Etat de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux. 2012.
101. Roelandt J-L, Caria A, Defromont L, Vandeborre A, Daumerie N. Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. *L'Encéphale*. 1 janv 2010;36(3, Supplement 1):7-13.
102. Stigmatisation et troubles mentaux : un enjeu collectif. *Le partenaire* [Internet]. 2009 [cité 4 avr 2018];18(1). Disponible sur: <https://aqrp-sm.org/publications-de-laqrp/revue-le-partenaire/publications-libres/volume-18-no-1-printemps-2009/>
103. Sebbane D. Les internes de psychiatrie vus par leurs confrères : jugés de près mais préjugés... *Inf Psychiatr*. 2 juin 2015;me 91(5):417-26.
104. Grichy L. Troubles anxio-dépressifs chez les internes en médecine: Prévalence, facteurs de risques et prévention : A propos d'une étude nationale [Thèse d'exercice]. [Paris, France]: Université Paris Diderot - Paris 7; 2017.
105. Lehmann C. Psychiatrists Not Immune To Effects of Stigma. *Psychiatr News* [Internet]. 20 juill 2001 [cité 25 mars 2018]; Disponible sur: <https://psychnews.psychiatryonline.org/doi/10.1176/pn.36.14.0011>
106. Association MOTS [Internet]. [cité 25 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.association-mots.org/points-cles/>
107. AAPMS. Présentation du projet de l'AAPMS [Internet]. AAPMS. 2014 [cité 25 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.aapms.fr/presentation-projet>
108. Réseau ASRA Aide aux soignants de Rhône-Alpes [Internet]. Réseau ASRA. [cité 15 mars 2018]. Disponible sur: <http://reseau-asra.fr/>
109. Marra D. Rapport sur la qualité de vie des étudiants en santé [Internet]. Ministère des

solidarités et de la santé et Ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche; 2018 avr [cité 3 avr 2018] p. 69. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-du-dr-donata-marra-sur-la-qualite-de-vie-des-etudiants-en-sante>

110. Dieu-Durocher V. Suivi du corps médical par le service de médecine du travail du personnel hospitalier: l'expérience du CHRU de Lille [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université de Lille; 2003.

111. Article R4626-22. Code du travail, Décret n°2008-244 mars 7, 2008.

112. Article R4626-26. Code du travail, Décret n°2015-1588 décembre, 2015.

113. Costa C, Soulat J-M. La santé mentale des internes en médecine: lancement d'une cohorte au CHU de Toulouse [Thèse d'exercice]. [Toulouse, France]: Université de Toulouse 3; 2016.

114. ISNAR-IMG. 16e Congrès National ISNAR-IMG - Première Table Ronde - L'Interne, un patient (pas) comme les autres ? [Internet]. 2015 [cité 25 juin 2017]. Disponible sur: <https://www.dailymotion.com/video/x2h43pj>

115. SSU : Service de Santé Universitaire - Etu Lyon 1 - Université Lyon 1 [Internet]. Etu Lyon 1. [cité 26 mars 2018]. Disponible sur: <https://etu.univ-lyon1.fr/guide-pratique/sante/ssu-service-de-sante-universitaire-19593.kjsp>

116. Desailly-Chanson M-A, Siahmed H. Etablissements de santé - Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge - Mise en responsabilité médicale : recommandations pour une amélioration des pratiques [Internet]. IGAS; 2016 [cité 4 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article567>

117. Australian Medical Association. Health and wellbeing of doctors and medical students [Internet]. 2011 [cité 26 mars 2018]. Disponible sur: <https://ama.com.au/position-statement/health-and-wellbeing-doctors-and-medical-students-2011>

118. Temps de travail des internes : Un anniversaire en demi-teinte [Internet]. ISNAR-IMG. 2016 [cité 28 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/temps-de-travail-internes-anniversaire-demi-teinte/>

VII. Annexes

Annexe 1 : Canevas d'entretien (version initiale)

Présentation et introduction

Bonjour, je suis Agathe PESCI, je viens de terminer mon internat de médecine générale et je suis actuellement médecin remplaçant. Je te remercie d'avoir accepté de participer à cet entretien. Le but de celui-ci est de connaître la santé des internes en médecine générale.

Cet entretien va être enregistré, il devrait durer entre 30 minutes et une heure, sera retranscrit mot à mot et restera anonyme.

Formulaire de consentement (document à faire signer)

Questions

I. Gestion de la santé

Comment fais-tu, toi, quand tu es malade ?

Questions de relance :

- Comment te prends-tu en charge ?
- Quelle place donnes-tu à l'autodiagnostic ?
- Quelle place donnes-tu à l'autoprescription ?
- Quelle place donnes-tu à l'automédication ?
- Quelles sont tes représentations de la maladie ? C'est comment d'être malade pour toi ?
- Tu ne vas pas voir le médecin : Pourquoi ? Qu'est-ce qui t'en empêche ?

Comment fais-tu pour ton suivi médical ?

Questions de relance :

- Ça veut dire quoi, pour toi, un bon suivi médical ?
- Comment te fais-tu suivre sur le plan gynécologique ?
- Comment assures-tu tes vaccinations ?

II. Vécu et représentation de la relation médecin-malade

a) L'interne a un médecin traitant :

Comment vois-tu ta relation avec ton médecin ?

Questions de relance :

- Quel est son rôle, selon toi ?
- Quelles sont tes motivations à aller consulter ton médecin / un médecin ?
- Comment vis-tu le passage de médecin à patient ?
- Quel est ton vécu de ta dernière consultation ? Quelles difficultés as-tu rencontrées ?
- Quels types de médecins consultes-tu (autres spécialistes en premier recours ?) ? Pourquoi ?

b) L'interne n'a pas de médecin traitant :

Comment imaginerai-tu ta relation avec ton médecin traitant ?

Questions de relance :

- Quel serait son rôle, selon toi ?
- Quelles sont tes motivations à aller consulter un médecin ?
- Comment vis-tu le passage de médecin à patient ?
- Quel est ton vécu de ta dernière consultation ?
- Quelles difficultés as-tu rencontrées ?

- Quels types de médecins consultes-tu (autres spécialistes en premier recours ?) ? Pourquoi ?

III. Exploration des ressources à disposition

En tant que médecin en formation, quelles sont les autres ressources que tu pourrais utiliser à la gestion de ta santé durant ton internat ?

Questions de relance :

Quels moyens penses-tu utiliser pour mieux gérer ta santé, en tant qu'étudiant ?

Parlons de la médecine du travail :

- Quel est son rôle selon toi ? / A quoi sert-elle ?
- Comment pourrait-elle t'aider dans la gestion de ta santé ?
- Pourquoi ne l'utilises-tu pas ?
- Qu'est-ce que tu en attendais ? Qu'est-ce que ça t'a apporté ?

En tant qu'étudiant, quelle(s) autre(s) structure(s) pourrais-tu utiliser pour la gestion de ta santé ?

Questions de relance :

Comme tous les étudiants de France tu as accès à la médecine préventive universitaire, comment pourrait-elle t'aider ?

- Pourquoi ne l'utilises-tu pas ?
- Qu'est-ce que tu en attendais ? Qu'est-ce que ça t'a apporté ?

IV. Propositions pour améliorer le suivi médical

Selon toi, quelles seraient les solutions à proposer pour améliorer le suivi médical des internes ?

- Qu'est-ce qui pourrait être mis en place pour améliorer le suivi médical des internes ?
- Qu'est-ce qui te ferait mieux prendre en charge ta santé ?
- A quelles autres structures penses-tu ?
- Que penses-tu de rendre ces consultations obligatoires durant l'internat ?

Que penses-tu changer dans la prise en charge de ta santé à l'issue de cette discussion ? Et pourquoi ?

Commentaires libres : Nous avons fait le tour des questions, as-tu quelque chose à rajouter sur le sujet ?

Annexe 2

Caractéristiques des participants (document à remplir à la fin de l'entretien)

Numéro de l'entretien :

Date :

Âge :

Sexe : Masculin Féminin

Année d'internat : 1^{ère} année (TCEM1)
 2^{ème} année (TCEM2)
 3^{ème} année (TCEM3)
 en disponibilité ou surnombre

Nombre de stages à moins de 30 min de Lyon :
 0 1 2 3 4 5 6

Faculté de rattachement : Lyon Est Lyon Sud

Faculté d'origine (externat) :

Vit : en couple célibataire
 sans enfant avec enfant(s)

Habite : à l'internat dans un logement individuel chez ses parents

Médecin traitant déclaré : Oui Non
Distance du médecin du domicile ou du lieu de travail (en km) :
L'as-tu consulté ces deux dernières années ? Oui Non

S'agit-il :
 Membre de la famille
 Ami, collègue
 Praticien rencontré durant l'internat
 Pas de lien particulier
 Autre :

Maladie chronique suivie par un médecin (spécialiste ou généraliste) :
 Oui Non

Durant ton internat :
As-tu déjà consulté un médecin du travail ? Oui Non
As-tu déjà consulté la médecine préventive universitaire ? Oui Non
As-tu réalisé ton stage prat ? Oui Non

Qui a rempli ton certificat d'aptitude médicale au début d'internat ?
Commentaires libres :

Annexe 3 : Canevas d'entretien modifié

Présentation et introduction

Bonjour, je suis Agathe PESCI, je viens de terminer mon internat de médecine générale et je suis actuellement médecin remplaçant. Je te remercie d'avoir accepté de participer à cet entretien. Le but de celui-ci est de connaître la santé des internes en médecine générale.

Cet entretien va être enregistré, il devrait durer entre 30 minutes et une heure, sera retranscrit mot à mot et restera anonyme.

Formulaire de consentement (document à faire signer)

Questions

I. Gestion de la santé

Comment fais-tu, toi, quand tu es malade ?

Questions de relance :

- Comment te prends-tu en charge ?
- Que penses-tu de l'autodiagnostic / autoprescription / automédication ?
- Que penses-tu des internes qui prennent en charge leur propre santé ?
- Que penses-tu des internes qui consultent un MG pour leur santé ?
- C'est comment d'être malade pour toi ? Quelles sont tes représentations de la maladie ?
- Tu ne vas pas voir le médecin : Pourquoi ? / Qu'est-ce qui t'en empêche ?

Comment fais-tu pour ton suivi médical ?

Questions de relance :

- Ça veut dire quoi, pour toi, un bon suivi médical ?
- Que penses-tu de ton suivi médical ?
- Comment te fais-tu suivre sur le plan gynécologique ?
- Comment assures-tu tes vaccinations ?
- Comment as-tu choisi ton médecin traitant ?

II. Vécu et représentation de la relation médecin-malade

a) L'interne a un médecin traitant :

Comment vois-tu ta relation avec ton médecin ?

Questions de relance :

- Quel est son rôle, selon toi ?
- Quelles sont tes motivations à aller consulter ton médecin / un médecin ?
- Comment vis-tu le passage de médecin à patient ?
- Quelles difficultés un médecin peut rencontrer à consulter un autre médecin ?
- Comment as-tu vécu ta dernière consultation ? / Quelles difficultés as-tu rencontrées ? / Pourquoi ça s'est bien passé ?

b) L'interne n'a pas de médecin traitant :

Comment imagineras-tu ta relation avec ton médecin traitant ?

Questions de relance :

- Quel serait son rôle, selon toi ?
- Quelles sont tes motivations à aller consulter un médecin ?
- Comment vis-tu le passage de médecin à patient ?
- Quelles difficultés un médecin peut rencontrer à consulter un autre médecin ?

- Comment as-tu vécu ta dernière consultation ? / Quelles difficultés as-tu rencontrées ? / Pourquoi ça s'est bien passé ?

III. Exploration des ressources à disposition

En tant que médecin en formation, quelles sont les autres ressources que tu pourrais utiliser à la gestion de ta santé durant ton internat ?

Questions de relance :

Quels moyens penses-tu utiliser pour mieux gérer ta santé, en tant qu'étudiant ?

Parlons de la médecine du travail :

- Quel est son rôle selon toi ? / A quoi sert-elle ?
- Comment pourrait-elle t'aider dans la gestion de ta santé ?
- Pourquoi ne l'utilises-tu pas ?
- Qu'est-ce que tu en attendais ? Qu'est-ce que ça t'a apporté ?

En tant qu'étudiant, quelle(s) autre(s) structure(s) pourrais-tu utiliser pour la gestion de ta santé ?

Questions de relance :

Comme tous les étudiants de France tu as accès à la médecine préventive universitaire, comment pourrait-elle t'aider ?

- Pourquoi ne l'utilises-tu pas ?
- Qu'est-ce que tu en attendais ? Qu'est-ce que ça t'a apporté ?

IV. Propositions pour améliorer le suivi médical

Selon toi, quelles seraient les solutions à proposer pour améliorer le suivi médical des internes ?

- Qu'est-ce qui pourrait être mis en place pour améliorer le suivi médical des internes ?
- Qu'est-ce qui te ferait mieux prendre en charge ta santé ?
- A quelles autres structures penses-tu ?
- Que penses-tu de rendre ces consultations obligatoires durant l'internat ?

Que penses-tu changer dans la prise en charge de ta santé à l'issue de cette discussion ? Et pourquoi ?

Commentaires libres : Nous avons fait le tour des questions, as-tu quelque chose à rajouter sur le sujet ?

Annexe 4 : Formulaire de consentement

ACCORD ECRIT DE PARTICIPATION À UNE OBSERVATION DE PRATIQUE PROFESSIONNELLE (*exemplaire participant*)

Je soussigné(e)
domicilié(e) à,
accepte de participer à la thèse d'exercice de docteur en médecine d'Agathe PESCI, ayant pour
thème la santé des internes de médecine générale lors d'un entretien enregistré le
..... .

Je déclare avoir été informé de façon loyale et claire que cet entretien est confidentiel.

J'accepte que l'intégralité de cet entretien anonymisé soit retranscrite et que les données soient
utilisées dans le cadre exclusif de cette thèse et d'une publication scientifique.

J'ai noté que je pouvais retirer mon consentement à tout moment.

Etabli en deux exemplaires, un exemplaire pour moi, un exemplaire pour l'enquêteur.

Fait à

Le

Signature :

ACCORD ECRIT DE PARTICIPATION À UNE OBSERVATION DE PRATIQUE PROFESSIONNELLE (*exemplaire chercheur*)

Je soussigné(e)
domicilié(e) à,
accepte de participer à la thèse d'exercice de docteur en médecine d'Agathe PESCI, ayant pour
thème la santé des internes de médecine générale lors d'un entretien enregistré le
..... .

Je déclare avoir été informé de façon loyale et claire que cet entretien est confidentiel.

J'accepte que l'intégralité de cet entretien anonymisé soit retranscrite et que les données soient
utilisées dans le cadre exclusif de cette thèse et d'une publication scientifique.

J'ai noté que je pouvais retirer mon consentement à tout moment.

Etabli en deux exemplaires, un exemplaire pour moi, un exemplaire pour l'enquêteur.

Fait à

Le

Signature

Annexe 5 : Fiche d'information à destination des participants

Informations

Cher (*Prénom de l'interne*),

Je te propose de participer à une étude de recherche clinique dans le cadre de ma thèse d'exercice de Médecine Générale.

Cette lettre d'information détaille la méthodologie de l'étude.

Tu peux prendre le temps de lire et comprendre ces informations, et de demander au médecin responsable de l'étude de t'expliquer ce que tu n'auras pas compris.

Titre de l'étude : Vécu du parcours de santé des internes de médecine générale.

But de l'étude : Explorer la santé des internes de médecine générale.

Il n'y a aucun bénéfice attendu pour le participant à l'étude.

Déroulement de l'étude : Entretien avec l'enquêtrice. La durée prévisible de l'entretien est de 30 à 60 minutes, elle sera fonction des échanges. Un enregistrement audio sera réalisé.

Il est possible pour toi de participer simultanément à une autre recherche.

Le médecin responsable de cette étude est le Dr Thomas PIPARD (thomas.pipard@univ-lyon1.fr).

Frais médicaux : Ta collaboration à ce protocole de recherche observationnelle n'entraînera pas de participation financière de ta part.

Indemnisation : Cette étude est sur le mode du volontariat, tu ne recevras pas de rémunération en acceptant de participer à celle-ci.

Législation – confidentialité :

Un avis favorable du Comité de Protection des Personnes (CPP) Île-de-France 8 a été donné le 15 avril 2017. L'avis du CPP et le résumé de l'étude feront l'objet d'une transmission à l'ANSM. Le projet a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL et le promoteur s'est engagé à respecter la méthodologie de référence MR-003.

Toute information recueillie pendant cette étude sera traitée de façon confidentielle.

Seuls les responsables de l'étude pourront avoir accès à ces données. À l'exception de ces personnes, qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, ton anonymat sera préservé. La publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel.

Les données enregistrées à l'occasion de cette étude feront l'objet d'un traitement informatisé par l'investigateur et seront anonymisées. Pour ce qui est des données nominatives, tu bénéficieras à tout moment du droit d'accès et de rectification des données te concernant auprès des responsables de l'étude et, en ce qui concerne les informations de nature médicale, ce droit est exercé par l'intermédiaire du Docteur Thomas PIPARD conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n°94-548 du 1er juillet 1994, relative au traitement des données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé. Les données seront stockées à l'Université en version informatique jusqu'à la publication des résultats de la recherche conformément à la méthode de référence MR-003. Les résultats globaux de l'étude pourront t'être communiqués si tu le souhaites. Tu es libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Tu peux également décider en cours d'étude d'arrêter ta participation sans avoir à te justifier. Nous te remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information. Si tu es d'accord pour participer à cette recherche, nous t'invitons à signer le formulaire de consentement ci-joint.

Annexe 6 : Retour des *verbatim*, fiche explicative

Merci d'avoir accepté de participer à cette étude portant sur la santé des internes et du temps que tu m'as accordé.

Je t'adresse comme convenu le *verbatim* anonymisé de notre entretien, l'anonymisation ayant consisté en un remplacement d'éléments de détail par des indications génériques entre crochets.

Si tu remarques des éléments de détail favorisant ton identification personnelle, merci de me les signaler afin que je procède aux modifications qui s'imposent. Certains éléments ne peuvent être modifiés sans porter atteinte à l'intégrité de ce travail : si le cas se présente nous en discuterons.

Si tu remarques une mauvaise retranscription de vos propos, merci de me le signaler afin que j'écoute à nouveau l'enregistrement à la lueur de tes commentaires.

Si tu remarques des passages retranscrits fidèlement mais qui appellent des commentaires de ta part (si tu as changé d'avis ou si tu trouve tes propos confus, par exemple), tu peux m'adresser tes remarques. Elles figureront en annexe du travail de thèse, sans modification du *verbatim* initial.

Bien à toi,

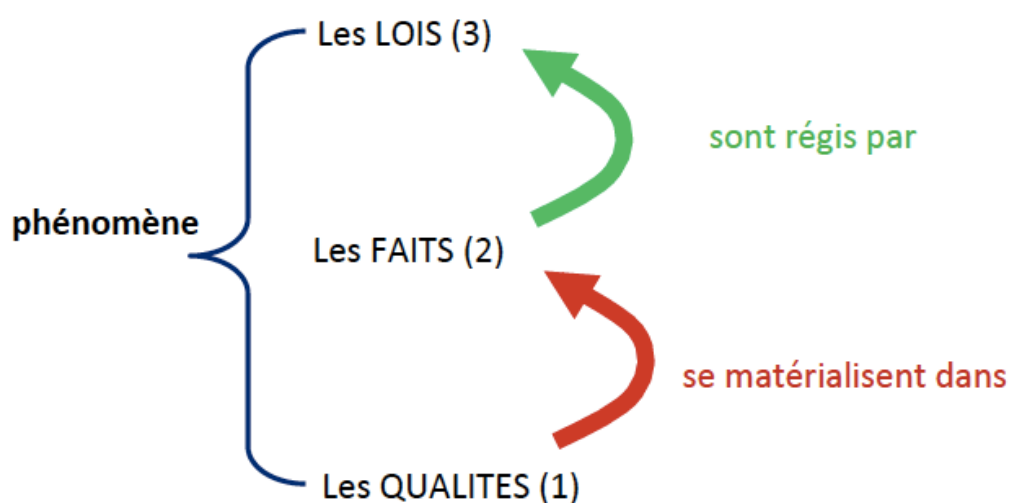
Agathe Pesci.

Annexe 7 : Analyse sémio-pragmatique, méthode Peirce

Les catégories sémiotiques de Peirce et leurs correspondances

| Qualité | faits | lois |
|---|--|--|
| Priméité 1 (qualisignes) | Secondéité 2 (sinsignes) | Tiercéité 3 (légisignes) |
| Sentiments, ressentis, Emotions données sensorielles, Qualités, Formes. | Constats Individuels, Faits d'expérience, Actions-réactions, Actions réflexives, Existants, Être-au-monde. | Arguments, Symboles, Généralités, Principes, normes, règles, mécanismes Synthèse, médiation Habitus, institutions. |

Hierarchie catégorielle hiérarchique de Peirce



Annexe 8 : Récépissé de la CNIL

RÉCÉPISSÉ

DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À UNE MÉTHODOLOGIE DE RÉFÉRENCE

Numéro de déclaration

2044103 v 0

du 20 mars 2017

Madame PESCI Agathe
UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1 -
FACULTÉ DE MÉDECINE LYON SUD
165 CHEMIN DU PETIT REVOYET
69600 OULLINS

À LIRE IMPÉRATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr.

Organisme déclarant

Nom : UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1 - FACULTÉ DE
MÉDECINE LYON SUD

N° SIREN ou SIRET :
196917744 00019

Service :

Code NAF ou APE :
8542Z

Adresse : 165 CHEMIN DU PETIT REVOYET

Tél. : 0426235905

Code postal : 69600

Fax. :

Ville : OULLINS

Traitement déclaré

Finalité : MR3 - Recherches dans le domaine de la santé sans recueil du consentement

Transferts d'informations hors de l'Union européenne : Non

Fait à Paris, le 20 mars 2017
Par délégation de la commission



Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

Annexe 9 : Déclaration à l'ANSM

Agence nationale
de sécurité du médicament
et des produits de santé

BORDEREAU D'ENREGISTREMENT RECHERCHES ET COLLECTIONS BIOLOGIQUES (RCB)

Date : 01/03/2017

1. INFORMATIONS SUR LE DEMANDEUR

Raison sociale : Université Claude Bernard Lyon 1 - Faculté de médecine
(ou nom s'il ne s'agit pas d'une personne morale)

Catégorie : Institutionnel

Adresse : 8 avenue Rockefeller

Ville : Lyon

Code postal : 69003

Pays : France

Siret : 196 917 744 00019

Nom du contact : Mademoiselle Pesci Agathe

Mail : agathe.pesci@gmail.com

Téléphone : 0668816813

Fax : 00000000000

2. INFORMATIONS SUR LE DOSSIER

Titre complet de la recherche

Exploration du parcours de santé des internes de médecine générale
Etude qualitative auprès des internes de médecine générale de la région Rhône-Alpes

Numéro ID RCB : 2017-A00597-46

Type RCB : Autres recherches biomédicales

Type de dossier : Dossier initial

Annexe 10 : Comité de Protection des Personnes (CPP)

Boulogne, le 25 avril 2017



Directeur de Thèse
Docteur Thomas PIPARD
Chef de Clinique des Universités de médecine générale
Université Claude Bernard Lyon 1

Promoteur
Université Claude Bernard Lyon 1
Faculté de Médecine Lyon-Sud
165, Chemin du Petit Revoyet
69600 – OULLINS

Investigateur principal
Madame Agathe PESCI
28, rue de la Thibaudière
69007 – LYON

Réf CPP : 17 03 16 (*A rappeler dans toutes vos correspondances*)

Réf. Protocole : --

N° ID RCB : 2017-A00597-46

| Documents Transmis | |
|--|--|
| Dossier Administratif Courrier de demande d'avis, signé et daté du 16 mars 2017 Courrier électronique de réponse à la délibération, daté du 20 avril 2017 Formulaire de demande d'avis au CPP pour une recherche mentionnée au 3° de l'article L. 1121-1 du code de la santé publique, signé et daté du 16 mars 2017 Bordereau d'enregistrement à l'ANSM, daté du 1 ^{er} mars 2017. Dossier transmis également par voie électronique. | Dossier de la Recherche Protocole de recherche, version française 2.0 du 12 avril 2017 Résumé du protocole, version française 1.0 du 15 février 2017 Canevas d'entretien et questionnaire, version 2.0 du 12 avril 2017 Récapitulatif CNIL – Déclaration n° 2044103 v 0 de conformité à une méthodologie de référence MR-003, signé et daté du 20 mars 2017 Liste des investigateurs, version 2.0 du 12 avril 2017 CV des investigateurs Document d'information et formulaire de consentement, version 2.0 du 12 avril 2017. |

Exploration du parcours de santé des internes de médecine générale, étude qualitative auprès des internes de médecine générale de la région Rhône-Alpes.

Le Comité restreint s'est réuni en séance le **23 mars 2017** et a examiné votre projet de recherche mentionnée au **3° de l'article L. 1121-1 du code de la santé publique**. Compte tenu de :

- La protection des personnes, notamment la protection des participants ;
- L'adéquation, l'exhaustivité et l'intelligibilité des informations écrites ainsi que la procédure suivie pour obtenir le consentement ;
- La possibilité de participer simultanément à une autre recherche ;
- La pertinence de la recherche, le caractère satisfaisant de l'évaluation des bénéfices et des risques attendus et le bien-fondé des conclusions ;
- L'adéquation entre les objectifs poursuivis et les moyens mis en œuvre ;
- La qualification du médecin investigateur au vu du CV transmis par le promoteur ;
- L'absence d'indemnisation des participants ;
- Les modalités de recrutement des participants ;
- Le recours à la collecte et au traitement de données à caractère personnel et la pertinence de celles-ci par rapport à l'objectif de la recherche ;
- La justification de l'absence de constitution d'un Comité de surveillance indépendant.

Comité de Protection des Personnes Ile de France VIII
Hôpital Ambroise Paré - 9, avenue Charles de Gaulle
92100 Boulogne-Billancourt

Président : Bertrand MUSSETTA
Secrétariat : Catherine Avanzini
Tél. 01 49 09 58 14 - Fax 01 49 09 53 52
www.cppidf8.fr cppidf8@orange.fr
Agrément Arrêté Ministériel du 31 mai 2012

Université Claude Bernard-Lyon 1 – CPP 17 03 16.

Boulogne, le 25 avril 2017



- Des modifications effectuées dans le protocole, le document d'information et le consentement de participation, en réponse à la délibération du 23 mars 2017,

Notre Comité émet un **avis favorable** sur votre projet de recherche, conformément aux dispositions du Code de la santé publique.

Violette LECLERC
Vice-Présidente du C.P.P. Ile de France VIII.

PJ : Liste des personnes ayant participé à la délibération.

Annexe 11 : Grille COREQ

Dossier

M. Gedda

Traduction de dix lignes directrices pour des articles de recherche

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.

| N° | Item | Guide questions/description |
|--|--|--|
| Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion | | |
| Caractéristiques personnelles | | |
| 1. | Enquêteur/animateur | Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ? |
| 2. | Titres académiques | Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i> |
| 3. | Activité | Quelle était leur activité au moment de l'étude ? |
| 4. | Genre | Le chercheur était-il un homme ou une femme ? |
| 5. | Expérience et formation | Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ? |
| Relations avec les participants | | |
| 6. | Relation antérieure | Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ? |
| 7. | Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur | Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i> |
| 8. | Caractéristiques de l'enquêteur | Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i> |
| Domaine 2 : Conception de l'étude | | |
| Cadre théorique | | |
| 9. | Orientation méthodologique et théorie | Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i> |
| Sélection des participants | | |
| 10. | Échantillonnage | Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i> |
| 11. | Prise de contact | Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i> |
| 12. | Taille de l'échantillon | Combien de participants ont été inclus dans l'étude ? |
| 13. | Non-participation | Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ? |
| Contexte | | |
| 14. | Cadre de la collecte de données | Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i> |
| 15. | Présence de non-participants | Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ? |
| 16. | Description de l'échantillon | Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i> |
| Recueil des données | | |
| 17. | Guide d'entretien | Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ? |
| 18. | Entretiens répétés | Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ? |
| 19. | Enregistrement audio/visuel | Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ? |
| 20. | Cahier de terrain | Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ? |

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ (suite).

| N° | Item | Guide questions/description |
|---|--|--|
| 21. | Durée | Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ? |
| 22. | Seuil de saturation | Le seuil de saturation a-t-il été discuté ? |
| 23. | Retour des retranscriptions | Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ? |
| Domaine 3 : Analyse et résultats | | |
| Analyse des données | | |
| 24. | Nombre de personnes codant les données | Combien de personnes ont codé les données ? |
| 25. | Description de l'arbre de codage | Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ? |
| 26. | Détermination des thèmes | Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ? |
| 27. | Logiciel | Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ? |
| 28. | Vérification par les participants | Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ? |
| Rédaction | | |
| 29. | Citations présentées | Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i> |
| 30. | Cohérence des données et des résultats | Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ? |
| 31. | Clarté des thèmes principaux | Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ? |
| 32. | Clarté des thèmes secondaires | Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ? |

Annexe 12 : Quinze mesures pour le bien-être des étudiants en santé

Le rapport comprend enfin 12 recommandations qui ont servi de base à l'élaboration des 15 engagements :

- 1 Créer un **centre national d'appui** pour promouvoir la qualité de vie des étudiants en santé et des soignants.
- 2 En urgence **communiquer** sur les dispositifs d'accompagnement et les parcours de soins existants.
- 3 Prévention des risques psychosociaux par les compétences transdisciplinaires : "**empowerment**".
- 4 Créer des **centres régionaux d'accompagnement** pour les internes.
- 5 Prévenir les risques psychosociaux par l'**étayage en stage** et le professionnalisme. "**Lecture critique du numérique**".
- 6 Prévenir les risques psychosociaux par des interventions **pédagogiques** sur les **programmes** et **méthodes**.
- 7 En **PACES** : renforcer l'**étayage pédagogique**, renforcer le **collectif**.
- 8 **Lutter** contre le **harcèlement** : créer des comités ou bureaux d'intervention contre le **harcèlement**. "**Empowerment**" des étudiants pendant leur cursus : **simulation**, sensibilisation.
- 9 Médecine préventive universitaire et Médecine de Santé au travail : **coordination** et **complémentarité** des approches.
- 10 Pour les étudiants : **PASS SANTÉ** pour un accès aux soins en libéral. Réseaux de **soins aux soignants**.
- 11 Faire que la lutte contre le **suicide** des étudiants en santé devienne l'un des objectifs prioritaires de l'Observatoire national du suicide.
- 12 **Assurer l'équité** de traitement des étudiants en formations de santé.

Les 15 engagements

Des mesures immédiates de soutien et d'intervention

1. **Créer dans toutes les universités une structure d'accompagnement des victimes de violence.**
2. **Créer dans toutes les facultés de santé une structure d'accompagnement, ouverte à tous les étudiants et garantissant la confidentialité** ; identifier des circuits courts d'obtention d'un avis psychiatrique pour les étudiants en santé, respectant la confidentialité et tenant compte des difficultés spécifiques de ce public ; former des personnes ressources, y compris parmi les étudiants au dépistage des signes de souffrance mentale
3. **Renforcer les moyens des Services de Santé Universitaires et favoriser leur évolution vers des centres de santé universitaires**
4. **Mettre en place une cellule nationale d'évaluation des situations exceptionnelles** permettant en dehors des règles liées au classement à l'ECN le changement de filière ou de subdivision.
5. **Assurer l'évaluation systématique des lieux de stage par les étudiants**, dans toutes les filières et déclencher une procédure de réexamen de l'agrément ou des conventions en cas d'évaluation insatisfaisante.
6. **Introduire un module transversal concernant les risques psycho-sociaux**, la gestion du stress et les stratégies d'*empowerment* dans toutes les formations en santé.

7. Améliorer les conditions de travail en stage : respect strict du repos de sécurité et limitation à 48h du temps de travail hebdomadaire ; formation pédagogique de tous les encadrants ; amélioration des conditions d'accueil et d'hébergement lors des stages en milieu rural.

Une transformation globale des études de santé

8. Rendre l'étudiant acteur de son orientation : créer un module d'information sur les formations en santé accessible sur Parcoursup à la rentrée 2018, Inclure un module de préparation du projet professionnel dans toutes les expérimentations d'alternatives à la PACES ; Faire de l'orientation progressive des étudiants en santé une priorité dans la réflexion sur les formations en santé ; Assurer des passerelles de sortie avec validation des acquis pour tous les étudiants en santé à tous les niveaux de leurs études.

9. Rapprocher toutes les formations de l'université et assurer l'accès de tous les étudiants en santé à la médecine préventive, aux activités culturelles et sportives au plus tard à la rentrée 2019.

10. Repenser les cursus pour les centrer sur les compétences à acquérir et sortir d'une logique de compétition : poursuivre les expérimentations d'alternative à la PACES et les travaux concernant la réforme du second cycle des études médicales avec l'objectif d'une disparition de l'IECN dans sa forme actuelle.

Une coordination régionale et nationale pour mesurer, repérer et partager les bonnes pratiques

11. Créer un centre national d'appui, doté de moyens spécifiques, et réunissant des enseignants de toutes les formations en santé

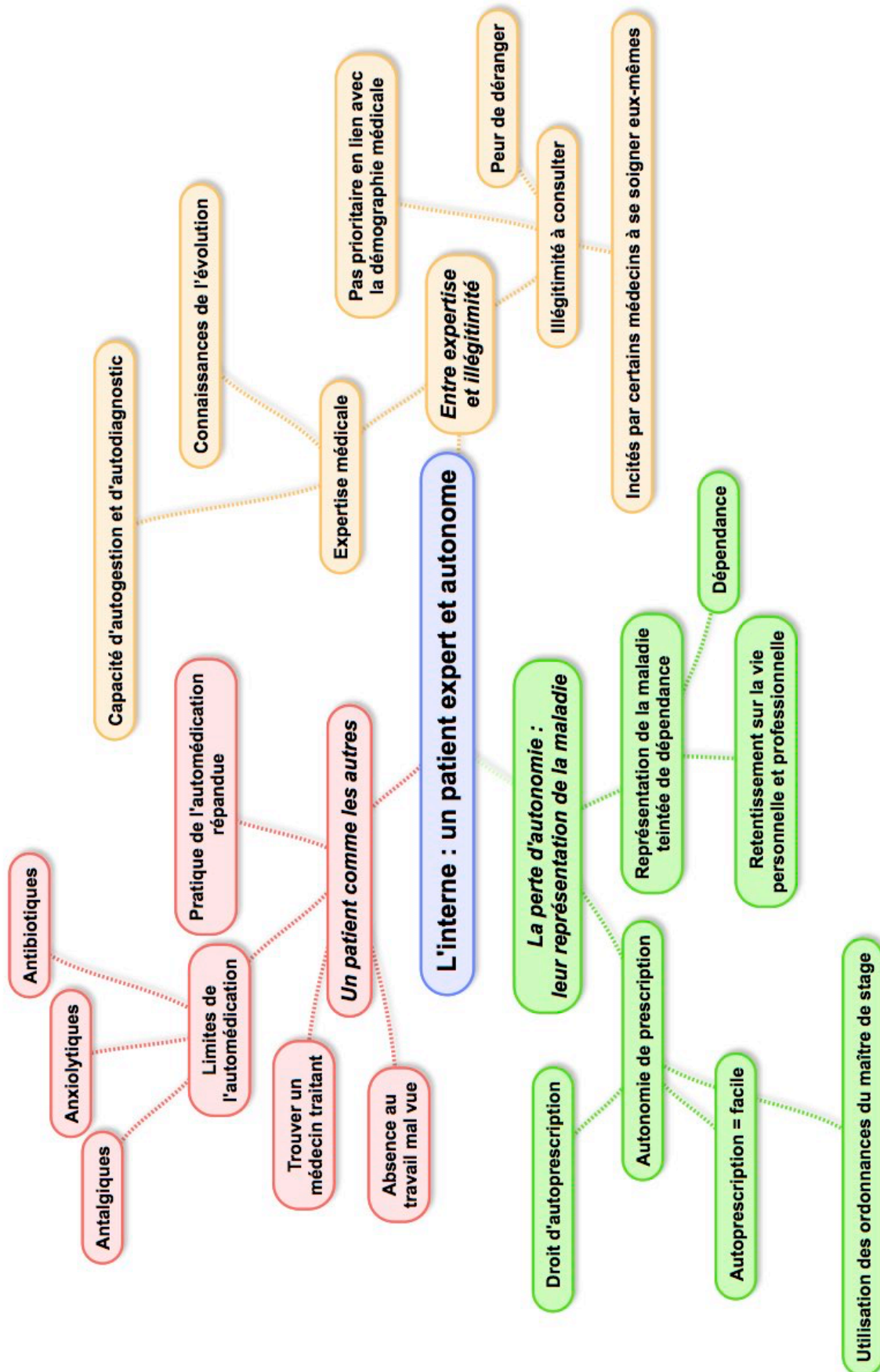
12. Créer, en lien avec les associations étudiantes des structures régionales permettant le recours pour des difficultés non résolues localement, notamment pour les internes.

13. Réaliser, en lien avec les associations étudiantes, une enquête à jour fixe et développer une communication spécifique.

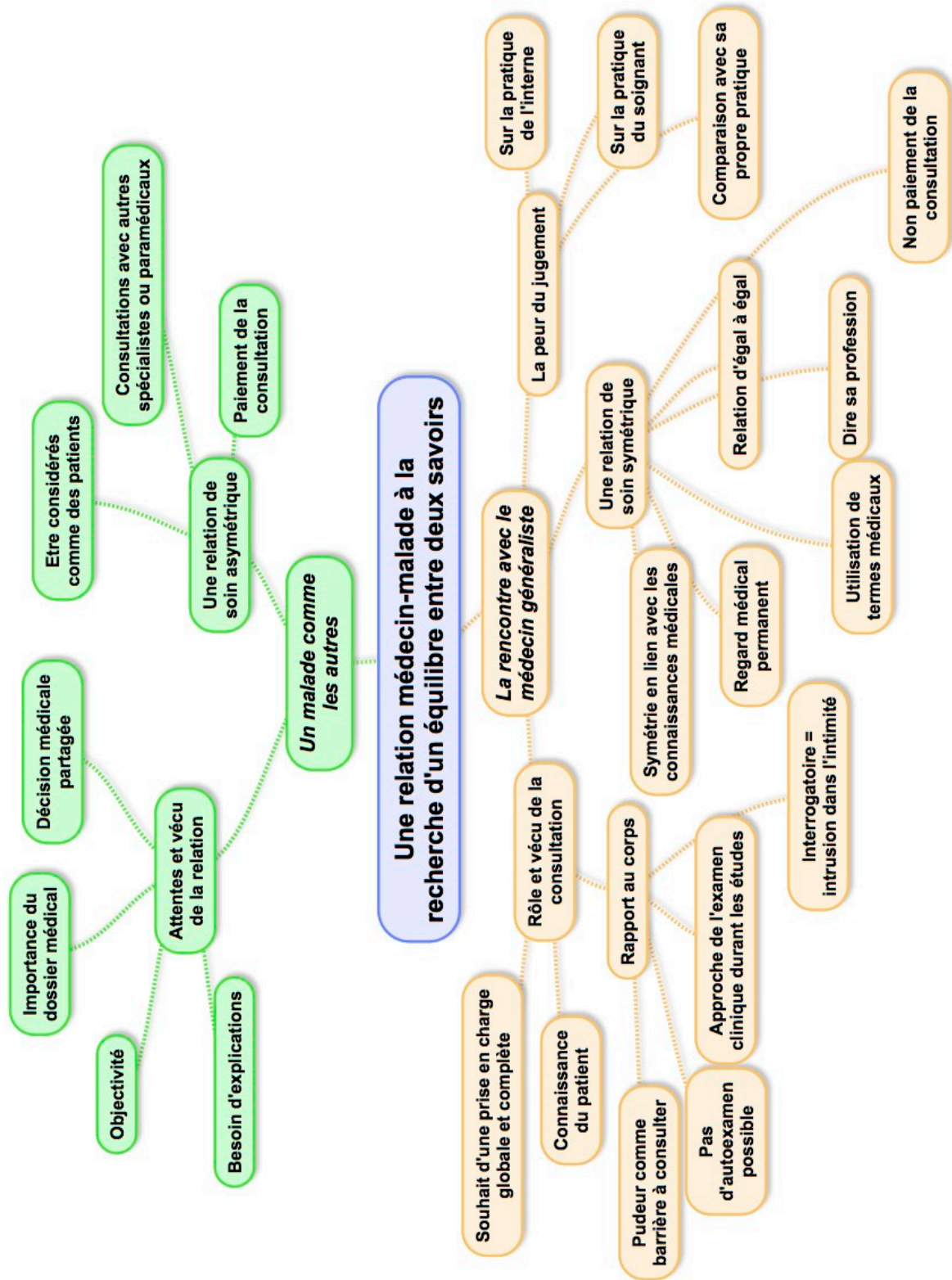
14. Réaliser en lien avec Santé publique France et les associations étudiantes un clip pour aider les étudiants à détecter la souffrance psychique chez leurs collègues et à les accompagner vers des ressources. Cette mesure s'articulera avec le développement de la formation aux premiers secours en santé mentale prévue dans le plan national de santé publique.

15. Développer un module spécifique de formation des formateurs, nécessaire pour accéder aux fonctions de direction des instituts de formation et de coordonnateur de Diplôme d'Etudes Spécialisées

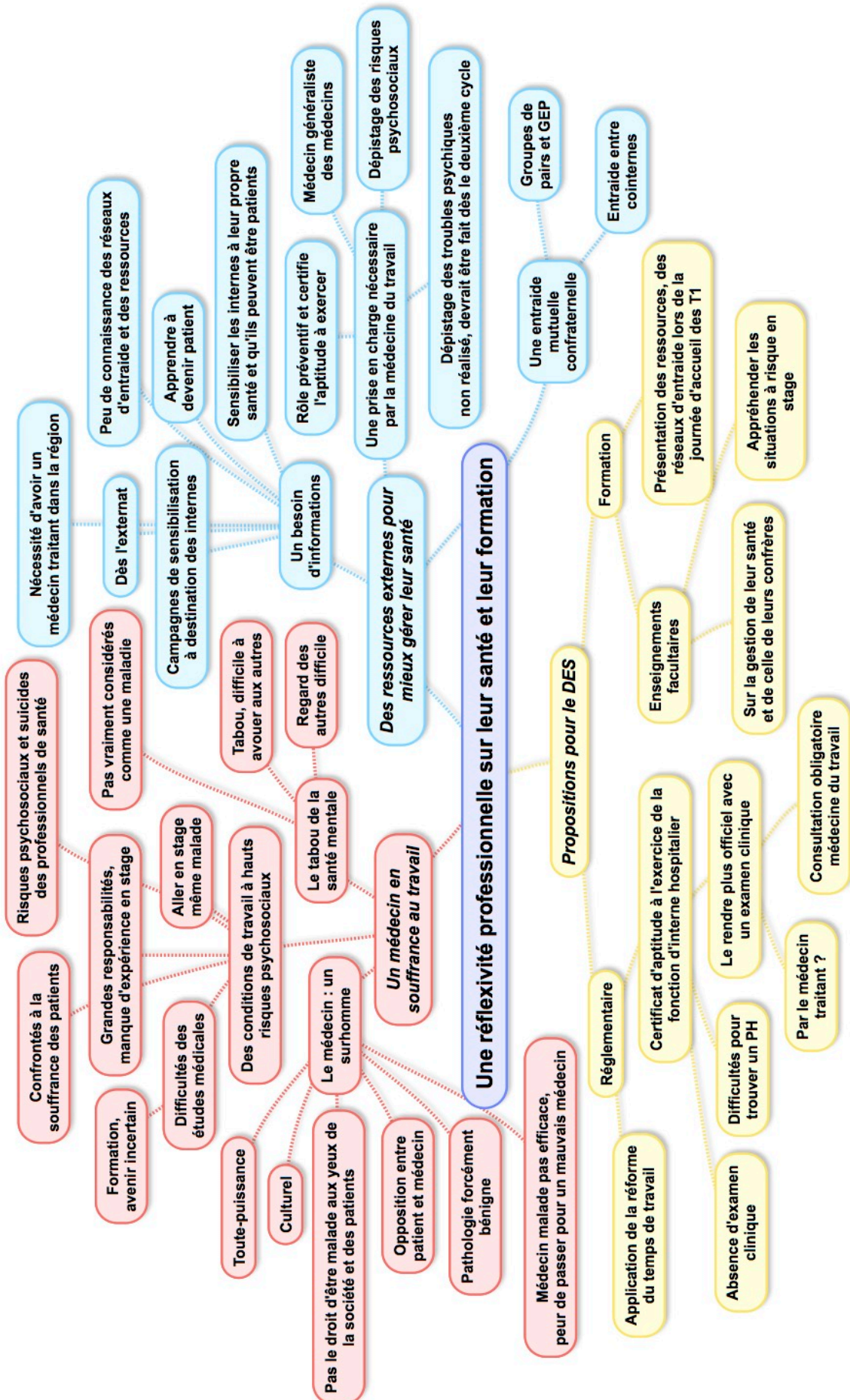
Annexe 13 : Carte heuristique « 1. L'interne : un patient expert et autonome »



Annexe 14 : Carte heuristique « 2. Une relation médecin-malade à la recherche d'un équilibre entre deux savoirs »



Annexe 15 : Carte heuristique « 3. Une réflexivité professionnelle sur leur santé et leur formation »



Article soumis à la revue *Exercer*

L'interne et sa santé

Etude qualitative auprès de 20 internes de médecine générale de la subdivision de Lyon

Résumé

Contexte. L'émergence de la souffrance au travail des professionnels de santé interroge sur l'état de santé des internes. Ceux-ci consultent peu leur médecin traitant et étant à la fois agent public et étudiant, ils disposent de ressources comme la médecine du travail ou la médecine préventive universitaire.

Objectif. Explorer la santé des IMG, leur suivi médical et leurs freins à consulter un médecin traitant.

Méthodes. Étude qualitative phénoménologique par entretiens semi-dirigés conduite auprès de 20 IMG de la subdivision de Lyon. Les entretiens ont été analysés de façon indépendante par deux chercheurs avec une approche sémio-pragmatique de Peirce.

Résultats. Leur suivi médical était semblable aux autres patients. Ils devaient trouver un médecin traitant et pratiquaient l'automédication. Par leur formation médicale, ils étaient experts de leur santé et se sentaient illégitime à consulter. La maladie était représentée comme une altération de la vie personnelle et professionnelle voire une dépendance. Les internes souhaitaient une relation médecin-malade comme les autres tout en restant médecin. La rencontre avec le médecin traitant, révélait la symétrie des connaissances entre le médecin-soignant et le médecin-malade. Le début de l'internat était marqué par de trop grandes responsabilités par rapport au manque d'expérience de l'interne. Certains n'imaginaient pas s'absenter de stage du fait du regard des séniors. Ces facteurs pouvaient entraîner un épuisement professionnel et des troubles psychiques tabous.

Conclusion : Les freins à l'hétéro-gestion de la santé des IMG ont été explorés. La médecine du travail aurait un rôle déterminant : une consultation obligatoire pour tous les internes en début d'internat avec la réalisation du certificat d'aptitude après un examen physique et psychique systématique. Une sensibilisation à la gestion de leur santé et pour apprendre à être « patient » pourrait être proposée dès le second cycle.

Abstract

Background: The medical students health is questioned in front of the emergence of burnout among health professionals. They don't consult their doctor and as a medical student, they have access to occupational health or preventive medicine.

Objective: To explore the medical students health behavior and why they are not going to their GP.

Methods: Phenomenological qualitative study by semi-directed interviews conducted at 20 medical students in Lyon. Were analyzed independently by two researchers with a Peirce semio-pragmatic approach.

Results: Their health behavior was similar to other patients. They had to find a GP and practiced self-medication. Through their medical training, they were experts in their health and felt illegitimate to consult. The illness was represented as an alteration of personal and professional life or even a dependence. The medical students wanted a doctor-patient relationship like the others while remaining a doctor. The meeting with the GP revealed the knowledge's symmetry between the GP and the doctor-patient. The beginning of the internship was marked by great responsibilities compared to the lack of experience of the intern. They didn't imagine leaving the hospital because of seniors. These factors could lead to burnout and taboo mental disorders.

Conclusion: The brakes on the health hetero-management of interns have been explored. Occupational medicine would have a decisive role: a consultation for all interns at the beginning of the internship with the completion of the certificate after a systematic physical and psychological examination. An awareness of the management of their health and to learn to be patient could be proposed in the second cycle.

Introduction

L'émergence du *burn-out* et de la souffrance au travail des professionnels de santé interroge l'état de santé des internes, ceux-ci y étant particulièrement sujets du fait de leurs conditions de travail. Dans une enquête nationale sur la santé des étudiants en médecine, internes, remplaçants et jeunes médecins par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) réalisée en 2016, il a été mis en évidence qu'un étudiant en médecine sur quatre se sentait en moyenne ou mauvaise santé, que seul 58% avaient déclaré un médecin traitant et que 27% d'entre eux avaient consulté un médecin généraliste au cours de la dernière année (1). Par comparaison avec la population générale, ils consultaient moins que les personnes du même âge (2).

A la fois agent public et étudiant, l'interne en médecine dispose de ressources pour l'aider à gérer sa santé comme la médecine du travail ou la médecine préventive universitaire (MPU). Un tiers des participants de l'enquête nationale du CNOM avaient eu recours à ces institutions (1).

L'objectif principal de cette étude était d'explorer la santé des internes de médecine générale (IMG), leurs représentations de leur santé et de leur suivi médical ainsi que leurs freins à consulter un médecin traitant. L'objectif secondaire de ce travail était de réfléchir à des propositions éventuelles pour améliorer le parcours de santé des internes de médecine générale.

Méthode

Une étude qualitative phénoménologique a été réalisée de mai 2017 à décembre 2017 par entretiens semi-dirigés auprès de 20 internes de médecine générale de la subdivision de Lyon. Les entretiens ont été conduits à l'aide d'un canevas d'entretien jusqu'à saturation des occurrences. Les participants ont été recrutés afin d'obtenir un échantillonnage raisonné en variation maximale pour un recueil exhaustif des données. Les critères d'inclusion portaient sur le fait d'être IMG dans la subdivision de Lyon et ne pas avoir validé les six semestres du diplôme d'études spécialisées (DES). Le recrutement a été effectué par effet boule de neige, lors des journées d'étude du stage chez le praticien de niveau 1 et par le syndicat local représentant les IMG via leur page Facebook®. Les critères de variation recherchés dans l'échantillon étaient le sexe, l'année d'internat, le statut marital et le nombre d'enfants, le nombre de stage à plus de 30 minutes du domicile, les facultés d'origine et de rattachement, le fait d'avoir un médecin traitant et d'être allé le consulter dans les deux dernières années, d'avoir eu recours à la médecine du travail ou préventive universitaire au cours de l'internat et d'avoir réalisé son stage chez le praticien de niveau 1. Les entretiens ont eu lieu au domicile de l'enquêtrice ou du participant, à la faculté ou dans une salle d'un centre hospitalier. L'enregistrement des entretiens a été retranscrit mot à mot et les verbatims ont été analysés au fur et à mesure. Une analyse sémio-pragmatique selon la méthodologie de Peirce a été conduite. Les thèmes et sous-thèmes qui en émergeaient étaient alors restitués par ordonnancement logique des catégories obtenues. Les données ont été analysées de manière indépendante par deux chercheurs. La confrontation des analyses a été réalisée à la fin des entretiens, une triangulation des analyses a permis d'élaborer un plan qui répondait à la question de recherche. Tous les participants ont signé un formulaire de consentement pour l'enregistrement de l'entretien et l'utilisation de celui-ci dans la recherche. Un avis favorable du Comité de Protection des Personnes (CPP) d'Île-de-France 8 a été obtenu le 25 avril 2017 et l'étude a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL selon la méthode de référence MR-003 sous le numéro 2044103. Les auteurs ne déclaraient pas de conflit d'intérêt.

Résultats

Vingt internes de médecine générale âgés de 23 à 29 ans ont accepté de participer à l'étude dont dix femmes et dix hommes. Quatre d'entre eux se déclaraient porteurs d'une maladie chronique, deux participants n'avaient pas de médecin traitant déclaré, sept internes avaient consulté leur médecin dans les deux années précédentes et six avaient vu le médecin du travail durant leur cursus.

Tableau 1 : Principales caractéristiques des participants

L'interne : un patient expert et autonome

Un patient comme les autres

L'interne en médecine pratiquait l'automédication : « *l'automédication... la population française le fait déjà alors pourquoi pas les internes ?* » et devait trouver un médecin traitant « *comme n'importe qui dans la population a un médecin généraliste référent* ». Et parfois la démarche était laborieuse : « *en vrai c'est difficile de faire la démarche déjà, de trouver un médecin traitant ou quelqu'un qui nous prend en charge* ».

Entre expertise et illégitimité

Il était expert grâce à sa formation médicale : « *on est censés être capable de se gérer tout seul et de se soigner tout seul pour des choses simples* ». Cette expertise et la peur de déranger pouvaient être des freins au recours médical : « *à chaque fois je me dis : « Pourquoi j'irais déranger mon médecin traitant pour un truc que je peux faire ? »* ». Ils avaient l'impression de ne pas être prioritaires en lien avec la démographie médicale : « *il y a un problème de démographie médicale qu'il y a pas beaucoup de places, je ne suis pas prioritaire* » et pouvaient se débrouiller seuls avec leur santé : « *je pars du principe que tout ce qui peut être réglé en médecine générale, je peux le faire moi-même* ». Certains médecins qu'ils avaient consultés les incitaient même à se soigner seuls : « *parfois aussi les médecins traitants peuvent sous-entendre que tu te débrouilles toute seule et que tu n'as pas besoin d'aller les voir* ».

La perte d'autonomie : leur représentation de la maladie

Ils pratiquaient l'autoprescription par facilité : « *j'avais envie de le faire moi-même parce que j'estime que je peux le faire et que c'est plus simple* », tout en doutant de leur droit à ce sujet : « *je ne sais même pas si j'ai le droit de faire pour moi-même* ». Leur représentation de la maladie était comparée à un état de dépendance : « *pour moi être malade c'est avoir une maladie grave, avoir de la chimiothérapie, être au fond du lit à pas manger* » ayant un retentissement important sur leur vie personnelle et professionnelle : « *Être malade c'est un truc qui nous empêche d'être bien dans notre vie, d'être en mesure de faire tout ce qu'on veut faire, être handicapé un peu dans sa vie* ».

Une relation médecin-malade à la recherche d'un équilibre entre deux savoirs

Un malade comme les autres

Ils souhaitaient une relation médecin-malade comme les autres : un besoin d'explications « *il nous faut des explications même si on les a déjà, il faut les entendre de la part d'un confrère* », une décision médicale partagée « *qu'on puisse discuter un peu ensemble de ma prise en charge [...] comme avec n'importe quel patient en fait* » et surtout une volonté d'être considéré comme patient « *à partir du moment où on a une maladie, il faut être considéré avant tout comme un patient et pas comme un professionnel de santé, parce que sinon on est pas pris en charge de la même manière* ». Le recours aux autres spécialistes ou à un professionnel paramédical était plus facile : ils allaient, dans ce cas, chercher un savoir qu'ils n'avaient pas : « *avec un médecin spécialiste, on a des questions hyper précises, on est peut-être plus pertinent et pour autant on est dans l'attente d'une réponse donc la consultation est peut-être plus normale* ».

La rencontre avec le médecin généraliste

Lors de la consultation, des internes étaient très pudiques surtout quand cela concernait l'interrogatoire : « *l'interrogatoire c'est autre chose quand même tu vas dans ta vie privée, tu vas dans ton histoire médicale, tes problèmes de santé* » alors que les études médicales entraînaient une approche du corps moins traumatisante lors de l'examen clinique « *parce que le rapport au corps je trouve qu'on a en médecine [...] dès le début on dédramatise tout [...] et donc voilà j'ai pas de soucis à me faire examiner même pendant l'externat, on s'examinait entre nous ça ne me gêne pas du tout* ». La relation de soin avec le médecin traitant était symétrique de par les connaissances présumées de chacune des parties : « *c'est d'autant plus vrai quand on est médecin généraliste et qu'on va voir un autre médecin généraliste, on a un peu l'impression qu'il a peut-être pas grand chose à nous apporter* ». Le fait de dire ou non sa profession pour rester un patient lambda « *des fois je me demande si je peux pas prendre un médecin traitant sans lui dire que je suis médecin. Parce qu'on est*

tous sur une espèce de retenue quand on travaille avec nos confrères » et le paiement des honoraires de la consultation « *je préférerais payer ma consultation pour justement [...] être considérée vraiment comme un patient comme un autre* » étaient également questionnés. Un autre frein à la consultation était la peur d'être jugé sur ses connaissances ou sa pratique par le médecin-soignant « *j'avais peur qu'elle juge ma pratique moi en tant qu'interne de médecine générale, pas qu'elle me juge moi, qu'elle juge vraiment ce que je pouvais faire moi avec mes patients* ».

Une réflexivité professionnelle sur leur santé et leur formation

Un médecin en souffrance au travail

La représentation du médecin comme tout-puissant « *je suis encore à ma phase de toute-puissance, de non je ne serai jamais malade, je suis jeune, je suis médecin, c'est pas possible* », qui n'avait pas le droit d'être malade aux yeux de la société et de ses patients « *le médecin il a pas trop le droit d'être malade quoi, mais ça même les patients ils te le disent, quand t'arrives que t'as ton rhume, ton masque et tout, ils te disent : « Bon bah d'accord... super, vous êtes malade ! »* » ainsi que la culture de ne pas se soigner pour certains étaient également des freins au recours au médecin traitant « *c'est vrai que la génération du dessus a tendance à être encore même pire que nous en terme de non-consultation* ». La difficulté des études médicales « *si on dit toujours : « oui c'est dur », on ne dit pas à quel point c'est dur* », l'incertitude sur l'avenir « *quand on est étudiant en médecine avec l'échéance des concours, on est en situation de devoir toujours faire nos preuves, de passer des examens, de pas savoir exactement ce qu'on fera plus tard* », les responsabilités importantes de l'interne en stage et son manque d'expérience clinique « *parce qu'il y a un décalage entre son expérience entre guillemets et le degré de responsabilités qu'il a* », la confrontation à la souffrance des patients « *il est confronté à la mort, à la souffrance* » exposaient l'interne aux risques psychosociaux. Les troubles psychiques restaient tabous, ils n'en parlaient pas « *le problème de santé mentale est dur à vivre, dur à avouer aux autres, dur de s'avouer à soi-même* », le regard des autres n'était pas évident à gérer au quotidien « *j'arrive pas à gérer ma santé mentale, parce que c'est quand même hyper mal vu dans notre société* ».

Des ressources externes pour mieux gérer sa santé

Ils souhaitaient être sensibilisés sur la nécessité de prendre un médecin traitant dans la région « *d'une manière générale, pousser les internes à prendre un médecin traitant, à faire des suivis réguliers* ». L'importance d'échanger entre pairs était soulignée « *les groupes de pairs, [...] je trouve que c'est très important, en fait de pas garder les choses pour soi [...] ça te permet aussi de prendre de la distance et de pas prendre les choses trop à cœur* ». La médecine du travail avait un rôle de prévention en regard des risques psychosociaux « *il pourrait avoir surtout un rôle de prévention sur le vécu des stages, essayer de déceler un malaise ou un mal-être chez certains internes* » et « *de vérifier si je suis apte physiquement ou psychologiquement à exercer mon métier* ».

Des proposition pour le DES

Une visite obligatoire dans le service de santé au travail était proposée « *on devrait tous voir le médecin du travail [...] il a un rôle hyper important dans la prévention et dans le suivi des internes* », elle permettrait de réaliser le certificat d'aptitude à l'exercice de la fonction d'interne hospitalier « *si c'était quelque chose d'un peu plus officiel, voilà tel médecin, vous allez recevoir des internes, il faut leur poser telle et telle question, faut faire un examen quoi* ». Ils souhaitaient également une application du décret relatif au temps de travail des internes « *rien que déjà respecter le temps de travail ça éviterait qu'on soit en épuisement moral et physique* » et que des enseignements facultaires soient mis en place sur la gestion de leur santé et sur « *apprendre à devenir patient* » : « *qu'on nous sensibilise plus à notre propre santé parce qu'au final on en parle jamais de notre santé à nous, on parle tout le temps de la santé des autres, comment soigner les autres, comment soigner les patients, mais on parle jamais du médecin qui devient patient* ».

Discussion

Forces et limites de l'étude

La grille COREQ (*Consolidated criteria for REporting Qualitative research*) a permis d'évaluer la qualité de l'étude. Le manque d'expérience de l'enquêtrice a pu engendrer une limite d'influence. L'absence d'entraînement à la réalisation d'entretiens a pu affecter les réponses de certains participants au début de l'étude par la façon de poser les questions, de reformuler ou de relancer. Le directeur de thèse était formé à ce type de recherches (DIU « Recherche qualitative en santé ») et avait dirigé d'autres études qualitatives. L'enquêtrice sortant tout juste de son internat a pu aussi influencer les réponses de certains participants. L'identification de celle-ci aux internes de médecine générale a pu entraîner un effet d'encliquage. Ces limites ont été atténuées par la réalisation d'un canevas d'entretien détaillé avec de nombreuses questions de relance. Une posture initiale du chercheur ainsi qu'un journal de bord ont été réalisés dans le cadre de l'étude. Le nombre important de participants ainsi que l'originalité du travail étaient des forces de l'étude.

Leur autonomie modifie la représentation de la maladie

En débutant l'internat, les internes peuvent prescrire pour leurs patients sous la responsabilité de leur maître de stage. Ce droit de prescription permet à certains de s'autoprescrire des traitements, des examens complémentaires sans avoir recours à leur médecin traitant, bien que cela pouvait paraître illégal pour une minorité d'entre eux (3,4). Celui-ci est vécu comme un privilège et un pouvoir (3). Ayant acquis des compétences au cours de leurs études médicales, ils se sentent capables d'autogérer leur santé grâce à leurs connaissances sémiologiques et de l'évolution de la maladie. Pourtant, les comportements de santé des internes de médecine générale ressemblent à ceux des autres patients. En effet, la plupart d'entre eux pratique l'automédication tout comme les internes. Se pose alors la question des étapes qui initient l'automédication d'un patient, ainsi que la reconnaissance d'une pathologie dite « bénigne ». Le sujet identifie un signe corporel inhabituel qui lui conduit à s'autoexaminer. Ce signe devient un symptôme entraînant un autodiagnostic afin de distinguer si celui-ci relève du normal ou de la pathologie selon lui. Ce signe pathologique pousse à l'automédication. La question est donc la distinction pour le patient entre un signe à soigner et un signe à soigner soi-même (5). L'interne en médecine souhaite garder une autonomie le plus possible sur sa santé, grâce à son droit de prescription et ses connaissances théoriques mais qui pourraient entraîner une banalisation des symptômes ou au contraire une hypochondrie manifeste (4,6,7). La norme de santé pour l'interne qui est confronté à la maladie et à la souffrance des patients, lui est propre, et, comme ceux-ci, c'est quand ses normes sont dépassées qu'il repère alors la maladie. La maladie réelle était décrite comme une altération de la vie personnelle et professionnelle, voire même une dépendance. D'ailleurs, la maladie serait plutôt chronique ou grave ; les pathologies aiguës ou bénignes pouvaient pour la plupart être gérées sans avoir recours à un médecin. Les professionnels de santé avaient une altération de leurs représentations de la maladie et de la santé en lien avec un sentiment d'invulnérabilité et une approche irrationnelle de la maladie (4). Celle-ci reste secrète et cachée (8).

Un nouvel équilibre à inventer dans la relation médecin-malade

La relation médecin-patient était décrite comme « *un processus d'échange entre soignants et soignés qui ne s'effectue pas seulement entre l'expérience vécue du malade et le savoir scientifique du médecin mais aussi entre le savoir du malade sur sa maladie et l'expérience vécue du médecin* » (9). Lorsqu'il a recours à son médecin traitant, l'interne de médecine générale se sent dans une relation de soin symétrique. Or, la relation médecin-patient classique est basée sur un modèle asymétrique (10) en termes de savoir, de savoir-faire et de pouvoir. La symétrie décrite entre le médecin soignant et l'interne-soigné se retrouvait essentiellement sur les connaissances présumées de chacune des parties : faire appel à un professionnel qui avait les mêmes compétences pouvait sembler injustifié (11). Les médecins souhaitaient être considérés comme des patients *lambda*, régler les honoraires de la consultation, ne pas avoir de passe-droits. Paradoxalement, ils souhaitaient être reconnus comme médecins en gardant un pouvoir décisionnel sur leur propre prise en charge. Payer la consultation

reconnaissait l'acte technique et professionnel et appuyait le choix du médecin-malade d'avoir une prise en charge cadrée dans un parcours de soins coordonné par le médecin traitant. Ce cadre permettait également de sanctuariser ce temps de consultation et éventuellement de dissuader les consultations « entre deux portes » ou « de couloir » (7).

L'élitisme des études médicales retrouvé au sein de la relation médecin-malade

La peur du jugement pouvait également teinter la relation avec le médecin traitant (8). Cela portait sur le motif de consultation, leur pratique et leurs connaissances... Lorsqu'on interrogeait les médecins qui soignaient des confrères, la relation était aussi empreinte de jugement. Ils avaient peur de l'erreur médicale, de malfaire et que l'on juge aussi leur pratique de soignants (11). Les études médicales sont synonymes de compétition. Dès le concours en fin de PCEM1, la sélection et l'élitisme se font ressentir. Durant leur stage d'externat, la rencontre avec les « patrons » des services, la visite professorale et le « contrôle de connaissances » au lit du malade, des évaluations sanctionnantes tout au long des stages hospitaliers : les futurs médecins sont formés à être les meilleurs (12,13).

Un message de prévention parasité par la culture médicale

L'internat était une période charnière entre prise de responsabilités et construction du projet professionnel (14). La charge de travail excessive et le temps de travail supérieur à 48 heures par semaine étaient des facteurs de risques psychosociaux (15–17). Ces conditions de travail ont fait l'objet d'une réforme en 2015 (18). A ces conditions de travail parfois ardues, se mêlent fréquemment violences psychiques, harcèlement et bizutages au cours des stages (13,19). L'interne avait parfois du mal à dire « non » (20) ou à faire respecter ses droits en stage. Ces contraintes liées au travail sont banalisées par les internes, « *c'est normal d'en baver* » (20). La culture de l'invincibilité (21), le mythe du médecin tout-puissant (8) ne les encourageaient pas à avoir recours à un professionnel pour leur santé. Tous ces facteurs sont à risques d'épuisement professionnel. Malgré les dispositifs existants, les messages de prévention et l'omniprésence des risques psychosociaux dans les médias, l'interne en médecine peine à se sentir concerné. Le modèle actuel du médecin qui doit être infaillible et des études médicales comme sacerdoce tend à se modifier mais reste encore ancré dans le monde hospitalier (22). Les médecins seniors reproduisent sur leurs étudiants ce qu'ils ont subis : « *J'en ai bavé donc tu vas en baver* » (12). Un discours plus inclusif dans l'abord des risques psychosociaux permettrait de faire prendre conscience à l'interne que, lui aussi, peut être sujet à l'épuisement professionnel, aux troubles psychiques et à la maladie. Le service de santé au travail pourrait être un des leviers d'action sur ces risques. Moins de la moitié des internes avaient déjà rencontré le médecin du travail et proposaient une visite obligatoire avec celui-ci à chaque changement de statut (14,17).

Des propositions concrètes

- Inciter les internes en médecine à déclarer un médecin traitant.
- Appliquer la réforme du temps de travail des internes.
- Organiser une consultation obligatoire en santé au travail, le certificat d'aptitude pourrait être réalisé au cours de celle-ci.
- Mettre en place des enseignements facultaires sur la gestion de sa propre santé, informer et alerter sur les risques psychosociaux.

Conclusion

Cette étude qualitative a permis de mieux comprendre les comportements de santé des internes en médecine. La médecine du travail pourrait avoir un rôle déterminant : une consultation obligatoire pour tous les internes au début de l'internat et la réalisation du certificat d'aptitude à l'exercice après un examen physique et psychique systématique. Une sensibilisation à la gestion de leur santé pourrait être proposée dès le second cycle.

Références bibliographiques

1. Le Breton-Lerouillois G, Mourgues J-M. La santé des étudiants et jeunes médecins [Internet]. Commission jeunes médecins CNOM; 2016 p. 99.
2. Beck F, Richard J-B. Les comportements de santé des jeunes - Analyse du baromètre santé 2010 [Internet]. INPES; 2010 p. 346. (Baromètres santé).
3. Paillard M. La santé des internes nantais en médecine générale: observation des déterminants des pratiques d'autoprescription et d'automédication [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]: Université de Nantes; 2016.
4. Prud'Homme A. Pourquoi les internes en médecine de France métropolitaine pratiquent l'automédication et l'autoprescription ? Etude qualitative [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2013.
5. Fainzang S. L'automédication ou les mirages de l'autonomie. Paris, France: Presses universitaires de France; 2012. 181 p.
6. Thompson WT, Cupples ME, Sibbett CH, Skan DI, Bradley T. Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioners' care of their own health: qualitative study. *BMJ*. 29 sept 2001;323(7315):728-31.
7. Leriche B, Faroudja J-M, Montane F, Moulard J-C, Lucas J, Bouet P. Le médecin malade [Internet]. Conseil national de l'ordre des médecins; 2008 p. 81.
8. Guyon M. De l'autre côté du miroir : résonances entre savoirs expérientiels et savoirs facultaires. Etude qualitative auprès de 19 patients étudiants en médecine [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2017.
9. Laplantine F. Anthropologie de la maladie : étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la France contemporaine [Thèse d'Etat]. [France]: Université Paris Descartes; 1983.
10. Worms F. Le moment du soin. Paris, France: Presses Universitaires de France; 2014. 271 p. (Ethique et philosophie morale).
11. Bauguiou A. Quand le médecin généraliste soigne un de ses confrères: une consultation difficile ? [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]: Université de Nantes; 2013.
12. Hardy-Dubernet A-C, Gadéa C, Divay S, Horellou-Lafarge C, Le Roy F. De « faire médecine » à « faire de la médecine » [Internet]. DREES; 2005 janv p. 203. Report No.: 53.
13. Auslender V, Dejours C, Fleury C, Godeau E, Lazimi G, Lefève C, et al. Omerta à l'hôpital: le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé. Paris, France: Michalon; 2017. 317 p.
14. DGOS. Risques psychosociaux des internes, chefs de clinique et assistants (médecine, pharmacie et odontologie) [Internet]. France: Ministère des Affaires Sociales et de la Santé; 2017 février p. 36.
15. Le Tourneur A, Komly V. Burn-out des internes en médecine générale: état des lieux et perspectives en France métropolitaine [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2011.
16. Maxwell AL, Wainer Z. The health and wellbeing of junior doctors: insights from a national survey. *Med J Aust*. 19 oct 2009;191(8):441-4.
17. ISNAR-IMG, ANEMF, ISNCCA, ISNI. Enquête santé mentale jeunes médecins. Juin 2017. juin 2017;12.
18. Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes [Internet]. 2015-225 février, 2015.
19. Schreck C. Comment les internes de Rennes prennent-ils en charge leur santé, sur le plan préventif, physique et psychique [Thèse d'exercice]. [Rennes, France]: Université de Rennes 1; 2013.
20. Sirot A-M. En quoi les internes de médecine générale ont-ils du mal à dire non à leur senior ? étude transversale descriptive par questionnaire auprès de 222 internes de médecine générale à Lyon [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2016.
21. Fox F, Harris M, Taylor G, Rodham K, Sutton J, Robinson B, et al. What happens when doctors are patients? Qualitative study of GPs. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. nov 2009;59(568):811-8.
22. Marra D. Rapport sur la qualité de vie des étudiants en santé [Internet]. Ministère des solidarités et de la santé et Ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche; 2018 avr p. 69.

PESCI Agathe

L'interne et sa santé – Etude qualitative auprès d'internes de médecine générale de la subdivision de Lyon

Pages : 57 Tableau : 1 Illustration : 1

Th. Méd. : Lyon 2018 ; n°89

RÉSUMÉ :

Contexte : L'émergence de la souffrance au travail des professionnels de santé interroge sur l'état de santé des internes. Ceux-ci ne consultent pas ou peu leur médecin traitant et étant à la fois agent public et étudiant, ils disposent de ressources comme la médecine du travail ou la médecine préventive universitaire. L'étude s'est intéressée au vécu des internes de médecine générale (IMG) concernant leur santé.

Population étudiée et méthode : Étude qualitative phénoménologique par entretiens semi-dirigés conduite auprès de 20 IMG de la subdivision de Lyon. Les entretiens ont été analysés de façon indépendante par deux chercheurs avec une approche sémio-pragmatique de Peirce.

Résultats : Leur suivi médical était semblable à celui des autres patients. Ils devaient trouver un médecin traitant et pratiquaient l'automédication. Par leur formation médicale, ils étaient experts de leur santé et se sentaient illégitimes à consulter. La maladie était représentée comme une altération de la vie personnelle et professionnelle voire une dépendance. Les internes souhaitaient une relation médecin-malade comme les autres tout en demeurant médecin. La rencontre avec le médecin traitant, révélait la symétrie des connaissances entre le médecin-soignant et le médecin-malade. Le début de l'internat était marqué par de grandes responsabilités par rapport au manque d'expérience de l'interne. Certains n'imaginaient pas s'absenter de stage du fait du regard des seniors. Ces facteurs pouvaient entraîner un épuisement professionnel et des troubles psychiques.

Conclusion : Les freins à l'hétéro-gestion de la santé des IMG ont été explorés. La médecine du travail aurait un rôle déterminant : une consultation obligatoire pour tous les internes au début de l'internat avec la réalisation du certificat d'aptitude à l'exercice après un examen physique et psychique systématique. Une sensibilisation à la gestion de leur santé et pour apprendre à être patient pourrait être proposée dès le second cycle.

MOTS CLÉS : interne en médecine, santé, suivi médical, médecine du travail, médecin traitant, automédication, risques psychosociaux, relation médecin-patient.

JURY :

Président : Professeur Yves ZERBIB

Membres : Professeur Alain BERGERET

Professeur Pierre COCHAT

Professeur Jean-Marc SOULAT

Docteur Thomas PIPARD

DATE DE SOUTENANCE : Mardi 24 avril 2018

ADRESSE DE L'AUTEUR : 36, avenue Georges Clémenceau, 69230 Saint-Genis-Laval ;
agathe.pesci@gmail.com