

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE, MAIEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTE

ANNEE : 2021

N° 357

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat
Mention Médecine générale

PAR

AVRIAL Charlène

Née le 27/05/1992 à Montélimar

COMMENT SENSIBILISER LES JEUNES MEDECINS A AVOIR UN SUIVI MEDICAL ?

Etude qualitative réalisée auprès d'internes de médecine générale alsaciens

Président de thèse : Professeur Maria Gonzalez

Directeur de thèse : Docteur Vincent Dupré

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition OCTOBRE 2021
Année universitaire 2021-2022



- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Premier Doyen de la Faculté** M. DERUELLE Philippe
- **Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (2001-2011) M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général : M. GALY Michaël

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
DOLLFUS Hélène Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO224

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina M0003 / P0219	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
ARNAUD Laurent P0186	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas P0007	NRPô CS	• Pôle Hépatogastro-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	RPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	RPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRPô NCS	- Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAIS Laurent M0099 / P0215	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François P0017	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CASTELAIN Vincent P0027	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie- Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas M0016 / P0220	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard P0045	NRPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôp. de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	RPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	RPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Mathieu P0188	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAITOT François P0216	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRPô NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien P0221	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOÏCHOT Bernard P0066	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRPô CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard P0075	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189	RPô CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme KESSLER Laurence P0084	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd.B/HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	RPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	RPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc P0	RPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan P0093	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	RPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier P0222	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel P0104	RPô CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU- SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain M0093 / P0223	NRPô NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas P0105	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôp. Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295 / Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RPô NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOËL Georges P0114	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / P0218	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	RPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRPô NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry P0119	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRPô NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRPô CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale/Haute-pierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît M0061 / P0224	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérald P0129	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civi	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANANES Nicolas P0212	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUER Arnaud P0183	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline P0225	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis P0144	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHROEDER Carmen P0185	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique P0150	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales /Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Serv. de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôp.Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
WOLF Philippe P0207	NRPô NCS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU 	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre 	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chef de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(3) (7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019 (8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017 (9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC 	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Hépatodigestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC 	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Toru		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC 	
SALVAT Eric	CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP 	

MO142

B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTONI Delphine M0109		• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline M0129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Hélène M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERAILINE Jocelyn M0012		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas M0136		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël M0137		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela M0138		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DELHORME Jean-Baptiste M0130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra M0131		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico- judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud M0139		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre CS	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILISSETTI Denis M0025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre M0132		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
GIES Vincent M0140		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine M0133		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata M0134		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Serv. de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail/HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme PORTER Louise M0135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne M0141		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie / ICANS	44.02 Physiologie (option clinique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hautepierre	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC • Pôle de Biologie	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		- Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	47.04 Génétique
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie M0142		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
TALHA Samy M0070		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	44.02 Physiologie (option clinique)
TALON Isabelle M0039		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joff rey M0077		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	44.02 Physiologie (option clinique)
		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
---------------------------	---	---

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084 Médecine générale (01.09.2017) Pre
Ass. GROB-BERTHOU Anne	M0109 Médecine générale (01.09.2015) Pr Ass.
GUILLOU Philippe	M0089 Médecine générale (01.11.2013) Pr
Ass. HILD Philippe	M0090 Médecine générale (01.11.2013) Pr
Ass. ROUGERIE Fabien	M0097 Médecine générale (01.09.2014)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		53.03 Médecine générale

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre DUMAS Claire	Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dre SANSELME Anne-Elisabeth	Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick	Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES

D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr DE MARCHI Martin	• Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GERARD Bénédicte	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Mme Dre LALLEMAN Lucie	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole(PASS)
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	• Pôle de Gériatrie Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	• Pôle Locomax Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique Centre Clinico Biologique d'AMP / CMC
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

o de droit et à vie (membre de l'Institut)

CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)

o pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)

Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)

o pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)

DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)

o pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023) BELLOCO

Jean-Pierre (Service de Pathologie) DANION Jean-Marie
(Psychiatrie)
KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)

o pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)

DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
HERBRECHT Raoul (Hématologie)
STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Pr CHARRON Dominique (2019-2020)
Pr KINTZ Pascal (2019-2020)
Pr LAND Walter G. (2019-2020)
Pr MAHE Antoine (2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine (2019-2020)
Pr REIS Jacques (2019-2020)
Pre RONGIERES Catherine (2019-2020)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94
 BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01
 BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21
 BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12
 BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95
 BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10
 BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16
 BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18
 BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04
 BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17
 BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95
 BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20
 BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03
 BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19
 BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99
 BRETTE Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10
 BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86
 BURSZEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18
 CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15
 CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15
 CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95
 CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18
 CHELLY Jameledine (Diagnostic génétique) / 01.09.20
 CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12
 CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16
 COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00
 CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98
 CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11
 DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17
 DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17
 DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19
 DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13
 EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10
 FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02
 FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16
 FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09
 GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13
 GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04
 GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97
 GRUCKER Daniel (Institut de Physique Biologique) / 01.09.21
 GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14
 HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18
 HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06
 HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04
 IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09
 IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98
 JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17
 JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11
 JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11
 JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04
 KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18
 KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06
 KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95
 KREMER Michel / 01.05.98
 KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18
 KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07
 KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08
 KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
 KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
 LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
 LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
 LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
 LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
 LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
 LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
 MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
 MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
 MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
 MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
 MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
 MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
 MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
 MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
 MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
 MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
 MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
 MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
 MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
 MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
 MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
 OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
 PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
 PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
 Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
 PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
 POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
 REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
 RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
 RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
 SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
 SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
 SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
 SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
 SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
 SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
 SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
 SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
 SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
 STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
 STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
 STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
 STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
 TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
 TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
 TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
 VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
 VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
 VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
 WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
 WATTIEZ Arnaud (Gynécologie Obstétrique) / 01.09.21
 WILHM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
 WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
 WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
 WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.9

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine - 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. - Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
 QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
 A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A Madame la Professeur Maria Gonzalez,

Vous me faites l'honneur de présider le jury. Veuillez recevoir mes sincères remerciements ainsi que ma respectueuse reconnaissance pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

A Monsieur le Docteur Philippe Guillou,

Veuillez accepter mes remerciements pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail ainsi que pour nos échanges médico-psychologiques durant mon SASPAS.

A Monsieur le Docteur Vincent Dupré,

Je te remercie pour ta présence et ta disponibilité durant ces quatre années. Merci pour toutes tes relectures et tes conseils toujours bien avisés. Et merci plus particulièrement pour ton soutien dans ce travail et pour l'intérêt que tu lui as porté. Ce fut un honneur pour moi de t'avoir comme tuteur et directeur de thèse.

A toutes les personnes qui ont volontairement participé à ce travail,

Je vous remercie pour le temps et la confiance que vous m'avez accordés. Grâce à vous, ce travail a pu être mené à bien et, je l'espère, contribuera à une meilleure prise en charge des générations futures.

A ma famille,

Merci pour votre éternel soutien et pour tous ces moments de joie que nous partageons depuis quelques années maintenant.

Merci pour tous ces petits-déjeuners au lit qui m'ont fait gagner un temps précieux dans mes apprentissages et pour toutes les petites randos rapides du dimanche qui ont contribué à l'aération de mes neurones.

Petite dédicace spéciale à mes deux caillons, je vous aime bien, hein.

A mes amis,

Aux grenoblois, présents au début de cette aventure, merci pour ces belles années passées à vos côtés.

Aux strasbourgeois, merci pour la suite de cette aventure et pour tous ces chouettes moments vécus dans cette si belle région.

A Carole, merci pour tous nos fous rires « épicés » et nos soirées jeux de société.

A Marie-Alix, merci pour la richesse de nos échanges et pour tous nos temps de louange.

A la team Taizé, Agathe, Boris, Marie et Florian, merci pour votre présence et votre bienveillance.

Dédicace à Pauline, mon plus beau cadeau !

A mes amies de longue date, Camille et Célia, merci pour votre confiance et pour toutes ces années riches en émotion.

« N'oublie pas de croire et d'oser », François Garagnon

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION.....	18
1.1 ETAT DES LIEUX DE LA SANTE DES MEDECINS.....	18
1.2 FREINS AU SUIVI MEDICAL DES MEDECINS.....	22
1.3 CONSEQUENCES DE L'AUTOGESTION.....	23
1.4 NECESSITE DE SENSIBILISER LES MEDECINS SUR LEUR SANTE.....	25
II. MATERIEL ET METHODE.....	27
III. RESULTATS.....	32
3.1 CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON ET DES ENTRETIENS.....	32
3.2 ANALYSE DES ENTRETIENS.....	33
3.2.1 Suivi médical actuel des internes.....	33
3.2.1.1 Rare suivi par le médecin traitant.....	33
3.2.1.2 Recours au personnel médical qu'en cas d'extrême nécessité.....	34
3.2.1.3 Négligence de leur santé.....	35
3.2.1.4 Des internes conscients des risques liés à leur autogestion.....	35
3.2.1.5 Des internes en attente de sensibilisation.....	37
3.2.2 Thématiques à aborder pour sensibiliser les jeunes médecins à avoir un suivi médical....	38
3.2.2.1 Promouvoir qu'être patient est un droit.....	38
3.2.2.2 Retrouver une humilité sur le statut de soignant.....	40
3.2.2.3 Apprendre à être patient.....	42
3.2.2.4 Rappeler le rôle du médecin traitant.....	44
3.2.2.5 Avertir des risques liés à l'autoprescription.....	48
3.2.2.6 Suggérer qu'un bon médecin est un bon patient.....	51
3.2.2.7 Montrer l'impact de l'image du médecin-malade sur ses patients.....	52
3.2.2.8 Renforcer la formation des internes.....	53
3.2.2.9 Travailler sur les mécanismes psychologiques.....	56
3.2.2.10 Aborder le statut de soignant avec philosophie.....	58
3.2.2.11 Apprendre à soigner les confrères.....	59
3.2.2.12 Proposer des consultations médicales spécifiques.....	62
3.2.3 Les moyens pour sensibiliser les jeunes médecins à leur suivi médical.....	64
3.2.3.1 Les témoignages.....	64
3.2.3.2 Les débats.....	66
3.2.3.3 Les mises en situation.....	67

3.2.3.4 Les formations théoriques.....	69
3.2.3.5 Les animations audio-visuelles.....	69
3.2.3.6 Les messages écrits.....	70
3.2.3.7 Préconiser une démarche de recherche en amont.....	71
3.2.4 Les moments pour sensibiliser les jeunes médecins.....	72
3.2.4.1 Pendant les groupes d'échange et d'analyse de pratique (GEAP).....	72
3.2.4.2 Durant les groupes de pairs.....	73
3.2.4.3 Lors de congrès.....	74
3.2.4.4 Sur les réseaux sociaux.....	74
3.2.4.5 Le plus tôt possible.....	75
3.2.5 Les personnes devant intervenir pour sensibiliser les jeunes médecins.....	77
3.2.5.1 Le corps médical.....	77
3.2.5.2 Les collègues de travail.....	77
3.2.5.3 Les grandes instances.....	78
3.2.5.4 Les pharmaciens.....	79
3.2.5.5 Les enseignants.....	79
3.2.5.6 Les tuteurs.....	80
3.2.5.7 Les professionnels paramédicaux.....	80
3.2.5.8 Autres professions.....	81
3.2.5.9 Les patients.....	81
3.2.5.10 Une personne formée.....	82
IV. DISCUSSION.....	84
4.1 DISCUSSION DE LA METHODOLOGIE.....	84
4.2 DISCUSSION DES RESULTATS.....	85
4.2.1 Comparatif de notre échantillon.....	85
4.2.2 Sensibiliser les jeunes médecins à avoir un suivi médical : une obligation.....	85
4.2.3 En pratique, une formation au contenu parlant.....	86
4.2.3.1 Revoir certains fondamentaux.....	86
4.2.3.2 Être patient : un apprentissage sur le long terme.....	88
4.2.3.3 Redonner une place centrale au médecin traitant dans le parcours de soin des jeunes médecins.....	89
4.2.3.4 L'autoprescription : la combattre de façon juste et appropriée.....	94
4.2.3.5 Percevoir les liens entre la santé des médecins et celle de leurs patients.....	98
4.2.3.6 Améliorer la formation des internes.....	100

4.2.3.7 Sensibilisation des jeunes médecins à travers des consultations dédiées : complémentarité aux sensibilisations « théoriques ».....	106
4.2.4 ... avec des moyens variés.....	108
4.2.4.1 L'apprentissage entre pairs.....	109
4.2.4.2 Les formations théoriques.....	110
4.2.5 ... à différents moments.....	111
4.2.5.1 Lors de rencontres entre pairs.....	111
4.2.5.2 De façon continue, à travers les réseaux sociaux.....	112
4.2.5.3 La priorité : une sensibilisation répétée dès le plus jeune âge.....	113
4.2.6 ... et par différents interlocuteurs.....	113
4.2.6.1 Le monde de la santé.....	113
4.2.6.2 Le monde enseignant.....	115
4.2.6.3 Tous acteurs.....	115
V. CONCLUSION.....	117
VI. ANNEXES.....	119
VII. BIBLIOGRAPHIE.....	218

LISTE DES ABREVIATIONS

CARMF : caisse autonome de retraite des médecins de France

DES : diplôme d'étude spécialisée

DIU : diplôme inter-universitaire

DTP : diphtérie – tétanos – poliomyélite

FST : formation spécialisée transversale

GEAP : groupes d'échange et d'analyse de pratique

IMG : interne de médecine générale

MT : médecin traitant

OMS : organisation mondiale de la santé

PACES : première année commune aux études de santé

I. INTRODUCTION

Selon l'OMS, la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (1).

Or, depuis quelques années en France, nous lisons régulièrement dans la presse des articles relatant la souffrance, notamment psychologique, des médecins (2,3) ainsi que leur difficulté à se soigner voire leur négligence à l'égard de leur propre santé (4,5).

Afin d'identifier et expliquer ces constats, plusieurs études se sont alors intéressées à la santé des médecins actuels et futurs en objectivant leur état de santé physique et mentale, les causes des différents troubles et leurs conséquences immédiates et à long terme.

1.1 ETAT DES LIEUX DE LA SANTE DES MEDECINS

1.1.1 Santé physique

Concernant les vaccinations, 84.3% à 95.4% des internes et médecins sont à jour du vaccin DTP et ils sont entre 87.7% et 98% à être vaccinés contre l'hépatite B (6,7,8) ; vaccinations normalement obligatoires pour tous les professionnels de santé (9). De plus, 34.6% à 60% d'entre eux se vaccinent contre la grippe chaque année (6,8).

Ils sont 51% à se vacciner eux-mêmes (10).

Concernant les dépistages des cancers, 55.9% des médecins sont à jour du dépistage contre le cancer colorectal, 75% des femmes font, selon les recommandations, une mammographie et 86.7% un frottis cervico-vaginal (6,11).

Concernant le dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire, 59.1% des médecins ont contrôlé leur tension artérielle dans l'année, 79.5% ont fait une exploration des anomalies lipidiques et 82.3% ont dosé leur glycémie à jeun dans les cinq ans (6).

Concernant les intoxications tabagiques, 8.6% à 21% des médecins fument ; parmi ceux ayant déjà essayé d'arrêter, seuls 10% ont demandé une aide médicale pour le sevrage (6,10).

Constatation relativement similaire chez les internes, puisque 22.9% rapportent fumer du tabac régulièrement et seulement 8.6% ont consulté un médecin pour parler de leur consommation (7).

Quant à l'intoxication alcoolique, 30% des médecins boivent régulièrement (10). En cas de sevrage, quasiment aucun médecin ne s'adressait à un confrère pour être accompagné dans cette démarche (10), idem pour les internes ayant une consommation à risque (7).

En cas de situation aiguë préoccupante, les médecins ont aussi tendance à gérer seuls voire négliger celle-ci puisque 23% ne prennent pas de conseil ni ne réalisent d'examen complémentaires ; de même lors de situations à risque comme les AES où 26% n'avaient pas demandé l'avis d'un confrère ni même réalisé de sérologie de contrôle (10).

Concernant les internes, 78% ne consultent pas lorsqu'ils sont confrontés à une situation aiguë (12).

Sur le plan des pathologies chroniques, environ 33% des médecins rapportent avoir une maladie chronique ou à caractère durable. Les pathologies les plus retrouvées sont les maladies cardiovasculaires suivies des pathologies ostéoarticulaires et des troubles digestifs (13).

Quelle que soit la pathologie, la majorité d'entre eux s'autogère puisqu'ils sont 60% à assurer leur suivi et à s'autoprescrire leur traitement chronique (7,10).

Au niveau des traitements somatiques, les médecins ont largement recours à l'autoprescription puisqu'ils sont 85.7% à s'être déjà auto-prescrit un médicament (11). Les traitements les plus prescrits sont les anti-inflammatoires, les antibiotiques, les antitussifs et les antalgiques de niveau 2 (14).

Concernant les internes, 96.2% rapportent avoir déjà eu recours à l'autoprescription (8).

1.1.2 Santé mentale

En 2017, une enquête nationale menée par les différents syndicats des étudiants en médecine a montré que 66.2% d'entre eux souffrent d'anxiété, 27.7% de dépression, 23.7% ont des idées suicidaires et 3.4% ont déjà fait une tentative de suicide (15).

Concernant les médecins installés, 66% déclarent être stressés au quotidien (16), 32% ont une pathologie anxiodépressive (17) et l'on recense 14% de décès par suicide chez ces derniers (18).

Parmi ceux souffrant de ces pathologies, 2/3 n'ont pas de suivi et 1/4 seulement est traité (17).

De plus, 43% des médecins se plaignent également de troubles du sommeil et 79% ressentent de la fatigue de manière répétée (19).

Par ailleurs, 58.1% des internes de médecine générale et 60.8% des médecins généralistes se sentent menacés par le syndrome d'épuisement professionnel, burn out, en ayant au moins une composante atteinte : épuisement émotionnel, dépersonnalisation ou sentiment de non-accomplissement personnel (18,20).

Concernant les traitements psychotropes, 8.6% des médecins consomment un antidépresseur et 23.6% un somnifère (21). 17.1% ont recours à un traitement pour gérer le stress dont un anxiolytique pour 57.9% d'entre eux (16).

Quant aux internes, environ 10% ont déjà suivi un traitement antidépresseur et quasiment 25% ont pris un anxiolytique de façon régulière depuis le début de l'internat (7).

Parmi eux, 82% à 92% déclarent avoir pris les anxiolytiques et hypnotiques de leur propre chef ; ils sont 60% à avoir fait de même pour l'antidépresseur (7,19).

1.1.3 Autogestion de leur santé

En résumé, les médecins ont une santé physique relativement bonne, notamment en termes de prévention primaire et secondaire, comparée aux autres professions de même niveau socio-économique (13).

Cependant, il est important de souligner que 50% à 94.1% d'entre eux assurent eux-mêmes leur suivi médical et ont facilement recours à l'autoprescription (10,21). D'ailleurs, 41% des étudiants en médecine et 80% des médecins n'ont pas de médecin traitant (22,23).

Néanmoins, 53% d'entre eux considèrent leur suivi médical moyen voire mauvais, 21% déclarent leur autoprescription non conforme dans sa durée et 49.5% perçoivent un risque important de retard diagnostic voire ils estiment être de mauvais médecin pour eux-mêmes par manque de lucidité et d'objectivité (10,14,24,25).

Concernant leur santé mentale, celle-ci est beaucoup plus alarmante au vu des données citées avec un risque de mortalité par suicide 2.3 fois supérieur à celui des autres professions (26).

Cependant, même dans de telles situations de détresse, les médecins consultent peu. En effet, l'association d'une santé jugée moyenne ou mauvaise à la présence d'idées suicidaires ne les incite pas

pour autant à consulter un spécialiste en médecine (22). Là encore, ils préfèrent recourir à l'automédication et n'hésitent pas à initier d'eux-mêmes un traitement antidépresseur ou anxiolytique (7,19).

1.2 FREINS AU SUIVI MEDICAL DES MEDECINS

Alors que la majorité des médecins préfèrent gérer eux-mêmes leur santé plutôt que de la confier à leurs confrères, plusieurs raisons ont été mises en évidence pour expliquer cette attitude (13,21).

Premièrement, parce que pendant très longtemps, ce fut un sujet tabou que d'admettre que les médecins pouvaient être à leur tour en détresse morale et physique altérant ainsi le principe d'invulnérabilité de ceux-ci et rompant l'image particulière de toute-puissance du médecin au sein de la société (22,25).

Deuxièmement, parce que les médecins sont souvent dans le déni de la maladie (27), ont peur de se confronter à celle-ci (13) et ont des difficultés à accepter de « passer de l'autre côté de la barrière » (25).

Troisièmement, parce que du fait de leur statut de soignant, ils éprouvent un sentiment de honte vis-à-vis de leurs confrères, ont peur d'être jugés et craignent de ne pas être considérés comme un patient lambda. Ils rapportent également avoir une faible confiance envers leurs collègues et doutent quant au respect du secret médical (13,28,29).

D'ailleurs, 36.1% d'entre eux pensent même qu'être médecin est un handicap dans la relation de soins (16).

Par ailleurs, une autre cause pouvant expliquer la négligence des médecins vis-à-vis de leur santé est l'impact du système de santé sur leur activité professionnelle.

En effet, les médecins sont souvent confrontés à une importante charge de travail et manquent de temps pour eux-mêmes, ne les incitant pas à consacrer leur peu de temps libre à un parcours de soin (16,28).

Pour ceux exerçant en libéral, il y a également la crainte des répercussions financières en cas d'arrêt maladie ; ainsi que les difficultés à trouver un remplaçant pour assurer le suivi de leur patientèle (25). De plus, ces derniers déplorent l'absence de médecine de travail adaptée à leur statut et le manque d'anonymat (13,16).

Enfin pour ceux ayant un statut salarié, comme pour les internes, ils craignent d'être mal vus en cas d'absence (22). Aussi, même si l'accès à la médecine du travail est a priori plus facile pour eux, seuls 37% des internes l'ont rencontrée durant leur cursus (22).

Au regard de ces constats, la plupart des médecins pensent que leur démarche de soin n'est pas idéale et sont capables d'avoir un esprit critique vis-à-vis de celle-ci. Ils vont même jusqu'à reconnaître que leur auto-prise en charge peut être potentiellement dangereuse mais ne changent pas pour autant leur façon de faire (25).

1.3 CONSEQUENCES DE L'AUTOGESTION

Premièrement, de nombreuses répercussions sur leur vie personnelle sont à déplorer.

En effet, les médecins qui s'auto-soignent, d'autant plus s'ils sont exposés à une souffrance psychologique, présentent une surconsommation de médicaments notamment d'hypnotiques,

antidépresseurs ou antalgiques de palier 2 (18,20,22). Ils sont également plus exposés aux risques d'addiction à l'alcool et au tabac (18).

De plus, leur négligence à l'égard de leur souffrance a des répercussions sur leur santé en favorisant les troubles somatiques atypiques, les troubles du sommeil, l'asthénie, l'anxiété (18,29) ainsi que le développement de maladie coronarienne lorsqu'ils sont exposés au syndrome d'épuisement professionnel avec un risque relatif de 3.1 chez les hommes et 3.4 chez les femmes (30,31).

Rappelons que 49.5% perçoivent un risque important de retard diagnostique pouvant entraîner des séquelles plus ou moins graves (14).

Enfin, ils rapportent aussi des conséquences sur leur vie de famille en évoquant de la culpabilité vis-à-vis de leurs proches mais également des conflits et séparations (18,29).

Deuxièmement, des répercussions sur leur vie professionnelle sont aussi retrouvées.

Tout d'abord, les médecins souffrant de burn out se déclarent moins aptes à réfléchir à des cas médicaux complexes et lisent moins de revues médicales (20).

Par ailleurs, ils décrivent une dégradation de la relation médecin-patient et une altération de la qualité des soins avec une sensation d'irritabilité, une diminution de leur empathie voire une prise en charge défectueuse pouvant entraîner des erreurs médicales (18,32).

De plus, les patients aussi perçoivent ces conséquences en voyant la relation avec leur médecin se dégrader. Ils ressentent un manque de respect à leur égard, se questionnent sur la confiance à leur apporter et s'interrogent même sur leur capacité à exercer (33).

Cette altération de la relation de soins peut mener jusqu'à des conflits entre médecin et patient (32).

Troisièmement, des répercussions sur la société en général sont à craindre à court et moyen terme.

L'impact sur la démographie médicale est l'un des principaux dangers, surtout à l'heure actuelle où l'on dénombre de nombreux déserts médicaux en France (34).

En effet, 12.3% des médecins envisagent de changer de métier (18) et 36.8% des internes ont déjà songé à arrêter leurs études (35).

De plus, les arrêts maladie et les cessations d'activités des médecins épuisés entraînent une surcharge de travail chez leurs confrères à leur tour exposés aux différents risques cités plus haut, instaurant ainsi un cercle vicieux sur la santé de nos soignants (32,33).

Enfin, des conséquences financières sont à considérer.

Tout d'abord, parce que les médecins en burn out majorent les avis auprès de leurs confrères entraînant un surcoût médical (33). Et surtout, parce qu'en 2019, 21.03% des indemnités journalières versées par la CARMF et 44% des attributions d'invalidité définitive concernaient des pathologies psychiatriques (36).

1.4 NECESSITE DE SENSIBILISER LES MEDECINS SUR LEUR SANTE

Au vu de ces constats, il semble urgent de sensibiliser les soignants sur l'importance d'avoir un suivi médical et une prise en charge globale de leur santé, qui devraient être réalisés par un médecin autre qu'eux-mêmes.

D'ailleurs, plusieurs campagnes de sensibilisation ont déjà vu le jour comme « Dis doc, t'as ton doc » lancée par la Commission santé des anesthésistes-réanimateurs en 2017 pour inciter les médecins à avoir un médecin traitant et réduire l'autodiagnostic et l'automédication (23).

De plus, plusieurs auteurs concluent également sur l'importance de sensibiliser les étudiants en médecine sur ces sujets en valorisant notamment le choix d'un médecin traitant autre que soi-même (6,37), en demandant aux facultés d'enseigner la thématique du médecin malade et d'exposer les problèmes spécifiques à l'automédication des soignants (7,11).

Les médecins étant souvent dans le déni de la maladie, il est indispensable d'intervenir en amont en proposant aux étudiants des dispositifs de sensibilisation, prévention et intervention (27).

Au vu de ces suggestions et en l'absence de formation existante à ce jour pour les internes en médecine générale de la faculté de Strasbourg, nous sommes arrivés à la conclusion qu'il serait intéressant d'interroger ces derniers sur leurs besoins en termes de sensibilisation à ces problématiques ; à savoir quel type de formation permettrait aux jeunes médecins d'opter dès à présent pour une prise en charge et un suivi médical réalisés par un médecin autre qu'eux-mêmes ?

II. MATERIEL ET METHODE

2.1 TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude qualitative réalisée auprès d'internes de médecine générale de la faculté de Strasbourg.

Elle a été réalisée à partir d'entretiens individuels semi-dirigés.

2.2 OBJECTIF DE L'ETUDE

L'objectif de cette étude était de mettre en évidence les moyens de sensibilisation qui pourraient permettre aux jeunes médecins d'avoir une prise en charge et un suivi médical régulier réalisés par un médecin tiers.

2.3 CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON

2.3.1 Recrutement

Les deux premiers entretiens ont été réalisés avec des internes connus de la chercheuse et ont notamment permis d'ajuster le guide d'entretien.

Les entretiens suivants ont été réalisés avec des internes recrutés suite aux recommandations des participants précédents qui les jugeaient susceptibles d'être intéressés par le sujet.

Tous les participants ont été contactés par message écrit via Messenger® ou WhatsApp® ou par mail.

Les entretiens se sont déroulés du 26 avril 2021 au 8 octobre 2021.

2.3.2 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion de l'étude portaient sur le fait d'être interne en médecine générale à Strasbourg ou d'avoir une licence de remplacement en médecine générale dans le Bas Rhin sans détenir le titre de docteur en médecine.

Les internes réalisant une FST dans le cadre de leur DES de médecine générale étaient également inclus.

2.3.3 Nombre de sujets à inclure

Le nombre de sujet à inclure n'était pas défini au début de l'étude puisqu'il était convenu d'arrêter les entretiens dès lors qu'une saturation des données était observée dans un entretien, c'est-à-dire lorsque plus aucune nouvelle donnée n'apparaissait.

Cette saturation de données a été confirmée par un entretien supplémentaire.

2.4 REALISATION DES ENTRETIENS

2.4.1 Lieu de réalisation

Tous les entretiens ont été réalisés en présentiel dans des lieux calmes propices à un enregistrement de bonne qualité et permettant une concentration optimale des deux parties.

2.4.2 Présentation de l'étude

Avant chaque entretien, une présentation des données ayant conduit à cette étude était présentée au participant ainsi que l'objectif de celle-ci (*annexe 1*).

Ils étaient également avertis de l'enregistrement de l'entretien, de sa retranscription rendue anonyme ainsi que de la destruction de l'enregistrement à la fin de l'étude.

2.4.3 Signature du consentement

Une fois les présentations faites, un formulaire de consentement (*annexe 2*) était remis au participant, rappelant les différentes modalités citées précédemment, et signé en deux exemplaires, l'un pour la chercheuse, l'autre pour ce dernier.

2.4.4 Caractéristiques des participants

Les caractéristiques des participants étaient recueillies après la signature des consentements, juste avant de commencer l'entretien.

Les données concernaient le sexe, l'âge, le semestre et la réponse binaire oui/non à la déclaration d'un médecin traitant.

2.4.5 Enregistrement des entretiens

Les entretiens étaient enregistrés via l'enregistreur vocal d'un smartphone.

2.4.6 Guide d'entretien

Les entretiens ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien (*annexe 3*), établi à partir de données retrouvées dans la littérature.

Ces données concernaient les principaux freins au suivi médical des médecins. Elles ont été thématiques et ont permis d'établir un guide d'entretien explorant six parties :

- Les angoisses liées aux soins et le déni de la maladie
- L'image taboue du médecin-malade et la représentation de toute-puissance
- La considération d'être un patient lambda et les craintes liées aux jugements
- L'exploration des risques liés à l'autoprescription
- L'importance de choisir un médecin traitant
- La formation en pratique

Durant les entretiens, la chercheuse s'est donc aidée de ce guide pour explorer les solutions que les jeunes médecins souhaiteraient voir émerger afin de palier à ces obstacles.

A noter, les différents thèmes ont été abordés dans des ordres différents lors de chaque entretien, en fonction de ce qu'évoquait le participant et afin de permettre une meilleure exploration de chaque thématique.

2.5 ANALYSE DES ENTRETIENS

2.5.1 Retranscription des entretiens

Tous les entretiens enregistrés ont été retranscrits mot à mot sur Microsoft Word® en utilisant le lecteur Windows Media Player® comme support d'écoute.

A noter, certaines mimiques ou temps de réponse ont été ajoutés dans le verbatim afin de contextualiser au mieux les entretiens.

Par ailleurs, afin de conserver l'anonymat des participants, leur identité a été remplacée par le numéro d'ordre de l'entretien.

2.5.2 Codage des entretiens

Aucun logiciel d'analyse de texte n'a été utilisé. Chaque entretien a été codé manuellement afin de permettre d'identifier des mots clés et des sujets récurrents dans les entretiens. Ce travail a ainsi permis d'identifier des unités thématiques : thèmes et sous-thèmes qui ont servis de base à ce travail d'analyse et permis d'élaborer le plan.

2.6 ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES

Afin d'être conforme à l'article 4 du règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil, cette étude a fait l'objet d'une déclaration auprès de la déléguée à la protection des données (DPO).

III. RESULTATS

3.1 CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON ET DES ENTRETIENS

3.1.1 Nombre de participants

Au total, sept participants ont permis la réalisation de cette étude dont six internes en médecine générale et un médecin généraliste remplaçant ayant terminé l'internat mais n'étant pas encore diplômé.

3.1.2 Sexe

Parmi les participants, il y avait quatre femmes et trois hommes.

3.1.3 Age

L'âge moyen était de 27,2 ans avec des âges extrêmes de 26 ans et 29 ans.

3.1.4 Année d'étude

Un participant était en deuxième semestre, un en quatrième semestre, trois en sixième semestre, un en septième semestre et un était remplaçant non thésé.

Parmi eux, deux participants étaient en semestre FST sommeil et FST addictologie.

3.1.5 Déclaration d'un médecin traitant

Tous les participants avaient un médecin traitant déclaré auprès de leur Caisse d'assurance maladie.

3.1.6 Durée des entretiens

Les entretiens ont duré en moyenne 1 heure et 3 minutes.

3.1.7 Tableau récapitulatif des caractéristiques de chaque entretien

	Sexe	Age	Semestre	MT déclaré	Durée entretien
E1	Homme	29 ans	Remplaçant non thésé	Oui	30min
E2	Homme	26 ans	4	Oui	45min
E3	Femme	26 ans	6	Oui	1h 19min
E4	Homme	27 ans	6	Oui	1h 3min
E5	Femme	26 ans	2	Oui	1h 16min
E6	Femme	29 ans	7	Oui	1h 19min
E7	Femme	28 ans	6	Oui	1h 12min

3.2 ANALYSE DES ENTRETIENS

3.2.1 SUIVI MEDICAL ACTUEL DES INTERNES

3.2.1.1 Rare suivi par le médecin traitant

Tous les internes interrogés ont déclaré avoir un médecin traitant.

Alors qu'un participant dit le consulter régulièrement, notamment pour des certificats médicaux... :

E5 : « à chaque début d'année, j'en ai besoin d'un, donc j'y vais »

... tous les autres ne l'ont **pas consulté depuis plusieurs années** :

E1 : « faut que je réfléchisse ça fait un long moment... je dirai au moins cinq ans »

E3 : « mon médecin traitant... euh... bah c'était avant... avant l'internat »

E4 : « je l'ai pas vu depuis l'âge de mes 20 ans [...] donc sept ans que je l'ai pas vu »

E6 : « alors ça date un peu... justement c'était... bah j'ai vingt-neuf aujourd'hui, bah c'était pour mes vingt-six ans »

E7 : « ah c'était y a longtemps, je pense que c'était quand j'étais externe encore [...] mais ouais c'était y a plus de trois ans »

3.2.1.2 Recours au personnel médical qu'en cas d'extrême nécessité

Les internes recourent à leur médecin traitant ou à un spécialiste seulement lorsqu'ils sont **en incapacité de réaliser leur propre prise en charge** :

E1 : « hormis le moment où je me suis coupé le tendon, je suis allé voir SOS mains »

Ou lorsqu'ils se sentent **dépassés par la situation** :

E4 : « si on va consulter, c'est qu'on est dépassé »

Autrement, ils **assurent eux-mêmes leur suivi** en utilisant leur droit à l'autoprescription :

E4 : « on n'a pas souvent l'occasion d'aller chez le médecin traitant [...] on s'autoprescrit pas mal de choses »

E7 : « c'était de l'Alprazolam que je me suis prescrit à prendre le soir »

3.2.1.3 Négligence de leur santé

Malgré leur capacité à s'auto-soigner, ils **banalisent les situations** :

E1 : « clairement avec une plaie comme ça tu peux attendre 24 heures »

E3 : « c'est comme si en devenant médecin on dérationnalisait... on dédramatisait un peu les situations »

Ils **négligent leur prise en charge aigue...** :

E2 : « la dernière fois où j'ai renoncé à un soin c'était pour prendre en charge mon eczéma »

E3 : « parce que je voyais bien que c'était pas très beau et pourtant je mettais que de la crème hydratante »

... et **leur suivi médical** :

E3 : « on va être très bref, on va pas prendre le temps de se prendre la tension, de s'ausculter [...] je me fais ma pilule sur une prescription et puis basta »

E4 : « je pense que la plupart des médecins n'ont pas un suivi régulier, qu'ils ne font pas toutes les préventions que nous on donne aux patients »

Et ils vont même jusqu'à **mettre leur santé en danger** :

E1 : « j'ai attendu d'être de retour sur Strasbourg pour aller à SOS mains... donc j'avais le temps de le flinguer »

3.2.1.4 Des internes conscients des risques liés à leur autogestion

Les internes sont conscients des risques qu'ils prennent en gérant eux-mêmes leur santé, notamment ceux liés à un **retard de prise en charge...** :

E1 : « j'suis con (rires), je sais que j'ai pris un risque en tardant »

E6 : « si y a pas ce premier contact médical, bah on risque d'avoir des retards diagnostiques »

... à une **erreur médicale**... :

E3 : « risque aussi de se planter »

E7 : « on prend des risques quand y a personne qui nous dit en face euh bah non ça ça va pas »

... ou encore ceux liés à un **abus** :

E2 : « ça pourrait être d'avoir une surconsommation »

E3 : « il pourrait y avoir clairement un risque d'abus »

De plus, tous les internes s'accordent en reconnaissant leur **absence d'objectivité envers eux-mêmes**... :

E1 : « pour toi t'es pas objectif déjà de base »

E4 : « on n'est pas objectif par rapport à sa propre santé »

E5 : « enfin on est biaisé, s'occuper de soi-même je pense que y a des choses des fois qu'on occulte, qu'on met pas en lumière et du coup on peut pas se prendre en charge objectivement »

... ainsi que le fait que leurs **prises en charge auraient été différentes avec un patient lambda** :

E1 : « mais c'est sûr qu'un patient lambda, si c'était un gars qui venait en consult au cabinet avec un tendon flingué, j'dirais non là vous allez tout de suite à SOS mains »

E4 : « je l'engueule (rires), je lui dis que c'est pour sa santé, que c'est pas bien. Donc... ouais faites ce que je dis, pas ce que je fais »

Enfin, ils reconnaissent l'**importance d'avoir un médecin traitant...** :

E3 : « je pense que c'est recommandé pour tout le monde d'avoir un médecin traitant, c'est hyper important ! »

E6 : « que vraiment, on ait tous un médecin traitant »

... pourtant, en pratique, la plupart d'entre eux **ne franchissent pas le pas de le consulter** :

E3 : « en théorie, je pense que c'est important, en pratique... (rires) j'aimerais le mettre en pratique, mais je suis pas sûre »

E4 : « j'essaierai de traiter ça moi-même plutôt que d'aller voir le médecin traitant directement, ce qui est, je répète, pas bien (rires) ; faites ce que dis pas ce que je fais »

3.2.1.5 Des internes en attente de sensibilisation

Malgré le fait qu'ils soient conscients de la différence entre leurs dires et leurs faires, beaucoup d'internes sont **en demande de sensibilisation** sur les sujets touchant à leur santé et tout particulièrement sur cette problématique du suivi médical... :

E3 : « mais qu'on nous sensibilise, ce serait déjà un grand pas »

E4 : « sensibiliser les internes à ça »

... puisqu'ils disent accorder beaucoup plus d'importance aux dires lorsqu'ils viennent d'une **tierce personne** :

E1 : « on me dirait des choses que je sais déjà d'une certaine manière mais quand ça vient des autres c'est sûr que c'est plus percutant [...] si quelqu'un me le disait ça ferait peut-être plus mouche que quand moi je me le dis et que je le fais pas »

Ils reconnaissent un **manque d'information** à ce sujet durant leur formation... :

E3 : « gros manque d'information »

E5 : « moi je pense qu'il faut débloquer la chose, je pense qu'on n'en parle pas assez »

... et estiment qu'il devrait même s'agir d'un **devoir d'en parler** :

E3 : « c'est se donner le droit d'en parler, se donner le devoir d'en parler même »

E5 : « il faut passer par là, il faut qu'à un moment on nous ait proposé d'en parler »

3.2.2 THEMATIQUES A ABORDER POUR SENSIBILISER LES JEUNES MEDECINS A AVOIR UN SUIVI MEDICAL

3.2.2.1 Promouvoir qu'être patient est un droit

Tout d'abord, les internes attendent qu'on leur dise qu'ils ont le **droit d'être malade...** :

E1 : « t'as le droit de pas aller bien »

E3 : « on a le droit d'être patient aussi, on l'oublie énormément ! »

... peu importe leur statut :

E3 : « je suis médecin mais j'ai le droit d'être malade »

Alors qu'ils sont souvent confrontés à des situations difficiles avec les patients, certains en **oublient leur propre condition humaine** :

E3 : « on gère des choses qui sont parfois... tellement hard des fois que l'on se rend pas compte que nous aussi on est humain »

Il faut donc leur rappeler qu'ils sont des **êtres humains**, au même titre que les personnes n'étant pas du corps médical... :

E2 : « un médecin c'est une personne comme tout le monde »

E4 : « on est des gens comme les autres [...] c'est normal qu'il y en ait certains qui soient malade »

... et qu'ils ne sont donc **pas exemptés du risque de maladie** :

E4 : « on n'est pas des surhommes »

E5 : « c'est pas parce qu'on est médecin, qu'on n'est pas un humain lambda et que nous aussi on est patient. Ça nous exempte pas ce statut-là en fait, je trouve »

Être patient fait partie de la vie... :

E3 : « le fait d'être patient ça fait aussi partie de la vie »

E5 : « c'est pas parce que je suis médecin que je suis pas patient »

... puisque **tout le monde peut être touché par la maladie** :

E5 : « on se fait tous rattraper à un moment je pense par notre condition humaine »

E6 : « leur dire que ça peut arriver à tout le monde et même à eux-mêmes, même si on est dans le milieu »

Pour les aider à accepter cela, il faut leur préciser que leur **prise en charge médicale sera identique**, quel que soit leur statut :

E5 : « c'est pas parce que t'es médecin que... que la prise en charge va être autre, que tu mérites pas d'être pris en charge comme il faut ou qu'on va te juger »

Pour mieux se projeter en tant que patient, ils ont aussi besoin qu'on leur rappelle qu'ils ne sont **pas seuls à éprouver des difficultés** dans certaines situations :

E7 : « qu'on n'est pas seul déjà... qu'on est plein dans la même situation parce que ça, on s'en rend pas forcément compte »

3.2.2.2 Retrouver une humilité sur le statut de soignant

Alors que certains internes **reproduisent l'image de toute-puissance** liée à leur statut, et conférée par leurs pairs... :

E3 : « je pense que y a aussi le côté, euh... toute puissance, bah on imagine qu'on est tout puissant, ça peut pas nous arriver à nous quoi [...] voilà un côté inatteignable, intouchable »

E6 : « mais... voilà cette image du médecin où tout va bien sur tous les horizons, je pense qu'elle est ancrée depuis beaucoup d'années dans nos mentalités et s'en détacher, ça va être très très dur »

... il semble indispensable de les aider à **rompre avec cette représentation** :

E6 : « désacraliser le fait qu'on est médecin et qu'il faut que ça aille sur tous les points. On est des êtres humains avant tout, avant d'être médecins »

Pour cela, il faut leur dire que leur statut de soignant **ne confère pas d'immunité face à la maladie** :

E6 : « je ne vois pas pourquoi ce savoir nous... comment dire... nous immunise contre toutes les maladies qu'on rencontre à l'heure actuelle »

Qu'ils doivent **retrouver une humilité** sur leurs savoirs... :

E1 : « tu peux croire que tu sais tout et que t'as pas besoin des autres »

E3 : « mais qu'on oublie facilement parce qu'on se sent capable de tout »

E4 : « l'humilité [...] qu'on soit bien au courant qu'on sait pas tout forcément »

... puisqu'ils ne peuvent **pas avoir les connaissances suffisantes** dans tous les domaines :

E3 : « dézoomer sur notre profession au lieu de rester tout le temps sur cette casquette très « je suis le sachant, je suis le sachant » »

E6 : « c'est possible de ne pas tout connaître et du coup, c'est pas parce que on n'a pas su se diagnostiquer quelque chose... en plus c'est une situation qui nous touche nous, c'est encore plus dur d'avoir ce recul et ce regard un peu plus... clinicien, d'analyse que si c'était pour un patient »

Et surtout parce qu'avoir des connaissances médicales ne signifie pas pour autant bien **connaître son corps...** :

E5 : « c'est pas parce qu'on a certaines connaissances qu'on sait tout. Et notamment, sur nous-mêmes ! [...] c'est pas parce qu'on est médecin qu'on connaît forcément très bien son corps et qu'on a forcément toutes les solutions en fait pour bien le traiter »

... et ne **permet pas d'être objectif avec soi-même** :

E1 : « quand tu prends une décision médicale pour toi-même, t'es pas impartial et t'es pas objectif »

E3 : « on manque de rationnel, on manque d'impartialité quand on est notre propre médecin »

Il faut donc aider les internes à comprendre qu'ils ne peuvent **pas toujours se prendre en charge seuls** :

E4 : « on doit pas se dire qu'on peut tout gérer nous-mêmes [...] arrêter de vouloir tout faire soi-même, parce que des fois je pense qu'on peut passer à côté de chose »

Et qu'il est parfois nécessaire d'**accepter l'aide des confrères** :

E3 : « on est futur médecin généraliste, si nous-mêmes ne sommes pas capables d'avoir un médecin traitant, c'est quand même dommage »

E4 : « il faut aussi savoir entre guillemets déléguer »

3.2.2.3 Apprendre à être patient

Alors que certains internes relatent la **difficulté d'être médecin et patient...** :

E3 : « un médecin-malade, c'est un médecin qui change de position en fait, parce qu'on peut pas... enfin c'est difficile d'être à la fois médecin puis à la fois malade »

... ainsi que les difficultés à se faire aider du fait qu'ils aient **plus l'habitude d'être consulté que consultant** :

E6 : « on a tellement l'habitude d'être le consulté et pas le consultant »

E7 : « c'est difficile de se dire qu'on a besoin d'être aidé aussi »

Ils ont besoin de **réapprendre ce qu'est être patient** :

E3 : « donc je pense que ça s'apprend. Rares sont ceux qui ont ces informations-là de façon innée »

E4 : « c'est une étape de se mettre à nu, comme vous allez demander à vos patients de se mettre à nu devant vous »

Pour cela, ils doivent pouvoir retrouver une **légitimité à être patient...** :

E3 : « on doit même parfois se considérer comme patient et légitimer ce discours-là [...] en parler, c'est hyper important [...] les rassurer, leur dire bah oui c'est ok on est tous malade [...] y a pas besoin d'endosser sa casquette médicale partout »

... et **ne plus se définir seulement par leur profession** :

E6 : « je pense que c'est important de se définir comme on est, dans le sens où c'est pas ma profession qui me définit »

Ils ont besoin d'entendre qu'ils **ne perdront pas leur légitimité de soignant** même en devenant patient :

E2 : « que la relation médecin-malade, c'est plus une relation paternaliste où le médecin devait être tout puissant et où dès qu'il perdait sa toute-puissance [...] il perd de la crédibilité »

Par ailleurs, il faut leur rappeler qu'**être patient ne signifie pas forcément être malade...** :

E3 : « parce que patient c'est pas que être malade. Patient c'est aussi bah les dépistages et tout ça qui sont primordiaux »

E5 : « aller chez le médecin on sait tous que c'est pas forcément parce qu'on a un problème, parce qu'on a une symptomatologie. Des fois, y en a qui viennent juste pour discuter »

... mais simplement **confier sa santé et se décharger** d'une préoccupation supplémentaire :

E6 : « après ça m'a fait du bien aussi de me dire, bah tu donnes tes problèmes de santé à la personne et elle en fait ce qu'elle veut entre guillemets [...] si on a justement un partenaire de soin, quelqu'un qui nous aide dans cette démarche-là, ça permet aussi de décharger toute cette charge mentale qu'on a, et qui est déjà assez importante avec les études qu'on a »

Il faut aussi insister sur le fait que **plus ils oseront consulter, plus ils seront à l'aise dans cette démarche** :

E2 : « probablement qu'à partir d'un certain âge il continuera cette habitude »

E4 : « je pense que surtout en prenant de l'âge, là c'est vrai qu'on est encore jeune donc on a moins de pathologie, mais avec le temps »

De plus, pour favoriser la relation de soin entre les internes et leur médecin, il semble intéressant que ceux-ci soient conscients de **quel médecin leur correspondrait** :

E3 : « ça me semble hyper intéressant que nous-mêmes on sache comment choisir un médecin traitant qui nous corresponde »

Enfin, il faut leur rappeler l'**inviolabilité du secret médical** :

E3 : « rassurer quant au secret médical »

E5 : « y a le secret professionnel aussi pour nous en fait »

E6 : « en disant que ça reste entre les quatre murs »

3.2.2.4 Rappeler le rôle du médecin traitant

Pour aider les jeunes médecins à avoir un suivi médical, réalisé particulièrement par leur médecin traitant, il semble nécessaire de **rappeler le rôle** de ce dernier :

E3 : « comprendre l'importance d'avoir son propre médecin traitant et tourner ça en positif »

E4 : « rappeler le rôle du médecin traitant déjà depuis le début de nos études médicales »

En insistant tout d'abord sur sa **neutralité** dans la prise en charge médicale :

E4 : « c'est important d'avoir un regard extérieur à ça et qu'on soit totalement objectif par rapport à la prise en charge »

E6 : « le fait d'avoir une tierce personne qui reprend les signes cliniques et reprend finalement le dossier, ça permet d'enlever ce filtre-là qui peut être la cause d'erreur ou de biais »

Sur sa position de **médecin référent** qui connaît personnellement ses patients :

E2 : « le suivi médical est plus simple euh lorsque le médecin connaît son patient »

E3 : « avoir un médecin référent qui nous connaît, qui connaît nos antécédents »

Sur sa **prise en charge globale** :

E3 : « ils ont un avis d'autant plus [...] parce que c'est un avis global, enfin qui prend en compte la globalité du patient [...] c'est souvent beaucoup plus complet que ce qu'on imagine »

Sur son **suivi en général** :

E5 : « je pense que ce serait bien effectivement d'y aller pas forcément dès qu'il y a un besoin mais pour avoir un suivi parce que c'est important d'être suivi par un professionnel. On le voit nous pour nos patients, on est satisfait quand on voit qu'ils sont bien suivis, bah pour nous-mêmes aussi »

Sur sa **prise en charge préventive** :

E2 : « de la prévention psychologique donc faire le point sur l'état mental à la maison, au travail [...] s'assurer que bah les internes font leur dépistage, leur frottis de col pour les femmes »

E4 : « le médecin traitant aurait profité pour parler de ça pendant la consultation. Tout ce qui est suivi régulier chez le jeune, MST, se peser tout ça pour discuter »

Sur son **recul pour les pathologies chroniques** :

E4 : « je pense qu'avoir un pilier enfin quelqu'un qui gère tout ça, qui connaît la maladie depuis le début, le patient »

Le médecin traitant a aussi l'avantage de pouvoir **suivre ses patients dans la durée**... :

E3 : « mettre en avant la disponibilité et l'importance de la durée »

... favorisant ainsi une **relation de confiance** :

E3 : « l'avantage du médecin traitant c'est... c'est la durée... on gagne en bonne relation [...] en connaissant d'autant mieux le patient quoi »

E5 : « ça permet d'avoir un suivi et je pense que y a la relation de confiance qui se crée »

Il faut rappeler que seul le médecin traitant peut assurer ce rôle de **pilier central** :

E3 : « et c'est ce qu'aucun autre médecin ne pourra avoir »

Il faut aussi expliquer aux internes que leur **suivi médical d'aujourd'hui impacte directement leur santé de demain** :

E2 : « actuellement on n'est pas à un âge où l'on tombe souvent malade, mais lorsque cet âge arrive, c'est bien que le médecin traitant nous connaisse et ait pu assurer un suivi sur tous les plans »

E6 : « parce que ma maman a eu plusieurs cancers du sein, du coup je m'étais dit ce serait bien aussi de prendre contact avec un service de gynéco au cas où si un jour moi aussi j'ai un cancer, bah voilà j'aurais déjà initié mon suivi là-bas dans un service spécialisé »

Alors que les internes rapportent ne **pas avoir de temps** pour aller consulter... :

E3 : « on n'a pas le temps d'aller consulter un médecin traitant »

... il faut également insister sur l'importance d'avoir un médecin traitant **proche de son lieu d'habitation** pour faciliter ce suivi :

E6 : « chercher quelqu'un dans la région où ça permettrait une accessibilité beaucoup plus simple »

E7 : « insister sur le fait qu'on ait un médecin traitant proche de l'endroit où on habite »

Certains proposent même de **rendre obligatoire le fait d'avoir un médecin traitant proche** de son lieu de vie :

E7 : « qu'on nous demande d'avoir un médecin généraliste proche en fonction de notre lieu de résidence »

Par ailleurs, rappeler qu'avoir un médecin traitant permet d'**éviter des frais de santé supplémentaires** peut aussi être un argument pour aller le consulter :

E2 : « c'est le remboursement du parcours de soin qui est modifié lorsqu'on a un médecin traitant »

Au-delà des considérations spécifiques du médecin traitant, il faut notifier aux jeunes médecins certains autres avantages à consulter un confrère, quelle que soit sa spécialité.

Cela permet entre autres d'avoir un **autre point de vue...** :

E3 : « on va tous avoir un autre point de vue d'une situation »

E4 : « ce médecin-là pensera à des choses auxquelles nous on n'a pas pensé, donc c'est avoir un autre avis »

... souvent **plus expérimenté** :

E3 : « en fonction de notre expérience... y a pas que les connaissances »

E4 : « j'allais dire on parlait d'expérience, c'est vrai que nous comme on est des internes, quand on va voir un généraliste, il a plus d'expériences, il connaît son travail »

Consulter un tiers permet aussi de minimiser les **angoisses liées à l'autogestion** :

E3 : « ça peut être source d'angoisses, ça peut être anxiogène [...] t'es quand même plus serein parce qu'il est là pour dépister »

Cela permet également de rappeler au soignant qu'il **est toujours patient** :

E3 : « garder un médecin traitant qui finalement nous fait un espèce d'écho [...] bah oui on est toujours patient »

Cependant, malgré ces explications, il semble nécessaire de **donner aux internes un objectif** afin de les inciter à consulter un médecin :

E2 : « il faut un point d'ancrage ou un point qui nécessite la consultation du médecin traitant »

E4 : « demander à l'interne de faire des visites régulières chez son médecin traitant [...] faire une consultation avec le médecin traitant, ça pourrait rappeler le rôle du médecin traitant pour la prévention et ces choses-là »

Par ailleurs, certains préconisent même d'**imposer** une demande de justificatif aux internes afin de s'assurer de l'existence du médecin traitant :

E2 : « comme moyen il pourrait y avoir dans les documents administratifs à rendre à la faculté l'obligation de déclarer un médecin traitant »

E4 : « dès l'entrée en fac de médecine, rappeler chaque année qui est notre médecin traitant »

3.2.2.5 Avertir des risques liés à l'autoprescription

Pour limiter le recours à l'autoprescription et favoriser le suivi médical des jeunes médecins par un tiers, il y a un besoin de leur faire prendre conscience des **risques encourus** lors de leur autogestion :

E3 : « leur faire prendre conscience des risques que ça peut encourir [...] vous pouvez... bah louper des dépistages, fin voilà des trucs qui peuvent nous sembler bénins mais qui sont hyper importants »

E5 : « parce qu'après je trouve que c'est la porte ouverte à de nouveau se represcrire des trucs alors qu'en fait y a pas forcément besoin »

Pour cela, il peut être intéressant de **donner des chiffres** :

E2 : « un rappel théorique des pourcentages de risques liés à... au manque de suivi médical »

Sensibiliser sur la **iatrogénie** :

E2 : « sensibiliser les professionnels de santé sur la nocivité des médicaments en général ; sur la iatrogénie et les effets secondaires [...] que tous les professionnels de santé aient en tête qu'un médicament c'est pas anodin et que même le Paracétamol en excès ça peut quand même avoir des conséquences »

Faire des rappels de **pharmacologie** :

E2 : « quand on sort des études on connaît pas bien la pharmacologie [...] des cours théoriques obligatoires [...] sur certaines thématiques comme la pharmacologie »

Partager des retours d'**expérience de confrères** pour qui l'autoprescription est allée trop loin :

E5 : « je pense que peut-être de marquer les esprits avec des personnes qui ont dépassé les bornes ou pour qui ça s'est mal passé, ça peut nous faire un peu cogiter et nous faire dire bon bah voilà faut savoir stopper à un moment »

Au-delà des mises en garde, il est important de **ne pas culpabiliser** les internes sur cette pratique puisque tous seront probablement amenés à y avoir recours à un moment donné :

E3 : « c'est pas mal de faire-ci les auto-prescriptions parce qu'on va tous le faire, donc tourner ça sur ce versant-là, ce serait pas top »

Mais surtout, il faut essayer de **trouver avec eux la juste limite** entre ce qui devrait être permis et interdit puisque spontanément ils n'arrivent pas à en poser une... :

E3 : « euh bah c'est pas évident de faire la limite »

E4 : « c'est dur à poser une limite je pense en tant qu'interne ou personnel médical on a souvent tendance à vouloir s'autogérer »

E6 : « après où mettre les limites, ça je ne saurai pas. Je ne saurai pas dire parce que... on peut avoir besoin... je sais pas... »

... mais approuvent néanmoins le concept :

E7 : « oui il devrait y avoir une limite (rires)... »

Pour cela, certains préconisent une consultation dès lors que leur pathologie nécessite un **traitement de seconde ligne...** :

E1 : « à partir du moment où ton Amlodipine elle suffit plus et que t'as besoin d'un deuxième truc »

E3 : « j'avais déjà fait la première étape, j'avais essayé avec ça, ça marchait pas, bah l'étape suivante c'était d'aller voir un spécialiste, en tout cas un médecin »

... ou lorsqu'elle requiert un **suivi particulier**, notamment dans le cadre de **pathologie chronique...** :

E4 : « des problèmes de santé particuliers, une maladie chronique, qu'il nécessite un suivi particulier »

... ou encore, lorsqu'un **avis spécialisé** est nécessaire :

E1 : « idéalement, à partir du même moment où tu envoies ton patient chez le spé »

E4 : « ou que l'on doit voir son cardio ou un spécialiste »

En plus des limites de situations à définir, ils proposent de **limiter le nombre d'ordonnances** qu'ils auraient le droit de signer :

E6 : « je me dis que ils peuvent le faire temps que ça reste exceptionnel. Peut-être une limite d'ordonnances à l'année »

Certains internes préconisent même d'**interdire l'autoprescription de certains traitements...** :

E7 : « les psychotropes faudrait pas que ce soit les internes qu'ils se prescrivent, c'est sûr »

... tandis que d'autres relatent la nécessité de **ne pas restreindre l'autoprescription afin de pouvoir suivre celle-ci** :

E2 : « et peut-être que justement laisser les médecins s'autoprescrire des médicaments ça permet également de laisser une trace, d'avoir un suivi euh... de cette autoprescription. Alors que si les médecins doivent passer par quelqu'un d'autre pour avoir des médicaments bah là c'est plus traçable et à mon avis c'est pas forcément une bonne chose »

Enfin, les internes ont besoin de connaître la **législation** encadrant leurs prescriptions médicales... :

E3 : « jusqu'à quel point j'ai le droit de m'autoprescrire des choses [...] mais je pense que ça pourrait être intéressant à savoir »

... et de pouvoir statuer sur la **responsabilité** qu'ils engagent lorsqu'ils s'autoprescrivent :

E6 : « mais après y a aussi le fait qu'on est médecin et que quand on prescrit quelque chose, que ce soit pour nous-mêmes ou quelqu'un d'autre, faire la balance bénéfice-risque et être sûr que voilà là c'est indiqué et c'est pas un abus ou quoi que ce soit. Ouais, c'est de notre responsabilité finalement. »

3.2.2.6 Suggérer qu'un bon médecin est un bon patient

Les internes reconnaissent qu'en ayant une pathologie, ils acquièrent une **meilleure connaissance** de celle-ci :

E3 : « au moins t'acquies une connaissance de la pathologie, d'autant plus que tu l'as »

Ils sont alors **plus à même de comprendre** leurs patients sur ces sujets :

E2 : « un médecin ne connaît bien les maladies de ses patients que s'il est malade lui-même [...] je peux témoigner de cette maladie et si je rencontre des patients qui sont atteints de la même chose, bah j'aurais d'autant plus d'empathie [...] et je les comprendrais mieux »

Et ils peuvent davantage **organiser leurs parcours de soin** :

E3 : « pour pouvoir orienter il faut que nous-mêmes on sache bien »

Alors que certains estiment simplement que leurs **prises en charge devraient être similaires à ce qu'ils attendent de leurs patients...** :

E7 : « après c'est aussi ce que j'aimerais que mes patients fassent »

... d'autres expriment même qu'il s'agit d'un devoir de **montrer l'exemple** sur ce qu'est une prise en charge optimale :

E3 : « ça fait quand même partie de nos devoirs [...] c'est un devoir d'exemple ! »

3.2.2.7 Montrer l'impact de l'image du médecin-malade sur ses patients

Pour sensibiliser les jeunes médecins à avoir un suivi médical, certains internes évoquent la nécessité de considérer que leur **état de santé peut affecter la confiance qu'ont leurs patients à leur égard...** :

E4 : « si le médecin semble très fatigué, très asthénique, est-ce que le patient va être totalement rassuré par rapport à sa prise en charge »

... et qu'ils doivent donc prendre conscience que **pour bien prendre en charge leurs patients, ils doivent être eux-mêmes en bonne santé** :

E6 : « savoir qu'il faut qu'on prenne soin de nous pour pouvoir prendre soin de nos patients pour la suite. Parce que si nous, on a une mauvaise santé, on n'est pas bien, bah finalement même notre casquette de médecin finalement elle va être mise en péril [...] et c'est normal, soignez-vous et comme ça vous pourrez soigner vos patients »

Pour cela, il faut leur rappeler à quel point **leur santé est primordiale** :

E2 : « son bien-être devrait être une de ses priorités »

E4 : « sa santé c'est important »

Et qu'elle **doit passer avant celle de leurs patients...** :

E2 : « sa santé passe avant tout »

E6 : « donc j'avoue que c'est peut-être un peu égoïste, mais il faut que ce soit moi d'abord et puis ensuite ma profession [...] on est des êtres humains, il faut se soigner avant de soigner du coup nos patients »

... puisque l'inverse semble être trop souvent le cas :

E5 : « y a une certaine forme de maltraitance envers soi-même en fait des fois, parce qu'on a envie d'être là pour les patients, on a du mal à dire non »

E6 : « je suis plus sensibilisée à la santé des patients qu'à ma propre santé au final »

3.2.2.8 Renforcer la formation des internes

Alors que certains internes rapportent avoir des difficultés à consulter un confrère dans certaines situations parce qu'ils **méconnaissent les prises en charge** qui pourraient leur être proposées :

E5 : « et du coup comme on sait pas trop comment ça se passe et que c'est quand même assez flou, je pense que des fois on est un peu réticent à se faire prendre en charge nous-mêmes pour ce genre de motif »

... ou parce qu'ils peuvent se retrouver **eux-mêmes dépourvus lorsqu'ils sont confrontés à des patients se trouvant dans ces mêmes situations**, notamment en cas de pathologie psychiatrique ou addictologique... :

E5 : « c'est la sphère psychologique en fait on sait pas trop comment la traiter nous-mêmes. Je sais qu'en consultation de médecine générale, on a quand même beaucoup de personnes qui viennent pour ce genre de motif et en fait moi je sais que lors de mon premier semestre je me suis sentie un peu désarmée, je savais pas trop comment les aider »

... ils suggèrent **d'insister davantage sur l'enseignement de ces pathologies et particulièrement leurs prises en charge durant leur formation** afin de mieux se rendre compte de leur efficacité et percevoir l'impact qu'elles pourraient avoir sur leur santé :

E5 : « mais je pense qu'on devrait être mieux formés par rapport à ça parce que je pense que ça pourrait aussi nous aider à nous dire bon bah ça a une réelle efficacité »

De plus, alors qu'ils revoient plus fréquemment en consultation les patients en échec thérapeutique... :

E5 : « y a quand même aussi le fait que souvent on entend plus parler des avis négatifs, y a plein de personnes qui disent ah ouais moi ça m'a pas aidé, j'ai changé je sais pas combien de fois de psychologue ou psychiatre et... bah du coup forcément on entend moins les avis positifs, c'est pareil là je suis en stage aux urgences, là ça va plutôt parler de l'addicto mais on voit que les échecs nous aux urgences et du coup pareil c'est... c'est un peu dur de se dire des fois je vais aller consulter pour ça »

... ils ont besoin de **rencontrer des patients pour lesquels le traitement a marché** afin de pouvoir se projeter eux-mêmes patients dans ces situations :

E5 : « voilà on voit comment ça se passe chez les patients et du coup on arrive à se représenter là-dedans et on se dit bon bah c'est bon pour nous on peut aussi se faire prendre en charge à ce niveau-là [...] après ce genre de formation on est peut-être plus convaincu de l'impact que ça peut avoir sur les patients et on... peut-être que du coup on peut se dire là je pense que ça serait bien d'aller consulter pour moi, voilà je sais que ça a une certaine efficacité »

Aussi, alors que certains internes refusent de se faire prendre en charge du fait de leur vécu de certaines situations en stage... :

E5 : « je sais que aller au bloc, moi c'est quelque chose qui... ou même si je dois me faire anesthésier, c'est pas quelque chose qui... je suis pas à l'aise avec ça par exemple. Parce que j'étais plein de fois au bloc, je sais comment ça se passe, je connais l'ambiance, même si c'est pas tous les blocs pareil, mais je connais l'ambiance, je sais comment est-ce que je vais être mobilisée, qu'est-ce qu'ils vont faire quand je vais être... enfin si j'ai besoin d'être intubée, bah comment ça va se passer et je pense que justement des fois on peut être un peu glacé à l'idée de se dire, je sais ce qu'il va pouvoir m'arriver et j'ai pas envie que ça se passe et du coup je vais pas consulter »

... ils pensent que s'ils avaient un **meilleur suivi en stage**, notamment auprès de leurs seniors, cela pourrait les aider à mieux vivre certaines situations et avoir ainsi moins d'appréhension à se retrouver eux-mêmes patients dans ces situations :

E5 : « c'est plus de l'éducation globale en tant que professionnel de santé, c'est quand on a des étudiants, quand on a des internes, savoir leur expliquer que voilà ça va se passer comme ça... enfin prévenir et pas des fois nous lancer, nous amener dans des milieux, des endroits où l'on sait même pas comment ça va se passer »

Ils proposent également d'**être accompagnés par un référent** durant leur stage afin de lever certaines craintes à propos des prises en charge et améliorer ainsi leur vécu :

E5 : « faudrait aussi, pendant le stage que le chef de stage, enfin le référent, prenne un moment soit à la fin du stage soit à mi-stage pour faire un débrief sur est-ce que t'as des difficultés ? Si oui pourquoi ? Est-ce que ce genre de prise en charge toi tu l'accepterais pour toi-même ? Poser ce genre de question »

3.2.2.9 Travailler sur les mécanismes psychologiques

Du fait de leurs connaissances médicales, les internes refusent parfois de consulter par crainte du diagnostic voire par déni :

E4 : « je pense que c'est par peur des résultats qu'on fait ce déni »

Ils avancent alors l'idée d'avoir des **cours de psychologie**...

E3 : « on devrait avoir des cours de psycho en fait »

... afin d'apprendre davantage sur les **mécanismes de défense** mis en œuvre lors d'une pathologie :

E3 : « travailler sur tout ce qui est mécanisme de défense et psychothérapie intégrative »

Ils proposent même de mettre en place une **consultation personnalisée avec un psychologue pour comprendre l'ensemble des freins** qui les empêchent de consulter... :

E4 : « il faut faire un travail sur nous-mêmes »

E6 : « peut-être essayer de coupler avec une consultation psychologique pour voir justement qu'est-ce qui fait qu'ils se sont mis ces barrières, ces œillères et travailler ça avec eux »

... et **travailler sur les situations « choquantes »** qu'ils ont pu vivre en stage afin de lever un éventuel blocage dans leur propre prise en charge :

E5 : « oui pour moi c'est un peu psychologique, quand on voit certains gestes et que du coup on est réticent, je pense que c'est parce que y a quelque chose qui a bloqué, soit dans la réalisation du geste, soit dans le contexte, soit dans comment le patient l'a ressenti... je pense que là c'est pas bonnement scientifique et carré, je pense que ça c'est propre à chacun et à sa sensibilité »

Aussi, le fait d'être accompagnés pourrait renforcer leur **lâcher-prise...** :

E3 : « relativiser et que c'est ok de pas tout le temps être dans le contrôle de tout »

... ainsi que leur **confiance en eux** et **celle qui peuvent avoir à l'égard des médecins** qui les prendront en charge... :

E4 : « il faut se lancer pour aller voir quelqu'un »

... en rappelant notamment la **bienveillance** des soignants entre eux :

E2 : « les personnes sont bienveillantes les unes avec les autres »

Enfin, afin de réduire les retards de prise en charge et les incertitudes, les internes conseillent de travailler avec eux sur l'intérêt de **consulter sans délai** :

E6 : « c'est angoisser sur une incertitude. Si on... on fait cette démarche d'aller plus loin dans les explorations, ça permettrait de justement lever le flou, mettre du coup un diagnostic ou non sur ces symptômes [...] me dire bon bah on va voir dans quelle direction on va, que de rester dans cette incertitude et faire que ça risque d'évoluer encore et encore... c'est du délai de diagnostic qui est perdu finalement »

3.2.2.10 Aborder le statut de soignant avec philosophie

Certains internes proposent d'introduire des **réflexions philosophiques** dans leur cursus :

E5 : « enfin là ce serait carrément plus un débat philosophique plus qu'une formation »

Afin d'**aborder différemment leur statut de soignant...** :

E5 : « pour moi c'est déjà un raisonnement philosophique... c'est de savoir qu'on est humain et comme j'avais dit avant, c'est pas parce qu'on est médecin qu'on n'est plus humain et qu'on n'a pas les mêmes problèmes que les autres. Peut-être qu'on est un peu plus au courant parce qu'on est mieux formés mais voilà on est tous mortels en fait »

E5 : « pourquoi parce que je suis médecin, je me sens intouchable ? »

E5 : « on a plutôt ce côté philosophique sur je suis un humain, en quoi est-ce que mon métier influe sur mon statut vis-à-vis des autres ? »

... d'**analyser certaines situations sous un autre angle...** :

E5 : « enfin il faut qu'on se mette à la place de l'autre en fait aussi, quand on prend en charge quelqu'un qui est professionnel ou qui est dans la santé on se dit pas oh il est pas compétent ! »

... et de **les confronter à leurs propres préjugés** afin de lever certaines craintes liées aux soins :

E6 : « si on a cette peur d'être jugé, est-ce que nous-mêmes dans nos consultations, on juge pas déjà nos patients quand ils viennent ? C'est à se questionner »

E7 : « je pense qu'on peut interpréter plein de choses, alors que finalement chaque médecin est différent »

3.2.2.11 Apprendre à soigner les confrères

Afin d'inciter les jeunes médecins à consulter un confrère, les internes proposent également d'être formés sur comment **soigner les confrères** :

E2 : « y aurait aussi quelque chose à faire du côté des médecins généralistes pour les sensibiliser au suivi des professionnels de santé et voir comment eux peuvent accompagner leurs confrères »

Car souvent, ces consultations peuvent mettre **mal à l'aise** et renforcent alors leurs freins à consulter :

E7 : « c'est difficile en face de se dire mais il vient consulter mais... qu'est-ce qu'il cherche ? Est-ce qu'il cherche une connaissance médicale en plus ? Est-ce qu'il cherche de l'écoute ? Est-ce qu'il cherche à être suivi comme n'importe quel autre patient ? Et des fois on se dit mais est-ce que moi je suis légitime de lui donner les connaissances alors que finalement il les a... on a les mêmes connaissances donc... oui je pense qu'il y aurait un travail à faire dessus »

L'**attitude** que doit adopter le médecin-soignant envers le médecin-patient est donc à discuter :

E7 : « bah peut-être avoir encore plus d'empathie... euh... discuter dès la première consultation que bah le patient et le médecin sont du monde médical donc que si y a des examens complémentaires, des traitements, des choses à faire, que les deux pourraient en discuter, donner leur avis comme deux confrères, se sentir plus libre d'en discuter. Voilà que effectivement le médecin dise vraiment je suis pas là pour juger, on a tous les deux les mêmes connaissances donc on peut en discuter ensemble, qu'il y ait une sorte d'équilibre entre le patient médecin et le médecin »

Ils reconnaissent que le **langage** utilisé doit être adapté à leurs connaissances... :

E3 : « on peut imaginer que c'est des patients lambda mais finalement on va utiliser des termes médicaux très spécifiques »

E4 : « tu vas pas utiliser déjà le même langage, tu vas moins banaliser, tu vas parler de choses plus techniques »

... mais autrement ils ont besoin d'être **considérés pleinement comme des patients** lorsqu'ils consultent :

E3 : « parce que voilà, j'ai envie d'être patiente »

E4 : « comme il savait que j'étais en médecine, je pense qu'il est allé assez vite. Il m'a demandé ce que je voulais et il me l'a prescrit en gros »

D'autres aspects peuvent aussi influencer la démarche de soin et doivent donc être discutés en amont de celle-ci, comme le fait de **faire payer la consultation...** :

E3 : « c'est pas que ce soit décrédibilisé mais ça ait donné un peu plus de légèreté à la consultation [...] peut-être moins de crédit [...] moins de sérieux en tout cas »

... d'être attentif à bien **expliquer la prise en charge proposée...** :

E2 : « personnellement si mon médecin traitant m'envoie faire un examen complémentaire que je juge tout à fait excessif euh... il est vrai que je ne le ferai pas. Par contre, si j'adhère à la démarche clinique, à la réflexion du médecin, euh... bah probablement que je continuerai à aller le voir et à suivre son... à suivre son plan de soins »

... en s'appuyant notamment sur les **recommandations scientifiques** :

E4 : « ce que je me pose comme question maintenant c'est si le médecin se tient à jour sur le point de vue médical »

Les internes ont aussi besoin d'entendre qu'ils **seront traités comme n'importe quel autre patient**, malgré leur statut de soignant :

E5 : « mais à part ça, je vois pas pourquoi on devrait traiter la personne différemment »

Il faut également travailler avec eux l'abord de certaines pathologies, notamment psychiatrique et addictologique, afin de **banaliser au maximum ces consultations** et favoriser la confiance des jeunes médecins :

E6 : « il faut banaliser ça, il faut demander finalement le plus facilement possible et moins faire passer ça comme si c'était un jugement »

De plus, alors que certains internes rapportent le fait que les soignants sont souvent montrés du doigt lorsqu'ils consultent... :

E5 : « ouais qu'on arrête de stigmatiser les soignants, faut arrêter de les pointer du doigt en fait ! »

... ils suggèrent de **revoir leur prise en charge en amont** afin de limiter au maximum la stigmatisation des médecins-patients :

E5 : « pas forcément stigmatiser [...] voilà en stage, quand y a quelqu'un qui est personnel soignant, pas forcément le notifier. Quand on a un comptable qui vient, on dit pas oh lui il est comptable, oh lui il est boulanger, ça change pas notre prise en charge. Alors pourquoi est-ce qu'on doit dire ah lui il est médecin, donc fais gaffe ? »

Aussi, ils demandent d'**être encore plus vigilant quant au secret professionnel** lorsqu'il s'agit de patient-médecin :

E6 : « justement, le fait que ce soit un pair qui soit en face de nous, moi personnellement ça me sensibiliserait encore au plus sur le fait que cette consultation doit vraiment rester entre nous parce que... il peut avoir des contacts avec d'autres personnes du même cercle social finalement que moi en dehors des consultations et que du coup je serai plus vigilante à garder ça en consultation que plutôt de le redire »

Ainsi, bien former les soignants à soigner leurs confrères est une condition nécessaire, selon les internes, pour que les jeunes médecins consultent plus facilement :

E5 : « savoir se former pour justement voir que voilà quand on a des professionnels qui sont formés on peut aussi être bien pris en charge, ça rassure en fait. Parce que voilà on sait qu'on est bien formé et donc pourquoi est-ce qu'on serait pas bien pris en charge par un autre collègue »

Malgré tout, il faut aussi rappeler la **légitimité** qu'ont les médecins à soigner leurs confrères :

E3 : « ils sont dans la demande d'un avis médical [...], donc il m'a dit « ais l'air sur de toi, tu t'en fiches de toute façon, ils te demandent un avis et s'ils demandent ces consultations, c'est qu'on est capable de le faire » »

Par ailleurs, en plus d'enseigner comment soigner les confrères, il faudrait également les **sensibiliser au suivi des jeunes médecins** en général :

E2 : « rien qu'une sensibilisation [...] ou rien qu'un mail de rappel [...] pour dire l'importance du suivi des internes »

3.2.2.12 Proposer des consultations médicales spécifiques

Afin de repérer et d'accompagner au mieux les jeunes médecins pouvant se trouver dans une situation difficile voire de déni vis-à-vis de leur santé, certains préconisent de mettre en place une **consultation médicale obligatoire** durant l'internat :

E6 : « la consultation obligatoire où faire passer tout le monde par ce filtre, ça permet d'englober aussi ces gens-là qui n'ont pas conscience qu'il y a des soucis de santé et ça permettrait qu'ils aient déjà ce contact médical »

A travers celle-ci, ils pourraient notamment être sensibilisés sur **l'intérêt d'avoir un suivi par la suite** :

E6 : « les sensibiliser en disant bon bah voilà on a fait un premier temps, dans un an ou dans deux ans, ce serait bien que vous preniez contact avec un médecin généraliste, un médecin traitant pour continuer »

La plupart d'entre eux préconisent de mettre en place cette consultation avec la **médecine du travail** :

E6 : « on était pour mettre en place une consultation médicale systématique lors de la première année d'internat avec la médecine du travail pour faire un point médical mais qu'il y ait aussi au moins cette consultation au cours de l'internat parce qu'après beaucoup d'internes soit ne prennent pas le temps soit n'ont pas de médecin traitant, n'y vont pas, se soignent eux-mêmes et s'estiment très bien comme ça »

Par ailleurs, d'autres suggèrent l'idée de **mettre en place des consultations anonymes** afin de favoriser le suivi médical :

E5 : « avoir une cellule ou un petit centre qui garde l'anonymat au sein d'un hôpital »

E6 : « mais cette clé de l'anonymat, je pense qu'elle peut aider certains internes justement »

E7 : « je pense qu'il faudrait un endroit... ou une sorte de plateforme téléphonique ou quelque chose de... de surtout anonyme, ça serait important »

D'autres encore pensent que s'il y avait des **soignants dédiés spécifiquement aux internes**, cela pourrait aussi favoriser leur suivi :

E7 : « peut-être que ce soit une personne qui voit que des internes ou que des médecins... »

De plus, ils sont aussi en demande de recevoir les coordonnées de **personnes référentes** à consulter en cas de besoin :

E7 : « donner une liste de personnes qui ne sont pas trop en contact avec la fac, qui n'ont pas d'internes, et qui sont sur Strasbourg [...] donner un numéro de téléphone ou un endroit où on peut aller »

3.2.3 LES MOYENS POUR SENSIBILISER LES JEUNES MEDECINS A LEUR SUIVI MEDICAL

3.2.3.1 Les témoignages

Les internes pensent majoritairement que les **témoignages** seraient un bon moyen de leur faire prendre conscience de la nécessité d'avoir un suivi médical... :

E5 : « je pense que ce serait bien d'avoir des personnes qui racontent des situations qui leur sont arrivées ou des personnes qui témoignent. Il faut des témoignages parce que c'est ça qui marque je trouve [...] je pense que recueillir des témoignages et pouvoir faire comme ça une petite séance où juste on écoute et interagir à la fin de la séance, ça pourrait être sympa et assez captivant »

E7 : « peut-être que si on avait eu des témoignages de gens qui auraient déjà été dans ce cas-là, ça aurait peut-être pu aider ouais... »

... et des risques encourus lors de leur autogestion :

E5 : « je pense des médecins ou d'autres internes, des personnes qui ont eu à faire à l'autoprescription et avec qui ça s'est mal passé. Et pouvoir dire voilà, ça s'est mal passé pour ça, ça et ça. Faites toujours attention à tel et tel point »

E7 : « bah justement des internes qui étaient dans la même situation, qui ont peut-être... qui se sont prescrits des choses qu'ils ont regretté par après parce qu'ils n'ont pas réussi à s'en sortir ou ce genre de chose [...] des témoignages de personnes qui se sont rendues compte qu'elles étaient allées trop loin dans l'autoprescription »

Les témoignages ont l'avantage de **marquer les esprits** en relatant des vécus personnels concrets ... :

E6 : « parler d'histoires personnelles, jouer la corde sensible, parler de certains médecins qui ont dû prendre en charge leur propre pathologie et qui se sont retrouvés en difficulté [...] avec des exemples concrets, peut-être que ça éveillerait certaines choses chez eux »

... permettant ainsi aux jeunes médecins de **s'identifier** :

E6 : « il faut qu'ils puissent se raccrocher à des situations concrètes, se dire que bah oui c'est arrivé aussi au voisin... c'est arrivé aussi au voisin donc bon bah du coup moi aussi je suis peut-être dans cette situation-là et peut-être que j'ai besoin d'aide [...] il faut qu'ils se sentent impliqués »

E7 : « je pense que ça peut être une bonne chose si c'est les médecins qui nous le disent parce que justement là on pourrait vraiment s'identifier à eux [...] c'est quelqu'un qui est dans la même situation qui le dit, donc faut vraiment que je fasse attention »

Pour cela, ils demandent à entendre notamment des **paroles de médecin-patient** :

E1 : « médecin qui est venu en consult chez lui pour lui dire « bah voilà je viens te voir en consultation pour ce problème, ce problème-là et je suis en demande » »

E3 : « de médecins-patients qui vont voir leur médecin traitant et des médecins qui en parlent »

Mais aussi des **paroles de médecin-soignant** pour voir l'envers du décor :

E1 : « l'inverse aussi d'un médecin qui a peut-être pu prendre en charge des autres... enfin un autre médecin qui est venu en consult chez lui [...] que le médecin qui a été amené à prendre en charge un autre médecin en tant que patient, qu'il dise comment lui il s'est senti, comment il a senti les choses et comment il s'est comporté sachant que son patient en face c'était aussi un médecin et tout ça »

A travers ces témoignages, les internes pourraient ainsi être sensibilisés sur le fait que **tout le monde peut être touché par la maladie...** :

E7 : « en nous sensibilisant, en nous disant que ça existe beaucoup plus que ce que l'on croit »

... induisant alors un **déclat** chez certains pour aller consulter :

E6 : « ça pourrait peut-être banaliser la chose dans le sens où voilà tout le monde est touché de façon plus ou moins importante, mais que tout le monde est touché et que finalement bah se dire que si lui aussi il a des problèmes de santé, psychologiques, bah moi aussi j'en ai, mais j'en parle pas.... Bah si aujourd'hui lui en parle, peut-être que moi, peut-être pas aujourd'hui mais dans un jour, deux jours, le temps que ça travaille, dans deux semaines pourquoi pas sauter le pas justement »

3.2.3.2 Les débats

Les internes sont en demande d'**échanges** sur ce sujet :

E3 : « en parler et questionner, s'intéresser à la question et ça c'est déjà un gros pas »

E5 : « je pense que ce serait bien peut-être de faire des débats, d'en parler »

Ils attendent qu'on les **questionne ouvertement** :

E5 : « de se dire voilà bah on va parler de ça, qu'est-ce que vous en pensez et d'en débattre, je pense que ça ce serait une bonne solution pour essayer de faire remarquer ce genre de chose »

E7 : « si déjà on nous dit « est-ce que ça va en ce moment ? » « est-ce que tu vois ton médecin régulièrement ? » « c'est quand la dernière fois que tu l'as vu ? » »

Là encore, ils estiment que le simple fait d'en parler permet d'**éveiller les consciences** :

E3 : « le fait de discuter ensemble, je trouve que ça a beaucoup plus d'impact et beaucoup plus de puissance [...] rien que le fait d'en parler y a une prise de conscience »

Ils reconnaissent qu'il n'y a **pas de réponse unique** à donner... :

E1 : « je pense qu'il n'y a pas forcément de réponse à donner mais c'est des trucs que tu peux discuter en formation ; laisser le sujet ouvert peut-être »

... mais un réel besoin à **identifier leurs propres difficultés** :

E5 : « pour moi vraiment la parole, c'est la meilleure des armes je pense. C'est savoir écouter les autres et savoir dire où sont nos difficultés »

Ils suggèrent même d'**imposer ce temps de discussion** autour de leur santé durant leur formation :

E6 : « peut-être imposer, pendant ce temps-là on va parler de notre santé et pas de comment soigner les patients... pourquoi pas ? »

3.2.3.3 Les mises en situations

Les internes préconisent aussi des **mises en situation**, type jeux de rôle, pour être sensibilisés à ces sujets... :

E1 : « créer une situation clinique entre différents étudiants »

E2 : « des situations cliniques et théoriques [...] j'ai envie de dire presque des jeux de rôles »

E3 : « des mises en situation par exemple »

... afin de **se confronter à leur propre prise en charge**... :

E1 : « *il faudrait que la personne se rende compte d'elle-même dans une situation qu'elle a vécue que c'était pas la prise en charge qu'elle aurait fait pour son patient lambda* »

... ainsi qu'à **celle de leurs confrères** :

E7 : « *peut-être faire des jeux de rôle pour se rendre compte ah bah là je me suis sentie jugée, là pas du tout, là t'as été vachement empathique, des choses comme ça. Des jeux de rôle entre médecins [...] on se rendrait compte que y a pas forcément de jugement en face* »

Ils reconnaissent l'**impact pédagogique** de cette démarche... :

E1 : « *ils mettent en place des jeux de rôle, c'est que ça doit marcher et y a forcément une valeur pédagogique* »

... même s'ils **doutent parfois de son authenticité** :

E1 : « *j'ai pas l'impression de faire quelque chose qui est fidèle à ce que je suis dans la réalité [...] c'est un peu fake* »

Ils souhaitent également faire des **parallèles avec les situations qu'ils vivent en stage** :

E2 : « *faire un parallèle entre sa situation et des situations que nous-mêmes on vit en stage* »

Quel que soit le format du jeu, une **analyse appropriée** de la situation est attendue à la fin de l'exercice :

E2 : « *d'une manière pratique et analysée derrière [...] où on analyse derrière la scène, le ressenti de chacun et on essaye de construire quelque chose tous ensemble* »

E5 : « *c'est que de temps en temps on avait eu des mises en situation et on était filmés. Y avait des spécialistes qui nous regardaient et ensuite on faisait un débriefing sur ce qu'on avait fait et je trouve que c'est bien de faire ce genre de choses* »

3.2.3.4 Les formations théoriques

Malgré le fait que certains internes ne souhaitent **plus de cours théorique** durant l'internat... :

E2 : « surtout pas être une formation théorique, parce qu'à la fin des six ans de médecine, les formations théoriques on n'en peut plus ! »

... ou qu'ils trouvent le **format inadapté** pour évoquer ces sujets :

E6 : « parce que des powerpoints reprenant des chiffres, je pense que c'est pas la solution [...] je pense pas que ça atteigne les gens de la même façon que quelque chose qui les implique vraiment »

D'autres, au contraire, pensent qu'il pourrait s'agir d'une **complémentarité** aux autres propositions citées précédemment... :

E3 : « une formation optionnelle pour les internes ça peut être hyper intéressant aussi [...] le côté FMC qui peut être très didactique, professoral... complémentaire »

... en **renforçant leurs connaissances** sur le sujet :

E3 : « une personne très renseignée qui donnera les informations que nous on n'a pas forcément »

Afin de permettre une meilleure adhésion au sujet, ils proposent de **coupler** cette formation à d'autres sujets similaires :

E4 : « la coupler avec une autre formation, ouais comme je disais la santé mentale chez les soignants »

3.2.3.5 Les animations audio-visuelles

Les internes ont aussi besoin de **visualiser** et d'**écouter** des messages :

E1 : « spot propagandiste [...] le diffuser comme intro à cette formation »

E3 : « que ce soit visuel, que ce soit entendu »

Ils proposent, par exemple, de montrer des **vidéos de médecins qui témoignent** :

E3 : « montrer des vidéos de médecins-malades, de médecins-patients qui vont voir leur médecin traitant et des médecins qui en parlent »

Ils pensent que ce type de procédé pourrait être une **base de réflexion** pour introduire la formation :

E1 : « ça pourrait faire émerger des réactions à chaud et des trucs comme ça et après tu dis « voilà qu'est-ce que vous en pensez de cette chose ? » ; ça pourrait faire une introduction pas mal »

3.2.3.6 Les messages écrits

Les internes proposent également une sensibilisation par des **affiches...** :

E3 : « pourquoi pas mettre des affiches, j'imagine attention... à la fac par exemple, des petites affiches pour les sensibiliser à ça »

E4 : « on pourrait donner des affiches »

... et des **flyers** :

E4 : « faire des flyers de temps à temps à ramener aux... soit en début de stage soit aussi quand on est installé [...] des flyers qui disent d'aller consulter un autre médecin »

Ils soumettent aussi l'idée de diffuser des **slogans** pour marquer les esprits :

E1 : « les slogans c'est pas trop mon truc mais ça fonctionne ! »

E4 : « des petits slogans [...] « s'autoprescrire, c'est se détruire » »

Enfin, afin de permettre une diffusion plus personnalisée, certains internes proposent également des rappels par **mail** :

E2 : « rien qu'un mail de rappel comme les généralistes en ont par différents responsables, ça pourrait déjà être un petit pic de rappel pour... pour dire l'importance du suivi des internes »

3.2.3.7 Préconiser une démarche de recherche en amont

Quel que soit le moyen de sensibilisation, les internes préconisent de **réaliser un travail en amont**, notamment des recherches bibliographiques, afin de permettre une **meilleure compréhension** des sujets qui seront abordés... :

E3 : « peut-être qui a lu quelques trucs sur de la biblio ou alors dire, condition avoir lu deux ou trois articles et les partager aux autres au cours de la formation »

... ainsi qu'une **meilleure implication** :

E3 : « ça nous force aussi à nous impliquer et pas seulement être spectateur et auditeur »

E5 : « et qu'après ce soit à nous en fait de proposer un thème et de préparer les questions et d'en parler. Parce que je pense que quand ça vient des étudiants, c'est plus facile de briser la glace un petit peu sur certains sujets »

Et surtout ils insistent sur l'importance de prendre le temps d'analyser et d'essayer de trouver des solutions à cette problématique :

E5 : « mais le tout c'est juste d'en parler, prendre le temps pour ça. »

3.2.4 LES MOMENTS POUR SENSIBILISER LES JEUNES MEDECINS

3.2.4.1 Pendant les groupes d'échange et d'analyse de pratique (GEAP)

Les internes proposent de discuter de ces sujets durant les GEAP, appelés plus communément **tutorat** :

E2 : « dans le cadre de séances de tutorat qui seraient orientées vers ça »

E4 : « faire une séance là-dessus pendant le groupe de tutorat »

Ils apprécient le fait d'avoir **différents points de vue** durant ces séances :

E5 : « ça fait vraiment du bien de parler avec des personnes qui exercent déjà et à la fois avec des co-internes qu'on connaît pas forcément, qui sont dans des stages différents et même qui viennent d'autres villes et du coup qui ont une autre formation et d'avoir leur avis »

Le fait d'être en **petit groupe** leur semble être un élément propice à l'abord de sujets plus personnels... :

E2 : « ce type de sujet doit être abordé en petits groupes »

E3 : « par petits groupes »

E5 : « je pense que ce serait bien de faire des petits groupes, un peu comme le tutorat qu'on a en tant qu'interne »

... permettant ainsi une meilleure **coopération** de chacun :

E2 : « il faut un vécu et donc une construction de groupe pour se rendre compte de l'importance du suivi »

E4 : « pour être bien en petit comité avec les co-internes qu'on connaît »

3.2.4.2 Durant des groupes de pairs

Les internes aimeraient également être sensibilisés lors de **groupes de pairs** :

E3 : « prendre le temps d'en discuter par groupe de pairs »

E4 : « des groupes de pairs »

Ils mettent en avant la **qualité des échanges** qui en découlent :

E3 : « dans le côté groupe de pairs, y a un vrai échange qui est hyper intéressant »

Ils apprécient aussi la promiscuité entre pairs favorable à la **libération de la parole...** :

E6 : « vraiment essayer de faire que ça puisse être un lieu d'échange et d'écoute et surligner le fait qu'il n'y a pas de jugement à ce moment-là »

E7 : « libérer la parole chez les internes, entre internes »

... permettant ainsi de **réaliser les difficultés de chacun** :

E7 : « comment est-ce que moi j'aurais pu dire plus facilement en tutorat ou avec d'autres internes ah oui telle ou telle situation c'était plus compliqué ou ça j'ai un peu mal vécu... c'est en sentant que les autres sont plus ou moins dans la même situation »

Ils pensent aussi que s'ils arrivent à **prendre conscience qu'il n'y a pas de jugement** durant ces échanges, ils réaliseront plus facilement qu'il n'y en aura probablement pas non plus lorsqu'ils consulteront :

E6 : « qu'il n'y a pas de jugement à ce moment-là, pendant cette formation et que même par la suite, s'ils vont jusqu'à la consultation, bah ce sera la même chose »

Enfin, ils affectionnent le côté **entraide** entre confrères :

E4 : « des groupes d'entraide »

3.2.4.3 Lors de congrès

Les internes pensent aussi que ce sujet pourrait être abordé lors de **formations à échelle régionale voire nationale** :

E4 : « des formations type national, ou de temps en temps... ou régional »

E7 : « à travers une formation ou un congrès »

3.2.4.4 Sur les réseaux sociaux

Ils proposent la diffusion de messages de sensibilisation sur les **réseaux sociaux...** :

E3 : « par les réseaux sociaux »

E4 : « par exemple sur Facebook »

... puisqu'il s'agit d'un moyen **accessible à tout le monde** à l'heure actuelle :

E3 : « un site Internet parce que en général, le vecteur numéro un, enfin ce à quoi on a accès en premier c'est Internet quoi, c'est quand même accessible à tout le monde »

Ou encore la **lecture de certains forums** pour comprendre que tout le monde peut être touché par la maladie :

E6 : « je me rends compte sur des forums ou des groupes Facebook où finalement y a beaucoup de médecins qui parlent de leur mal-être, alors mal-être psychologique surtout, y en a qui parlent aussi de leur problème de santé et ça aussi ça montre que ça touche tout le monde »

Cependant, ils reconnaissent un **faible impact** sur les prises de conscience du fait de son effet instantané :

E3 : « les gens le regardent à un instant T, à un moment donné, puis hop ça passe ! [...] c'est trop ponctuel ! »

3.2.4.5 Le plus tôt possible

Les internes admettent que l'**internat** est une période adéquate pour échanger à ce sujet, notamment en début d'internat :

E1 : « quelle que soit ton évolution dans l'internat tu peux envisager cette formation différemment utile »

E2 : « en début d'internat, je pense que ça motiverait probablement les internes à consulter en début d'internat »

Cependant, tous reconnaissent que cette sensibilisation devrait commencer bien plus tôt, **dès le début des études de médecine...** :

E5 : « je pense que c'est quelque chose qu'on doit aborder pendant le début de l'externat avant de commencer déjà les stages je pense ou au début des stages à l'hôpital »

E7 : « dès le début des études de médecine, je pense. Notamment, à partir de l'externat je trouve »

... afin de dire que **tout le monde peut être touché par la maladie**, même en étant jeune :

E6 : « je pense que ça doit commencer dès la P1 en fait... dès la P1, faut dire bah oui vous pouvez avoir vous aussi des soucis de santé et voilà »

De plus, ils insistent sur le fait que cette sensibilisation des jeunes médecins à leur suivi doit **être répétée régulièrement** :

E3 : « leur rappeler... leur faire un rappel à ce sujet-là »

E4 : « faire des rappels comme je disais depuis le début de nos études médicales »

E7 : « c'est le répéter, le répéter régulièrement, que ce soit répété en stage [...] qu'il faut qu'on se fasse suivre aussi, qu'il faut qu'on fasse attention à nous »

Même après l'obtention de leur diplôme :

E1 : « et même après »

Certains suggèrent même de rendre cette formation **obligatoire** tellement le sujet est important... :

E3 : « la rendre obligatoire, parce que c'est quand même un sujet important »

E5 : « je pense qu'aussi proposer la formation juste librement c'est pas forcément une solution parce que je pense qu'il y en a plein qui viendront pas du coup, donc je pense que ça doit quand même être obligatoire »

... afin de permettre une **prise de conscience définitive** de l'importance d'avoir un suivi médical :

E3 : « plus de personnes le disent et plus ce sera ancré dans les têtes des internes et des soignants »

E7 : « je pense que plus on commence tôt, plus ce sera intégré chez les étudiants »

3.2.5 LES PERSONNES DEVANT INTERVENIR POUR SENSIBILISER LES JEUNES MEDECINS

3.2.5.1 Le corps médical

D'après les internes, l'ensemble des médecins devraient intervenir dans cette sensibilisation, et particulièrement ceux qui ont déjà été **amenés à prendre en charge des confrères...** :

E1 : « le médecin qui a été amené à prendre en charge un autre médecin »

... ainsi que ceux qui ont été **confrontés à un problème médical**, quelle que soit la gravité :

E3 : « l'expérience d'un médecin pour qui ça s'est mal passé ou quelqu'un chez qui ça s'est bien passé »

La **médecine du travail** pourrait également intervenir auprès des internes pour les sensibiliser à leur suivi médical :

E2 : « la médecine du travail »

E5 : « je pense que le médecin du travail aurait un peu une part de responsabilité là-dedans qui est de pouvoir... peut-être engendrer un déclic chez les soignants qui se font pas suivre justement »

Ainsi que la **médecine universitaire** :

E6 : « et puis même la médecine scolaire »

3.2.5.2 Les collègues de travail

Les études de médecine se basant essentiellement sur le **compagnonnage**, les internes suggèrent que les aînés sensibilisent les plus jeunes à cette problématique :

E3 : « donner l'exemple via ça, via nos externes, avec cette discussion-là [...] quand on a des externes, on a aussi ce devoir maternant-paternant... de montrer un peu le chemin, donc là c'est pareil, on doit inclure ça ; pourquoi pas glisser un petit rappel, c'est important, « est-ce que toi t'es suivi par un médecin traitant ? » « il faut que t'ais ton médecin traitant, c'est important » »

Les **internes entre eux** doivent également en parler :

E6 : « les autres internes avec qui on vit, on est... notre promo [...] et même entre nous, entre co-internes qu'on puisse lever le tabou là-dessus »

Idem pour les **maîtres de stage** qui sont appelés à montrer l'exemple et à communiquer avec leurs internes sur ces problématiques... :

E3 : « je parlais des exemples quand on est maître de stage »

E7 : « que les maîtres de stage soient sensibilisés et qu'on nous le dise vraiment régulièrement »

... en étant eux-mêmes sensibilisés à cela :

E7 : « on voit nos séniors qui se prescrivent des choses d'eux-mêmes donc on fait pareil. Alors que si eux étaient sensibilisés et nous disaient « attention, faites-vous suivre », ce serait peut-être plus simple aussi »

3.2.5.3 Les grandes instances

Les internes proposent les grandes instances médicales, comme les **ARS**, pour sensibiliser les jeunes médecins à ce sujet :

E4 : « les ARS »

L'**Ordre des médecins** pourrait aussi intervenir :

E4 : « l'Ordre des médecins »

Ou encore l'**Assurance maladie** :

E1 : « l'assurance maladie »

E7 : « la sécu ils ont accès à nos ordonnances, ils les numérisent donc ils voient qui a prescrit »

3.2.5.4 Les pharmaciens

Les pharmaciens pourraient aussi sensibiliser les internes à ce sujet, notamment sur les risques liés à l'autoprescription :

E2 : « y a déjà les pharmaciens qui pourraient... les profs de pharmacologie qui pourraient avoir un rôle assez important dans le cursus des étudiants en médecine »

3.2.5.5 Les enseignants

Les **enseignants de la faculté de médecine** devraient être impliqués dans cette sensibilisation... :

E6 : « mais nos enseignants aussi ont leur rôle à jouer »

... notamment en favorisant l'accessibilité à celle-ci :

E6 : « on reste quand même dans un milieu scolaire, de l'apprentissage, donc la faculté à aussi son rôle à jouer là-dedans pour proposer des temps dédiés à ça, des locaux »

De façon plus spécifique aux IMG, les **membres du DMG** auraient aussi un rôle à jouer :

E6 : « ce serait le département de médecine générale »

3.2.5.6 Les tuteurs

Par leur proximité avec les internes, les tuteurs doivent les sensibiliser à leur suivi médical :

E2 : « les tuteurs pourraient jouer ce rôle-là »

E4 : « le médecin-tuteur, comme il a des internes, il les forme »

3.2.5.7 Les professionnels paramédicaux

Les internes proposent également d'aborder ce travail avec des **psychologues** pour à la fois animer les groupes d'échange... :

E2 : « certains psychologues qui peuvent avoir ce type de formation »

E7 : « ce serait plus facile de discuter que si c'était avec quelqu'un du monde médical. Et parce qu'ils sont formés probablement plus que certains médecins à animer des groupes ou à nous faire parler en tout cas »

... et aider à l'analyse des situations :

E5 : « pourquoi pas un psychologue avec pour accompagner et analyser certains raisonnements »

Ils proposent également de travailler avec eux sur les différents freins à leur suivi médical :

E3 : « je dis une psychologue parce qu'elle est à-même de travailler sur tout ce qui est mécanisme de défense »

E5 : « avoir des séances avec des psychologues pour parler un peu justement de ces biais qu'on a et de ces réflexions qu'on a, pourquoi on les a ? »

Par ailleurs, ils suggèrent également des personnes formées à l'**éducation thérapeutique** :

E2 : « les formateurs d'éducation thérapeutique du patient »

3.2.5.8 Autres professions

Les internes émettent l'idée d'autres intervenants, comme des **coachs du travail**... :

E3 : « des coachs de travail »

... ou encore des **sociologues** :

E4 : « des sociologues »

3.2.5.9 Les patients

Les internes proposent que les **patients** interviennent aussi dans cette sensibilisation, notamment pour lutter contre la crainte du jugement... :

E3 : « les patients pourraient comprendre et j'espère qu'ils réagiraient de façon ouais... ils seraient compréhensifs [...] enfin j'espère »

... et faire valoir le fait que les patients sont **bienveillants** envers leur médecin :

E2 : « les personnes sont bienveillantes les unes avec les autres et je pense principalement les patients sont bienveillants avec leur médecin traitant parce qu'ils attendent quelque chose de lui, que y a une relation un peu d'interdépendance... et que c'est cette relation-là je pense qu'il faut qu'on ait en tête »

3.2.5.10 Une personne formée

Enfin, ils ne reconnaissent pas une personne plus légitime qu'une autre pour aborder ces sujets :

E3 : « je sais pas si y a une personne plus légitime qu'une autre, je pense pas »

E5 : « y a pas forcément une personne particulière à partir du moment où elle est dans le domaine médical »

Cependant, ils attendent des professionnels qui soient **formés** à ces questions... :

E2 : « n'importe quel médecin, professionnel formé à ça »

E3 : « une personne très renseignée »

E4 : « quelqu'un qui est formé là-dedans »

... sans forcément être en lien avec la faculté :

E7 : « des gens qui sont sensibilisés au sujet, sans forcément appartenir à la fac »

Ils aimeraient des professionnels qui ont de l'expérience dans l'**approche autre que scolaire** :

E2 : « des personnes qui ont de l'expérience dans ce type d'approche d'apprentissage, de la scénette, de l'autoréflexion et de la construction de la réponse en groupe »

Ils disent **accorder plus d'importance aux dires de professionnels de santé** qu'à ceux de leur entourage pour marquer leurs esprits... :

E5 : « sinon c'est le genre de remarques qui viennent de l'entourage mais quand c'est l'entourage qui dit ça, peut-être que c'est un peu moins impactant que lorsque c'est un autre professionnel qui est lui-même aussi dans la santé »

... mais ils reconnaissent aussi que les **professionnels n'appartenant pas au domaine médical seraient plus à même d'instaurer un climat de confiance** lors de la sensibilisation des internes à ce sujet :

E7 : « j'ai l'impression que dans le monde médical on est très... euh... faut qu'on soit bon partout, que ça aille toujours bien [...] alors que si on prenait quelqu'un du domaine non médical, ils ont plus tendance à dire ah oui ça doit être difficile ce que vous faites ou ce genre de choses. Et puis on risque moins de recroiser la personne... »

IV. DISCUSSION

4.1 DISCUSSION DE LA METHODOLOGIE

La recherche qualitative consiste à recueillir des données verbales et à les interpréter dans un second temps. Par son approche compréhensive, elle permet d'explorer les comportements des individus ainsi que leurs expériences personnelles. Cette méthode est tout particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale car elle permet un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants de soin (38).

Différents types d'entretien peuvent être utilisés pour cette méthodologie. Dans cette étude, ce sont les entretiens individuels semi-dirigés qui ont été choisis. Ils ont l'avantage de pouvoir questionner ouvertement chaque participant sur différents thèmes, à l'aide d'un guide d'entretien préalablement établi, et d'adapter au besoin les questions au cours de ces derniers selon les réponses apportées (39). Aussi, en assurant l'anonymat des participants, cette technique semblait être la plus pertinente pour mettre en avant des solutions à la problématique du suivi médical des médecins en s'appuyant sur les propres freins des participants.

Cependant, les focus group, par leur interactivité et leur dynamique de groupe, pourraient être une piste de travail intéressante pour explorer et compléter les données recueillies et mettre en pratique une formation pour sensibiliser à cette problématique.

4.2 DISCUSSION DES RESULTATS

4.2.1 Comparatif de notre échantillon

En dehors d'un participant qui dit consulter au moins une fois par an son médecin traitant, tous les autres ont rapporté ne pas l'avoir vu depuis plusieurs années. La plupart d'entre eux ont recours au personnel médical qu'en cas d'extrême nécessité ; autrement ils ont tendance à banaliser les situations et négliger leur santé. Ces données concordent avec celles retrouvées dans la littérature, évoquées en introduction et ayant conduit à mener cette étude (10,12,22).

Pourtant, malgré ces comportements, les internes sont conscients des risques qu'ils prennent en s'autogérant et reconnaissent même avoir une prise en charge différente que celle qu'ils auraient eue avec un patient lambda.

De plus, ils reconnaissent ne pas allier théorie et pratique puisque la plupart d'entre eux recommandent d'avoir un suivi réalisé par un médecin traitant mais ne le font pas pour autant.

4.2.2 Sensibiliser les jeunes médecins à avoir un suivi médical : une obligation

Bien que les internes aient conscience de la différence effective entre leurs dires et leurs fautes, ils sont dans l'attente d'être sensibilisés sur ce sujet puisqu'ils reconnaissent accorder beaucoup plus d'importance aux dires lorsqu'ils proviennent d'une tierce personne.

Alors qu'ils reconnaissent un manque d'information, ils estiment qu'il s'agit même d'un devoir d'en parler durant leurs études, tellement cette problématique du suivi médical des jeunes médecins est répandue et lourde de conséquences.

4.2.3 En pratique, une formation au contenu parlant...

4.2.3.1 Revoir certains fondamentaux

4.2.3.1.1 Les internes : des êtres humains avant tout

Du fait de leur quotidien de soignant, conditionné par une charge de travail souvent excessive et par le côtoiement permanent de la maladie et des souffrances de leurs patients, les internes oublient parfois leur propre condition humaine au profit d'une représentation surhumaine.

Ils perdent ainsi de vue l'idée qu'eux aussi peuvent tomber malade quel que soit leur état de vie. Cette représentation va même jusqu'à leur octroyer le droit d'être malade en sacralisant leur statut de soignant.

Pourtant, tout comme leurs patients, les soignants sont aussi soumis à la souffrance ordinaire. Cette dernière peut résulter de problèmes personnels et/ou professionnels pouvant impacter directement leur état de santé.

Derrière cette armure de surhomme, ils présentent donc des fragilités et des vulnérabilités qu'ils doivent considérer afin d'assimiler qu'ils sont des êtres humains, au même titre que les personnes n'appartenant pas au monde médical (40).

Travailler avec les jeunes médecins sur cette prise de conscience que **la maladie et la souffrance sont universelles** est donc primordial afin de leur permettre de comprendre qu'**être patient fait partie de la vie**, et qu'à ce titre, accepter de se faire aider lorsque la situation y contraint est une condition nécessaire à une prise en charge médicale optimale.

4.2.3.1.2 Avoir des connaissances médicales ne signifie pas connaître son propre corps

Bien souvent les internes préfèrent gérer eux-mêmes leur santé, puisqu'ils estiment avoir les connaissances médicales nécessaires pour bien se prendre en charge.

Pourtant, plusieurs d'entre eux soulignent l'importance de rappeler qu'il est impossible d'avoir des connaissances suffisantes dans tous les domaines, surtout à l'heure actuelle où ces dernières évoluent sans cesse avec des pensées et des paradigmes en constante évolution (41).

Aussi, cette traditionnelle façon de faire est incompatible avec une prise en charge neutre et objective, seule garantie d'une prise en charge optimale sur le long terme.

De plus, **avoir des connaissances médicales n'implique pas de bien connaître son corps**. En effet, prendre soin de soi-même nécessite un **regard lucide** sur soi et requiert de porter une attention vis-à-vis de l'environnement ainsi que de se mettre en position d'écoute devant les manifestations de son organisme. Pour se faire, l'individu doit apprendre à écouter et déchiffrer les expressions de son corps, ainsi qu'à reconnaître les signes et les symptômes de la maladie. Or, cette compétence est soumise aux faits que l'organisme est susceptible de subir de graves altérations sans aucun signe précurseur, qu'il est en permanence le siège de phénomènes évolutifs et que la personne doit être en capacité d'opérer des ruptures dans l'appréhension qu'elle a de son existence quotidienne et dans la perception du monde qui l'entoure (42).

Ainsi, se soigner soi-même nécessite un apprentissage pour bien se connaître et agir en conséquence. Or, cette aptitude semble difficile à intégrer dans le quotidien des médecins, déjà soumis à d'importantes pressions extérieures. Il faut donc insister auprès d'eux pour leur faire comprendre que déléguer leur suivi médical semble être la meilleure solution pour avoir une prise en charge optimale avec le regard objectif d'un confrère.

4.2.3.1.3 Le statut de soignant ne confère pas d'immunité face à la maladie

La société a conféré pendant des années un statut de toute-puissance aux médecins en considérant qu'ils exerçaient un pouvoir sur les patients, fragilisés par la maladie et ignorant les traitements, les rendant alors totalement dépendant du corps médical. Cette vision, fortement répandue durant l'ère de la médecine paternaliste, a tendance à se modifier à l'ère actuelle où les médecins tendent à privilégier l'autonomie des patients. Néanmoins, au vu des progrès considérables de la médecine et de sa capacité à repousser toujours plus l'échéance de la mort, les soignants semblent prisonniers de cette représentation de toute-puissance (43).

En effet, cette dernière semble leur avoir attribué un **sentiment d'immunité face à la maladie voire d'immortalité**, qui contribue probablement à une protection et réassurance illusoire afin de leur donner le courage de soigner (40). Celui-ci renforce également leur croyance d'être au-dessus des autres, et notamment de leurs confrères, les isolant alors davantage dans leur autogestion.

Afin de rompre avec cette image de toute-puissance, solidement ancrée dans les mentalités et nuisible à la santé des médecins, il faut donc absolument **redéfinir avec eux leur statut et leurs limites de soignant** afin de leur faire prendre conscience qu'ils ne sont pas moins exposés à la maladie et qu'ainsi ils nécessitent un suivi médical au même titre que n'importe quel autre patient.

4.2.3.2 Être patient : un apprentissage sur le long terme

Alors que les jeunes médecins sont confrontés à la prise en charge de patients dès le début de leurs études, devoir se mettre à leur place leur est souvent difficile. En effet, ils rapportent être beaucoup plus à l'aise dans le rôle de consulté, qui se forge au fur et à mesure des années, plutôt que dans celui de consultant qui nécessite une mise à nu.

Pour les inciter dans cette démarche de confier leur santé à un confrère, il semble avant tout nécessaire d'insister sur la **légitimité qu'ils ont à être patient**. Pour cela, il faut notamment leur rappeler qu'ils ne sont pas seulement définis par leur profession mais qu'ils sont des êtres à part entière ayant le droit de se décharger de leurs problèmes de santé en les abandonnant à une tierce personne.

Pour se faire, un **apprentissage à être patient**, malgré leur statut de soignant, durant leurs études semble être incontournable. Cet aspect est d'ailleurs retrouvé dans la littérature où la nécessité de mettre en place des enseignements facultaires pour apprendre à devenir patient tout en restant médecin est évoquée (27,37).

Celui-ci pourrait notamment être dispensé à travers des jeux de rôle permettant alors aux internes de se projeter de l'autre côté de la barrière et lever ainsi certains freins comme le fait de devoir être intouchable.

Cet apprentissage est d'autant plus essentiel que les internes sont à un âge où la maladie est rare. Cependant, ils seront probablement amenés à y être confrontés dans les années futures. Pour faciliter alors leur démarche de consulter à ce moment-là, ils doivent **initier cette habitude dès à présent**.

En effet, tous s'accordent pour dire qu'il s'agit d'un apprentissage sur le long terme puisqu'exigeant de répéter sans cesse la nécessité d'avoir un suivi médical régulier réalisé par une tierce personne afin **d'ancrer définitivement cette démarche dans les mœurs**.

4.2.3.3 Redonner une place centrale au médecin traitant dans le parcours de soin des jeunes médecins

4.2.3.3.1 Restaurer la relation de confiance des internes envers leur médecin

Depuis 2004, tout assuré social de seize ans et plus doit déclarer un médecin traitant auprès de sa caisse d'assurance maladie afin de bénéficier d'un remboursement optimal des soins (44).

Cette déclaration a aussi pour but de mieux coordonner le parcours de soin du patient en ayant recours à un médecin qui centralise toutes les informations liées à l'état de santé de celui-ci, assure un suivi médical ainsi qu'une prévention personnalisée (vaccinations, dépistages), fait le lien avec les autres professionnels de santé et établit les protocoles de soin notamment en cas d'affection longue durée (45).

Cependant, au-delà de ces caractéristiques administratives, il faut surtout rappeler le **lien authentique** qui existe entre le médecin traitant et son patient, favorisé par une relation de soins durable, permettant ainsi une prise en charge globale de ce dernier et l'instauration d'une confiance mutuelle. Cette considération semble primordiale afin de permettre aux internes de redonner une place à leur médecin traitant dans leur parcours de soin.

En effet, du fait de leur statut de soignant, les internes ne se sentent pas toujours légitimes à endosser celui de patient et craignent notamment d'être jugés. Ils vont alors plus facilement demander des avis de façon informelle à leurs collègues plutôt qu'à leur médecin lorsqu'ils se trouvent confrontés à un problème de santé (13,22,28,37).

Restaurer cette relation de confiance entre les internes et leur médecin semble donc être la base pour favoriser leur suivi médical.

En effet, pour tout patient, appartenant ou non au secteur médical, s'en remettre à un médecin et dévoiler des choses intimes, nécessite de faire confiance. Cette notion de confiance est la source même des relations humaines et peut même être, dans la relation de soin, une condition nécessaire à

l'acceptation et au bon vécu de certaines prises en charge (46). Elle s'inscrit comme un postulat bilatéral de bienveillance à l'égard de l'autre.

Ainsi, travailler avec les internes sur cette notion de confiance et notamment comment la mettre en pratique lorsqu'ils consultent un confrère pourrait être un premier pas pour revaloriser la place du médecin traitant dans leurs parcours de soin et favoriser ainsi un meilleur suivi.

Au-delà de ce travail de confiance, certains internes avancent même l'idée de leur donner un **objectif de consultation** afin d'oser la rencontre avec leur médecin traitant. Celle-ci servirait alors de point de départ à la relation de soin, permettant un premier contact et facilitant ainsi la mise en confiance lors des consultations suivantes.

4.2.3.3.2 Accompagner les médecins pour mieux prendre en charge leurs confrères

Même si la confiance est une condition nécessaire à l'établissement de la relation de soin, elle n'est pas suffisante. La considération du médecin envers son patient ainsi que l'écoute, l'attention et l'honnêteté qui lui apportent, sont également des éléments majeurs à l'établissement d'une relation durable (47).

Pour cela, il semble donc aussi important de **former les soignants à prendre en charge leurs confrères**. En effet, nombreux sont les internes à rapporter que lorsqu'ils examinent un médecin, ils se sentent mal à l'aise et ne savent pas quelle attitude adopter, doutant alors de la légitimité qui leur est accordée dans cette situation. Alors que ce ressenti semble impacter fortement leur propre prise en charge par

effet miroir, enseigner comment accompagner un confrère pourrait ainsi être un moyen supplémentaire de sensibiliser les jeunes médecins à confier leur propre suivi médical.

Cet enseignement est notamment dispensé depuis quelques années à travers le DIU soigner les soignants. Celui-ci a été mis en place en 2015 pour aider les médecins en difficulté et prévenir entre autres le risque d'épuisement professionnel. Alors que la prise en charge d'un médecin par un confrère requiert une compétence particulière, ce dispositif a pour objectif de former des professionnels à la gestion des maladies de leurs confrères qu'ils sont amenés à soigner ou à rencontrer dans leur vie professionnelle. Cette formation se déroule à travers des cours théoriques mais aussi des jeux de rôle, des mises en situation et des échanges entre pairs. Différents thèmes sont abordés dont les rapports et comportements des médecins vis-à-vis de leur santé, les liens existants entre leur santé et la qualité des soins délivrés au patient, les principes d'entraide ou encore des réflexions sur devenir médecin et rester une personne (48,49).

Au-delà de l'impact que peut avoir cette formation sur la santé de leurs confrères, elle peut également permettre un déclic chez ceux qui la suivent, pour mieux prendre soin d'eux-mêmes, puisque certains ont même décidé de choisir un médecin traitant à la fin de celle-ci (50).

En plus de cet enseignement concernant la prise en charge et l'accompagnement des soignants, il semble aussi judicieux de les former à **l'accueil de leurs confrères**. En effet, certains internes rapportent une stigmatisation des médecins-patients, majorée par la tradition de signaler que le patient fait partie du corps médical avant même sa prise en charge. Là encore, à cause de cette attitude, les soignants eux-mêmes freinent leurs confrères à avoir un suivi médical en leur donnant l'impression qu'ils ne peuvent pas être considérés comme un patient lambda, que leur prise en charge en sera différente et qu'ils sont perçus comme des « êtres fragiles » parce qu'osant consulter. Cette **lutte contre la stigmatisation entre soignants** a d'ailleurs été évoquée dans le rapport sur la qualité

de vie des étudiants en santé du Docteur Donata Marra en 2018 qui rappelle que tous les étudiants peuvent être en souffrance et que cette lutte doit donc être une priorité à tous les niveaux et avec tous les soignants (51).

Intégrer un module dans le cursus des étudiants en médecine sur la prise en charge des soignants semble donc nécessaire pour renforcer leur confiance envers ceux-ci et favoriser ainsi leur suivi médical, créant alors un **cercle vertueux**.

4.2.3.3 S'assurer de la proximité entre le lieu de vie des internes et le lieu d'exercice du médecin

Pour favoriser ce suivi médical supervisé, il faut aussi insister sur l'importance d'avoir un médecin traitant **proche de son lieu de vie**. Ce point semble essentiel à évoquer surtout à l'heure actuelle où les soignants rapportent le manque de temps comme étant un des principaux freins à leur bonne prise en charge médicale (28).

Alors que cette démarche de déclaration d'un médecin traitant est fortement encouragée par plusieurs instances, comme le Ministère des affaires sociales et de la santé (52) ou encore l'Australian Medical Association qui a émis en 2020 des directives à ce sujet, rappelant que tous les médecins et étudiants en médecine devraient avoir un médecin généraliste en dehors de leur cadre de travail afin de favoriser leur suivi et décourager quant au recours à l'autoprescription (53), certains internes s'interrogent sur la nécessité de **rendre celle-ci obligatoire** et de la vérifier en demandant par exemple à chaque inscription annuelle de mentionner le nom du médecin traitant sur les formulaires administratifs.

Cette déclaration du médecin traitant à la faculté pourrait ainsi devenir une condition préalable à la délivrance du certificat de scolarité en s'assurant notamment que le lieu d'exercice du médecin serait compatible avec un suivi régulier de l'interne en fonction de son lieu de vie. Le pôle scolarité de la faculté deviendrait alors un acteur de cette sensibilisation.

4.2.3.4 L'autoprescription : la combattre de façon juste et appropriée

4.2.3.4.1 Législation autour de l'autoprescription

L'autoprescription est extrêmement fréquente chez les soignants, et en particulier chez les internes (8), d'autant plus qu'il n'existe pas, à ce jour, de restriction à celle-ci en France. En effet, le Code de déontologie mentionne seulement le fait que « dans les limites fixées par la loi et compte tenu des données acquises de la science, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en fonction de la circonstance » (54).

A titre d'exemple, le Code de déontologie du Québec s'oppose quant à lui clairement à l'autoprescription en mentionnant que « le médecin doit, sauf dans les cas d'urgence ou dans les cas qui manifestement ne présentent aucune gravité, s'abstenir de se traiter lui-même » (55).

A noter, même s'il n'existe pas de législation encadrant l'autoprescription en France, il est néanmoins judicieux de rappeler que l'interne en est **responsable** et qu'il doit donc apprécier le bénéfice-risque lors de cette démarche afin de ne pas abuser du système de soin.

4.2.3.4.2 Discuter des limites à appliquer

Même lorsqu'il existe des limites à l'autoprescription, comme vu précédemment, celles-ci ne semblent pas toujours nettes. En effet, quelles pathologies sont du ressort de l'autoprescription pour un soignant, car jugées non graves, et quelles sont celles requérant une tierce personne ?

Dans notre étude, les internes ont rencontré des difficultés pour définir la limite à ne pas franchir en cas d'autoprescription mais ont néanmoins avancé quelques hypothèses.

Tout d'abord, lorsqu'il s'agit de **pathologies chroniques** ou nécessitant un suivi particulier, ils admettent la nécessité de confier celles-ci à un confrère afin d'avoir une prise en charge supervisée, idéalement par leur médecin traitant, ainsi qu'un suivi régulier assuré.

Deuxièmement, lorsque la pathologie requiert un **traitement de deuxième intention**, c'est-à-dire lorsqu'il existe une résistance thérapeutique au soin primaire. Ils estiment ainsi plus prudent de demander l'avis d'un confrère plutôt que d'essayer d'autres molécules à l'aveugle.

Enfin, lorsque dans une même situation, ils adresseraient leurs patients à un **spécialiste**, ils préconisent d'en faire autant pour eux-mêmes, afin de ne pas prescrire au-delà de leurs champs de compétences.

Pour les aider à tenir ces engagements de délégation de suivi médical, certains internes proposent quelques règles pour encadrer leur droit à l'autoprescription.

Premièrement, **limiter le nombre d'ordonnances** qu'ils auraient le droit de signer pour eux-mêmes.

Par exemple, fixer un nombre à l'année à ne pas dépasser, auquel cas elles ne pourraient être valides.

Deuxièmement, discuter de l'**interdiction** de recourir à l'autoprescription pour certaines classes thérapeutiques, comme les psychotropes. Cette proposition est d'ailleurs retrouvée dans la littérature où le degré d'interdiction varie de certains médicaments (psychotropes, médicaments stupéfiants ou assimilés stupéfiants) à l'ensemble de ces derniers (14,56).

De plus, l'hypothèse d'un **déremboursement** des soins en cas d'autoprescription était aussi suggérée (56).

Enfin, **restreindre l'accès aux ordonnances** semble également être une perspective pour limiter au maximum l'autoprescription des jeunes médecins.

Cependant, en opposition à toutes ces potentielles restrictions, certains internes signalent les risques encourus en cas de mise en pratique de celles-ci, en rapportant notamment le fait qu'ils trouveront toujours des **subterfuges** comme par exemple, prescrire un traitement au nom d'un proche afin de pouvoir le récupérer facilement. Une telle démarche entraînerait alors des conséquences non négligeables, comme la perte de traçabilité du patient et sa mise à l'écart avec un risque d'isolement. C'est d'ailleurs ce qu'a retrouvé une étude réalisée en Australie en 2005 qui s'était intéressée à l'impact sur les médecins d'une loi interdisant l'autoprescription de certains traitements, quelques années après sa mise en application. Elle avait alors révélé que les prescriptions entre deux portes par un collègue avaient augmenté ainsi que les fausses prescriptions via le nom d'un proche, ne faisant que rendre le médecin encore plus isolé (56).

Par conséquent, interdire de façon stricte le recours à l'autoprescription ne semble pas approprié puisque cela ne ferait que renforcer l'isolement des jeunes médecins les éloignant davantage des conseils avisés de leurs confrères.

De plus, les culpabiliser sans cesse sur cette pratique ne paraît pas non plus être une solution car tous y auront recours à un moment donné.

En revanche, **accompagner les internes à travers l'éducation thérapeutique** notamment pourrait permettre d'encadrer leur autoprescription et les aider à reconnaître les situations qui devraient les faire consulter. En effet, à l'heure actuelle où la société tend vers toujours plus d'autonomie à donner

aux patients, il serait intéressant de former les internes à leur propre santé. Ces derniers savent reconnaître et agir en conséquence lorsque les patients leur présentent leur symptomatologie, mais dès lors qu'il s'agit d'eux, ils n'ont plus le recul nécessaire pour assurer une prise en charge adaptée (56).

Ainsi, **instaurer des modules d'éducation thérapeutique** dans les études de médecine pourrait être un moyen supplémentaire pour rendre les jeunes médecins acteurs de leur santé et renforcer leur démarche d'avoir un suivi médical supervisé.

4.2.3.4.3 Avertir sur les risques liés à l'autoprescription

Pour davantage encadrer ce droit à l'autoprescription, rappeler aux internes les risques encourus en cas d'abus de celle-ci est tout aussi indispensable.

Concernant l'autoprescription médicamenteuse, il faudrait **approfondir leurs connaissances en pharmacologie**, car ils rapportent avoir des lacunes de formation dans ce domaine, et les sensibiliser davantage aux effets iatrogènes des médicaments en insistant sur le fait qu'aucun traitement n'est dépourvu d'effets indésirables, d'autant plus s'il n'est pas utilisé à bon escient.

De plus, certains internes préconisent également de partager des **données chiffrées** afin de pouvoir se rendre compte de l'impact, souvent délétère, que peut avoir l'autoprescription sur leur santé, en montrant par exemple le pourcentage de médecins devenus addictes ou encore le retard de prise en charge en nombre de jours écoulés.

En plus de ces données théoriques, les **témoignages de soignants** ayant eu des complications suite à leur autoprescription pourraient également être un moyen subtil et efficace pour montrer aux internes la dangerosité potentielle d'une telle pratique. Ceux-ci pourraient d'autant plus impacter leur modification de comportement qu'ils permettraient aux jeunes médecins de s'identifier à la personne et de comprendre qu'ils ne sont pas à l'abri d'un tel risque pour eux-mêmes.

Au-delà de l'autoprescription médicamenteuse, c'est l'ensemble des soins autogérés par les internes qu'il faut prévenir : dépistages et examens paracliniques notamment. Pour cela, il faut insister sur le fait qu'une prise en charge médicale ne se réduit pas à la rédaction d'une ordonnance mais englobe une écoute, un examen clinique et une orientation diagnostique et thérapeutique, que seul un médecin tiers pourra réaliser de façon neutre et objective (57).

Ainsi, permettre aux jeunes médecins de **prendre conscience que l'autoprescription n'est pas une démarche anodine dénuée de risques** est primordial afin de les aider à confier leur suivi médical à un confrère qui assurera une prise en charge globale et évaluera la balance bénéfice-risque de façon objective.

4.2.3.5 Percevoir les liens entre la santé des médecins et celle de leurs patients

4.2.3.5.1 L'empathie des soignants renforcée par leurs propres pathologies

« Un médecin n'est pas un bon médecin s'il n'a été lui-même malade¹ ». A l'instar de ce proverbe bien connu, partager aux internes le fait qu'un médecin comprend davantage ses patients, et notamment

¹ Source exacte non retrouvée

leurs ressentis dans la maladie, lorsqu'il a été lui-même exposé à celle-ci, pourrait les aider à franchir le pas de consulter.

En effet, en intégrant cette particularité, les jeunes médecins pourraient alors être en demande d'explications plus poussées quant à leur maladie qui leur seraient délivrées par leurs confrères. Cela leur permettrait de renforcer leur suivi médical d'une part et d'autre part ils seraient aussi par la suite plus à même d'expliquer à leurs patients, se trouvant dans une situation similaire, l'évolutivité et les différentes démarches de soin à suivre.

Au-delà des connaissances purement scientifiques qui seraient acquises grâce à ce suivi, c'est surtout l'accueil du patient malade et son accompagnement qui pourraient en être modifiés. En effet, du fait de cette similitude, le médecin pourrait davantage comprendre les émotions de son patient et lui communiquer en retour cette compréhension, renforçant ainsi son empathie. Cette notion est d'autant plus importante qu'elle est une des clés de réussite de la relation de soin entre le médecin et son patient (58).

Ainsi **travailler avec les internes sur cette notion d'empathie**, renforcée par leur propre vécu, pourrait également être une solution pour favoriser leur prise en charge médicale par un confrère.

4.2.3.5.2 La santé des soignants : déterminant de la confiance des patients à leur égard

En plus d'expliquer aux internes le gain d'empathie et de compétences médicales en cas de suivi, il faut aussi les interpeller sur le fait que leur état de santé peut directement influencer la confiance qu'ont les patients à leur égard.

En effet, lorsque les médecins donnent l'impression d'être en difficulté, notamment psychologique, les patients s'interrogent alors sur la confiance qu'ils peuvent leur accorder. Celle-ci est plus ou moins

altérée selon la qualité de la relation de soin préexistante ainsi que la perception qu'ils ont de cette souffrance ; l'impact sur la relation pouvant aller jusqu'à taire certains motifs de consultation, ne plus confier les enfants voire changer de médecin (33).

Afin de remédier à ces conséquences plus ou moins délétères, il semble ainsi primordial d'insister sur le fait que pour bien prendre en charge leurs patients, les internes doivent d'abord **prendre soin d'eux-mêmes pour pouvoir prendre soin des autres**. Cette démarche nécessite alors de rompre l'illusion que le soignant doit privilégier les besoins de ses patients au détriment des siens (59), condition nécessaire pour un meilleur suivi médical des jeunes médecins.

4.2.3.6 Améliorer la formation des internes

4.2.3.6.1 Compléter leurs connaissances médicales

Certains internes rapportent avoir des difficultés à se faire aider parce qu'ils méconnaissent le contenu des prises en charge qui pourraient leur être proposées, notamment dans les **pathologies psychiques et addictologiques**. De fait, en doutant des propositions de soin et particulièrement de leur efficacité, ils estiment que rencontrer un confrère dans cette situation ne leur sera d'aucune utilité.

De plus, cette méfiance à l'égard des soins est renforcée par les retours, souvent négatifs, des patients.

En effet, durant leurs stages, ils côtoient plus fréquemment les patients se trouvant en échec thérapeutique que ceux ayant guéri et donc sortis peu à peu du circuit de soin.

Ainsi, **redonner aux internes une vision positive et utile de certaines prises en charge médicales** semble être indispensable afin de leur permettre de consulter un médecin lorsqu'ils sont eux-mêmes confrontés à une telle situation.

Pour cela, il faut tout d'abord **revoir leur formation théorique et pratique** en la matière. En effet, la plupart des internes et médecins généralistes perçoivent des lacunes d'apprentissage dans le domaine de la santé mentale avec des compétences ne pouvant pas être acquises de façon innée (60).

Cette formation théorique devrait notamment axer son contenu sur le repérage des patients à risque et des signes évocateurs, la prescription des traitements chimiques, les intervenants pouvant épauler les médecins généralistes et les structures de soin existantes.

En parallèle, une formation pratique au cours d'un stage en psychiatrie, par exemple, pourrait être un moyen supplémentaire pour compléter le savoir des IMG. Cette idée avait d'ailleurs été avancée par Agnès Buzyn en 2018, alors ministre des Solidarités et de la Santé, afin d'aider les médecins généralistes à accueillir, diagnostiquer et orienter au mieux ce type de patientèle (61).

Grâce à ces formations, les internes se sentiraient alors plus à l'aise dans la prise en charge de leurs patients souffrant de telles pathologies et, par **effet miroir**, intégreraient alors le bénéfice d'aller consulter pour eux-mêmes.

De plus, pour conforter l'impact que pourrait avoir une telle prise en charge sur eux-mêmes, les internes ont besoin d'**avoir des retours de patients**. A travers ceux-ci, ils pourraient percevoir concrètement les effets de tel ou tel soin et se projetteraient alors davantage comme patient dans cette même situation. Ces retours pourraient être partagés par les patients en témoignant, par exemple, de leur parcours de soin et de l'accompagnement des soignants tout au long de celui-ci.

Cette prise de conscience de l'efficacité des soins à travers des **situations concrètes rapportées par les patients** semble donc être une clé supplémentaire pour permettre aux jeunes médecins de consulter un confrère, tout particulièrement dans le domaine des maladies mentales.

4.2.3.6.2 Superviser davantage leurs stages

Les internes signalent aussi que leur vécu de certaines situations en stage a pu impacter leur prise en charge médicale actuelle. Ceci est particulièrement décrit pour des soins techniques, comme au bloc opératoire par exemple. En effet, comme ils connaissent l'ambiance et la façon dont vont se dérouler les événements, ils reconnaissent parfois tout faire pour ne pas se retrouver eux-mêmes dans une telle situation, quitte à retarder au maximum leur prise en charge.

Pour pallier cet obstacle, il paraît donc indispensable de repenser l'approche de certains stages en milieu hospitalier notamment.

Pour se faire, les internes demandent à **être mieux accompagnés par leurs seniors**, que ces derniers leur expliquent davantage les gestes et le déroulé des prises en charge afin de mieux appréhender les situations dans lesquelles se trouvent les patients, et atténuer ainsi leurs craintes et préjugés à propos de celles-ci.

De plus, ils pensent qu'un **accompagnement personnalisé durant le stage**, avec un tuteur qui leur serait attribué en début de semestre, participerait à un meilleur vécu de celui-ci et leur permettrait de se confier plus facilement en cas de mauvaises expériences.

Ainsi, la sensibilisation des jeunes médecins à confier leur santé à un confrère pour bénéficier d'une meilleure prise en charge passe également par une **meilleure supervision sur leur lieu de travail quotidien** puisque de nombreux freins proviennent de leur vécu en stage. Cette supervision a d'ailleurs aussi été évoquée dans le rapport du Docteur Donata Marra qui précise qu'un enseignant référent devrait être désigné pour les étudiants sur leur lieu de stage et aurait entre autres comme mission de faire un feedback pédagogiquement constructif tout en maintenant la confidentialité de celui-ci (51).

4.2.3.6.3 Intégrer les *medical Humanities* dans leur cursus

Les *medical Humanities*, sciences humaines médicales, sont un champ interdisciplinaire de la médecine incluant les sciences humaines (littérature, philosophie, éthique, histoire, religion), les sciences sociales (anthropologie, sociologie, psychologie), les arts et leurs applications dans la pédagogie et l'enseignement médical. Ce courant a pris ses racines aux Etats-Unis dans les années 1960 et s'implante progressivement en Europe depuis une dizaine d'années.

A titre d'exemples, cette approche est particulièrement développée à la faculté de médecine de Genève où les sciences humaines sont enseignées depuis plusieurs années par des spécialistes en philosophie, littérature et histoire ou encore au Canada où les étudiants bénéficient de programmes ayant pour objectif l'étude psychologique de la santé, de la maladie et du rétablissement. Ces enseignements ont pour mission d'éveiller la curiosité des étudiants, de les aider à décentrer leur réflexion et à se positionner entre autres sur leur conception du métier, et apportent une dimension existentielle aux questionnements complexes suscités par la santé en général (62,63).

En France, les sciences humaines et sociales étaient dispensées, jusqu'à très peu, en PACES mais leur enseignement était très disparate selon les facultés et s'en remettait parfois à des professeurs de médecine peu expérimentés dans le domaine. Mais, depuis la récente réforme du premier cycle de médecine, les étudiants, pour ceux qui le souhaitent, devraient pouvoir les étudier en parallèle du contenu purement médical. A travers cette approche, c'est la perception globale de la médecine qui pourrait évoluer passant d'un savoir-faire à un savoir-être avec pour objectif de soigner non plus des maladies mais des personnes malades (64,65).

a. La psychologie

Premièrement, afin de permettre aux internes de **mieux appréhender les mécanismes de défense** qui peuvent faire obstacle à leur prise en charge médicale, il semble judicieux d'aborder cette thématique durant leurs études.

Pour rappel, ces mécanismes, décrits par Freud au XIX^e siècle, sont des processus développés par le « moi » afin de permettre à l'individu de se protéger d'une situation douloureuse tant sur le plan physique que psychique. Ils agissent de manière inconsciente ou partiellement consciente afin de diminuer voire supprimer toute menace à l'intégrité biopsychologique de la personne.

En cas de maladie, ils sont favorisés notamment par l'insécurité pour l'avenir, l'inquiétude des complications ainsi que les pertes économiques, affectives et sociales (66).

Parmi ceux-ci, on retrouve fréquemment chez les soignants le déni qui agit comme si les symptômes de la maladie n'existaient pas ou l'évitement qui consiste à éviter tout contact avec des personnes ayant un lien avec la maladie (27,37).

Alors que l'ensemble des facultés de médecine forment peu leurs étudiants à la psychologie médicale, **dispenser un enseignement présentant et expliquant ces mécanismes de défense** pourrait être un bon début en la matière. Il pourrait s'agir de cours magistraux pour exposer la théorie et de mises en situation type jeux de rôle pour les reconnaître en pratique. Cela permettrait aux internes d'engager une réflexion afin d'**identifier leurs propres défenses**, et ainsi favoriser leur prise en charge en essayant d'aller au-delà. Bien évidemment, il s'agit d'un long travail à faire sur soi mais les connaître et en parler semblent déjà être une étape dans ce processus.

De plus, au-delà du bénéfice pour les internes eux-mêmes, c'est l'ensemble des prises en charge des patients qui pourraient en bénéficier, car si les jeunes médecins identifient davantage leurs défenses, ils sauront probablement en faire autant pour leurs patients (67).

Deuxièmement, les internes proposent d'avoir un **accompagnement personnel avec un psychologue** durant leur cursus afin d'identifier plus facilement les freins à leur suivi, les comprendre et essayer d'effectuer un travail sur eux-mêmes pour s'en défaire.

Cet accompagnement pourrait aussi avoir pour objectif de **travailler sur des situations choquantes** vécues en stage ou entendues et qui majorent leur difficulté à aller consulter.

Enfin, il pourrait aider les jeunes médecins à fortifier leur confiance en eux-mêmes et celle accordée à leurs confrères, concéder du lâcher-prise en relativisant et acceptant de ne pas tout contrôler et appréhender différemment le regard d'autrui.

Ainsi, cet accompagnement pourrait être mis en place sur la base du volontariat, à condition d'avoir porté à la connaissance de tous son existence et son objectif : permettre aux internes de **comprendre leurs propres freins pour aller au-delà** et accepter de remettre entre les mains de leurs confrères leur prise en charge médicale.

b. La philosophie

Pour faire face aux nombreux freins au suivi médical des internes qui se fondent parfois sur des représentations ancestrales et surréalistes, tels que le sentiment de toute-puissance ou le devoir d'infailibilité, certains d'entre eux proposent d'**introduire des réflexions philosophiques** durant leurs études.

Celles-ci pourraient, par exemple, permettre d'**aborder leur statut de soignant sous un autre angle** en leur demandant notamment pourquoi le fait d'être médecin les rendrait intouchables ? Surhumains ? Immortels ? Pourquoi en devenant médecin, les internes perdraient le droit d'être considérés comme n'importe quel patient et devraient alors être privés d'un suivi médical supervisé ?

Cette approche philosophique pourrait aussi les aider à dépasser leur peur du jugement en **se confrontant à leurs propres préjugés**. En effet, si les internes craignent si souvent d'être jugés sur leurs capacités à exercer ou d'être moqués par leur interlocuteur, il semble légitime de les questionner sur leurs propres a priori lorsqu'ils prennent en charge un soignant. Est-ce que les internes jugent leurs confrères lorsqu'ils se confient à eux ? Est-ce qu'ils remettent en cause leurs connaissances ? Si ce n'est le cas, pourquoi l'inverse serait différent ?

Ainsi, conférer aux jeunes médecins un temps d'enseignement durant lequel ils pourraient **se questionner sur l'impact qu'a leur statut sur leur santé** ainsi que sur les **origines de leur méfiance** à l'égard de leurs confrères pourrait être un moyen supplémentaire pour leur permettre de reconsidérer leur prise en charge médicale. Celui-ci pourrait notamment être organisé autour de débats qui leur permettraient d'échanger sur leurs points de vue et éveilleraient davantage les consciences du fait d'une réflexion personnelle qui se mettrait en place, amorce précieuse pour un meilleur suivi.

4.2.3.7 Sensibilisation des jeunes médecins à travers des consultations dédiées : complémentarité aux sensibilisations « théoriques »

En plus des différents messages de sensibilisation évoqués jusqu'à présent, il semble aussi opportun de mettre en place des consultations dédiées spécifiquement au suivi des internes afin de pouvoir suivre l'ensemble de ces derniers et pas seulement ceux qui se sentent concernés par cette

problématique. En effet, alors que plusieurs auteurs rapportent le déni dans lequel peuvent se trouver certains soignants concernant leur santé (13,27,37), une consultation spécifique permettrait d'initier un premier contact médical. A travers celle-ci, les internes en difficulté pourraient alors être repérés, pris en charge et sensibilisés sur l'importance d'avoir un suivi réalisé par une tierce personne par la suite.

Afin de sensibiliser l'ensemble de ces derniers, ils suggèrent de rendre cette consultation **obligatoire** au cours de l'internat.

Ils estiment majoritairement que celle-ci devrait être assurée par la **médecine du travail** qui a notamment pour mission de conduire des actions de santé dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel (68). Malheureusement, seuls 45.3% des jeunes et futurs médecins ont déjà vu un médecin du travail et il est prouvé que plus l'étudiant avance dans sa formation moins il le rencontre (15,22).

Il semble donc indispensable de rendre cette consultation obligatoire et systématique afin de recevoir les internes pour évaluer leur santé et les sensibiliser sur l'importance d'avoir un suivi médical extérieur, condition nécessaire à une prise en charge optimale de ces derniers sur le long terme.

En dehors de la médecine du travail, ils proposent également que ces consultations soient réalisées par des **professionnels formés spécifiquement à la prise en charge des internes**, permettant ainsi une meilleure connaissance de leur vécu et de leurs problématiques. Les internes se sentiraient alors plus légitimes de les consulter, contribuant aussi à un meilleur suivi.

Par ailleurs, pour favoriser encore davantage leur suivi médical, ils proposent de créer des structures où leur **anonymat** serait garanti. Cela leur permettrait de consulter plus aisément, sans crainte de jugement ni de violation du secret médical. Ils évoquent par exemple des dispositifs tels qu'une plateforme téléphonique ou une cellule intra-hospitalière.

Ces structures existent déjà mais sont souvent peu connues des internes (11,25,69). Il y a par exemple :

- Le **Conseil national de l'Ordre des médecins** qui propose un numéro vert et gratuit pour les médecins et internes en difficulté. Ce service est disponible 24h/24 et 7j/7. Il permet d'orienter vers l'organisme adéquat en fonction de la problématique (70).
- L'**Association Régionale d'Entraide du Nord Est (ARENE)** qui assure une permanence téléphonique 24h/24 et 7j/7 pour les médecins et internes. Avec l'accord de ces derniers, cette structure les oriente vers des personnes ressources (psychiatre, psychologue, avocat, conseiller juridique, médecin du travail) (71).
- Le **Bureau d'aide psychologique universitaire (BAPU)** qui est un centre dédié aux étudiants souhaitant une aide psychologique. Celle-ci est assurée par des psychologues et psychiatres ainsi qu'une assistante sociale. La démarche de l'étudiant est confidentielle (72).

Ainsi, pour renforcer la démarche de soin des jeunes médecins, il est indispensable de **porter à leurs connaissances l'ensemble des dispositifs existants**, d'autant plus que la plupart d'entre eux assurent une prise en charge anonyme, fortement recherchée par ceux-ci (51).

Grâce à ces structures, ils pourraient donc initier un premier contact médical, maillon essentiel à la prise d'autres rendez-vous et à l'instauration d'un suivi.

4.2.4 ... avec des moyens variés...

4.2.4.1 L'apprentissage entre pairs

Au-delà des messages à transmettre aux jeunes médecins afin de les sensibiliser sur l'importance d'avoir une prise en charge et un suivi médical réalisés par un confrère, les moyens à mettre en œuvre pour assurer cette transmission semblent tout aussi importants.

Tout d'abord, les internes pensent que les **témoignages** seraient un moyen efficace pour sensibiliser car ils permettent de recueillir des situations vécues, leur permettant de s'identifier et marquant ainsi davantage les esprits. Parmi ceux-ci, ils souhaiteraient entendre des témoignages de médecins-patients et de médecins-soignants afin de mieux appréhender ces deux positions ainsi que ceux de médecins ayant abusé de l'autoprescription, leur permettant alors de prendre conscience de façon concrète des risques liés à celle-ci.

A travers cette approche, ils pourraient ainsi se rendre compte que tout le monde peut être touché par la maladie, entraînant alors un déclic chez certains pour aller consulter.

Comme autre moyen, ils proposent des **temps d'échange et de débats**. En effet, ils reconnaissent qu'il n'y a pas de réponse unique à donner pour les inciter à avoir une prise en charge objective, mais le simple fait d'en parler peut déjà éveiller les consciences. Ils attendent notamment qu'on les questionne ouvertement sur leur vécu en tant que patient et sur ce qui les freine à consulter.

Ils suggèrent même d'imposer ce temps de discussion durant leurs études afin de se focaliser un instant sur leur propre santé et non celle des patients.

Une autre façon de sensibiliser les internes à cette problématique serait de mettre en place des mises en situation type **jeux de rôle**. Ceux-ci leur permettraient notamment de se positionner à la fois en tant que médecin-soignant et patient et de comparer ainsi leur prise en charge actuelle avec celle qu'ils auraient donnée à un patient lambda.

Afin de pouvoir tirer pleinement profit de ce type de formation, les internes souhaitent une analyse appropriée à la fin de cet exercice en permettant à chacun de s'exprimer sur ce qu'il a ressenti et de faire un parallèle avec la réalité.

Il semble cependant utile de notifier que certains internes doutent de l'authenticité de cet exercice car ils ont parfois l'impression de jouer le rôle tel qu'attendu et non comme eux auraient fait dans la vraie vie.

En plus de ces différents moyens oraux, les internes suggèrent que cette sensibilisation soit aussi dispensée à travers des moyens visuels, tels que des **animations audio-visuelles** pouvant servir de support à un temps d'échange, des affiches ou flyers afin de diffuser le plus largement possible le message expliquant l'importance d'avoir un médecin traitant et un suivi médical ou encore des mails de rappel permettant une approche plus personnalisée.

4.2.4.2 Les formations théoriques

Les formations théoriques, bien que faiblement recherchées par les jeunes médecins, semblent néanmoins être une **complémentarité** aux moyens cités précédemment.

Certes, l'importance du suivi médical des jeunes médecins ne doit pas être démontrée pendant un cours magistral avec des diapositives, car jugé trop impersonnel, mais celui-ci peut néanmoins apporter quelques connaissances indispensables à leur réflexion comme par exemple, l'explication des mécanismes de défense ou encore la visualisation de certaines données concernant cette problématique.

Pour renforcer leur intérêt à ce support, il paraît intéressant de le coupler à d'autres sujets ayant un attrait commun afin d'attiser leur curiosité et leur investissement.

Ainsi, il ne semble pas judicieux de dispenser aux internes une formation unique pour aborder cette problématique, mais plutôt un ensemble de moyens, tous complémentaires, afin de pouvoir sensibiliser l'ensemble d'entre eux en fonction des affinités et des modes de fonctionnement de chacun.

Quel que soit le moyen utilisé, ils préconisent cependant de réaliser un travail en amont, type bibliographique, afin de permettre une meilleure compréhension du problème et de l'enjeu ainsi qu'une implication totale de leur part, éléments indispensables pour une prise de conscience optimale.

4.2.5 ... à différents moments...

4.2.5.1 Lors de rencontres entre pairs

Pour être sensibilisés à cette problématique, les internes proposent tout d'abord les séances de **tutorat** comme moment propice pour échanger sur ce sujet à travers les différents moyens évoqués précédemment.

Pour rappel, depuis la réforme du 3^e cycle en 2017, les internes de médecine générale doivent, plusieurs fois par an, assister à des GEAP. Ces derniers ont pour objectif d'échanger autour de situations vécues pendant les stages en ciblant une thématique lors de chaque rencontre (73).

De façon générale, les internes apprécient le fait d'être en petit groupe, avec des collègues n'ayant pas les mêmes terrains de stage, et d'être encadrés par des médecins ayant des modes d'exercice différents, favorisant ainsi des échanges riches et variés. Le fait que le groupe soit identique durant toute la durée de l'internat favorise aussi la mise en confiance, élément essentiel pour permettre une réflexivité basée sur le vécu de chacun.

Bien que ces groupes aient été mis en place pour permettre aux internes d'exprimer plus facilement certaines situations difficiles vécues en stage, la problématique du suivi médical des jeunes médecins

leur semble tellement importante à aborder, qu'ils proposent d'échanger sur cette thématique durant une ou plusieurs séances de tutorat.

En plus de ce dernier, les internes aimeraient également échanger sur ce sujet durant des **groupes d'échange entre pairs**, type Balint. Ils y apprécient notamment le côté entraide entre confrères et perçoivent plus facilement le fait qu'ils sont, en quelque sorte, tous dans la même situation avec les mêmes craintes et les mêmes a priori. A la différence des GEAP, il n'y a pas d'encadrement scolaire permettant de libérer davantage la parole et d'ainsi mieux comprendre l'intérêt d'avoir un suivi médical à travers les différents témoignages partagés.

Au-delà des échanges dédiés spécifiquement à l'abord de cette problématique, les internes pensent que cette sensibilisation devrait aussi avoir lieu lors de **congrès**, en faisant par exemple des interludes entre deux présentations scientifiques pour évoquer des campagnes comme « Dis doc, t'as ton doc ? » (23) voire en dédiant des ateliers entiers à ce sujet.

4.2.5.2 De façon continue, à travers les réseaux sociaux

Par ailleurs, les internes évoquent aussi les réseaux sociaux pour sensibiliser les jeunes médecins à leur suivi médical. Ces dispositifs ont l'avantage de pouvoir prendre connaissance des sujets à tout moment. Néanmoins ils reconnaissent un faible impact pour modifier les comportements du fait de leurs effets flash, aussi tôt lus aussi tôt oubliés.

4.2.5.3 La priorité : une sensibilisation répétée dès le plus jeune âge

Même si les internes admettent que l'internat est une période appropriée pour échanger sur ce sujet lors des différents moments évoqués ci-dessus, tous reconnaissent que cette sensibilisation devrait commencer bien plus tôt, **dès le début de leurs études** avant même de commencer les stages et d'apprendre à devenir médecin. En effet, pour les aider à endosser le statut de patient, il faut leur donner cette possibilité avant qu'ils ne se considèrent plus que comme soignant, en insistant sur le fait que tous peuvent avoir des problèmes de santé et que consulter à ce moment-là est légitime et normal. Ceci est d'autant plus vrai que des études ont montré que l'état de santé physique et mentale des étudiants en médecine a tendance à se dégrader au fur et à mesure des années d'étude (74).

De plus, pour modifier de façon durable les mentalités et les habitudes, cette sensibilisation doit **être répétée** sans cesse, durant leurs études, leurs stages et même après, une fois qu'ils seront installés, afin de permettre une prise de conscience définitive de l'importance d'avoir une prise en charge et un suivi médical réalisés par un médecin tiers.

4.2.6 ... et par différents interlocuteurs

4.2.6.1 Le monde de la santé

Pour se sentir concernés par cette problématique de suivi, les internes ont besoin d'entendre les mises en garde par des professionnels de la santé. En effet, ils rapportent y accorder plus d'importance qu'aux dires de leur entourage, probablement parce qu'ils peuvent s'identifier et donc se projeter plus facilement.

Ainsi, ils pensent que les **médecins** auraient toute leur place dans cette sensibilisation, que ce soit ceux ayant déjà été confrontés à un problème médical afin de faire comprendre aux jeunes médecins qu'ils peuvent être soignant et patient en même temps, ou ceux prenant en charge régulièrement des médecins afin de voir leur réaction et dédramatiser le fait de devoir aller consulter.

Ils évoquent aussi la médecine du travail, comme vu précédemment, qui pourrait entre autres insister auprès des internes sur la nécessité d'avoir un médecin traitant, ainsi que la médecine scolaire bien que son champ d'action soit relativement peu connu de ces derniers.

Les **pharmaciens** auraient aussi un rôle à jouer, notamment pour tout ce qui est attrait à la pharmacologie et aux risques iatrogènes, afin de signaler qu'une prise en charge par un tiers permet d'évaluer de façon plus objective ces derniers et de réagir plus rapidement en cas d'échec thérapeutique ou d'effets indésirables.

Enfin, ils mentionnent certaines **instances** comme les ARS, l'Ordre des médecins ou encore l'Assurance maladie pour être des acteurs dans cette sensibilisation.

Par ailleurs, les professionnels paramédicaux, tels que les **psychologues**, sont également proposés par les internes. Ils reconnaissent leurs capacités à animer les groupes d'échange et leurs analyses fines des raisonnements. Ils insistent aussi pour travailler avec eux afin de comprendre les freins psychologiques à leur suivi et leur mise en place.

Aussi, des **personnes formées à l'éducation thérapeutique** pourraient davantage avoir les mots et le recul nécessaire pour aider les jeunes médecins à mieux reconnaître des signes de la maladie et définir avec eux les limites de leur autogestion.

Au-delà des professionnels de la santé, les internes suggèrent que les **patients** eux-mêmes prennent place dans ce processus. Ils attendent particulièrement des messages de bienveillance de leur part ainsi qu'ils leur partagent le fait qu'ils ne jugent pas leurs médecins lorsque ceux-ci sont malades.

4.2.6.2 Le monde enseignant

De plus, la **faculté** devrait également intervenir, en proposant par exemple des temps de formation sur ce sujet ainsi qu'en mettant à disposition les locaux et le matériel nécessaires.

Durant ces temps dédiés, les enseignants, particulièrement ceux du DMG, seraient invités à animer et encadrer les ateliers, étant probablement les plus à même de connaître les spécificités des IMG et ainsi mettre plus facilement en lumière la différence de prise en charge entre celles des jeunes médecins et celles qu'ils proposent à leurs patients.

Aussi, les **tuteurs**, par leur proximité avec ces derniers, pourraient avoir un rôle de prévention en veillant à ce que leurs tutorés aient un médecin traitant et en les mettant en garde sur leur autoprescription.

4.2.6.3 Tous acteurs

Finalement, il ne semble pas y avoir d'interlocuteur unique plus légitime qu'un autre pour sensibiliser les jeunes médecins à avoir un suivi médical réalisé par une tierce personne. Cela va surtout dépendre du lieu et du moment.

Cependant, cette sensibilisation semble surtout être l'affaire de tous car au-delà des jeunes médecins, c'est l'ensemble du monde médical qui est appelé à s'interroger sur l'importance qu'il donne à sa santé et à son suivi ; chacun devenant alors acteur et spectateur de celle-ci (75).

Ainsi, l'abord de cette problématique devrait avant tout se baser sur le **compagnonnage**. En effet, que ce soit en stage ou lors d'une pause-café, si les maîtres de stage interrogeaient leurs internes sur leur suivi médical et si ces derniers en faisaient autant avec leurs co-internes et externes, l'inverse étant aussi vrai, cela pourrait permettre d'amorcer une prise de conscience sur où se situent chacun d'entre eux et initier alors une modification des comportements.

V. CONCLUSION

En conclusion, il ne semble pas exister de formation unique pour sensibiliser les jeunes médecins à avoir une prise en charge et un suivi médical réalisés par un médecin autre qu'eux-mêmes.

Au contraire, cette prise de conscience ne pourra avoir lieu qu'en répétant, sans cesse, la légitimité qu'ils ont à être soignés au même titre que n'importe quel autre patient. Pour cela, différents moyens sont à mettre en place, comme introduire un module de sciences humaines et sociales durant leurs études afin de reconsidérer notamment leur statut de soignant et la représentation de toute-puissance liée à celui-ci, encore trop souvent ancrée dans les mentalités. D'autre part, montrer l'impact que peut avoir leur état de santé sur celui de leurs patients afin de leur faire comprendre qu'un médecin ne peut bien soigner que s'il est lui-même en bonne santé. De plus, il semble essentiel de restaurer la confiance des médecins envers leurs confrères, en accompagnant spécifiquement ces derniers à prendre en charge les soignants et en luttant contre leur stigmatisation. Aussi, communiquer les coordonnées de structures de soin anonyme pourrait permettre aux jeunes médecins de consulter plus facilement et d'être mieux orientés dans leur prise en charge. Enfin, il faut insister sur les dangers liés à l'autoprescription en recueillant notamment des témoignages de soignants afin de permettre aux jeunes médecins de s'identifier et entraîner un déclic chez ces derniers pour confier leur santé à un confrère.

Quel que soit le moyen utilisé, il faut rappeler que cette sensibilisation est l'affaire de tous et que chaque professionnel de santé peut, voire doit, attirer l'attention de ses collègues sur leur suivi médical.

Cette sensibilisation est d'autant plus urgente que le dernier rapport des syndicats des étudiants en médecine, publié le 27 octobre 2021, montre que l'état de santé de ces derniers empire ! (76)

Ainsi, dédier des temps de formation spécifique à cette problématique durant l'internat et même avant doit devenir une priorité pour les facultés si nous voulons former des nouvelles générations de médecins en bonne santé aptes à exercer.

Pour faire suite à ce travail, les données recueillies pourraient être utilisées afin de mettre en place une action de sensibilisation ou de formation à travers une thématique évoquée précédemment puis d'évaluer son impact à distance sur le suivi médical des jeunes médecins.

VU
Strasbourg, le 15 novembre 2021
Le président du jury de thèse

Professeur *Nadia SANZALEZ*



VU et approuvé
Strasbourg, le 17 NOV 2021
Le Doyen de la Faculté de
Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé

Professeur Jean SIBILIA



VI. ANNEXES

ANNEXE 1 – FICHE D'INFORMATION A DESTINATION DES PARTICIPANTS

TITRE DE L'ETUDE : « Comment sensibiliser les jeunes médecins à avoir un suivi médical ? Etude qualitative réalisée auprès d'internes de médecine générale alsaciens »

CONTEXTE ET BUT DE L'ETUDE :

En France, 50 à 94% des médecins (internes et médecins installés) n'ont pas de médecin traitant, assurent eux-mêmes leur suivi médical et ont facilement recours à l'autoprescription.

Pourtant, la moitié d'entre eux considèrent leur suivi médical moyen voire mauvais et perçoivent un risque important de retard diagnostic voire ils estiment être de mauvais médecin pour eux-mêmes par manque de lucidité et d'objectivité.

Il existe plusieurs causes à cette attitude d'autogestion : l'image taboue du médecin-malade ; le déni de la maladie ; la difficulté à passer du côté patient ; la crainte d'être jugé par les confrères ; l'absence de considération comme un patient Lambda et le manque de temps pour prendre soin de sa santé.

Alors qu'un tel comportement a des répercussions sur le médecin lui-même mais également sur sa patientèle et sur l'ensemble du système de soins, il semble urgent de sensibiliser les soignants sur la nécessité d'avoir un suivi médical réalisé par une tierce personne quelle que soit la situation à laquelle ils seraient exposés.

Pour se faire, ce travail de thèse propose d'étudier quelle formation permettrait aux internes en médecine générale d'opter dès à présent pour une prise en charge et un suivi médical réalisés par un médecin autre qu'eux-mêmes.

METHODOLOGIE :

Il s'agit d'une étude qualitative réalisée à partir d'entretiens individuels semi-structurés d'une durée approximative de 45 minutes.

L'entretien sera enregistré à l'aide d'un dictaphone puis retranscrit dans sa globalité en assurant l'anonymat de la personne interrogée. Le contenu audio sera détruit à la fin de ce travail.

PARTICIPATION A L'ETUDE :

La participation à cette étude permettra de vous exprimer librement sur ce sujet. Aucune rémunération n'est prévue. Vous êtes entièrement libre d'y participer et vous pourrez vous retirer à tout moment sans fournir d'explications.

FINALITE DE L'ETUDE :

L'étude fera l'objet d'un travail de thèse en vue de l'obtention du titre de Docteur en médecine de Madame Charlène Avrial sous la direction du Docteur Vincent Dupré.

Si vous souhaitez davantage de renseignements, n'hésitez pas à contacter les responsables de cette étude.

Nous vous remercions par avance pour votre collaboration,

Charlène Avrial et Dr Vincent Dupré

Coordonnées des responsables de l'étude :

Charlène Avrial : charlene.avrial.these@gmail.com

Docteur Vincent Dupré : vincent.dupre.tutorat@gmail.com

ANNEXE 2 – DECLARATION DE CONSENTEMENT

Je soussigné(e), Madame ou Monsieur

Prénom Nom

Certifie avoir reçu de façon claire et loyale les informations relatives à ma participation et avoir eu un délai de réflexion avant de consentir à participer à l'étude intitulée « comment sensibiliser les jeunes médecins à avoir un suivi médical ? Etude qualitative réalisée auprès d'internes de médecine générale alsaciens ».

J'accepte un enregistrement audio-phonique de l'entretien qui sera rendu anonyme. Celui-ci sera détruit dès la fin du travail.

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

Cette étude est réalisée dans le cadre d'un travail de thèse en vue de l'obtention du diplôme de Docteur en médecine soutenue par Charlène Avrial à la faculté de médecine de Strasbourg.

Fait à, le

Signature

Document conservé par le chercheur et l'interrogé

ANNEXE 3 – GUIDE D'ENTRETIEN

Je te remercie de participer à cette étude intitulée « comment sensibiliser les jeunes médecins à avoir un suivi médical ? Etude qualitative réalisée auprès d'internes de médecine générale alsaciens »

Cet entretien va être enregistré puis retranscrit mot à mot en restant strictement anonyme.

CARACTERISTIQUES DE LA PERSONNE INTERROGEE :

- Sexe
- Age
- Semestre
- Existence ou non d'un médecin traitant déclaré

DEROULE DE L'ENTRETIEN :

L'IMPORTANCE DE CHOISIR UN MEDECIN TRAITANT	<ul style="list-style-type: none"> - Peux-tu me dire pourquoi tu (n') as (pas) un médecin traitant ? - Peux-tu me raconter la dernière fois où tu l'as consulté ? - Quelles ont été tes motivations pour aller le voir ? - Comment t'es-tu senti durant cette consultation ? - Pourquoi est-ce important, selon toi, d'avoir un médecin traitant ? - Que dirais-tu aux internes pour les inciter à déclarer un médecin traitant et le consulter ?
EXPLORER LES RISQUES DE L'AUTOPRESCRIPTION	<ul style="list-style-type: none"> - Peux-tu me raconter la dernière fois où tu t'es autoprescrit un soin ? - Quels étaient les avantages et les inconvénients ? - Quels risques as-tu perçu dans cette démarche ? - Comment prévenir et dissuader les internes d'avoir recours à cette façon de faire ?
TRAVAILLER SUR LES ANGOISSES LIEES AUX SOINS ET LE DENI	<ul style="list-style-type: none"> - Peux-tu me raconter la dernière fois où tu as renoncé à un soin ? - Quelles en étaient les raisons ? - Comment aurait-on pu t'aider à ce moment-là ? - Que dirais-tu à un interne confronté à cette même situation (qui refuse de se soigner) ?

<p>ABORDER L'IMAGE TABOUE DU MEDECIN- MALADE ET LA REPRESENTATION DE TOUTE-UISSANCE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles représentations as-tu d'un médecin-malade ? - A ton avis, que penseraient tes patients s'ils apprenaient que tu étais malade ? - La maladie des soignants peut être perçue comme un sujet tabou qui freine leur suivi médical, pourquoi cette image taboue ? - Comment pourrait-on aborder ce problème pour lever cette représentation ?
<p>APPRENDRE A SE CONSIDERER COMME UN PATIENT-LAMBDA ET PALIER AUX CRAINTES DE JUGEMENT</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Comment aider les internes à se considérer comme un patient lambda malgré leurs connaissances médicales ? - Quelles attitudes des « médecins-soignants » pourraient favoriser une meilleure adhésion au soin des « médecins-patients » ? - Comment rendre aux médecins-patients le sentiment de confiance dans la relation de soin et comment limiter leur sentiment de honte ? - Qu'aimerais-tu dire à un interne pour qu'il prenne soin de sa santé autant que celle de ses patients ?
<p>LA FORMATION EN PRATIQUE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quelle serait la formation idéale qui permettrait aux internes d'avoir un suivi médical dès à présent ? - Quels intervenants ? - Quels formats de formation ? - Quels messages-clés diffuser ?

Commentaires libres : as-tu quelque chose à rajouter ?

ANNEXE 4 - ENTRETIENS

Entretien n°1

Pour commencer, à quand remonte ton dernier rendez-vous chez ton médecin traitant ou chez un médecin en général ?

Bon mon médecin traitant c'est mon père, du coup c'est forcément un peu biaisé. Le dernier contact médical que j'ai eu avec mon père pour un truc de santé c'était dimanche ou samedi ou vendredi soir... parce que j'avais un tique sur le seul endroit où j'arrivais pas à l'enlever (*rires*) et du coup je lui ai demandé. Sinon... (*long temps de réflexion*) non ouais je suis en train de me dire que ... faut que je réfléchisse ça fait un long moment... je dirai au moins cinq ans pour un truc vraiment plus important que un tique et j'suis pas non plus descendu à son cabinet médical en mode j'étais comme ça (*faciès d'une personne souffrante*). Non j'suis allé le voir à la maison, j'ai dit tiens d'un point de vue purement médical il faut que tu répondes à cette question.

Donc là, concrètement, c'est parce que tu ne pouvais pas le faire toi-même. Sinon depuis cinq ans, tout ce que tu pouvais faire toi-même tu t'es géré toi-même ou c'est que tu n'as pas du tout été confronté à un problème médical depuis cinq ans ?

Hormis le moment où je me suis coupé le tendon, je suis allé voir SOS mains, ça c'était en 2019 et c'était pour un problème chirurgical.

Donc là encore, tu ne pouvais pas le faire toi-même. Mais sinon tu te souviens t'être prescrit quelque chose ou avoir pris directement dans ta pharmacie ?

Ouais je me prescris souvent des trucs. Je fais pas mal d'ordonnance pour ma copine et moi mais... ouais des antibiotiques j'en ai pas pris depuis un moment ; genre des trucs à la con des traitements sympto ou des traitements quand on part en vacances pour avoir un peu une trousse d'urgence, des sérologies VIH et compagnie (*rires*) ça a pu arriver.

Donc tu te signes toi-même tes ordos quand tu as besoin.

Hum hum.

Ok. Donc concrètement, c'est vraiment quand tu ne peux pas faire toi-même ou que tu ne maîtrises pas et que tu n'as pas assez de connaissances que tu vas voir un médecin.

Comme je suis très à jour sur les recos... (*rires*)

Lorsque tu avais été voir SOS mains, est-ce quelque chose qui avait été difficile de devoir endosser la carte du patient ?

Non même pas, fin généralement je n'ai aucun problème par rapport à ça. En plus là, c'était au ski à Val Tho c'était arrivé dans la nuit du samedi au dimanche et j'ai attendu d'être de retour sur Stras pour

aller à SOS mains... donc j'avais le temps de le flinguer donc j'ai dit « écoutez j'suis interne, j'suis con (*rires*), je sais que j'ai pris un risque en tardant mais voilà je suis là quand même maintenant... voilà je leur avais dit que ouais non j'avais aucun problème à me mettre dans la situation du patient.

Aucun problème, mais alors pourquoi as-tu mis du temps à aller consulter ?

C'était plus d'un point de vue logistique, parce que j'avais pas envie de gâcher la journée de ski de tous les autres pour qu'ils m'emmènent à Chambéry qui était à trois heures de Val Thorens alors que j'aurais pu, enfin je pouvais attendre ; clairement avec une plaie comme ça... tu peux attendre 24 heures.

Si c'était ta copine qui s'était blessée, est-ce que tu aurais eu la même prise en charge ?

Hum hum (*rires*) ! Non, je lui aurais... je lui aurais expliqué les possibilités qu'elle avait, mais je n'aurais pas pris la décision pour elle. J'aurais pas dit fais ça fais ça t'as deux choix. J'aurais proposé des hypothèses. Mais c'est sûr qu'un patient lambda, si c'était un gars qui venait en consult au cabinet avec un tendon flingué, j'dirais non là vous allez tout de suite à SOS mains, parce que la responsabilité c'est d'être... enfin t'engages ta responsabilité pour l'autre dans une situation, alors que là tu l'engages pour toi-même si tu fais une connerie. Tu t'en mords les doigts après. Si c'est juste pour toi, t'es seul face à ta faute alors que si c'est un patient lambda où le type vient me voir j'vais pas dire non non vous pouvez attendre un jour ; jamais d'la vie je dis ça !

Du coup concrètement si demain on te dit y a une formation qui se crée pour justement t'inciter à aller voir SOS mains une heure après t'être blessé et non 24 heures après ou pour n'importe quelle autre raison, qu'est-ce que tu aimerais qu'on te dise pour te faire percuter que c'est important d'avoir un suivi médical, d'avoir un médecin traitant autre que toi-même, que l'automédication ça peut être dangereux, etc... ?

Ben il faudrait que... on me dirait des choses que je sais déjà d'une certaine manière mais quand ça vient des autres c'est sûr que c'est plus percutant et que quand tu décides pour ta santé, pour toi t'es pas objectif déjà de base. Genre là objectivement, le plus objectif ça aurait été d'aller directement aux urgences mais quand c'est pour toi... quand c'est le patient tu réfléchis d'un point de vue médical pur, le reste en vrai ça te regarde pas forcément ; mais quand c'est pour toi tu réfléchis... ouais c'est la part d'impartial... ouais t'es plus impartial ! T'es partial, t'as le côté médical et t'as aussi le côté... le reste et tout ça, l'organisationnel et tout ; tu prends peut-être plus de risques ! Mais ouais je pense qu'il faudrait que dans cette formation, dire que... insister sur le fait que quand tu prends une décision médicale pour toi-même, t'es pas impartial et t'es pas objectif !

Et tu penses qu'il faudrait le dire comme ça de brut en blanc pour aider à percuter ou comment imaginerai-tu de faire passer ce message ?

Non mais ouais trouver le moyen de... de créer une situation clinique jouée entre différents étudiants... on sait que le DMG aime bien ça ! Non mais comme tu m'as fait faire au final, il faudrait que la personne se rende compte d'elle-même dans une situation qu'elle a vécue que c'était pas la prise en charge qu'elle aurait fait pour son patient lambda.

Faire une situation un peu miroir... ?

Ouais. Et puis honnêtement, comme je disais tout à l'heure pour blaguer que j'étais très à jour sur les recos mais là pareil... si tu te prends en charge voilà ça dépend ta spé tu vois mais je pense un cardiologue il va être très pointu sur son traitement voilà s'il sent lui-même qu'il a de la tension, il se dépiste, il fait une MAPA chez lui il voit qu'il a de la tension peut être qu'il peut gérer ça correctement d'après les recos qu'il a mais pour un autre type de pathologie peut être qu'il est plus à jour et que tu peux croire que tu sais tout et que t'as pas besoin des autres.

Justement, nous en tant que médecin généraliste on touche un peu à tout sans être spécialiste dans tout et rien en même temps ; concrètement où devrait s'arrêter notre autogestion ?

Idéalement, à partir du même moment où tu envoies ton patient chez le spé. Je sais pas... j'ai pas forcément d'argument mais si on reprend le truc du cardio, tu fais tes MAPA enfin tu fais ta MAPA correctement et tu vois que t'as des chiffres hauts bah je pense que perso t'as pas forcément besoin d'un autre médecin pour te faire prescrire de l'Amlodipine par exemple ; fin je sais pas à partir du moment où ton Amlodipine elle suffit plus et que t'as besoin d'un deuxième truc... ça coûte pas forcément grand chose d'aller en fonction de ton âge aussi chez le cardio pour faire un bilan et de voir un petit peu qu'il te dise quoi faire. Par exemple, pour l'ECG, jamais de la vie tu vas te faire un ECG tout seul à ton cab !

Donc là c'est de nouveau parce que c'est trop difficile de faire soi-même ou pourquoi ?

La flemme je pense.

Tu aurais moins la flemme d'aller chez un cardiologue que de le faire toi-même ?

Ouais. Parce qu'en plus genre ok t'as un électro quand t'es médecin tu l'interprètes mais... avec l'œil du généraliste, tu vas pas commencer à chercher des trucs très rares et d'avoir une interprétation très correcte sauf si t'es très bon en ECG et encore mais je sais que je préférerais que quelqu'un d'autre me dise comment est mon ECG.

Donc si je résume, l'important serait de rappeler qu'on n'est pas objectif avec soi-même et essayer de faire des situations de comparaison où l'on serait le médecin d'un tel patient. Essayer ainsi de nous former à projeter notre regard comme si on était notre propre patient.

Ouais et puis si tu fais des examens complémentaires aussi, t'es pas sûr que tu sois la bonne personne. Par exemple, avant j'avais parlé des sérologies IST et tout ça, ça en soit tu peux t'en charger toi-même mais si t'as des examens complémentaires plus poussés à faire genre des scanners ou IRM ou un truc comme ça, est-ce que t'es la bonne personne pour décider à quel moment il te faut une IRM ou pas. Il serait peut-être bon d'aller voir un collègue et lui expliquer la situation et lui dire qu'est-ce que t'en penses ? Mais là aussi c'est encore hyper chaud ! Tu débarques dans un cabinet de médecine générale ou chez un autre, tu lui dis « mec j'suis médecin mais qu'est-ce que t'en penses il m'faut une IRM ou pas ? », il va te dire « si tu penses qu'il te faut une IRM, fais la ton IRM ! » tu vois !

Donc que ferais-tu dans cette situation ?

(long temps de réflexion) ... je me prescrire l'IRM ! *(rires)* Non j'en sais rien mais ouais je sais pas pour revenir à ta question je pense qu'il n'y a pas forcément de réponse à donner mais c'est des trucs que tu peux discuter en formation ; laisser le sujet ouvert peut être.

Essayer de partir d'un mot clé ou d'une situation et que chacun échange sur comment il ferait ?

Ouais. Et idéalement, que ce ne soit pas des personnes de la fac qui anime le groupe.

Pour revenir sur le format de cette formation, tu as évoqué les mises en situation et les jeux de rôles, concrètement comment tu organiserais ça ?

Oh j'aime pas ça ! Je suis pas objectif. Après s'il y a plein de situations et que dans des groupes ils mettent en place des jeux de rôle c'est que ça doit marcher et y a forcément une valeur pédagogique mais ouais moi j'aime pas ça ! ça me met mal à l'aise de jouer un rôle devant d'autres personnes. Déjà que j'ose pas chanter au karaoké *(rires)*...

Qu'est-ce qui te mal à l'aise ?

Je sais pas... je trouve que déjà quand c'est comme ça, j'arrive pas à être moi-même ; genre on me dit tu joues un rôle, le rôle du médecin par exemple mais... j'ai pas l'impression de faire quelque chose qui est fidèle à ce que je suis dans la réalité quand on fait ce genre de jeu ; je trouve que ça mène à rien.

L'impression de jouer un rôle que le formateur attend sans que ce soit l'attitude que tu aurais dans cette même vraie situation ?

C'est un peu ça ouais. C'est un peu fake.

Que penses-tu des témoignages ?

Oui aussi. C'est peut-être un peu cliché mais l'exemple d'un med gé de deuxième partie de carrière qui raconte un truc sur lequel il a merdé lui tu vois ou... je sais pas tous les médecins qui clopent et qui disent à longueur de journée à leurs patients faut pas que vous clopiez mais lui dans sa tête il sait qu'il doit pas le faire mais il le fait quand même parce qu'il s'en fout et qu'il est jamais allé voir un autre médecin qui lui a dit mec « arrête » ; ce genre de témoignage. En gros des témoignages de vie professionnelle ou même de vie perso. Ou par exemple, l'inverse aussi d'un médecin qui a peut-être pu prendre en charge des autres... enfin un autre médecin qui est venu en consult chez lui pour lui dire « bah voilà je viens te voir en consultation pour ce problème, ce problème-là et je suis en demande ». Ça pourrait être pas mal aussi d'avoir les deux versions.

Qu'attendrais-tu de cette version-là ?

(long temps de réflexion)... bah peut être de ... peut être que du coup que le médecin qui a été amené à prendre en charge un autre médecin en tant que patient, qu'il dise comment lui il s'est senti,

comment il a ressenti les choses et comment il s'est comporté sachant que son patient en face c'était aussi un médecin et tout ça.

D'après toi, il y aurait une attitude différente entre un médecin qui soigne un autre médecin et un médecin qui soigne un patient plus lambda ?

Bah je pense que c'est oui et non, même si tu penses que tu te comportes comme avec n'importe quel autre patient tu te comportes forcément différemment. Rien que... enfin j'ai pas non plus une expérience de dingue tu vois, mais rien que quand tu ... tu fais une consult avec une infirmière libérale ou une infirmière à l'hosto et qu'elle vient te voir chez le médecin pour avoir tel ou tel truc, tu... ouais enfin tu te comportes pas forcément de la même manière que... que quand tu soignes... j'sais pas le... fin dans ce que tu conseilles dans la prise en charge et tout ça. Par exemple, dans le truc du DMG où tu fais personnalisation des soins ou je sais plus comment ça s'appelle adaptation au patient et tout ça... y a un onglet là dans leur truc... eh bah là aussi tu t'adaptes au patient ; genre si t'as un médecin en face de toi tu vas pas forcément lui expliquer comment ça marche l'Amlodipine tu vois.

Pour continuer sur le format de cette formation, que penserais-tu des formats vidéo et audio ?

Je sais pas trop. Enfin si l'assurance maladie faisait un spot propagandiste comme elle a l'habitude de le faire ça peut être marrant de le diffuser comme intro à cette formation. Ça pourrait faire émerger des réactions à chaud et des trucs comme ça et après tu dis « voilà qu'est-ce que vous en pensez de cette chose ? » ; ça pourrait faire une introduction pas mal. Après tu demandes aux participants de la formation « bah voilà qu'est-ce qu'elle vous évoque cette vidéo ? ». Ça pourrait être un moyen d'introduire.

Comme la campagne de sensibilisation « Dis doc t'as ton doc ? » pour sensibiliser les soignants à avoir un médecin traitant, quelles phrases d'accroche te permettrait d'avoir un meilleur suivi médical ?

Je t'avoue que les slogans c'est pas trop mon truc mais ça fonctionne ! Mais je ne pense pas être la bonne personne pour en trouver un mais c'est sûr que ça marque les esprits.

D'après toi, faudrait-il rendre cette formation obligatoire ?

(long temps de réflexion) ... j'ai envie de te dire moi il faudrait que ce soit facultatif parce que en ce qui me concerne les trucs obligatoires ça me soule toujours parce qu'à tous les coups ça tombe mal et donc si tu le loupes après t'es dans la merde avec l'absence de flexibilité de l'administration mais... franchement vu le sujet si c'est accessible même si c'est une formation optionnelle, moi ça m'aurait pas rebuté si j'avais eu 3 ou 4 formations à faire de la choisir par exemple. Clairement, ça m'aurait plus intéressé que d'autres formations. Après si c'est optionnel, sur une promo de 300, ça va quand même en intéresser certains.

Quand faudrait-il faire cette formation ?

Avant le début de l'internat je pense que ça aurait pas trop de sens parce que tu bosses ton ECN tu crois que tu sais tout mais ça peut être pas mal ouais pendant l'internat... je pense que quelle que soit ton évolution dans l'internat tu peux envisager cette formation différemment utile. Ouais si tu le fais en début d'internat et que t'as l'impression d'être largué et que y a quelqu'un qui te dit « bah voilà t'es déjà largué pour les autres patients alors imagine pour toi » ça peut percuter ! Même si vers la fin ça pourrait aussi le faire. Genre là, je suis en fin d'internat et je trouve que ça a du sens aussi, et même après !

Pour revenir sur les thématiques à aborder, comment aborder le fait que la santé des médecins peut être un sujet tabou ?

Non je pense pas que ce soit un sujet tabou. Enfin je pense qu'il y a une partie des médecins qui supportent pas de se considérer malade ou quoi mais c'est débile je trouve !

Pour toi, c'est plutôt un tabou ou un déni ?

Alors là...(long temps de réflexion) le déni il est plutôt du côté des médecins à la rigueur et le tabou est plutôt du côté des patients parce que les patients ils veulent pas savoir si leur médecin est malade ou pas. Après est-ce que c'est un tabou du côté des médecins et qu'ils veulent pas forcément dire à leurs patients qu'ils sont malade s'ils le sont ... les 2 ! Tabou et déni !

Concrètement, comment pourrait-on travailler là-dessus ?

(rires) Je sais pas comment on pourrait bosser là-dessus... il faudrait dire aux cons d'arrêter d'être con ! Mais ça c'est pas une bonne réponse (rires). Non je sais pas tu vas pas bien t'es malade que ce soit psychologique ou somatique, t'as le droit de pas aller bien ! Un exemple tout con, mon père il est généraliste il a 55 ans, il a genre tout le temps mal au dos, genre à chaque fois que j'y vais le week-end il dit « ah ouais j'ai de nouveau mal au dos » et tout ça, mais il n'est jamais allé voir un rhumato pour son dos tu vois.

Qu'aimerais-tu lui dire à ton père dans cette situation ?

Va chez le rhumato ! Non j'en sais rien mais je lui dis t'as déjà pensé à faire un peu de kiné ? Et il me répond non non je suis allé chez un chiropracteur ... mais alors que pour n'importe quel patient je suis sûr qui lui dit qu'il a mal au dos, il l'envoie chez le kiné tu vois. Donc je sais pas ! J'ai déjà un peu réfléchi à la question par rapport à lui mais je botte en touche. Je sais pas quoi faire. J'ai l'impression que c'est pour tous les anciens médecins un peu paternalistes, peut être que maintenant ça change un peu plus. Le fait que nous pendant nos études on nous dit que de toute façon les connaissances qu'on a elles seront obsolètes d'ici tant et tant... ça on leur disait peut-être pas forcément à eux donc ils ont peut-être plus de mal à l'accepter parce qu'on leur a pas dit tôt, j'en sais rien. Mais comment à travers une formation faire percuter ça, je sais pas trop, pas trop d'idée.

Pour terminer, quel devrait être le point clé de cette formation pour permettre un déclic chez les internes ?

Les témoignages ! Moi c'est sûr que je suis assez sensible aux gens qui témoignent, ça me parle bien après... par exemple, moi ma consommation d'alcool elle est souvent exagérée par rapport à ce qui est recommandé par les sociétés savantes et tout ça mais je pense que ouais... si quelqu'un me le disait ça ferait peut-être plus mouche que quand moi je me le dis et que je le fais pas.

Entretien n°2**Peux-tu me raconter la dernière fois où tu as renoncé à un soin (prise de médicament, consultation) ?**

Alors la dernière fois où j'ai renoncé à un soin c'était pour prendre en charge mon eczéma... euh pour le coup j'étais allé voir un médecin généraliste pour qu'il me represcrive des dermocorticoïdes et on a évoqué la possibilité que ce ne soit pas forcément une dermatite atopique mais que ce soit une dermatite de contact et donc il m'a proposé, il m'a fait deux lettres, deux courriers pour aller voir euh des dermatologues à Strasbourg et au CHU... et ces lettres sont toujours dans ma poche.

Quelles sont les raisons qui font que ces ordonnances soient toujours dans ta poche ?

Euh... bah finalement c'est un manque de temps, c'est... c'est un défaut de prise de temps plutôt qui a fait que là finalement avec les dermocorticoïdes que j'applique bah c'était mieux et que j'avais pas forcément envie de prendre le temps de... d'aller voir... ouais de prendre du temps pour ces consultations.

Peux-tu m'en dire plus sur pourquoi tu n'as pas envie de prendre ce temps pour toi ? Et aurais-tu cette même attitude avec un patient ?

Bah clairement, je pense que j'aurais fait exactement comme le médecin généraliste que je suis allé voir, j'aurais envoyé mon patient en dermatologie pour faire des tests allergie et pour exclure la dermatite de contact. Euh... pourquoi est-ce que j'y vais pas moi-même ? euh... (*temps de réflexion*) je pense que c'est pas... y a pas de raison... y a pas de raison valable, euh finalement j'y vais pas parce que je prends pas le temps et que je me dis que finalement là avec les dermocorticoïdes ça a marché et donc je vais continuer comme ça.

Est-ce qu'on pourrait t'aider à franchir ce pas ? Qu'est-ce qu'il faudrait justement pour que tu prennes ce temps ? Pour que tu te dises, si on me l'a prescrit y a une raison, alors je vais aller jusqu'au bout de la démarche de soin ? Concrètement qu'est-ce que tu aimerais qu'on te dise pour vraiment t'inciter à aller consulter ?

Bah je pense que là le souci principal c'est pas tellement de me convaincre pour aller jusqu'au bout mais ce serait plutôt qu'on me donne la possibilité ou qu'on me donne le créneau pour que j'ai du temps pour organiser une consultation comme ça. Parce que finalement le fait de rentrer après 19 heures le soir, ça fait que les cabinets de spécialiste ils sont fermés et j'ai plus l'occasion d'aller les voir. Et que si je devais faire des tests allergiques en fait il faudrait que me bloque une semaine... euh trois jours dans la semaine pour faire ces tests et actuellement j'ai pas ces créneaux-là.

Donc si je résume, dans cette situation c'est surtout le temps qui manque.

Est-ce que tu te souviens d'un autre renoncement à un soin mais qui était plutôt lié à un déni ? En mode, non ça ne peut pas être ça ou au contraire si j'ai peur que ce soit ça donc je préfère pas aller chez le médecin plutôt que de me confronter à ce qui pourrait en être ?

(long temps de réflexion) euh... spontanément je ne vois pas un problème médical pur parce que je suis globalement en bonne santé... euh... y a peut-être une chose mais parce que je vois pas comment cet accompagnement pourrait se faire, ce serait m'aider dans l'addiction que j'ai personnellement aux écrans, mais je saurais pas vers qui me tourner, où aller et en quoi ça pourrait m'aider.

De façon plus générale, pourrais-tu me donner une définition de ce qu'est le déni pour toi ?

C'est refuser de voir la réalité en face.

Et alors, qu'est-ce que tu dirais à un interne qui serait vraiment confronté à une situation de déni, où tu sentirais par ce qu'il te dit qu'il refuse de se confronter à la réalité... qu'est-ce que tu aimerais lui dire pour qu'il franchisse ce pas de se faire aider et de consulter quelqu'un ?

Bah je lui dirai que sa santé passe avant tout et que son bien-être est plus important que... que son bien-être devrait être une de ses priorités. Et peut-être lui faire un parallèle entre sa situation et des situations que nous-mêmes on vit en stage.

Donc si je comprends bien, il faudrait instaurer une sorte de situation miroir ? Concrètement, comment tu mettrais en place cette situation ?

Bah je pense que les situations cliniques on peut les créer assez facilement et... et ce serait... oui des situations cliniques et théoriques je pense qu'on peut les créer ou les raconter assez facilement ou bien les trouver sur les différents terrains de stage.

Et qui devrait proposer ce genre de situation ?

Je pense que dans l'accompagnement médical de l'interne, bah y a peut-être la médecine du travail qui pourrait avoir un rôle à jouer si vraiment elle accompagnait les internes dans leur santé ; sinon les accompagnateurs qui ont été mis en place par le DMG, les tuteurs pourraient jouer ce rôle-là... mais je pense pas que c'est le rôle des internes de discuter de la santé de chacun et encore moins je pense de la hiérarchie hospitalière et des maîtres de stage.

Ok. On va maintenant aborder la thématique autoprescription.

Peux-tu me raconter la dernière fois où tu t'es auto-prescrit un soin (médicament, examen paraclinique...) ?

Bah en fait jusqu'à peu j'étais pas au courant que je pouvais faire ça... donc je l'ai jamais fait.

Et est-ce que tu as déjà rencontré des personnes qui ont vraiment recours à ce genre de procédé ?

J'en ai pas le souvenir.

Ok. Alors même si toi tu n'as jamais eu recours à l'autoprescription, penses-tu qu'il y a quand même des avantages, des inconvénients, des risques ? et si oui, lesquels ?

Bah je pense que l'avantage c'est... ça fait quand même partie des avantages de notre profession, c'est qu'on a accès aux médicaments et que ça peut dépanner de ... euh... bah si je reprends mon cas c'est vrai que je l'ai encore jamais fait mais lorsque... je suis asthmatique, donc j'ai toujours avec moi mon inhalateur et c'est pouvoir me le prescrire, me le racheter, ça me permettrait de pouvoir avoir toujours en stock un inhalateur en cas de crise d'asthme même si j'en fait pas très souvent. Euh... peut être comme effet pervers, si je reprends toujours mes problèmes de santé ça pourrait être d'avoir une surconsommation en dermocorticoïdes si jamais je me mettais à acheter des dermocorticoïdes... euh, c'est vrai qu'il y aurait ce risque-là qui pourrait être facile et peut être, c'est pas trop mon cas car j'ai quand même grandi dans une famille anti-médicaments donc j'ai peut-être ça en moi mais ça pourrait avoir... je pourrais comprendre que le médecin ait tendance à se surmédiquer ou à tout régler par des médicaments plutôt que de laisser peut-être le temps faire ou laisser les choses plus naturelles.

Maintenant que tu sais que tu peux t'autoprescrire, comment vois-tu la suite de tes soins par rapport à l'autoprescription ?

Bah comme je ne suis pas souvent malade, euh... comme je suis pas souvent malade, je pense que ça changera rien à ma façon de faire. Je dirais, j'anticipe peut-être certaines questions mais je dirais que une chose qui me pousserait à néanmoins avoir un médecin traitant déclaré ou avoir un médecin traitant euh... c'est le fait de... c'est le remboursement du parcours de soin qui est modifié lorsqu'on a un médecin traitant et lorsque j'étais hospitalisé en début d'année euh... bah j'ai pu constater que j'ai payé beaucoup plus cher mon passage au ... fin mon hospitalisation juste parce que j'avais pas de médecin traitant déclaré.

On abordera la question du médecin traitant juste après, mais pour revenir à l'autoprescription comme je t'expliquais en introduction, il y a beaucoup de médecins, internes et même externes qui ont recours assez rapidement à ce procédé... comment tu penses que l'on pourrait prévenir et dissuader les soignants d'avoir recours à l'autoprescription ?

(long temps de réflexion) Je pense que la réponse extrême est beaucoup trop extrême ce serait d'interdire l'autoprescription, mais spontanément je ne suis pas pour... euh....

Pourquoi ?

Parce que de même qu'un boulanger qui fait du pain, il a le plaisir de manger son pain, euh de même qu'un professionnel qui produit quelque chose il a le plaisir de profiter de sa production ; bah le médecin lui sa spécialité c'est la santé et comme dit un médicament ça peut dépanner... et peut-être que justement laisser les médecins s'autoprescrire des médicaments ça permet également de laisser une trace, d'avoir un suivi euh... de cette autoprescription. Alors que si les médecins doivent passer par quelqu'un d'autre pour avoir des médicaments bah là c'est plus traçable et à mon avis c'est pas forcément une bonne chose.

Est-ce que tu peux plus développer ce dernier point ?

Bah si vraiment j'étais interdit d'autoprescription et que je voulais vraiment un médicament, eh bah actuellement je pourrai le prescrire à mon épouse qui irait à la pharmacie l'acheter et par son

intermédiaire je l'aurais quand même mais par contre ce ne serait pas tracé puisque la sécurité sociale elle enregistrerait que le médicament a été acheté pour mon épouse.

Alors je reviens à ton exemple du boulanger, puisqu'effectivement nous avons aussi un bien que l'on peut consommer (la prescription de soins), ceci dit comme tu évoquais avant, il peut y avoir un côté pervers dans l'autoprescription ; alors comment faire la limite entre la prescription qui peut dépanner sans tomber dans la facilité et les risques de l'autoprescription non objective ?

(long temps de réflexion) Bah je dirai mais de nouveau ça touche à la sensibilité et au sujet qui m'intéresse que probablement qu'il faudrait... que ce soit une bonne chose de sensibiliser les professionnels de santé sur la nocivité des médicaments en général ; sur la iatrogénie et les effets secondaires de certains traitements... et que tous les professionnels de santé aient en tête qu'un médicament c'est pas anodin et que même le Paracétamol en excès ça peut quand même avoir des conséquences.

Comment ferais-tu pour sensibiliser à ce sujet ?

Bah je pense que de nouveau le meilleur canal... non je pense que y a déjà les pharmaciens qui pourraient... les profs de pharmacologie qui pourrait avoir un rôle assez important dans le cursus des étudiants en médecine, on se pose toujours la question de l'emploi du temps et de mettre des cours dans cet emploi du temps mais je pense que c'est un sujet qui est important à aborder ; parce que quand on sort des études on connaît pas bien la pharmacologie. Euh... je pense que le tutorat pourrait également être un bon créneau et moi je militerai pas mal pour que les internes aient des cours euh... des cours théoriques obligatoires de même que certains DES de neuro, d'urgence ont des cours obligatoires pour valider leur semestre, moi je pense que ce serait important qu'on en ait sur certaines thématiques comme la pharmacologie. Et... ouais je pense surtout à ces canaux-là.

Est-ce qu'il y a d'autres choses que tu aimerais ajouter sur l'autoprescription ?

(non en signe de tête)

Alors, on va revenir sur le sujet du médecin traitant que tu abordais tout à l'heure. Tu m'as dit que tu as consulté ces derniers temps entre autre pour un problème dermatologique ; est-ce que tu pourrais me raconter comme s'est passée cette consultation ?

Bah en fait j'ai choisi le médecin traitant le plus proche de chez moi et il se trouve que c'est un médecin traitant qui fait tout ce que les patients lui demandent et bon je continue d'aller chez lui parce que c'est le plus proche et là je suis allé le voir dernièrement parce que j'avais besoin d'un renouvellement de médicaments autant pour mes médicaments d'asthme que pour mes dermocorticoïdes. Euh... voilà.

Pendant la consultation, concrètement comment tu t'es senti ? Comment elle s'est déroulée ?

Je pense que c'est pas représentatif des consultations en médecine générale habituelle parce que c'est un médecin qui a l'air d'être cool et en même temps complètement débordé donc c'est des consultations complètement déstructurées, où son téléphone sonne dix fois par minute et du coup

finalement il pose les questions, il essaye de savoir pourquoi on vient, il prend une tension probablement pour se rassurer et puis derrière il m'a fait voilà mes lettres, mes prescriptions... euh il m'a dit qu'il me faisait pas payer la consultation parce que j'étais étudiant en médecine et puis c'était fini.

Comme tu le racontes, ça n'a pas l'air d'être le médecin traitant parfait pour toi, donc pourquoi tu continues à aller le voir lui et pas un autre ?

Parce que finalement c'est compliqué de trouver un médecin traitant, que lors de ma première consultation il a quand même pris le temps de connaître mes antécédents et mon parcours, que maintenant il m'a dans sa base de données et que là pour l'instant finalement j'ai pas encore eu besoin d'une vraie consultation médicale par un médecin traitant. Euh... là finalement mon suivi c'est plus du renouvellement d'ordonnances... euh... qui probablement ne nécessite pas un suivi médical approfondi.

Et pour toi, quelle devrait être l'attitude d'un médecin traitant pour t'inciter à aller le voir autant pour un renouvellement que pour un problème plus aigu ? Qu'est-ce qui t'inciterait à le consulter plutôt que de gérer toi-même ?

Bah je dirai que... je dirai que à notre âge on est quand même très peu malade, je pense que la majorité est... j'imagine que la majorité des internes sont en bonne santé et du coup je vois plus le rôle du médecin traitant dans ce cadre-là comme... je le vois plus dans son rôle de prévention que dans un rôle curatif. Et probablement que justement un renouvellement d'ordonnances c'est l'occasion de faire de la prévention... euh que ce soit de la prévention psychologique donc faire le point sur l'état mental à la maison, au travail, d'autant plus quand on entend les chiffres sur le malaise des internes en médecine... euh ça peut être aussi l'occasion de s'assurer que bah les internes font leur dépistage, leurs frottis de col pour les femmes... euh ouais vraiment faire de la prévention et... et quand même faire un examen clinique complet de temps en... enfin à chaque fois que l'interne vient le voir, cœur, poumons, état cutané et état psychologique... ouais je pense que c'est pas mal. Et puis c'est aussi entretenir une relation où l'on sent que le médecin nous attend pour la prochaine fois qu'on reconsulte.

Donc là ce sont vraiment les points pour initier cette confiance et inciter l'interne à retourner le voir ; mais qu'est-ce qui permettrait à l'interne de franchir le pas pour le consulter pour une première fois ? Car souvent, c'est cette première prise de contact qui peut être difficile, d'oser aller chez le médecin ; alors concrètement comment inciter les internes à franchir ce pas et déclarer ensuite un médecin traitant ?

Bah aller le consulter, je sais pas comment ça se passe pour les autres internes mais moi quand je suis arrivé à Strasbourg pour le début de mon internat je connaissais pas de médecin ou si ce n'est mon ancien médecin de famille que j'avais pas envie de revoir... euh... et il fallait que je prouve que j'étais vacciné contre l'hépatite B et du coup il me fallait une prescription de sérologie anti HBS et donc forcément il me fallait un médecin qui puisse me faire ça. Donc ce médecin il m'a fait une prise de sang et il en a profité pour faire une prise de sang plus complète, je sais pas si c'est nécessaire à mon âge mais en tout cas, il en a profité pour faire une grosse prise de sang. Euh... je pense que c'est par ce

biais-là qu'on est déjà poussé à aller consulter mais il existe toujours le biais des fils de médecin qui eux ont juste à demander à leurs parents et ils auraient cette même sérologie.

Donc il faudrait un évènement particulier que l'interne ne pourrait pas faire lui-même pour franchir ce pas ?

(Oui de la tête) Ou bien comme moyen il pourrait y avoir dans les documents administratifs à rendre à la faculté l'obligation de déclarer un médecin traitant. Mais ça pose également le problème j'imagine pour les médecins traitants de déclarer une personne qui n'ont peut-être vu qu'une seule fois, ce qui est toujours, je crois, délicat pour les médecins de se déclarer médecin traitant d'un patient qui ne reviendra peut-être pas... euh mais... mais il pourrait y avoir cette option-là.

Alors l'autre difficulté pour franchir le pas d'aller consulter un médecin est la difficulté à se sentir comme un patient-lambda. On sait qu'il y a beaucoup de soignants qui rapportent ce problème avec un biais systématique dans les consultations. Ainsi, comment pourrait-on aider les internes à prendre conscience qu'ils sont des patients comme les autres malgré leurs connaissances médicales et leur statut de soignant ?

Spontanément, moi j'aurais pas envie qu'on me considère comme un patient-lambda justement parce que j'ai les connaissances pour comprendre le discours du médecin qu'il pourrait tenir. Par contre, je pense que c'est important que le médecin respecte l'obligation qu'il a de donner une information éclairée à tout patient et donc de s'adapter à la personne qu'il a en face de de lui. Et donc moi, je serai content en sortant de consultation si le médecin me considérait comme un soignant ayant des connaissances mais prenant le temps de m'expliquer sa démarche clinique pour que j'adhère à son projet thérapeutique.

Quelle attitude le médecin-soignant devrait avoir pour permettre l'adhésion du médecin-patient ?

Moi je pense qu'il faudrait surtout une attitude... *(long temps de réflexion)* en fait une attitude professionnelle et je pense que étant donné qu'on a des connaissances... je pense que pour le coup il faut que le médecin se force à être irréprochable entre guillemets dans sa démarche clinique euh... parce que personnellement si mon médecin traitant m'envoie faire un examen complémentaire que je juge tout à fait excessif euh... il est vrai que je ne le ferai pas. Par contre, si j'adhère à la démarche clinique, à la réflexion du médecin, euh... bah probablement que je continuerai à aller le voir et à suivre son... à suivre son plan de soins.

De façon plus générale, qu'est-ce que tu aimerais dire à un interne pour qu'il prenne soin de sa santé autant que celle de ses patients ; que sa santé est importante ?

(très long temps de réflexion) ... hum... je pense que je lui dirai que le suivi médical est plus simple euh lorsque le médecin connaît son patient et que actuellement on n'est pas à un âge où l'on tombe souvent malade, mais lorsque cet âge arrive, c'est bien que le médecin traitant nous connaisse et ait pu assurer un suivi sur tous les plans et notamment faire la prévention nécessaire. Euh je pense qu'un interne qui va déjà voir son médecin, qui une fois médecin continue d'aller voir un médecin traitant et

accepte d'avoir un bilan de santé de temps en temps... bah probablement qu'à partir d'un certain âge il continuera cette habitude.

Une autre difficulté est l'image taboue du médecin-malade, de la représentativité de la société vis-à-vis des médecins-malades. Pour toi, qu'est-ce que ça t'évoque un médecin-malade ? Quelle représentation tu en fais ?

Bah je me dis une personne comme tout le monde. Mais... mais j'ai pas tellement d'a priori sur le sujet, je pense que je me suis pas construit une image... de la personne toujours en bonne santé.

C'est-à-dire ?

Un médecin c'est une personne comme tout le monde, donc s'il est malade ça m'étonne pas.

A ton avis, si tes patients apprenaient que tu étais malade, qu'est-ce qu'ils penseraient ?

Alors là j'en ai aucune idée. Mais moi spontanément je pense que je le cacherai, de même que je révèle pas ma santé à n'importe qui et que je pense que le tabou sur les maladies c'est plus un... fin moi j'ai l'impression que c'est plus un tabou parce que c'est de l'ordre du personnel et que... globalement j'ai l'impression qu'on a tous envie de paraître en bonne santé et actif dans la vie.

Le cacher, c'est-à-dire ?

C'est pas forcément le cacher, mais je le dirai pas. Euh... je pense que la maladie va quand même altérer l'image qu'on a de son propre corps et pour être bien dans son corps... on se persuade ou on essaye d'être bien physiquement, de pas être malade et quand la maladie arrive, on passe forcément par des phases de déni, de marchandages, mais une fois qu'on l'accepte, on l'accepte pour soi mais y a encore le regard des autres à affronter.

Par exemple, un médecin ou interne malade qui serait en arrêt maladie, là on peut difficilement le cacher même si le diagnostic peut être tenu secret ; dans cette situation, que pourraient penser les patients ? Et quel serait ton propre ressenti ?

Moi je dirai que un médecin ne connaît bien les maladies de ses patients que s'il est malade lui-même. Donc, je me ferai pas plus de souci par rapport à ça... justement parce que même si je suis atteint d'une grave maladie, bah si j'en réchappe, euh moi-même je peux témoigner de cette maladie et si je rencontre des patients qui sont atteints de la même chose, bah j'aurai d'autant plus d'empathie et je saurai... oui j'aurai plus d'empathie et je les comprendrai mieux.

Donc a priori, ce n'est pas quelque chose qui te freine cette image du médecin-malade. Mais, en formation comment pourrait-on aborder ce sujet pour les internes qui craindraient davantage cette représentation ? Comment lever cette représentation et en faire une banalité comme tu expliques jusqu'à présent ?

Bah moi je pense que... moi je pense qu'il faut partir du principe que les personnes sont bienveillantes les unes avec les autres et je pense principalement les patients sont bienveillants avec leurs médecins traitants parce qu'ils attendent quelque chose de lui, que y a une relation un peu d'interdépendance... et que c'est cette relation-là je pense qu'il faut qu'on ait en tête. Que la relation médecin-malade, c'est plus une relation paternaliste où le médecin devait être tout puissant et où dès qu'il perdait sa toute-puissance, bah il se... il se... il perd de la crédibilité. Moi je pense que c'est plutôt l'inverse, de relation médecin à malade... justement si c'est un échange entre les deux personnes... je pense que le travail doit être fait surtout sur la relation médecin-malade qu'on doit créer avec chaque patient.

En pratique, si demain on te demande de créer une formation sur ce sujet, sur l'image du médecin-malade ; concrètement comment se déroulerait-elle ? Quels messages, quels intervenants, quelle façon de faire ?

Moi je pense que ce type de sujet ça doit être abordé en petit groupe, et sous forme de... sous forme de... d'une manière pratique... euh... d'une manière pratique et analysée derrière sous forme j'ai envie de dire presque de jeux de rôles... euh... où on analyse derrière la scène, le ressenti de chacun et on essaye de construire quelque chose tous ensemble, mais c'est pour moi, ça doit surtout pas être une formation théorique parce que à la fin des six ans de médecine, les formations théoriques on n'en peut plus !

Et qui est-ce qui devrait mettre en place cette formation ?

Moi je pense que ça pourrait se faire dans le cadre soit de ces cours obligatoires que je mentionnais avant, soit... soit dans le cadre de séances de tutorat qui seraient orientées vers ça et qui seraient fait par des personnes qui ont de l'expérience dans ce type de formation. Euh... ouais des personnes qui ont de l'expérience dans ce type d'approche d'apprentissage, de la scénette, de l'autoréflexion et de la construction de la réponse en groupe.

Qui pourrait avoir cette expérience nécessaire ?

Hum... bah y a certains psychologues qui peuvent avoir ce type de formation, y a les formateurs d'éducation thérapeutique du patient qui ont une approche qui est assez... qui pourrait se rapprocher de ce type de sujet. Et probablement, n'importe quel... n'importe quel médecin, professionnel formé à ça.

A ton avis, quels messages-clés, si l'on devait résumer les différents points abordés, devraient être diffusés pour qu'à la fin de la formation l'interne se dise « oui je vais changer ma façon de faire ou je vais faire un travail pour remettre ma santé en position centrale » ?

Bah je pense que... (*long temps de réflexion*) je dirai qu'il faut rappeler le pourcentage des... je pense qu'il faut quand même un rappel théorique des pourcentages de risques liés à... au manque de suivi médical. Euh... je pense qu'il faut un vécu et donc une construction de groupe pour se rendre compte de l'importance du suivi. Et comme on disait avant, il faut un... en plus de la sensibilisation il faut un point d'ancrage ou un point qui nécessite la consultation du médecin traitant.

Alors tu m'as dit qu'il faudrait rendre obligatoire cette formation tout à l'heure ; est-ce qu'il faudrait une formation répétée ou plutôt unique comme les formations optionnelles obligatoires du DMG ? Et y aurait-il des semestres en particulier à cibler, à qui faire profiter cette formation ?

Non moi je pense que cette formation elle pourrait être dispensée en début d'internat, je pense que ça motiverait probablement les internes à consulter en début d'internat. Après la balle serait dans le camp des médecins généralistes qui auraient pour mission de créer une relation de confiance avec les internes. Donc probablement qu'il y aurait aussi un... que les médecins généralistes auraient aussi un... y aurait aussi quelque chose à faire du côté des médecins généralistes pour les sensibiliser au suivi des professionnels de santé et voir comment eux peuvent accompagner leurs confrères.

Comment verrais-tu cette sensibilisation des médecins au suivi de leurs confrères ?

Bah je pense que rien qu'une sensibilisation par une... ou rien que... rien qu'un mail de rappel comme les généralistes en ont par différents responsables, ça pourrait déjà être un petit pic de rappel pour... pour dire l'importance du suivi des internes.

Je te remercie, aurais-tu quelque chose à ajouter ? Quelque chose qu'on n'aurait pas évoqué ?

Non je crois que j'ai dit tout ce que j'avais en tête.

Pour terminer, une phrase d'accroche pour inciter les internes à faire cette formation ?

J'en ai aucune idée (*rires*).

Entretien n°3

Peux-tu me raconter la dernière fois où tu as consulté ton médecin traitant ?

Alors, la dernière fois que j'ai consulté mon médecin traitant... euh... bah c'était avant... avant l'internat... euh mais de façon un peu plus récente entre guillemets, j'ai quand même consulté euh son remplaçant et je l'ai consulté pour un certificat médical. C'était au tout début de l'internat, premier semestre, pour un certificat médical si je me souviens bien de course à pied. Je voulais faire un trail et euh effectivement je suis allée le consulter ce remplaçant euh qui m'a fait le certificat médical, hyper sympa en plus car vu qu'on est confrère euh il faisait pas payer (*rires*) c'était vachement sympa. Il m'a auscultée et il m'a découvert un souffle. Il m'a dit voilà faudra surveiller, pourquoi pas aller voir un cardiologue si y a des symptômes, chose que je n'ai absolument pas faite ! Voilà, puisque suite à cet avis, j'étais contente, j'avais mon certificat médical ; j'ai demandé à une copine, une de mes co-internes voilà qui était avec moi, avec qui j'ai partagé ce premier semestre qui m'a auscultée, qui m'a dit "pff moi je ne retrouve pas ce souffle-là" donc j'ai pas donné suite. Voilà la dernière fois que j'ai consulté ce cabinet à Besançon.

Pourquoi l'avis de ton amie a eu peut-être plus de valeur que celle du médecin remplaçant par rapport à ce souffle cardiaque ?

Alors euh je pense que j'avais besoin d'être rassurée parce que un souffle... un souffle cardiaque c'est vrai que ça reste la plupart du temps voilà fonctionnel, bénin ; mais c'est quand même pas rien et peut-être que ça nécessite des explorations mais l'avis de ma co-interne qui m'avait auscultée était rassurant et c'était peut-être ce que j'avais besoin d'entendre. Parce que très franchement voilà j'avais peut-être pas le temps ou en tout cas j'avais pas envie de prendre le temps d'aller explorer tout ça et puis y avait peut-être un côté un peu anxiogène, j'me dis j'suis médecin, je devrais quand même pouvoir ressentir si j'ai un souffle, des dyspnées fin tu vois des difficultés à respirer ou des douleurs thoraciques ou voilà des malaises... tous les symptômes que peuvent donner un potentiel souci au niveau des valves. Tu vois, je me dis bah je devrais pouvoir le ressentir et puis ma co-interne avait ce côté très rassurant donc j'ai favorisé plutôt le côté très rassurant. Après en tant que personne je donnerai peut-être pas plus de légitimité à une co-interne qu'au médecin remplaçant mais c'est vraiment le message qui... qui sortait. Le message plus rassurant qu'elle dégageait, je me suis ah ouais je préfère (*rires*) m'arrêter là et... pour le moment.

Et du coup, tu te souviens exactement de ce qu'elle t'a dit pour te rassurer ?

Alors... alors, c'est vrai que moi j'avais compris... alors qu'est-ce qu'elle m'avait dit mot pour mot (*temps de réflexion*) euh... elle m'avait dit qu'elle n'entendait pas de souffle "oh bah non moi j'entends rien du tout" et avec un air peut-être un peu... euh... voilà mon amie c'est quelqu'un de très sûre d'elle ou en tout cas elle donnait cette impression-là et donc je me suis dit bah voilà je lui donne raison, elle a l'air sûr d'elle euh et puis voilà. Elle a eu des mots très simples, elle me disait très clairement qu'elle n'entendait pas ce souffle-là.

Qu'est-ce qui aurait pu, au contraire, te pousser à aller consulter le cardiologue qui était l'avis initial ?

Bah alors effectivement si j'avais ce second avis entre guillemets euh de ma co-interne qui confirmait ce qu'avait trouvé le... le médecin remplaçant, je serai sûrement allée voir le cardiologue ou si par exemple j'avais eu des symptômes importants type voilà... j'en sais rien, type palpitations ou douleur thoracique, essoufflement particulier. Là effectivement, je me serai peut-être plus alertée et ou si j'avais je sais pas un projet de grossesse ou un projet particulier, peut-être que j'aurais plus fait attention à ma santé. Là, c'est vrai que bon j'ai mis un peu ça de côté et... et euh voilà pour le moment.

Comment aurais-tu réagi si c'était vraiment ton médecin traitant qui t'avait conseillé d'aller voir un cardiologue ?

C'est une très bonne question (*rires*) ! Peut-être que ça joue ça, j'avoue peut-être que si ça avait été mon médecin traitant, c'est vrai que pour le coup docteur B, mon médecin traitant, je lui fais pleinement confiance parce que il me connaît depuis... bah depuis que je suis toute petite, depuis que je suis née et euh... je lui aurais peut-être donné plus de légitimité. J'aurais peut-être... ouais je l'aurais peut-être davantage écouté et... j'aurais peut-être exploré davantage ouais. Parce que je me serais sentie plus en confiance et c'est... D'ailleurs je sais pas si le fait que il m'ait pas fait payer la consultation ça ait pas contribué au fait que... c'est pas que ce soit décrédibilisé mais ça ait donné un peu plus de légèreté à la consultation et du coup bah (*rires*) peut-être moins de crédit et moins d'envie, moins de sérieux en tout cas. Moins de sérieux et du coup... et du coup voilà.

Du coup pour toi, qu'est-ce qu'un médecin doit apporter durant la consultation pour que justement nous en tant que soignant on se sente davantage concerné par le message qu'il porte ?

Alors euh je pense que pour qu'un médecin euh... alors me concernant je donne de la crédibilité ou qu'en tout cas je... je vienne le consulter, ce serait d'avoir un discours bah assuré, fin un discours... ouais c'est ça qui donne quand même un aspect qu'il soit sûr de lui. Euh... peut-être que j'ai besoin aussi d'informations c'est-à-dire qu'il va aller me donner des recos parce que moi c'est ce que je connais et c'est ce en quoi je crois ; tout ce qui est un peu preuve scientifique entre guillemets quoi. Et si bah par exemple il m'avait expliqué bah voilà un souffle ça peut être aussi organique, ça peut être aussi au niveau des valves un souci de tel ou tel que y a des soucis aussi chez les jeunes, fin des exemples, du concret, voilà ce que disent voilà les recos euh... bah c'est important voilà. Je l'aurais peut-être plus cru que de prendre les choses de façon un peu légère et... et... confraternelle. J'imagine un peu la petite claque dans le dos euh... ouais on ira boire un verre après ; bah ouais... ouais mais du coup si je vais le voir c'est mon médecin et... c'est aussi que j'ai besoin d'un avis et donc la relation d'égal à égal... pas tout à fait (*rires*). Parce que sinon, voilà je peux aussi me faire... j'ai l'autorité... pas comment on dit, pas l'autorité, j'ai le... le droit, j'ai le droit de réaliser ce certificat médical en tant qu'interne. Mais si je vais le voir c'est que y a quand même une demande derrière et c'est pas de... répondre à... ouais c'est ça à cette demande-là, donner de l'information. Ouais c'est ça, plus que d'aller rigoler ensemble où auquel cas je peux aller voir mes co-internes quoi (*rires*).

Alors au début tu m'expliquais que tu avais un médecin traitant déclaré mais qui était finalement ton médecin d'enfance ; est-ce que tu penses retourner le voir dans le futur ou comment vois-tu la suite avec ce médecin ?

Alors y a deux choses, ce médecin déjà il habite à Besançon qui n'est donc plus ma ville actuelle puisque j'ai déménagé à Strasbourg, je pense que je serai plus amenée à le revoir. Euh... ce médecin-là en tout cas, je serai plus amenée à le revoir. Un, parce qu'il habite loin, il habite plus dans ma ville actuelle et deux, aussi parce que... bah parce que maintenant que j'ai la capacité de me faire mes propres prescriptions et mes propres ordonnances euh... ouais c'est ça j'ai quand même l'impression que c'est beaucoup moins nécessaire. Euh... tout ce qui est prescription un peu ponctuelle mais aussi dépistages. Nous en tant que médecin généraliste, on est quand même sensibilisé à tout ça et euh... et donc voilà donc je pense que c'est... j'en ressens plus le besoin en tout cas. Et encore une fois, d'autant qu'il habite loin (*rires*).

Est-ce que pour autant le fait d'avoir un médecin traitant est quelque chose d'important et de nécessaire pour toi ?

Euh... alors je pense que c'est recommandé pour tout le monde d'avoir un médecin traitant, c'est hyper important ! Pas seulement parce que ça leur donne cinq euros de façon annuelle (*rires*) mais aussi parce que on est amené... fin on est des êtres humains et on peut être amené à être renversé demain par un camion, par une voiture et se retrouver en incapacité d'être son propre médecin et auquel cas c'est quand même pas mal d'avoir un médecin référent qui nous connaît qui connaît nos antécédents et je pense même que c'est important d'avoir un médecin dans la ville où l'on est ; je parle beaucoup de la localisation mais finalement un médecin accessible, parce que je me dis là il arrive quoique ce soit dans la... dans la ville, fin voilà demain euh ça va être compliqué pour les urgentistes et les gens à proximité d'aller contacter quelqu'un à l'autre bout de la France (*rires*), mais euh... ouais je pense que c'est quand même important d'avoir quelqu'un qui connaît notre dossier médical, donc tous les antécédents, qui... qui a une notion... qui nous connaît et je pense que c'est hyper important surtout pour ça, pour la notion d'antécédents et de suivi. Et je pense qu'on n'est pas tout à fait objectif quand on veut s'automédicament et s'autocertifier (*rires*) fin voilà... gérer ses propres problèmes médicaux, c'est impossible d'être objectif ! Je pense qu'on le fait pour beaucoup, puis on va être très bref, on va pas prendre le temps de se prendre la tension, de s'ausculter... ça va être une ordonnance avec un médicament ; ah bah j'ai besoin de ma pilule, je me fais ma pilule sur une prescription et puis basta. Ouais mais des fois, c'est quand même bien aussi d'aller voir un spécialiste ou un généraliste... les médecins généralistes aussi font des suivis gynécos. Enfin voilà, ça nécessite aussi en général tout un suivi particulier... même du Doliprane®, voilà c'est vérifié qu'au niveau hépatique ça va... fin je pense que même quand on va faire du sport, faire un certificat médical c'est faire le point sur les antécédents médicaux, et c'est souvent beaucoup plus complet que ce qu'on imagine. C'est comme si en devenant médecin on dérationnalisait... on dédramatisait un peu les situations. Voilà on va se prendre un petit médicament, moi je donne des trucs beaucoup plus hard à mes patients donc bon un petit Doliprane® qu'est-ce que c'est ? Mais non ! En théorie, je pense que c'est important, en pratique... (*rires*), j'aimerais le mettre en pratique, mais je suis pas sûre.

Alors concrètement, en pratique, qu'est-ce qui pourrait justement te motiver à avoir un médecin traitant dans la ville où tu es ?

Alors je pense que c'est très... je vois deux grands axes qui me feraient me trouver un médecin traitant dans la ville de Strasbourg : ce serait un s'il y avait... si je déclenchais une pathologie particulière qui nécessiterait un suivi... euh... je sais pas, si j'avais de l'hypertension artérielle, encore que il faudrait la

dépister (*rires*), peut-être que j'en ai d'ailleurs... voilà ce serait une hypertension artérielle, une pathologie particulière, euh... et la deuxième ce serait si j'avais un nouveau projet, là pour le moment j'en ressens pas le besoin, c'est vrai que je parlais de pathologies organiques mais ça peut être aussi une pathologie psy, si par exemple à un moment, j'avais l'impression d'avoir un syndrome dépressif, je pense que j'irai quand même voir mon médecin traitant pour en parler, pour qu'il connaisse un peu mon état de base avant de m'envoyer chez le psychiatre ou quoique ce soit. Et oui donc le deuxième motif ce serait s'il y avait un projet, projet de grossesse, projet de... je sais pas trop... peut-être monter mon cabinet ou des grands projets professionnels parce que je pense qu'il faut aussi... comme par exemple, quand on déménage et quand on change de statut, par exemple comme quand on passe interne, on rencontre le médecin du travail, et ça j'avoue que ça peut être pas mal d'avoir un suivi. Donc, soit si on découvre une pathologie particulière qui nécessite un suivi, soit si j'ai un projet.

Du coup, pour d'autres pathologies, comme un suivi d'addictologie par exemple, ou une pathologie moins chronique mais qui nécessiterait un avis en aigu, comment est-ce que tu réagirais face à cette situation ?

Si j'étais dans la nécessité... fin si j'avais besoin d'un avis en addicto... ah ouais... et bah... euh... eh bah l'exemple du souci addicto, peut-être que j'irai demander à des co-internes pour le coup. Parce que... parce qu'on est confronté à la picole, à la boisson alcoolisée dans le contexte de l'internat, c'est vrai que dans les études de médecine on boit beaucoup et je pense que j'en parlerai aux principaux concernés, à des gens qui je pense peuvent comprendre facilement tout ça et qui auraient pu vivre ça avec moi. Donc je pense que j'en parlerai d'abord à des co-internes et d'ailleurs c'est quelque chose que j'ai déjà fait, étant à la fin de l'externat dans les bouquins on a des tableaux, alors j'ai plus les tests en tête mais comme le Fagerström pour le tabac, et je crois qu'il y a aussi un test de dépistage pour l'alcool et on l'a fait ensemble avec des co-internes, donc voilà je pense que j'aurais cette démarche en groupe avec des co-internes parce que c'est convivial, parce que c'est plus sympa, je trouverais ça trop formel d'aller m'adresser, d'aller trouver un médecin traitant sur ce versant addicto. Ou voilà moi qui fume de temps en temps, euh... si j'avais besoin d'arrêter, c'est pareil je pense que je me verrais plutôt en parler à des co-internes parce que... parce que y'a un côté... ouais c'est peut-être paradoxal avec ce que je disais tout à l'heure, mais y a un côté rassurant parce que (*rires*) pour le coup c'est... parce que c'est un sujet... ouais je sais pas. Ou entre amis, on aura peut-être moins de jugement... ouais voilà.

On développera un petit plus tard certains points que tu as évoqués là, mais pour terminer sur le sujet du médecin traitant, qu'est-ce que tu dirais à des internes pour justement les inciter à avoir un médecin traitant et à le consulter peu importe la situation ?

Pour les inciter... je leur dirai que ça fait quand même partie de nos devoirs. C'est quand même notre futur métier, donc si même nous... c'est un devoir d'exemple ! C'est-à-dire que nous, on est futur médecin généraliste, si nous-mêmes ne sommes pas capables d'avoir un médecin traitant, c'est quand même dommage ! C'est vraiment voilà, ce devoir d'exemplarité, c'est pas d'être exemplaire mais voilà donner l'exemple ; ce serait vraiment ça. Après c'est diminuer les risques en fait en ayant un médecin traitant, c'est au moins dans la vie, t'es quand même plus serein parce que il est là pour dépister, c'est moins anxiogène parce que quand même s'auto-diagnostiquer des choses ça peut être quand même être dur à gérer. Un, on n'est pas objectif, ça j'en parlais tout à l'heure mais en plus de ça, ça peut être

source d'angoisses, ça peut être anxiogène... euh y a certains médecins et certaines personnes et là je repense à je sais plus comment elle s'appelle celle qui bossait avec nous aux urgences qui gérait ses parents et à qui elle a diagnostiqué un cancer de la prostate, je me dis c'est pas évident mais du coup ça je pense que c'est un autre sujet d'être le médecin de la famille mais s'auto-diagnostiquer c'est pareil, ça peut être hyper anxiogène je pense. On manque de rationnel, on manque d'impartialité quand on est notre propre médecin. Je pense que c'est important, un pour être objectif, pour être juste, pour être compétent de... d'avoir un médecin traitant. Voilà, ce que je leur dirais, c'est les deux arguments.

Et comment ferais-tu passer ce message ?

Alors euh... bah par des groupes de pairs. Je pense que la discussion c'est quand même le plus intéressant... parce que là ce qui m'avait effleuré l'esprit sinon c'est par des messages tout ce qui est texto ou par les réseaux sociaux oui mais... les gens le regardent à un instant T, à un moment donné, puis hop ça passe ! J'ai l'impression que ça passe par une oreille et puis ça ressort par l'autre aussi vite, c'est trop ponctuel. Je pense que prendre le temps d'en discuter par groupe de pairs, c'est primordial parce que, après ça dépend des mémoires, moi j'ai pas de mémoire visuelle, mais le fait de discuter ensemble, je trouve que ça a beaucoup plus d'impact et beaucoup plus de puissance. Après, en faire carrément une FMC, enfin une formation optionnelle pour les internes ça peut être hyper intéressant aussi parce que... parce que voilà encore une fois y a cette notion de présentiel, de on en discute ensemble... euh alors voilà, dans le côté groupe de pairs, y a un vrai échange qui est hyper intéressant ; le côté FMC qui peut être très didactique, professoral... complémentaire alors du groupe de pairs mais intéressant aussi. Parce que y aura aussi une personne très renseignée qui donnera les informations que nous on n'a pas forcément.

As-tu d'autres choses à ajouter sur la thématique « médecin-traitant » ?

Ouais je pense que alors... le fait que ce soit un homme ou une femme ça joue aussi beaucoup. Euh, c'est vrai que moi c'était un homme choisi par ma mère à l'époque parce qu'il était juste à côté de chez nous et question pratique du coup on est allé chez lui. Mais en tant que femme, en évoluant, je vais être amenée à faire des frottis et ça peut être fait chez le gynéco mais je pense que j'aurais une meilleure proximité avec une femme médecin. Euh... et du coup je me demande si ça avait été une femme, si on avait eu... fin là je parlais du projet grossesse ou ça peut être même un suivi gynéco parce que finalement ça va être beaucoup plus ça finalement le suivi à notre âge, à 25 ans, pourquoi on va aller voir le médecin, ça va être surtout pour ça... euh du coup ouais, si ça avait été une femme et que j'avais créé un beau lien par rapport à ça, euh peut être que j'aurais davantage considéré à préserver la relation. D'ailleurs, la fois encore d'avant quand j'ai vu mon remplaçant, la fois d'avant j'ai demandé justement à voir la collègue, enfin l'associée de mon médecin traitant parce que je voulais discuter de la prescription de pilules et je commençais déjà à m'orienter un peu sur ce versant-là. Donc je pense que d'être une femme, ça joue beaucoup pour une femme.

Du coup, est-ce que tu veux dire qu'il faudrait pas seulement sensibiliser les internes à avoir un médecin traitant mais aussi sensibiliser à comment choisir un médecin traitant ?

Ouais, eh ben c'est une très bonne remarque ! Je pense que c'est hyper intéressant. Parce que spontanément, j'y avais pas pensé, et c'est quand tu poses la question que tu m'amènes à réfléchir à tout ça. Et oui... et oui ça me semble hyper intéressant que nous-mêmes on sache comment choisir un médecin traitant qui nous corresponde. Euh... pour ensuite pouvoir aussi aider de façon... enfin être apte à bien orienter nos patients et savoir dire voilà par exemple là je me retrouve plus du tout dans la relation, je vous oriente voir ma confrère si vous voulez parler pilules... pour pouvoir orienter il faut que nous-mêmes on sache bien... on sache faire appel de façon juste à un médecin traitant qui nous corresponde. Donc ouais carrément je pense que ça peut être hyper intéressant qu'on nous apprenne ça, parce que des fois c'est pas forcément facile... puis on se pose pas ces questions-là tous les jours au réveil le matin (*rires*)... tiens, quel médecin traitant je vais choisir ?! (*rires*) Après je pense que ça dépend aussi des personnalités, c'est vrai que moi je mets en avant le côté femme, euh... mais bon ça peut être aussi plein d'autres choses. Je pense que ça peut être intéressant.

Et qui est-ce qui devrait nous sensibiliser à ces questions ?

Euh... qui est-ce qui nous sensibiliserait ? Eh bah par exemple, si on fait une FMC, ce serait la figure sachante. Ça peut... ça peut être une co-interne qui s'est formée là-dedans, qui a fait sa thèse là-dedans (*rires*), ça peut être... bah qui est compétent en fait. Alors qui pourrait être compétent à ça ? Bah la personne qui aurait fait une formation sur ça, qui s'intéresse... je tourne en rond là ! Mais ouais... c'est une bonne question. Parce que je pense que pour le coup, un médecin généraliste lambda qui n'a pas été formé là-dessus, je sais pas si il aurait trop d'informations à donner sur... sur comment bien réorienter. Parce qu'on n'est pas formé à ça, on a très peu de formations là-dessus, donc je pense que ça s'apprend. Rares sont ceux qui ont ces informations-là de façon innée.

On va maintenant plus explorer la partie liée à l'autoprescription. Est-ce que tu peux me raconter la dernière fois où tu t'es autoprescrit un soin (médicament, examen paraclinique...) ?

Alors euh... c'est très financier entre guillemets dans le sens où je me suis refait ma pharmacie. Alors je me suis prescrit du Doliprane®, j'étais pas du tout dans un contexte algique, j'avais pas du tout de demande particulière, mais c'était vraiment en prévention. Je me suis fait, suite à mon déménagement, je me suis refait mon stock de pharmacie avec tout ce qu'on peut imaginer : Doliprane®, Ibuprofène, des anti-émétiques, du Vogalène®, des sparadraps, enfin tout ce qui est pour la traumatologie, des cis... non j'ai pas prescrit des ciseaux, enfin voilà un petit stock de pharmacie. Ça c'était la dernière fois où je me suis fait une prescription. Après j'ai fait des prescriptions aussi pour les copains, copines mais je pense que je sors du sujet.

Du coup, c'était des prescriptions de première nécessité pour au cas-où ; mais sinon une autoprescription/automédication pour un problème lambda à un moment donné ?

Alors de la crème hydratante pour une... ce que j'estimais être une déshydratation... qui était en fait un problème un peu plus complexe quand je suis allée voir le dermatologue. En fait, j'avais... fin moi je pensais que c'était un peu comme de la sécheresse au niveau des pieds et en fait c'était que j'avais des mycoses au niveau des ongles de pied et ça c'était un peu eczématisé et desquamé... enfin bref j'ai fini par aller voir le dermatologue enfin, qui m'a dit « hola, faut aller faire un prélèvement d'abord » et prendre de la Terbinafine par voie orale parce que c'était pas beau du tout. Et donc là, ça va mieux mais c'est vrai

que la dernière fois où j'étais en contact avec... je me suis prescrite de la crème hydratante type Dexeryl® et finalement c'était pas efficace et je pense qu'il fallait vraiment un avis autre. Mais encore une fois, c'est mon côté j'ai pas envie de voir le pire donc du coup j'imagine que c'est rien du tout, alors que ça nécessitait quand même un traitement spé particulier et une consultation. Mais euh... mais voilà ça c'est l'autoprescription la plus récente en contexte aigu.

Et comment es-tu arrivée à consulter le dermatologue ?

J'ai consulté parce que en plus c'était pas un problème que j'aimais trop évoquer, donc j'en parlais pas à mes co-internes, j'en parlais pas... mais quand j'ai vu que ça s'améliorait pas en fait, quand j'ai vu que ça s'améliorait pas, que ça persistait voire que ça s'aggravait, bah à ce moment-là j'ai dit ça suffit il faut consulter parce que sinon j'avais peur que ça s'aggrave encore. Moi j'avais déjà fait la première étape, j'avais essayé avec ça, ça marchait pas, bah l'étape suivante c'était d'aller voir un spécialiste, en tout cas un médecin.

Du coup dans cette situation, quels ont été les avantages et aussi les inconvénients liés à ton autoprescription ?

Les avantages c'est que c'est quand même hyper rapide. C'est-à-dire que bon y a pas le délai... du coup ça c'est dans les inconvénients, le délai parfois très long des dermatos, médecin traitant c'est pareil parfois ça nécessite quelques jours donc c'est pas très long, mais ça reste quand même un temps, un certain délai avant de pouvoir mettre en place quelque chose qui aide. L'autoprescription c'est immédiat et... dans cette société où on a tout immédiatement en claquant des doigts (*rires*) c'est quand même très pratique de pouvoir se faire sa propre prescription, hop en une demi-heure on est à la pharmacie, on se l'applique et on teste. Et un autre avantage, bah c'est que ça nous permet bah de tester quelque chose. Est-ce que le dermato si j'avais pas déjà fait ça dans un premier temps, il m'aurait pas déjà prescrit ça peut-être... donc ça permet déjà d'avancer un petit peu. Euh... ça permet aussi d'expérimenter un peu ses connaissances aussi. Moi j'imaginai que c'était ça, donc je teste et je vois, bon bah j'ai appris quelque chose. Peut-être que si j'étais allée le voir direct, j'aurais pas appris que la crème hydratante ne marchait pas (*rires*). Et puis, les désavantages, c'est le délai, euh...c'est bah donner une petite partie de soi à quelqu'un d'autre, donc c'est pas toujours agréable, surtout quand on a une mycose des pieds, voilà.

Tout à l'heure tu évoquais le fait que tu n'étais pas forcément toujours objective en ayant recours à l'autoprescription, comment faire la part des choses entre ce que tu évoquais à l'instant, c'est-à-dire garder l'avis extérieur pour un échec thérapeutique qui peut permettre de gagner du temps et l'autoprescription risquée ? Comment trouver la juste limite ?

Euh bah je pense que c'est pas évident de faire la limite, après c'est... c'est expérimenté. Moi c'est ma personnalité, je suis beaucoup dans l'expérimentation, faut tester et voir. Là pour le coup, j'ai essayé, j'ai vu que ça fonctionnait pas donc voilà. Mais je vois bien que du coup j'étais pas complètement objective parce que je voyais bien que c'était pas très beau et pourtant je mettais que de la crème hydratante quoi. Est-ce que j'aurais fait comme ça avec un patient, je ne suis pas sûre. Mais voilà, j'ai pas envie de voir des choses graves, j'ai envie que ce soit léger, j'ai pas envie que ce soit anxiogène, voilà un peu comme pour l'histoire du souffle. C'est peut-être aussi mon côté optimiste (*rires*), c'est

beaucoup en lien avec notre personnalité je pense. Mais ouais pas évident de faire la part des choses entre les fois où on est complètement objectif ou pas, avec l'expérience, on expérimente et on voit si ça passe ou si ça passe pas !

Tu m'évoquais les avantages et les inconvénients, est-ce que tu pourrais me parler des risques éventuels que tu as peut-être perçus en ayant recours à l'autoprescription ?

Alors les risques... effectivement il peut y en avoir plusieurs. Alors déjà, ce serait, à l'inverse, de perdre du temps si c'est une pathologie grave. C'est-à-dire que là, on n'était pas sur du cancer mais si j'avais eu le cancer et j'avais voulu m'auto-médicamenter par tel ou tel traitement, bah c'est une perte de chance aussi pour moi en tant que patiente. Parce que là, je parlais beaucoup de moi en tant que médecin mais y a aussi moi en tant que patiente et... et oui ce serait une perte de chance. Le risque judiciaire, je ne le connais pas. Est-ce que j'ai le droit... enfin jusqu'à quel point j'ai le droit de m'autoprescrire des choses, ça je ne connais rien, et j'avoue que j'ai très peu de connaissances là-dessus. Est-ce qu'on a le droit de tout se prescrire et auquel cas... mais je pense qu'il doit y avoir un risque judiciaire. Il me semble d'ailleurs, qu'on n'a pas le droit de s'autofaire de certificats médicaux ou à un membre de sa famille, il me semble que si le nom de famille est le même... je sais pas trop en fait. Mais je pense que ça pourrait être intéressant à savoir. Ouais les risques c'est surtout ça. Risque aussi de se planter, de faire trop ou de pas faire assez. En l'occurrence, moi j'avais pas fait assez... ouais mais il aurait pu être l'inverse.

Et alors, comment d'après toi, on pourrait prévenir ce phénomène de l'autoprescription chez les soignants et notamment les internes ? Comment prévenir, comment dissuader ?

Alors euh... bah déjà y a l'accessibilité des ordonnances. Je me souviens aux urgences, y avait juste besoin d'aller au secrétariat et on partait avec le paquet quoi (*rires*) ; elles sont quand même ultra accessibles parce qu'on est la premiers prescripteurs, en tout cas on est très souvent... on les utilise beaucoup les ordonnances ; donc hop c'est facile de les mettre dans la poche. Y a... bah déjà donner... ouais... enfin donner de l'information, qu'on sache un petit peu, qu'on nous sensibilise à tout ça. Donc là, je vais repartir sur tout ce qui est groupe de pairs, voilà qu'on soit sensibilisé, via n'importe quelle méthode, les groupes de pairs, une FMC ou... mais qu'on nous sensibilise, ce serait déjà un grand pas. Et ça éviterait ce risque-là sur l'accessibilité. Et sinon, c'est... l'interdiction, c'est peut-être un peu radical quand même je trouve. Le but, c'est pas de nous infantiliser non plus. Je suis pas à ce degré-là mais effectivement la sensibilisation ça peut être intéressant, enfin moi je serai ouverte à ça.

As-tu d'autres choses à ajouter sur l'autoprescription ?

Euh non là je pense qu'on a fait le tour sur l'autoprescription. Ah si je viens de penser, moi je suis pas en ALD, mais j'imagine... je me mets dans la situation où typiquement j'aurais pu être en ALD, y a aussi... je pense qu'il pourrait y avoir clairement un risque d'abus parce qu'on a ce droit-là et du coup... clairement fin moi si j'étais en ALD je me mettrais en ALD de partout, comme ça c'est pépouze, c'est peignard, c'est tranquille (*rires*) et c'est confort. Donc y a un risque aussi un petit peu d'abus de prescrire un peu tout et n'importe quoi, du savon, enfin je pense à des choses... fin ça nous donne aussi un droit mais donc faut qu'on connaisse nos limites.

Et comment pourrait-on connaître ces limites ?

Bah euh... pour le moment je pense qu'y en a pas. Peut-être qu'il n'y en a pas en fait de limites... du coup on peut se prescrire un peu ce qu'on veut... et donc comment les connaître ? Bah encore une fois, ce serait... je sais même pas si y a un site Internet parce que en général, le vecteur numéro un, enfin ce à quoi on a accès en premier c'est Internet quoi, c'est quand même accessible à tout le monde... pfff j'ai l'impression que ce soit quelque chose dont on parle beaucoup, donc voilà ce serait... ouais j'avais pas pensé mais une page Internet quand on parlait de comment donner de l'info... une page Internet ! Je reviens en arrière (*rires*). Voilà.

On vient de voir deux grands thèmes, le fait que souvent on n'a pas forcément recours à notre médecin traitant et qu'on a plus facilement recours à notre propre prescription ; il y a plusieurs études qui se sont intéressées aux causes de ces phénomènes. D'après toi, qu'est-ce qui empêche les soignants d'avoir un suivi médical ?

Alors clairement, le manque de temps ! Parce que on va à l'efficacité encore une fois, et on n'a pas le temps d'aller consulter un médecin traitant ou un collègue ou je sais pas mais... parce que c'est prendre rendez-vous, parce que c'est passer un quart d'heure à discuter et c'est... et parfois notre emploi du temps c'est juste pas gérable. Donc je pense que c'est le gros frein, la raison numéro un ! Autrement, ça peut être la pudeur parce que... ou alors je sais pas parce que comme si on avait un peu une espèce de légitimité, je sais pas comment dire ça mais... on a cette autorité-là, donc ça peut être... c'est pas mal vu mais j'en sais rien... mais d'aller faire appel à un autre confrère... « comment ça tu sais pas ça ?! » tu vois... alors que pourtant parfois c'est quand même mieux. J'essaye d'imaginer les raisons qui pourraient traverser... ouais c'est ça la pudeur...

Alors entre autre, en plus de ce que tu as dit il y a notamment le déni. D'ailleurs, à travers tes mots, tu évoquais tout à l'heure les mots « peur », « anxigène »... Toi, concrètement, comment est-ce que tu définirais le déni dans tes propres soins ou de façon plus générale ?

Ouais je suis d'accord que ça se rejoint beaucoup la peur, tout ce qui est anxigène et le déni, parce que le déni pour moi, c'est un mécanisme de défense qu'on... qu'on construit pour justement accéder à un niveau de... un niveau de sérénité... de... donc ça se met en place en réaction à quelque chose. Donc c'est-à-dire aller consulter ou ressentir des symptômes qui nécessiteraient d'aller consulter ça peut justement susciter de la peur, anxiété, euh... et être à l'origine d'un déni, parce qu'on n'a pas envie, y a ce côté-là. Et à la fois, je pense que y a aussi le côté, euh... toute puissance, bah on imagine qu'on est tout puissant, ça peut pas nous arriver à nous quoi. Donc, mais aussi d'un côté même si c'est complètement des émotions qu'ont rien à voir... mais on est aussi dans cette forme de déni parce que un peu mégalomanie ou un peu... mégalomanie je sais pas si c'est le bon mot mais... voilà un côté inatteignable, intouchable. Alors qu'on reste des êtres humains, mais... mais je pense qu'on est parfois... on gère des choses qui sont parfois... tellement hard des fois que l'on se rend pas compte que nous aussi on est humain. Et donc voilà, on peut être parfois dans le déni.

Et alors, peux-tu me raconter la dernière fois où tu as renoncé à un soin par déni ou pour une autre raison ?

Ah... alors par oubli (*rires*), j'en ai un en tête par oubli. Par déni, je pense que c'était le coup du souffle cardiaque. Par oubli, fin le plus récent en tout cas, c'était par... par oubli ou par déni en fait j'en sais rien mais... la prise de sang prescrite par la gynéco. La prise de sang euh... de dépistages, après y avait tout ce qui est test hépatique dans le cadre de la pilule, et elle en avait profité pour rechercher syphilis, machin et... je pense que c'était une flemme totale... enfin peut-être que c'était du déni, que j'ai pas envie de savoir, je sais pas parce que je pense pas que ce soit particulièrement anxiogène, au contraire, je pense que c'est important de le faire mais... j'ai pas pris le temps de le faire et c'est vrai qu'elle traîne toujours dans mon salon cette prise de sang depuis un an (*rires*), toujours pas faite. Donc là y a eu ce refus, fin je sais pas si on peut parler de refus mais en tout cas cette non-action de soin proposé. Euh après du déni, en tout cas du refus volontaire, la consultation cardio qui avait été un peu doucement proposée par le remplaçant à l'époque concernant ce souffle dépisté y a quelques années.

Et alors, qu'est-ce qui pourrait t'inciter à prendre cette ordonnance de prise de sang et aller au laboratoire ?

Alors... bah par exemple, si je devais en prescrire une à une patiente... pour lui montrer l'exemple, c'est important pour moi de montrer l'exemple. Mais, mais oui... ça me rappellerait que bah oui attends toi aussi t'en as une à faire donc occupe toi aussi de toi avant de... de dire aux patients c'est important de faire ci faire ça, bah applique le toi-même. Là, en médecine du sommeil c'est ça, je leur dis essayez d'avoir un horaire régulier donc j'essaie d'appliquer moi-même, c'est... voilà essayez d'éviter les écrans, j'essaye deux heures avant l'endormissement... bah j'essaie de me l'appliquer moi-même. Voilà, bah là je pense que si j'étais amenée à faire un suivi gynéco ou à prescrire une prise de sang, bah voilà par souci d'exemple, d'exemplarité... je pense que je le ferai. Autrement, c'est si vraiment y avait un symptôme... fin c'est un exemple, mais la pilule que je vais mal tolérer ou effectivement un symptôme qui serait apparu là j'aurais dit ouais c'est vrai que j'ai pas fait ma prise de sang... faut que j'y aille... peut être trop tard (*rires*) mais... mais voilà. Ou une relance peut être, une relance de la part du médecin. « Ah mais vous avez toujours pas prescrit la prise de sang ? » alors ça m'infantilise, ça me déresponsabilise et j'ai horreur de ça, c'est paradoxal j'ai horreur de ça chez les patients mais bon je suis la première à le faire parce que c'est pas bien j'ai pas fait ma prise de sang et peut-être qu'une deuxième relance, j'aurais fait cette prise de sang, parce que ça fait deux fois. La preuve en médecine du travail, je pense qu'on m'a dit à peu près trois fois pour que j'aille faire enfin mon IDR que j'ai fait y a trois jours et ma radio du thorax que je devais faire en P2 (*rires*), nous sommes en neuvième année... et donc j'ai enfin fait. Et voilà, c'était suite à des relances, des relances, des relances, que j'y suis allée, enfin. Je pense que c'est une peu la dead line, en plus y avait marqué dernière convoc... je pense que ça, ça joue énormément pour moi, mais j'ai toujours été comme ça, même au niveau du travail... c'est... c'est toujours au dernier moment, mais c'est un autre sujet (*rires*). Mais voilà, je pense que c'est ouais resolliciter, ça ça marcherait bien avec moi (*rires*).

Et de façon générale, qu'est-ce qu'il faudrait faire pour justement travailler avec les internes sur cette question du déni, du renoncement au soin ?

Leur montrer un exemple, parce que là si tu veux on en parle et je pense que rien que le fait de... rien que le fait de poser des questions, ça... y a de la prise de conscience derrière tu vois. Donc, des mises en situation par exemple, des choses qu'on adore (*rires*) en FMC mais... mais voilà, rien que le fait d'en

parler y a une prise de conscience énorme, enfin énorme je sais pas mais en tout cas qui débute. Mais... ouais c'est ça en parler et questionner, s'intéresser à la question et ça c'est déjà un gros pas je pense.

Aurais-tu d'autres choses à ajouter sur comment travailler la question du déni et comment accepter de devenir soi-même patient ?

Euh... alors... comment accepter de devenir soi-même patient, je pense que c'est... on devrait avoir des cours de psycho en fait (*rires*) qu'on n'a pas du tout ! Mais tout ce qui est psychologie et... travailler un peu, relativiser et que c'est ok de pas tout le temps être dans le contrôle de tout et... parce que c'est pas possible. Tout le temps prendre sur soi et ne pas avoir peur, bah que oui ça aussi ça peut nous arriver, mais ça c'est de la belle théorie mais c'est pour ça que pour la mettre en pratique, il faut... je dis une psychologue parce que je pense qu'elle est à-même de travailler sur tout ce qui est mécanisme de défense et psychothérapie intégrative depuis l'enfance, pourquoi on avait ce déni qui se met en place et pourquoi on l'a toujours maintenant... mais voilà.

On a donc évoqué le manque de temps, la notion de pudeur que tu évoquais tout à l'heure. Dans la littérature, on retrouve aussi cette image taboue du médecin-malade qui se balade depuis quelques temps maintenant. Toi, comme ça, quelle représentation as-tu d'un médecin-malade ?

Alors euh... pour moi c'est quand même un aveu de faiblesse. C'est dur ce que je dis, mais très sincèrement je le vois comme ça. J'imagine, j'ai peut-être un peu cette image de médecin intouchable un peu, qui se veut enfin qui se doit d'être solide et du coup c'est comme une espèce de trahison au patient... c'est... je sais que c'est vachement dur de penser comme ça mais très franchement spontanément c'est ça qui me vient. Et... et un médecin-malade, c'est un médecin qui change de position en fait, parce qu'on peut pas... enfin c'est difficile d'être à la fois médecin puis à la fois malade. C'est peut-être un peu binaire comme discours, mais pour moi c'est qu'il régresse, je sais pas comment dire, sur le curseur quoi. On se dirige plus vers le côté patient et du coup bah... c'est signe de faiblesse, c'est signe de... on perd en... on perd en crédibilité. Ce qui est dommage, c'est peut-être bête de penser ça d'un côté, parce que je me dis qu'au moins t'acquiesces une connaissance de la pathologie, d'autant plus que tu l'as ; maintenant je suis experte de la mycose (*rires*). Fin voilà.

Si tes propres patients apprenaient que tu étais malade, à ton avis, comment ils réagiraient ?

Bah je pense qu'ils seraient touchés. Ils apporteraient du soutien et... enfin j'espère ! Ils apporteraient du soutien et... parce que en tant que médecin généraliste d'autant plus, et c'est ça qui fait que j'adore cette spé, on a une belle relation avec nos patients. On a une belle relation, on les connaît, ils nous connaissent aussi d'un côté. Le but, c'est pas simplement, c'est un peu paradoxal ce que je dis, c'est pas simplement d'être médecin non plus, on partage aussi un petit bout de nous. J'ai l'impression qu'à l'époque, c'était le sachant et le... enfin y avait une dimension très paternaliste. Mais, maintenant pour toucher le patient, ce sera aussi leur raconter nos expériences à nous, et on est beaucoup dans le partage et c'est chouette, c'est bien. Parce que peut-être que ça casse un peu cette image de médecin tout puissant et... et du coup que les patients pourraient comprendre et j'espère qu'ils réagiraient de façon ouais... ils seraient compréhensifs, y a pas de raison qu'ils changent de médecin sous prétexte que je sois malade, enfin j'espère, je suis peut-être naïve (*rires*). Mais... mais j'espère ! J'espère que j'aurais plein de cadeaux (*rires*).

Du coup, ça contraste un petit peu avec ce que tu as dit juste avant sur ce que tu penserais d'un médecin-malade ; est-ce que tu peux m'en dire un peu plus sur cette définition que tu viens de me donner ?

Bah oui... mais oui... c'est parce que y a une fois où je raisonne par rapport à moi en tant que médecin et le rôle que je veux m'attribuer et après je change complètement de position parce que je raisonne plus en tant que médecin, je raisonne en tant que patient. Et du coup, ça me semble pas non plus... je sais pas comment dire, ça me semble pas non plus illogique d'avoir... fin voilà, comment moi je raisonnerai en tant que patient et voilà comment moi je raisonne en tant que médecin mais... c'est vraiment deux positionnements qui sont complètement différents. Je pense que c'est possible de pas avoir les mêmes points de vue. Euh... ouais en fait ça fait écho à l'image que j'ai aussi du médecin, à l'image que... que... j'ai du médecin, voilà qui doit être un pilier. Je vois l'image, je sais pas d'une patiente dépressive qui va se mettre à pleurer, le but c'est pas de pleurer avec tu vois, c'est quand même d'être un vrai pilier en face quoi. Donc, d'un côté on peut pas lui montrer qu'on est affecté, qu'on a les boules jusque-là parce que ce qu'elle nous raconte c'est affreux et... et voilà, c'est ce devoir d'être un pilier. Alors qu'en face, bah le patient je le vois avec tout plein d'empathie et du coup c'est vrai que j'ai ce positionnement totalement différent, c'est vrai... hum.

Du coup en tant que soignant, on a cette double casquette d'être à la fois médecin et aussi un jour d'être patient, comment faire pour accepter cette « dualité » que tu expliques ?

Bah c'est pas évident, parce que c'est vrai qu'on l'oublie énormément ! On a le droit d'être patient aussi, on l'oublie énormément ! Et en fait c'est comme dans n'importe quel métier, la médecine c'est pas une définition de vie, c'est une définition de métier ; bah comme dans n'importe quel métier, y a un temps pour le métier et après on rentre chez soi et on a la vie d'amis, la vie de famille, de sports, d'activités autre, on les a toujours par rapport à un tabouret. Quand on est assis sur un tabouret, ils faut plusieurs piliers quoi. Et c'est pour ça que s'il y a le côté professionnel qui s'effondre, bah on a encore d'autres ressources ; et le fait d'être patient ça fait aussi partie de la vie. Ça me paraît très éloigné du monde professionnel parce que voilà, je pense que si j'étais patiente, je sais même pas si je dirai que je suis médecin, je pense que je le dirai pas, je le dis pas (*rires*). Parce que voilà, j'ai envie d'être patiente. Pour moi, c'est vraiment... j'arrive pas à... comment dire... à combiner. C'est pour moi deux positionnements totalement différents. Et... et du coup j'ai oublié la question, j'ai l'impression de divaguer.

En gros, c'était comment faire pour qu'en tant que soignant, on arrive à combiner cette double casquette.

Oui c'est ça... donc comment faire... bah finalement ce serait d'avoir un temps de break complet, bah je sors de mon boulot, je vais courir, je vais faire autre chose, mais arriver à avoir un temps de transition... fin je sais pas comment dire mais une coupure pour pouvoir voilà ne pas vivre que de son métier. C'est d'avoir d'autres ressources pour dire, je suis unetelle, mais je suis pas que unetelle-médecin, je suis unetelle d'en d'autres définitions quoi. Dont, celui de patient potentiellement.

Et c'était aussi comment faire pour accepter cette dualité lorsqu'on endosse le statut de patient ?

Bah je pense que le plus sain après c'est de l'assumer, c'est de dire que bah je suis médecin mais j'ai le droit d'être malade. J'ai le droit d'être malade et... et... garder un médecin traitant qui finalement nous fait un espèce d'écho, un espèce d'appel, un espèce de clignotement, bah oui on est toujours patient, garder un médecin traitant (*rires*) dans la ville où on est. Ce serait pour le coup cette espèce d'alarme, bah oui t'as le droit aussi, tu peux et c'est important d'être patient aussi. Parce que patient c'est pas que être malade. Patient c'est aussi bah les dépistages et tout ça qui sont primordiaux mais... mais qu'on oublie facilement parce qu'on se sent capable de tout. Donc ouais, ce serait ça, avoir un médecin traitant... pour faire ce lien-là, pour faire cette transition-là.

Alors on sait que cette image de médecin-malade a un peu cette image taboue dans notre société actuelle ; comment est-ce que tu expliques qu'il y ait cette représentation de la société ?

Et bah c'est... c'est conditionné par tout ce qui conditionne une société. C'est-à-dire les médias, c'est-à-dire toutes les informations qu'on apprend depuis qu'on est enfant. Donc ça va être ce qu'on va lire, les discours des copains-copines, ça va être... oui c'est ça toutes nos expériences... en fait le fait que ce soit tabou ça entretient le tabou parce qu'on n'en parle pas. Et... et du coup, on se crée des espèces de fantasme, d'imagination tout ça c'est tabou, alors que ça devrait pas l'être mais... mais voilà, je pense que c'est ancré depuis trop longtemps, je pense que c'est ancré depuis que nous on est gamin, et depuis que nous on se construit cette image-là. Et... la seule fois où on en avait parlé, c'était en P2 je crois, j'avais fait une formation optionnelle, à l'époque y avait des formations où on pouvait toucher à plein de trucs, j'avais fait éthique médicale je crois que ça s'appelait à Besançon et ils parlaient de ça, et j'avais trouvé ça super intéressant. Et... je suis désolée j'ai encore oublié la question de base.

C'était pourquoi cette image taboue du médecin-malade ?

Bah voilà, je pense que c'est manque d'information et euh... ouais c'est ça ! Gros manque d'information et peut-être manque de sensibilisation personnelle aussi. Tu vois, si chacun allait chercher l'information, aller se renseigner, ça ferait peut-être aussi bouger les choses, mais voilà.

Et alors concrètement en formation, comment pourrait-on aborder ce problème ? Comment pourrait-on lever cette représentation taboue pour plus libérer les nouvelles générations à se considérer à avoir droit d'être pleinement patient ?

Donner des exemples ! Donner des exemples, montrer des vidéos de patients qui parlent parce que c'est des choses qu'on voit pas, du coup qu'on n'arrive pas à imaginer. Je ne doute pas de la capacité des imaginations, des capacités imaginaires des gens mais c'est vrai que souvent quand on va avoir un exemple, ça va être plus parlant. Donc c'est montrer des vidéos par exemple, je sais pas si ça existe ou alors mimer une vidéo je sais pas mais que ce soit visuel, que ce soit entendu. Comme quoi, bah oui ça existe et... ouais je pense que ce serait une bonne façon de véhiculer l'information.

Qu'entends-tu par ce qui existe ?

Et bah par exemple montrer des vidéos de médecins-malades, de médecins-patients qui vont voir leur médecin traitant et des médecins qui en parlent. C'est super rare (*rires*) mais je pense que ce serait intéressant en tout cas. Ou alors en discuter, poser la question « et vous ? » et alors là, vous vous

rendez compte que personne ne fait ça, ou alors c'est bien y en a deux ou trois qui le font quand même. Mais voilà, mettre en avant aussi, essayer de sensibiliser, et valoriser, valoriser... voilà c'est bien. Peut-être que j'infantilise mais... mais je pense que ça peut bien fonctionner comme ça.

D'autres choses à ajouter sur l'image taboue du médecin-malade ?

Euh... non là j'ai rien qui me vient.

On va aborder un autre point alors. Une autre difficulté qui est aussi retrouvée dans la littérature est la difficulté des soignants qui, lorsqu'ils arrivent à endosser cette casquette de patients, n'arrivent pas à se sentir comme un patient lambda. Comment pourrait-on aider les internes à se considérer comme des patients lambda malgré leurs connaissances médicales ? Et tout d'abord pour toi, est-ce que tu penses qu'il faut être considéré comme un patient lambda ou pas forcément ?

Oh que oui ! Parce que je le vois, là par exemple tous les mercredis je reprends les consultations du Professeur et il a tous les patients VIP, c'est un enfer pour moi ! Parce qu'il a, bon secret médical, mais il a des patients, ce que j'appelle VIP c'est des professeurs à droite à gauche qui ont des syndromes d'apnée du sommeil comme tout le monde et qui viennent en consultation voir le Prof et comme c'est moi qui reprend ses consultations, j'angoisse à l'idée de les voir. Et parce que je sais qu'ils sont médecins, parce que je sais qu'en plus d'être médecins, ils sont professeurs et... bah en tant que soignant, je pense qu'on va vite aller juger, on va vite aller se mettre la pression et du coup... et parce qu'on sait qu'ils sont médecins et ça fait bizarre du coup et... et donc oui, je pense que ça joue énormément et... je suis vraiment désolée, j'ai encore oublié la question (*rires*).

Comment du coup aider les internes à se considérer comme un patient lambda ?

Eh ben... du coup c'est leur suggérer... comment les aider... bah en discuter avec eux, les rassurer ! Les rassurer, leur dit bah oui c'est ok on est tous malade, et du coup ça arrive à tout le monde ! Et y a pas besoin d'endosser sa casquette médicale partout ; on a aussi le droit de se considérer comme patient et... on doit même parfois se considérer comme patient et légitimer ce discours-là. Et pas le rendre tabou, c'est ça, en parler ! En parler, c'est hyper important. Euh... bah les accompagner, c'est peut-être un peu gros quand même mais... mais voilà, les solliciter à aller consulter et puis... et puis leur dire que c'est leur choix de dire aussi s'ils sont médecins ou pas, ça ça les regarde pour le coup. Je sais pas s'il y a une bonne méthode, une bonne manière de faire ; s'il faut absolument du coup ne pas dire qu'on est médecin, mais non laisser le choix et rassurer quant au secret médical qui est aussi... qui s'applique également quand on est patient. La preuve, c'est que là j'ai pas donné de noms des professeurs que je voyais.

Et alors, qui est-ce qui devrait rassurer les internes à ce sujet ?

Bah deux. C'est les médecins qu'on voit en consultation, donc le fameux médecin traitant et bah... si on fait une FMC ou des groupes de pairs, c'est... voilà en fait tous les acteurs. Je sais pas si y a une personne plus légitime qu'une autre, je pense pas. C'est avoir une discussion entre nous, c'est avoir chacun nos opinions mais... voilà, je pense qu'elle est diluée la responsabilité, elle est pas... fin voilà, plus de personnes le disent et plus ce sera ancré dans les têtes des internes et des soignants.

Tout à l'heure, tu abordais la difficulté que tu avais justement le mercredi de consulter des patients qui étaient médecins ; à ton avis quelles attitudes des médecins-soignants permettraient une meilleure adhésion au soin des médecins-patients ?

Et bah c'était compliqué de me faire un avis là-dessus jusqu'à ce que j'en discute avec le prof pour le coup. Et il m'a dit, « bah je pense que c'est un bon exercice pour toi parce que... » et il m'a suggéré, et je trouvais ça totalement juste, que bah toute façon ils sont dans la demande... ils sont dans la demande d'un avis médical pour lequel on est tout à fait compétent, donc il m'a dit « bah ais l'air sûr de toi, tu t'en fiches de toute façon, ils te demandent un avis et s'ils demandent ces consultations, c'est qu'on est capable de le faire ». Donc, se sentir légitime. De toute façon, voilà, ils endossent leur casquette de patients à ce moment-là et ils ont tout à fait le droit, donc on doit y répondre comme ça. Donc c'est...accepter ça... accepter ça et voilà, continuer comme si c'était un patient lambda finalement. Pas tout à fait, pardon je rectifie, c'est pas vrai, on peut pas considérer que c'est un patient lambda, parce que... enfin j'en ai fait l'expérience et c'est pas vrai parce qu'ils posent des questions très spécifiques, ce que je comprends totalement, donc... on peut imaginer que c'est des patients lambda mais finalement on va utiliser des termes médicaux très spécifiques et ils ont droit de savoir de façon plus spécifique parce qu'ils connaissent... en fait on s'adapte constamment au patient qu'on a en face et bah quand c'est des médecins on va peut-être donner des informations plus précises, c'est intéressant aussi, ça pousse à la compétence, enfin ça pousse à aller toujours chercher plus.

Alors dans cette situation, y a cette notion de spécialité puisque c'est le service de médecine du sommeil... mais comment nous, en tant qu'interne ou médecin généraliste, on pourrait plus facilement aller voir un autre médecin généraliste pour notre suivi ? Parce que là, pour le coup, y a peut-être moins cette différence de connaissances ?

Euh... bah c'est rester disponible. Alors oui, c'est vrai que là j'ai beaucoup parlé de l'aspect connaissance-compétence, mais y a aussi l'aspect bah on va tous avoir un autre point de vue d'une situation et du coup, je pense que c'est hyper intéressant et... ouais c'est ça c'est hyper intéressant à avoir parce qu'on va parler de... voilà un patient va dire j'ai tel problème et en fonction de notre expérience... y a pas que les connaissances ; le fameux « les trois-cercles » y a aussi l'expérience du patient et l'expérience du soignant donc... donc en tant que médecin traitant, c'est... puis on connaît très bien, on connaît tout l'environnement familial, on connaît tous les enfants, les parents... c'est ça, on connaît l'histoire de vie du patient, donc on se sent... moi je pense que les médecins traitants sont tout à fait légitimes de prendre en charge, parce qu'ils connaissent tout l'environnement, ils ont un avis d'autant plus... qui me semble plus juste, en tout cas plus... euh... comment dire... plus approprié pour la personne. Parce que c'est un avis global, enfin qui prend en compte la globalité du patient. Et c'est ce qu'aucun autre médecin ne pourra avoir (*rires*).

Concrètement, comment rendre au médecin-patient ce sentiment de confiance dans la relation de soins ? Et aussi, ce sentiment de pudeur que tu évoquais tout à l'heure, comment pourrait-on travailler en formation sur cette notion de confiance, de légitimité, de non-honte à avoir ?

Euh... pour moi c'est mettre en avant la disponibilité et l'importance de la durée. Je sais pas comment dire mais... l'avantage du médecin traitant c'est... c'est la durée... on gagne en bonne relation, je pense

en connaissant voilà, en ayant l'expérience de... ouais c'est ça, en connaissant d'autant mieux le patient quoi. Euh ouais... donc comment améliorer la relation euh... bah c'est leur rappeler... leur faire un rappel à ce sujet-là. Parce que des fois ça fait du bien, on reste des êtres humains, ça fait du bien d'entendre ça, c'est un discours qui est soutenant et parfois on... on entend tellement des choses négatives par rapport au médecin généraliste qu'ils arrivent à nous semer le doute, bah c'est un peu bête mais de la part de confrères, nous rappeler que bien sûr qu'on est légitime et qu'il n'y a pas de... fin voilà, qu'on est légitime et qu'on ait une belle relation de soins avec le patient... Donc, c'est faire un rappel, en rappeler encore une fois. Et ouais c'est ça, en faire une prise de conscience parce que des fois on le sait pas du tout, donc en parler.

Et alors toi qu'aimerais-tu dire à un interne pour qu'il prenne soin de sa santé autant qu'il prend soin de celle de ses patients ?

Euh... alors il faut les... bah faut peut-être un peu les secouer aussi, parce que là je disais que souvent faut leur parler, blablabla c'est beau le monde des bisounours mais je pense que il faut aussi les secouer un peu quoi ! Et, je suis pas non plus dans la menace mais c'est leur faire prendre conscience des risques en fait, en leur disant bah voilà... en... leur faire prendre conscience des risques. Si on vous donne pas... enfin si vous ne réalisez pas... si vous ne vous positionnez pas en tant que patient, bah derrière vous pouvez louper tout ce qui est dépistage, louper les prises de sang pour les bilans hépatiques si vous prenez la pilule... vous pouvez... bah louper des dépistages, fin voilà des trucs qui peuvent nous sembler bénins mais qui sont hyper importants. Et donc voilà, c'est pas les menacer mais... pas leur faire peur mais on se rapproche de plutôt de ce côté-là en restant bienveillant bien sûr. Mais euh... mais voilà je pense que c'est important de leur faire prendre conscience des risques que ça peut encourir et...et voilà. Et pourquoi pas même mettre des affiches, j'imagine attention... à la fac par exemple, des petites affiches pour les sensibiliser à ça. Bah ouais, bah attention quand on est interne... bon après c'est vite pour tous les médecins, pour tous les soignants que que les méd gé spécifiquement mais... ou je sais pas des feuilles de suivi un peu obligatoires en tutorat ou en... je sais rien mais... vous faites bien le dépistage du cancer du col de l'utérus ? (*rires*) J'en sais rien mais voilà... on a le droit d'être patient et que... et que c'est important !

Concrètement, quels messages tu diffuserais pour dire cela ?

Quels messages je diffuserai pour dire ça ? Euh... eh bah... qu'on a le droit et que... et même que les bons médecins sont aussi ceux qui arrivent à prendre du recul et à dire que bah voilà nous aussi on est patients, nous aussi on a le droit... et je pense que c'est bah dézoomer sur notre profession au lieu de rester tout le temps sur cette casquette très « je suis le sachant, je suis le sachant », bah non ! Et que c'est hyper important, qu'on est légitime, qu'on... qu'on doit même, c'est un devoir je pense euh... encore cet exemple d'exemplarité. On se doit de donner l'exemple ! Et... euh... ouais c'est surtout ça. Et en plus derrière, si on veut avoir des petits externes, c'est leur montrer que nous aussi on a le droit... fin c'est donner l'exemple via ça, via nos externes, avoir cette discussion-là par exemple par ce biais-là. Mais... voilà, là je suis plus sur les moyens que sur les messages mais ouais les messages je pense que j'en ai cité trois-quatre.

Et les moyens du coup ?

(rires) Et donc les moyens... bah... je vais revenir encore sur ces groupes de pairs dont on a discuté, sur les FMC, voilà, là c'est pareil c'est des moyens qui peuvent être très utiles mais voilà, par exemple quand on a des externes, on a aussi un peu ce devoir maternant-paternant fin... de montrer un peu le chemin, donc là c'est pareil, on doit inclure ça ; pourquoi pas glisser un petit rappel, c'est important, « est-ce que toi t'es suivi par un médecin traitant ? » « il faut que t'ais ton médecin traitant, c'est important » et dès jeune en fait, dès tout jeune ! Il faut les prendre par... faut leur faire prendre conscience parce que c'est pas nous, à notre âge qu'on est... fin c'est pas, oui, mais je pense qu'on a une plasticité cérébrale peut être un peu moins fonctionnelle qu'à leur âge. Et du coup, il faut s'y prendre assez jeune, et pourquoi P2-P3, là je parlais des exemples quand on est maître de stage mais ça peut être des espèces de cours en P2-P3 quoi voire PACES mais c'est encore un peu plus particulier. Donc ouais... c'est se donner le droit d'en parler, se donner le devoir d'en parler même.

Et toi, depuis tes débuts d'étude, est-ce qu'il y a quelqu'un qui t'a parlé de tout ce que tu es en train d'évoquer ?

Et bah toi, tu es la première ! *(rires)* Tu vois, je pense que si on m'en avait parlé avant, j'aurais peut-être pas attendu neuf ans pour aller faire ces tests *(rires)* mais... non pas du tout ! Pas du tout ! Je réfléchis au médecin traitant, mais non, il m'en avait pas du tout parlé. Qui est-ce qui aurait pu m'en parler... pfff... parce qu'après, je me dis que peut-être que quelqu'un aurait pu m'en parler, vu que j'étais pas sensibilisée à l'époque, c'est sorti aussi vite que c'est rentré mais j'ai aucun souvenir de discussion en tout cas. J'ai aucun souvenir de discussion là-dessus. Non... non...non... donc bravo tu es la première ! *(rires)*

On arrive sur la fin et on va terminer en abordant vraiment le côté pratique de cette formation qui sensibiliserait les internes à avoir un suivi médical. Là, comme ça, quelle serait, pour toi, la formation parfaite qui permettrait qu'à la sortie les internes se disent « je vais changer ma façon de faire » ?

Alors euh... bah encore une fois c'est le faire assez tôt dans le cursus. Donc ce serait type formation optionnelle comme on a pu avoir à la fac mais ce serait la rendre obligatoire, parce que c'est quand même un sujet important ! Euh... et ce serait bah effectivement au tout début d'internat, au tout début d'internat, bah premier semestre. Parce que y a aussi cette notion, bah l'internat c'est... bah tu te dis... tout le monde déménage donc t'arrives dans une nouvelle ville et t'as des patients comme moi - eh j'ai quand même dit « patient » y a une amélioration *(rires)* – y a des gens comme moi, qui... qui n'ont pas, voilà qui ont laissé leur médecin traitant à l'autre bout, dans leur ville d'origine, donc c'est pile à ce moment-là quand on arrive dans ces... dans des nouvelles villes qu'il faut commencer dès lors quoi. Donc début d'internat, je pense que c'est parfait. Formation optionnelle type par groupe de... deux... bah là tu vois ça marche bien avec tes questions... mais non par petits groupes. Parce qu'après si on est trop... fin après c'est comme tout, ça peut être compliqué à faire des tout petits groupes mais voilà. Faire ça en tout début d'internat et puis par petits groupes, idéalement avec quelqu'un qui connaît un peu le sujet, peut-être qui a lu quelques trucs sur de la biblio ou alors dire, condition avoir lu deux ou trois articles et les partager aux autres au cours de la formation, ça peut être une autre idée quoi, qu'on peut faire parfois au tutorat quand on a un ou deux sujets parce que ça nous force aussi à nous impliquer et pas seulement être spectateur et auditeur quoi. Voilà.

Quels messages-clés aimerais-tu partager lors de cette formation ?

Mes messages-clés au cours de cette formation, ce serait... euh... ce serait de comprendre l'importance d'avoir son propre médecin traitant et tourner ça en positif, c'est pas... c'est pas mal de faire-ci les auto-prescriptions parce qu'on va tous le faire, donc tourner ça sur ce versant-là, ce serait pas top. Mais vraiment, ce qui me semble clé c'est prenez conscience de l'importance d'avoir son propre médecin traitant parce qu'on peut pas tout gérer et euh... que... qu'on a aussi le droit d'avoir cette casquette de patient, voilà.

Tout à l'heure tu évoquais le fait qu'il fallait que ce soit des personnes formées, comme des psychologues, est-ce que tu verrais d'autres intervenants pour faire cette formation ?

Euh... des coachs du travail (*rires*). J'ai un avis un peu subjectif parce que ma mère est coach du travail mais... ouais parce qu'en fait, ça reste un peu dans tout ce qui est psychologue et puis... soit apporter l'expérience d'un médecin pour qui ça s'est mal passé mais ce serait un peu triste et on sortirait tous en mode (*tête déprimée*)... donc non peut-être pas ; mais aborder ça sur le versant plutôt positif donc quelqu'un chez qui ça s'est bien passé mais après c'est pas évident de trouver... parce qu'en fait, j'imagine une personne qui donne un message, qui a vécu la chose, souvent on s'identifie puis on arrive en mode « ah ouais moi aussi » quand quelqu'un a vécu un truc super, mais bon ça semble un peu compliqué... euh... qui d'autre pourrait intervenir ? Ouais une figure... je sais pas... quelqu'un qui a passé sa thèse dessus par exemple (*rires*). Bah ouais, parce que ça donne aussi une casquette de connaisseuse, ouais voilà.

Je te remercie, on a abordé pas mal de points. Aurais-tu d'autres choses à évoquer ?

Non là je n'ai plus d'idées, je pense qu'on a fait le tour !

Entretien n°4**Peux-tu me raconter la dernière où tu as consulté ton médecin traitant ?**

La dernière fois que j'ai consulté mon médecin traitant... déjà il est pas sur Strasbourg, c'était à Besançon là où j'habitais avant, je l'ai pas vu depuis l'âge de mes 20 ans. Je sais que j'y étais allé pendant mes études de médecine, ça devait être au courant de la 2^e ou 3^e année, donc sept ans que je ne l'ai pas vu.

Entre temps, as-tu consulté un autre médecin ?

Je réfléchis... mais non aucun je crois. En tout cas, j'ai déjà demandé des avis à mes maîtres de stage pour des problèmes perso mais sinon non je n'ai pas consulté de manière officielle un médecin.

Peux-tu me raconter alors pourquoi tu avais consulté au début de tes études ? Qu'est-ce qui t'avait motivé à aller voir ton médecin ?

C'est pendant les années médecine, on faisait beaucoup la fête. Je suis asiatique et quand je bois beaucoup d'alcool, je devenais rouge (*rires*) et du coup j'avais demandé un bilan hépatique... qui était normal.

Peux-tu me raconter un peu plus en détail comment s'était passée cette consultation ? Comment tu avais abordé le sujet ?

Euh... ça s'est passé assez rapidement, c'était du coup le médecin que je voyais depuis que j'étais petit. Mais comme il savait que j'étais en médecine, je pense qu'il allait assez vite. Il m'a demandé ce que je voulais et il me l'a prescrit en gros. Il m'a pas beaucoup plus détaillé comme je savais à peu près ce que j'avais, un manque d'enzyme, du coup il n'a plus insisté, il a juste prescrit le bilan et c'est tout.

Comment s'est passée la suite de cette consultation ?

J'ai reçu mes résultats biologiques seul à domicile et je n'y suis pas retourné, ils étaient normaux.

Tout à l'heure, tu évoquais ta consommation d'alcool, si un jour tu voulais consulter spécialement pour ce motif, vers qui tu t'adresserais ? Comment tu verrais ce type de consultation ?

D'un point de vue personnel, je pense pas que j'irai voir mon médecin traitant pour en parler... c'est... je pense qu'effectivement j'en parlerai autour de moi, comme on est tous au final en... des médecins... je verrai autour de mes collègues mais je pense pas que je retournerai voir mon médecin traitant pour parler de ça étonnamment.

Pour quelles raisons tu ne souhaiterais pas le consulter pour ce type de problématique ?

Je... effectivement, mon médecin traitant au final, j'ai pas non plus... ayant très peu consulté chez lui, j'ai pas non plus... euh... c'est un médecin qui est aussi bientôt à la retraite... euh je sais pas pourquoi mais j'aurais... euh... effectivement comme on est en médecine aussi, je pense que je demanderai plutôt des avis chez des personnes plus jeunes, plus à jour que lui, je pense ; ce serait pour ça, si j'avais des problèmes d'alcool hein. J'en ai pas (*rires*).

Y a t'il d'autres sujets pour lesquels tu irais plus facilement voir ton médecin traitant aujourd'hui ?

Pour lesquels je serai amené à le voir... j'avoue que comme ça, ça m'étonnerait que je retourne le voir. Je pense que je retournerai le voir pour des certificats de sport par exemple, mais sinon pour un autre problème médical, je suis pas sûr que je retournerai le voir. Déjà du fait de la distance, mais ça m'étonnerait que pour autre chose que ça, mis à part des certificats où il faut absolument voir le médecin traitant, je pense que pour les autres problèmes médicaux, je n'irai pas le voir.

Tout à l'heure tu évoquais que ton médecin traitant actuel était ton médecin d'enfance ailleurs que Strasbourg, est-ce que s'il était plus proche de ton lieu de vie actuel, tu le consulterais plus facilement ?

Euh... pff... j'avoue que je suis pas sûr. Après effectivement, comme on est des personnes jeunes, plutôt en bonne santé on va dire, on n'a pas souvent l'occasion d'aller chez le médecin et c'est vrai qu'au final on s'autoprescrit quand même pas mal de choses. Là par exemple, pour les allergies, je me suis autoprescrit des antihistaminiques ou des choses comme ça, donc je suis pas sûr que j'irai voir mon médecin traitant de moi-même actuellement.

Tout à l'heure, tu évoquais le fait que tu avais déjà demandé des avis à tes maîtres de stage, pourquoi avoir considéré plutôt eux pour avoir un avis plutôt qu'un médecin plus « personnel » ?

Je pense par la facilité du rendez-vous, c'est moins contraignant de voir son médecin qui est sur place tout de suite, lui demander un avis rapides, c'était pour une histoire d'adénopathie que j'ai sous-mandibulaire et du coup je voulais voir avec eux si c'était... pour qu'ils palpent aussi pour savoir si c'était un ganglion ou quoi, et comme ça traîne un peu, ils m'ont donné leur avis, on a fait une prise de sang mais si j'étais allé voir un médecin alors que j'ai des médecins on va dire entre guillemets sous la main pour avoir un avis tout de suite, c'est vrai que j'ai pas attendu.

Pour autant, est-ce quelque chose de primordial pour toi d'avoir un médecin traitant en tant qu'interne ?

Effectivement, je pense... pff... pour tous les internes, c'est un peu compliqué, mais si quelqu'un a des problèmes de santé particuliers, une maladie chronique, qu'il nécessite un suivi particulier, je pense qu'avoir un pilier, enfin quelqu'un qui gère tout ça, qui connaît la maladie depuis le début, le patient, là c'est important mais pour des petits problèmes aigus, on va dire de la médecine un peu de tous les jours, je pense qu'on peut potentiellement s'autogérer mais pour des problèmes réguliers, effectivement pour le suivi c'est mieux d'avoir son médecin traitant qui gère tout ça.

Régulièrement, j'entends que certaines problématiques nécessitent un suivi et que d'autres non ; quelle serait pour toi la « limite » pour aller consulter en tant qu'interne ?

Pas facile comme question madame (*rires*). Je dirai tout ce qui nécessite un contrôle... enfin... tout ce qui doit se jouer sur une consultation, je pense que c'est pas la peine, par exemple allergie ; mais toute consultation où l'on pense être amené à revoir... on va dire à deux-trois reprises, je pense que ça pourrait être bien. Par exemple, je sais pas, des palpitations où tu dois faire un ECG ou quoi, faire un bilan, là je pense que c'est bien que ce soit la même personne qui suive depuis le début plutôt que voir des tierces personnes à chaque fois mais... après c'est compliqué comme c'est des pathologies qui peuvent se rejoindre aussi, c'est dur à poser une limite je pense en tant qu'interne ou personnel médical on a souvent tendance à vouloir s'autogérer et euh... je pense surtout c'est pas top de faire ça mais... je pense que par facilité, on évite de voir un médecin comme on pense que l'on connaît les différentes pathologies, les différents risques, souvent peut-être sous-estimés mais ouais voilà... la limite je dirai, si on doit être amené à revoir quelqu'un pour son bilan ou que l'on doit voir son cardio ou un spécialiste, je pense que c'est bien d'aller voir son médecin traitant pour ça effectivement.

Et y aurait-il des problématiques particulières qui nécessiteraient une consultation d'emblée selon toi ?

Euh... je réfléchis... (*long temps de réflexion*)... d'emblée pour aller le voir direct ? Euh... découverte d'une masse, par exemple une masse que t'avais jamais sentie ; par exemple la cancéro je pense que c'est important, euh... on n'y pense peut être pas en premier lieu mais un problème psy je pense qu'il faut y aller aussi directement c'est important ; fin si t'as confiance dans la personne, il faut y aller. Après... on va dire tout ce qu'on pense, en tant que personnel médical, tout ce qu'on pense qui pourrait être grave avec pronostic vital on va dire à long terme... même si je l'ai pas fait pour mon adénopathie.

Comme tu dis que tu ne l'as pas fait pour ton adénopathie, qu'est-ce qui t'a empêché de consulter pour ça ?

Déjà en premier, je dirai que j'ai pas de médecin sur Strasbourg. En deuxième parce que la personne à qui j'avais demandé ça, c'était ma maître de stage à l'époque, je pense que si cette personne elle était... elle travaillait en campagne du coup assez loin, mais si elle était sur Strasbourg, je pense que j'aurais fait les démarches pour qu'elle soit ma médecin traitant, j'avais confiance... fin j'ai confiance en ses capacités médicales, du coup c'est pour ça, que je me suis tourné vers elle euh... ouais du coup j'ai joué la facilité ; j'étais avec elle tous les jours, c'était mon stage pédiatrie, fin couplé pédiatrie-médecin généraliste ; j'étais chez elle en stage, du coup vraiment par facilité, j'ai posé la question entre midi et deux et voilà, ça c'est fait comme ça.

A plusieurs reprises, tu as cité le mot « confiance », qu'est-ce qui te met en confiance dans une relation de soin avec un médecin ?

Euh... donc en tant que personnel médical c'est vrai que... c'est difficile à évaluer comme ça au premier contact je pense mais... c'est... c'est quelqu'un... c'est vrai que c'est dur comme ça... je dirai quelqu'un dont on a l'impression qui se tient à jour, qui a des bonnes prises en charge. Nous on est de l'autre côté du bureau, donc on est du côté du médecin en général, et c'est vrai que quand on passe chez les

maîtres de stage, qu'on voit de notre regard qui se tiennent plus ou moins à jour et... moi c'est vrai que... c'est marrant ce que je me pose comme question maintenant c'est si le médecin se tient à jour sur le point de vue médical. En tout cas, c'est les questions que je me dis en tant que personnel de santé et... quelqu'un de confiance, je pense que c'est un médecin où tu peux oser parler de tout sans difficulté... pour aborder tous les sujets même si c'est pas facile, parce que même si tu le connais, si par exemple, c'est un maître de stage ça doit pas être évident mais... je pense que cette personne digne de confiance tu pourrais aborder des sujets, on va dire compliqués à aborder avec cette personne.

Qu'est-ce que tu aimerais dire aux internes pour qu'ils aient un suivi médical et osent parler de tout en consultation avec leur médecin ?

Si je devais dire ça aux internes... je pense que c'est important qu'il y a un... je sais plus le mot... un « pilier », quelqu'un qui gère tout de A à Z, qui connaît le dossier et du coup il a le suivi. Euh... je dirai qu'avoir une personne tierce du coup extérieure à tout ça qui te connaît pas forcément personnellement, forcément ça va jouer, il va... y aura moins de biais on va dire concernant la prise en charge même si peut-être on peut faire la part des choses, mais c'est comme par exemple euh... soigner quelqu'un de sa famille je pense que c'est jamais évident, c'est un peu du même genre d'aller voir quelqu'un de l'extérieur, c'est un peu plus simple je pense. Euh... arrêter de vouloir tout faire soi-même, parce que des fois je pense qu'on peut passer à côté de chose à se dire c'est rien c'est rien, on passe à côté de chose surtout à long terme, je pense que surtout en prenant de l'âge, là c'est vrai qu'on est encore jeune donc on a moins de pathologie, mais avec le temps je pense que vouloir s'auto-soigner ça peut être dangereux... euh... et peut-être ce médecin-là pensera à des choses auxquelles nous on n'a pas pensé, donc c'est avoir un autre avis, à mon avis ce sera forcément bénéfique. Donc allez voir votre médecin traitant (*rires*).

Je te remercie, as-tu d'autres choses à ajouter en lien avec le médecin traitant ?

Je pense pas.

On va alors aborder une autre partie qui est plutôt liée à l'autoprescription. Comme je te disais en introduction, en tant que soignant on a très souvent recours à l'autoprescription et l'automédication ; peux-tu me raconter la dernière fois où tu t'es autoprescrit un soin (prise de sang, médicament, autre) ?

C'était y a une semaine pour les allergies, je me suis prescrit du coup de l'Aerius® et voilà. J'en ai aussi prescrit à ma mère qui n'est pas... euh je ne suis pas son médecin traitant, qui n'est pas bien non plus de faire ces choses-là et euh... c'était le dernier examen que j'ai fait, sinon avant ça, en décembre, je m'étais prescrit une biologie justement par rapport à cette adénopathie et... voilà.

Quels ont été les avantages et les inconvénients de te prescrire toi-même ?

Avantages euh... rapidité, on va dire comme ça je fais mon ordonnance et basta c'est fini. Inconvénient, je me suis tout de suite dit c'est l'allergie, j'ai pas cherché plus loin si ça pouvait être autre chose, si je devais me prescrire je sais pas moi des gouttes pour les yeux ou quoi. Après l'allergie, ça reste un

problème assez bénin mais je pense que y a peut-être des bilans si on va pas souvent chez le médecin auquel je ne fais pas... par exemple, les MST ou les choses comme ça, que le médecin traitant aurait profité pour parler de ça pendant la consultation. Tout ce qui est suivi régulier chez le jeune, MST, se peser tout ça pour discuter, voilà.

Quels risques perçois-tu dans l'autoprescription-automédication ?

Euh... le problème c'est que je pense que... au bout d'un moment, si on veut tout faire tout seul, on va forcément passer à côté de chose ou même des fois se sur-traiter en se disant tout de suite c'est ça, par exemple si tu dis j'ai une infection je vais me prescrire tout de suite des antibiotiques, je pense que t'as forcément un biais comme on sait les traitements les plus efficaces ; pour certaines pathologies je pense qu'on va avoir tendance à se donner tout tout de suite directement sans qu'on n'ait vraiment la pathologie avérée, donc je pense que y a un problème de surmédication. Ou même des fois a contrario, où les gens vont se dire oh bah c'est rien et on va rien se prescrire. Je pense que c'est important d'avoir un regard extérieur à ça et qu'on soit totalement objectif par rapport à la prise en charge.

Comment pourrait-on prévenir les risques liés à l'autoprescription ? Comment faire de la prévention par rapport à ce sujet aux internes pour les dissuader de recourir à l'autoprescription ?

Je pense qu'on pourrait donner des affiches, un peu comme ils donnent dans les cabinets « les antibiotiques, c'est pas automatique », se faire des affiches « s'autoprescrire, c'est se détruire » (*rires*) ou je sais pas, des petits slogans comme ça qui restent. Après, peut-être faire... en profiter pendant l'internat, comme ils ont les formations Katla peut-être sur un des sujets, je crois qu'il y a un sujet sur la santé mentale chez les internes ou je sais plus quoi... en profiter pour discuter de ça dans le temps de formation de la fac. Juste une piqûre de rappel comme quoi il faut faire attention avec ça.

Tu penses que c'est un sujet qui devrait être abordé de façon systématique en formation ?

Je pense que ce serait bien de le faire au sein d'une formation effectivement à la fac, je pense couplé à un autre sujet, peut-être pas une formation on va dire que sur ça parce que je sais pas si les gens viendront forcément parce que là c'est pour un problème de santé personnel, je sais pas si les gens seront intéressés pour faire ça, une formation uniquement pour ça ; mais la coupler avec une autre formation, ouais comme je disais la santé mentale chez les soignants... je pense que là ça pourrait être intéressant de faire une thématique là-dessus pour sensibiliser les internes à ça.

As-tu quelque chose d'autre à rajouter en lien avec l'autoprescription ?

Comme ça non.

On va maintenant aborder les causes qui font que les internes et soignants en général n'ont pas un suivi médical forcément exemplaire. Tout à l'heure tu évoquais le fait qu'on devrait pouvoir oser parler de tout en consultation ; qu'entendais-tu par ça ?

Je pense les problèmes compliqués déjà, c'est les problèmes on va dire qui touchent à la sphère psy, je pense que ça doit pas être évident d'en parler ; déjà pour toutes personnes ça doit pas être évident,

mais je pense que de la part d'un soignant, d'un interne c'est jamais facile ce problème-là. Je pense qu'il y a aussi les problèmes, tout ce qui est gynéco, urologique ou des hémorroïdes par exemple, je pense qu'on va vouloir s'auto-soigner plutôt que d'aller voir son médecin traitant pour le faire et c'est pas bien non plus. Ou des rectorragies par exemple qui sont des vrais symptômes graves et pour lesquels on pourrait peut-être passer à côté juste par... par gêne. Je pense que les internes oseront moins y aller comme ils pensent savoir la prise en charge, fin je parle de mon cas, je pense ça et... on pourrait passer à côté de diagnostic peut-être plus grave et laisser trainer en tout cas.

Tu évoquais le mot « gêne », finalement qu'est-ce qui différencie ces symptômes des autres symptômes qui te paraissent plus facile à aborder ?

Je pense qu'il y a... par exemple là je disais gynéco, uro, anal, on va dire, c'est... l'image de soi je pense qui se joue. Euh... après ça c'est peut-être plutôt entre guillemets un problème sociétal où l'image de soi est très importante et c'est pour ça qu'on a plus de mal à se mettre à nu entre guillemets, d'autant plus je pense comme c'est des confrères, peut-être qu'on ose moins ou... je sais pas mais par exemple, je reviens sur les hémorroïdes, je pense que même personnellement j'essaierai de traiter ça moi-même plutôt que d'aller voir le médecin traitant directement, ce qui est, je répète, pas bien (*rires*) ; faites ce que je dis pas ce que je fais. Après au niveau... psychiatrique ça dévie un peu sur autre chose mais euh... la pression qu'on a aussi en stage euh... tout ça c'est très compliqué, y a toujours entre guillemets cette notion de faiblesse qu'on se dit que c'est de la faiblesse et qui malheureusement provoque des tentatives très graves chez les internes.

Toi, quand tu reçois en tant que médecin un patient qui vient te consulter pour un problème que tu viens de citer comme psychiatrique, urologique ou autre, quelle attitude adoptes-tu avec ce patient ? Comment se déroule la consultation ?

Premièrement, je rassure le patient, je lui dis que c'est un problème médical donc on apporte aucun jugement à ça et que... on en voit tous les jours et que... et qu'il y a aucun souci. Mais ce qui est étonnant, c'est qu'on dit ça au patient mais que nous on soit nous-même gêner de faire ça. Mais oui si un patient vient pour ça, je le réassure en disant euh... on porte vraiment aucun jugement et c'est justement ce qu'on devrait ressentir aussi quand on va voir un confrère, qu'on a aucun jugement, mais on a toujours cette gêne malgré tout. Je pense que nous on se dit qu'on peut s'auto-soigner entre guillemets donc c'est pour ça qu'on fait peut-être pas la démarche d'aller voir un autre confrère contrairement aux gens de la population générale.

Comment pourrait-on aborder ce thème du « jugement » pour faire comprendre aux internes que même lorsqu'ils sont du côté patient ils ne sont pas jugés comme leurs propres patients ?

Bah je vais parler d'autre chose, à Besançon je faisais partie de la faluche, qui est la coiffe estudiantine des étudiants, et y avait des épreuves à la fin, ça s'appelle le sexsoom et on devait se mettre nu, c'était sans obligation. On devait se mettre nu devant les différents faluchés, donc qui avaient déjà la faluche devant eux, et c'était une épreuve où il fallait justement se mettre à nu devant les autres pour qu'il y ait aucun jugement. Donc là, c'était plus facile ; c'était ça le but et on disait toujours aux jeunes qui voulaient se faire falucher que ça sera aussi pour leur carrière plus tard, pour leur dire c'est une étape de se mettre à nu, comme vous allez demander à vos patients de se mettre à nu devant vous, donc

c'est une épreuve qui doit... fin bref c'était l'aparté. Euh... donc dire ça aux internes... comment faire campagne par rapport à ça... je pense qu'au fond, nous on le sait qu'il y a pas de jugement mais forcément on sait comment ça se passe un peu derrière ; des fois on parle entre nous de tel ou tel patient, on se raconte des histoires un peu rigolotes tout ça et je pense... je sais pas si c'est vraiment une gêne ou... ou c'est qu'on retient des... je réfléchis... comment faire pour sensibiliser à ça... on sait qu'on est des corps humains mais c'est vrai que c'est difficile à faire entendre ça aux internes, fin je pense... je pense que ça dépend vraiment de la personnalité des gens, y a certains gens qui arriveront super facilement, d'autres non ; mais comment faire pour que ceux qui ont plus de complexes entre guillemets, plus de gêne avec ça... ouais... hum... je sais pas, je n'ai pas cette réponse, désolé (*rires*).

Alors tu évoques cette gêne à plusieurs reprises et l'on sait à travers les études qu'il y a encore aujourd'hui cette image taboue du médecin malade ; toi quelle représentation as-tu d'un médecin malade ?

C'est euh... médecin malade, c'est vrai que c'est... moi je dirai comme ça ça me choque pas du tout, on est des êtres humains avant tout donc ça me choque pas qu'on soit malade, qu'on ait une pathologie grave et qu'on continue à exercer mais euh... je pense que ce qui est difficile c'est quand ça touche à l'intégrité physique. Par exemple, on va dire un cancer avec des douleurs et continuer à exercer en le faisant dans les meilleures conditions possibles c'est peut-être pas forcément évident ; mais si le médecin lui s'en sent capable et qu'il veut continuer, fin s'il est vraiment en bonnes conditions faut pas qu'il fasse n'importe quoi, faut pas qu'il soit shooté aux antalgiques ou quoi que ce soit, mais dans de bonnes conditions ça me choque pas. Médecin malade, moi comme ça, ça me choque pas spécialement. En tant qu'externe, j'avais une maître de stage qui avait du coup un cancer qui était sous chimio qui avait du se mettre en arrêt de travail par rapport à ça, mais euh... je sais pas on est des gens comme les autres, donc c'est... on va dire c'est normal qu'il y en ait certains qui soient malade. Après, je sais pas elle comment elle l'a vécu ; si c'était plutôt par rapport à ses patients qu'elle laissait de côté du coup pendant plusieurs mois qui était compliqué ou je sais pas si c'est plus pour les patients plus pour elle ou pour l'image ; j'avoue sans le vivre je sais pas. Pas évident comme question.

Du coup, tu évoques l'image envers les patients ; d'après toi quelle image renvoie un médecin malade à ses patients ?

Euh... je me demande si certains patients, pas tous je fais pas de généralité, si euh... ça dépend quelle maladie, mais par exemple euh... je me demande si certains patients par rapport à l'image d'un médecin qui est obèse ou qui fume ou quoi que ce soit et qui donne ses conseils à un patient, je sais pas si le patient va juger justement ce médecin, et lui dire qu'il donne des conseils et ne les applique pas lui-même. Après par rapport à un médecin malade, on va dire si je prends l'exemple d'un cancer, si le médecin semble très fatigué, très asthénique, est-ce que le patient va être totalement rassuré par rapport à sa prise en charge. Je prends l'exemple là de mon père, son médecin traitant est très asthénique et très fatigué et mon père me dit « ouais là il en peut plus, il est au bout du rouleau », donc il sait pas s'il fait les choses très correctement ou quoi. Donc je pense que l'image du médecin par rapport au patient, on a... je pense que le patient s'attend à avoir, je fais une généralité, mais je pense avoir un modèle on va dire de la bonne santé devant eux et peut être qu'en étant malade on montre une faille et je pense que ça dépend des patients, y en a qui comprennent très bien, c'est

normal d'être malade (*rires*) mais peut être que chez certains ça renvoie une image un peu plus de fragilité et ça peut être perçu euh... comme un signe... ouais de fragilité on va dire.

Et alors, quel impact sur le suivi médical des internes et des soignants en général cette image de « fragilité » peut avoir ?

Je pense qu'en tant qu'interne on se met beaucoup la... enfin en tant que personnel soignant en général, on a déjà pas mal de pressions, par exemple aussi pour les erreurs médicales, on se met toujours la pression, et je pense que l'image de soi aussi on se met... pas mal de pression. C'est quoi déjà la question ?

La question est que tu évoquais que certains patients peuvent attendre une image parfaite du médecin, qu'il y a une certaine attente de la société vis-à-vis du corps médical ; du coup, quel impact cela peut créer sur la santé des médecins et notamment sur leur suivi et leur prise en charge médicale ?

Je pense que... peut-être par peur d'avoir une pathologie ou quoi que ce soit ou quelque chose, peut-être que le médecin n'ira pas se soigner par rapport à ça, s'il peut avoir un trouble, une hypertension, diabète, je pense que le médecin... peut-être qu'il y a une moitié qui se sur-traitera pour être sûre d'être en bonne santé, qui se fera des bilans à répétition pour être sûr, et d'autres qui feront... qui feront rien, qui attendront d'être vraiment malade. Je pense que comme on dit, les cordonniers sont les moins bien chaussés, on doit moins se faire la prévention que les autres, je dirai. Je sais pas si c'est vrai dans les études ou quoi mais je pense que la plupart des médecins n'ont pas un suivi régulier, qu'ils ne font pas toutes les préventions que nous on donne aux patients.

Comment en formation, pourrait-on aborder cette image qu'attend la société du médecin en bonne santé ? Comment aborder ce tabou lié à la santé des médecins ?

Je pense que comme tout à l'heure, faire une formation par rapport à ça à la fac, déjà pour sensibiliser les internes, après je sais pas si ça existe, peut être des associations de... en extérieur de médecins pour pouvoir se parler entre nous, des groupes de pair. Par exemple, avec des formations type national, ou de temps en temps... ou régional, sur l'image du médecin ; pouvoir parler des difficultés qu'on rencontre dans le métier. Des groupes de médecin par exemple sur Facebook, où ils peuvent évoquer, où ils évoquent différents problèmes personnels des fois liés à des patients ; mais généralement y a souvent une bonne entraide donc je pense créer des groupes d'entraide comme ça, qui du moins régional, ça pourrait être bénéfique pour les soignants.

Et du coup, qui devraient organiser ce genre d'évènement que tu décris ?

Euh... je t'avoue que je suis pas très bon de ce côté-là de savoir qui gère ça ; alors je sais pas si c'est les ARS ou plutôt l'Ordre des médecins, je sais pas qui fait les formations continues médicales, les FMC où de temps en temps ils organisent ça mais euh... je dirai que ça devrait faire comme... par exemple, s'il y a des conf d'ostéopathie ou des choses comme ça pour les douleurs liées au sport, je pense que les mêmes organisateurs ou quelqu'un qui est formé là-dedans pourrait donner les cours là-dessus. Ça pourrait être pris en charge par je sais pas moi des... des psychologues, d'autres métiers extérieurs

pour animer ça et faire des rencontres. Alors qui c'est qui doit animer ça, qui doit organiser ça... je sais pas je suis désolé.

Je n'attends pas une réponse exacte de ce qui existe aujourd'hui mais simplement pour toi, idéalement, si tu devais assister à un tel évènement, qui aimerais-tu voir animer cette formation ?

Euh en tant qu'interne, je pense que ce qui serait bien, ce serait soit de faire une séance là-dessus pendant le groupe de tutorat, pour être bien en petit comité avec les co-internes qu'on connaît, surtout si y a une bonne ambiance dans le groupe ; les groupes de tutorés d'une part et puis les formations Katla. Faire une formation Katla et faire intervenir des intervenants pas forcément des médecins, mais des psychologues ou des sociologues, ou je sais pas forcément qui pour venir parler de ça, ça pourrait être intéressant.

As-tu quelque chose d'autre à ajouter sur l'image taboue du médecin malade ?

Non non.

Alors, une autre difficulté retrouvée dans le suivi médical des internes, est la difficulté à se considérer comme un patient lambda. Parce qu'on a des connaissances médicales et qu'on peut avoir du mal à trouver le juste milieu entre un patient qui n'a aucune connaissance médicale et nous ; comment pourrait-on aider les internes à consulter malgré ça ?

C'est encore d'un point de vue personnel, mais je pense il nous faut quand même... dans le serment d'Hippocrate je sais plus si y a un rapport à l'humilité, il faut qu'on... qu'on soit bien au courant qu'on sait pas tout forcément, donc avoir l'avis d'un confrère, ce sera forcément bénéfique. Après, par rapport aux patients lambda, je pense qu'on se dira toujours qu'on sait plus de choses que la population générale en terme médical, donc euh... je pense qu'en tant que soignant si on a une pathologie qui nous amène à consulter un confrère, on va dire que c'est déjà quelque chose peut-être de plus grave que on ne puisse pas traiter tout seul donc on va voir quelqu'un d'autre. Euh... comment remédier à ça... hum... non plus je sais pas.

Des fois, il peut aussi être reproché aux médecins-soignants de ne pas avoir une attitude adéquate pour une relation de confiance comme tu décrivais tout à l'heure ; quelle attitude le médecin-soignant devrait avoir pour favoriser cette adhésion au soin des médecins-patients ?

Hum... je pense que la plupart d'entre nous aussi a déjà vécu de soigner... je pense que pour le médecin-soignant c'est pas quelque chose d'évident non plus. Je pense que considérer le patient en face de nous comme un patient lambda c'est... on se met nous-mêmes le patient lambda mais c'est vrai que généralement, quand tu vois un médecin en consultation, en tout cas moi quand j'en ai déjà vu, c'est difficile de se dire... tu vas pas utiliser déjà le même langage, tu vas moins banaliser, tu vas parler de choses plus techniques on va dire et je trouve jamais évident de soigner non plus un confrère. Parce que forcément il a des bases médicales et t'as peur d'être jugé aussi sur... par exemple de faire une bêtise ou je sais pas, de fourcher sur un mot et après il va... je sais pas si il te juge ou quoi mais on a toujours peur de ça du côté de soignant je pense. Et je crois que j'ai dévié la question, je sais plus (*rires*).

Du coup, tu reparles de cette peur du jugement, comment pourrait-on justement limiter ce sentiment de honte et de peur pour que les internes consultent de façon banale et libre de tout sentiment négatif ?

Déjà je pense que l'interne par rapport au médecin généraliste, je pense qu'un interne qui va consulter un spécialiste a moins cette notion de... de jugement comme c'est des sujets qu'on maîtrise moins et qui sont plus poussés. Par exemple, aller voir son cardiologue pour faire les examens, je pense que ce serait plus facile ou aller voir le gynéco, je pense que c'est plus simple. Mais pour le médecin traitant, si on est nous-mêmes des médecins généralistes, comment faire pour avoir moins cette gêne ? Pour les inciter à y aller... j'allais dire on parlait d'expérience, c'est vrai que nous comme on est des internes, quand on va voir un généraliste, il a plus d'expériences, il connaît son travail donc... là j'allais partir sur le médecin-tuteur, comme il a des internes, il les forme. Après... (*long temps de réflexion*). Je sais pas... attends, je réfléchis. La question c'était comment dire aux internes pour être moins gêné d'aller voir le médecin ?

Oui voilà. Comment enlever ce sentiment de honte d'aller chez le médecin ?

Je pense que si on va consulter, c'est qu'on est dépassé, mais du coup on se serait déjà auto-médiqué, donc c'est pas bien... je pense qu'il faut faire un travail sur nous-mêmes et de nous dire que par rapport... je pense que la plupart des parents, on va dire des parents du même âge que les médecins, ils envoient leurs enfants chez un confrère pour pas les soigner eux-mêmes ; je pense qu'il faut se dire que c'est la même chose avec nous, il faut... il faut se lancer pour aller voir quelqu'un parce que forcément on n'est pas objectif par rapport à sa propre santé. On voit beaucoup d'enfants de confrères, par exemple les parents ne veulent pas les vacciner, je pense que là c'est à peu près pareil, on devrait se dire la même chose mais c'est pas encore rentré dans notre tête je pense.

Tu évoquais la nécessité de faire un travail sur soi-même ; comment pourrait-on faire ça ? Quelles clés donnerais-tu aux internes pour justement effectuer ce travail ?

Je pense qu'il faudrait commencer ça très tôt, euh... peut-être plus rappeler le rôle du médecin traitant déjà depuis le début de nos études médicales. Je pense dès l'entrée en fac de médecine, rappeler chaque année qui est notre médecin traitant ou je sais pas si... par exemple, sur des formulaires marquer le nom de notre médecin traitant, peut être se dire tous les deux ans ou je sais pas... avoir une consultation par le médecin traitant. Pour l'entrée à la fac de médecine en première année, il nous demande de voir un... je sais plus un médecin du travail ou je sais plus, pour nous rappeler les vaccins parce que c'est pas forcément notre médecin traitant donc c'est pas très logique... Je pense que demander à l'interne de faire des visites régulières chez son médecin traitant, peut-être rendre ça obligatoire pour entrer dans tel ou tel stage, comme ils nous demandent les vaccinations sur le carnet de santé ; je pense que faire une consultation avec le médecin traitant, ça pourrait rappeler le rôle du médecin traitant pour la prévention et ces choses-là.

Qu'est-ce que tu aimerais dire à un interne pour qu'il prenne soin de santé autant que celle de ses patients ?

Qu'est-ce que je dirais... euh... (*long temps de réflexion*)... faites attention à vous les internes, on n'est pas des surhommes, on doit pas se dire qu'on peut tout gérer nous-mêmes, il faut aussi savoir entre guillemets déléguer et que... sa santé c'est important.

On va aborder une dernière cause liée au faible suivi médical des soignants, c'est le déni. Pour toi, que t'évoque le mot « déni » ?

Je pense que c'est... bah du coup c'est se dire qu'on a tendance à... je sais pas si c'est banaliser ou si c'est parce qu'on a peur du diagnostic que ça peut engendrer suivant les symptômes, mais je pense qu'on aura tendance à sous-estimer ça et se dire euh... c'est rien alors que je pense que c'est par peur des résultats qu'on fait ce déni. Mais la définition du déni, je dirai c'est des mécanismes de défense, on sait ce qui peut arriver, du coup on va chercher à fuir au maximum ce diagnostic je pense.

Toi, quels diagnostics te feraient peur ?

Ma plus grande peur c'est d'avoir Alzheimer mais pour l'instant ça va, mais je pense des diagnostics que... là je reviens sur mon adénopathie, ce qui fait peur c'est forcément le cancer où tu te dis... ou un problème hémato ; tout ce qui peut mettre en jeu ton pronostic vital à long terme on va dire ou raccourcir ta durée de vie, forcément ça fait peur. Après... enfin toutes les pathologies chroniques je pense ça fait peur, tout ce qui est diabète, hypertension, devoir prendre un traitement régulier avec les conséquences sur le long terme, ça fait peur. Je sais pas si c'est un problème d'interne ou quoi, je pense se dire qu'on est jeune et d'avoir une pathologie, c'est toujours difficile je pense à vivre. Et forcément, comme on sait les conséquences de certaines pathologies et diagnostics, on a... on a peur de ça. Et donc, quelles pathologies me feraient peur ? Ouais c'est tout ce qui est cancéro, tout ce qui est pff... diabète pour des contraintes liées au traitement si je dois prendre de l'insuline tous les jours ; des choses qui vont modifier mon quotidien de vie habituel.

Pour ces différentes pathologies évoquées, quel impact peuvent-elles avoir sur ton propre suivi médical ?

Euh... quel impact ça aurait ? Dans mon cas, chaque fois je suis allé quand même consulter ou demander un avis que ce soit pour le problème hépatique quand j'étais étudiant par peur que ce soit quelque chose de grave ; l'adénopathie j'avais quand même envie d'éliminer quelque chose donc j'ai demandé une bio. Euh... après... je pense que si j'avais de la prévention pour certaines pathologies ou les cancers, je pense que je le ferai si j'avais... dans mon cas personnel par exemple, pour la cancéro, si j'avais, en tant que mec on n'a pas tout ça par exemple les frottis ou... je pense que si y avait déjà ADECA par exemple pour nous, je pense que je le ferai. Après, est-ce que y a des choses que je ferai pas dans mon suivi, euh... non comme ça. Moi personnellement, après j'irai peut être pas voir mon médecin traitant mais si jamais j'avais quelque chose effectivement, je me le prescrirai moi-même si j'avais peur de quelque chose au niveau cardiaque, cancéro, plutôt que d'aller voir mon médecin. Mais je ferai quand même les démarches pour comprendre si y a quelque chose qui cloche ou quoi je pense.

Pourquoi ferais-tu ces démarches toi-même plutôt que d'aller voir ton médecin traitant ?

Je sais pas si c'est parce que je serai gêné de me dire que je suis hypochondriaque et que je dois me faire un bilan ; par exemple, si j'avais vu mon médecin traitant, il m'aurait peut être dit « non monsieur ça ne sert à rien de faire un bilan ». Là, je prends mon cas, j'ai perdu du poids d'un point de vue volontaire mais beaucoup en peu de temps, donc oui c'était aussi la raison de ma bio pour voir si j'étais pas carencé quelque part. Est-ce que je, on revient sur la question du jugement, est-ce que je me serais dit qu'il m'aurait jugé parce que je me prescris des bios pour, ou si j'aurais demandé une bio pour n'importe quoi, peut être que j'aurais eu peur d'être gêné de ça, c'est pour ça que j'ai préféré me l'autoprescrire. On va dire, c'est plus simple entre guillemets, ce qui n'est pas forcément très bien mais je me pose moins de questions par rapport au regard des autres qui normalement ne devrait pas avoir.

Peux-tu me raconter la dernière fois, où tu as renoncé à un soin ?

J'ai toujours mon adénopathie, je sais pas si je devrais faire une écho ou pas, on m'avait conseillé de le faire, mais pareil je ne suis pas allé voir mon médecin traitant pour ça, j'ai demandé à des collègues donc peut être que ça c'est quelque chose auquel j'ai renoncé. Alors pourquoi je l'ai pas faite ? C'est con mais je pense, comme mon bilan est normal, et donc je me dis c'est rien. C'est par... je dirai par flemme mais c'est pas bien non plus. Je sais pas ce que j'en ferai...

Comment pourrait-on t'aider pour que tu réalises cet examen ?

Euh... pff... je vais revenir sur les spécialistes. Si c'était un ORL qui me prescrirait ça et me dirait tu peux avoir telle ou telle conséquence, est-ce que... on va dire c'est ma nana qui est pédiatre et qui a souvent des kystes des arcs branchiaux euh... ça peut justement avoir cet aspect-là et qu'il faut retirer par chirurgie. Et du coup, si je me dis que j'ai ça, j'avoue que j'ai pas envie... ça me ferait chier de me faire opérer (*rires*). Donc peut être que c'est pour ça aussi que je vais pas faire cette écho. Alors qu'est-ce qu'il faudrait faire ? Euh... il faudrait que... que je me sorte les doigts, que j'y aille. Que j'aille consulter et que le médecin me le prescrive, c'est important je pense, mais faut déjà que je fasse la démarche d'aller consulter.

Inversement, si c'était un patient qui était dans cette situation, que lui dirais-tu ?

Je l'engueule (*rires*), je lui dis que c'est pour sa santé, que c'est pas bien. Donc... ouais faites ce que je dis, pas ce que je fais. Je suis nul (*rires*). Ouais par rapport à un patient, je lui expliquerai les choses, les risques de ne pas le faire. Et donc forcément ça ira le motiver. Et ouais... je pense que je devrais peut être le faire.

De façon plus générale, comment pourrait-on sensibiliser les internes sur cette question du déni ?

Bah pareil que les autres sujets, faire une formation de temps en temps où comme sur l'erreur médicale, comme sur l'image de soi, faire une formation soit avec ses tuteurs soit à la fac et rappeler les gravités des sous-diagnostic ou l'image du médecin malade. En profiter pour ça aussi je dirai.

On arrive à la fin. Pour résumer, quelle serait pour toi la formation idéale qui permettrait aux internes d'avoir un suivi médical dès à présent ?

Euh... je pense que faire des rappels comme je disais depuis le début de nos études médicales, par exemple tous les deux ans faire un contrôle chez le médecin traitant, je pense que ça pourrait être important. Faire des flyers de temps en temps à ramener aux... soit en début de stage soit aussi quand on est installé, je dirai des flyers qui disent d'aller consulter un autre médecin ça pourrait être bien. Et puis, pourquoi pas aussi des formations la fac et un sujet de tutorat au cours des trois ans de l'internat. Et une formation Katla effectivement. Mais je pense que le plus important, ce serait le suivi régulier chez le médecin traitant au cours des études de médecine, plus les flyers qu'on pourrait donner. Après à voir si ça serait efficace ou pas sur les soignants, je sais pas.

Je te remercie. Aurais-tu quelque chose à ajouter de façon générale qu'on n'aurait pas encore abordé ? Notamment au niveau des freins sur le suivi médical des internes ?

Je pense que l'accessibilité au soin, même si c'est très facile de voir son médecin traitant ou de... je pense qu'on a tendance à, par facilité d'accès, on a tendance à vouloir se prescrire les choses de suite. Je pense que c'est un des freins assez important mine de rien. Je pense qu'on pense savoir faire et par vitesse on se le fait et on peut passer à côté de choses. Mais je pense que la rapidité d'accès au soin est un des freins aussi.

Merci beaucoup.

Entretien n°5

Pour commencer, tu me dis que tu as un médecin traitant déclaré, peux-tu me dire de qui il s'agit ?

C'est le Dr M, en fait c'est le médecin traitant qui est le plus proche de chez moi dans mon quartier et je suis chez elle depuis au moins dix ans, depuis que j'ai déménagé dans ce quartier-là de Strasbourg et je vais assez régulièrement chez elle quand j'en ai besoin. J'ai quand même un bon suivi je pense (*rires*).

La dernière fois que tu es allée consulter ce médecin, pourquoi est-ce que c'était ?

Euh je crois que c'était pour un certificat d'aptitude au sport. Souvent, à chaque début d'année, j'en ai besoin d'un, donc j'y vais, voilà.

Et comment s'était déroulée cette consultation ?

Bah en fait, elle sait aussi que je suis en médecine du coup bon souvent on commence par parler un petit peu des études et après bon... je pense que je suis traitée comme n'importe quel autre patient quand même malgré le statut que j'ai. Bon c'est des consultations qui vont assez vite aussi parce que je sais ce que je veux et... du coup l'interrogatoire n'est pas tellement poussé non plus parce qu'elle sait que... fin voilà quand j'ai un souci, je lui expose déjà tous les trucs et ça va assez vite mais... enfin voilà.

Et qu'est-ce qui te fait dire que tu as un suivi comme quelqu'un d'autre ? Qu'est-ce que tu entends par là ?

Euh... bah je pense que j'ai un suivi satisfaisant dans le sens où je sais quand doivent être faits les dépistages par exemple, je sais quand est-ce que c'est bien de consulter du coup... je pense que je vais chez le médecin quand il faut... après c'est aussi ce que j'aimerais que mes patients fassent... donc voilà, c'est ce que j'entends quand je dis que je pense que j'ai un suivi, voilà.

Quand tu dis je vais chez le médecin quand il faut, que veux-tu dire ?

C'est-à-dire que quand... voilà on a déjà des connaissances, donc j'y vais pas pour un rhume par exemple, j'y vais pas pour une petite gastro, j'y vais vraiment quand je me dis que ça va un peu au-delà. Même si je peux me prescrire les médicaments moi-même, je préfère quand même avoir un avis médical, euh c'est voilà comme j'avais dit avant pour les dépistages ou quand j'ai besoin d'un examen complémentaire, souvent je me le prescris pas moi-même, je préfère avoir un avis... un avis tiers en fait. Je pense que c'est pas parce qu'on est médecin, qu'on a forcément le bon avis ou... je pense que des fois on peut se prescrire un peu des trucs à tort et... parce que justement on a la capacité de le faire et qu'on a facilement accès. Mais moi, j'aime bien avoir l'avis d'une tierce personne concernant mon suivi de santé.

Du coup, quelle est la limite que tu t'imposes entre ce que tu t'autorises à gérer toi-même et puis là où tu veux vraiment que ce soit un médecin qui gère ce problème ?

Hum... alors la limite... euh... bah je pense que c'est quand je sens que y a... que quelqu'un... je sais pas trop comment expliquer. Euh... désolée je sèche un peu. C'est quand... attends j'essaye de formuler ça correctement... (*long temps de réflexion*). Des fois, quand je suis pas sûre de moi ou quand je me dis tiens ça c'est... est-ce que j'ai pas oublié de faire des examens complémentaires, est-ce que je devrais pas aller plus loin, mais d'un côté je suis pas sûre. Ouais, c'est plutôt quand j'ai des doutes en fait et que j'ai besoin d'être rassurée et... ouais c'est un peu flou parce que bon j'ai pas vraiment d'antécédents particuliers, donc j'ai pas... désolée je bloque un peu, je sais pas trop comment répondre à cette question. C'est un peu en fonction de comment je me sens sur le moment pourquoi est-ce que j'y vais, ça dépend de la situation, c'est pas...

Est-ce que tu peux me raconter une autre situation où tu avais ce besoin de consulter ?

Bah oui, c'était pas très important, c'était pas grave mais j'ai... au niveau de ma paroi abdominale par exemple, j'avais une sorte de protrusion et j'avais jamais bilanté ça et en fait c'est quelque chose qui me met par exemple mal à l'aise et du coup je me suis dit bon est-ce qu'il faudrait pas faire une échographie, regarder si y a pas une hernie ou quelque chose parce que je sais que j'ai jamais vu ça chez les autres et je me disais c'est quand même pas normal, faudrait peut-être faire un bilan. Donc j'en ai parlé à mon médecin et elle a vu et elle a dit ah ouais effectivement peut-être. Donc là du coup ça m'a amenée à faire l'échographie mais j'avais besoin de son avis quand même pour ça, je me serais pas prescrite le truc toute seule, enfin voilà par exemple, mais c'est pas très grave, mais c'est juste un petit avis.

Et pourquoi tu n'as pas souhaité te prescrire toi-même cette échographie ?

Bah parce que je me suis dit si y a pas d'indication, si pour elle y a rien, bah je vais pas commencer à me lancer dans des examens. Parce qu'après je trouve que c'est la porte ouverte à de nouveau se prescrire des trucs alors qu'en fait y a pas forcément besoin, et je sais que j'ai pas trop envie de tomber là-dedans, donc voilà.

A contrario, peux-tu me raconter la dernière fois où tu t'es prescrit quelque chose ?

Bah c'est pour des trucs tout simples, souvent c'est pour des Doliprane®, des anti-inflammatoires quand je sais que c'est indiqué parce que j'ai pas mal de douleurs dentaires à certains moments. Et je sais que pour les douleurs dentaires que j'ai, ça correspond. Mais sinon les contraceptifs, les choses comme ça mais sinon je me prescris pas tellement d'autre chose ou alors quand je vais chez le médecin ou le dentiste par exemple, ils me disent ah bah si jamais tu vois que ça commence à s'infecter ou tu vois que ça commence à devenir inflammatoire, bah tu te prescris de l'amox tant et tant. Mais en fait, je sais qu'il faut faire ça donc là ce serait aussi à moi de me le prescrire mais sinon je me prescris pas d'autres choses en fait personnellement.

Est-ce que tu as l'impression, comme tu es en 2^e semestre, que par rapport à ton début d'internat, tu as déjà un petit peu modifié ta façon de te prendre en charge sur le plan de la santé ?

Euh non je pense pas que ça a changé quelque chose parce que j'ai toujours eu un bon suivi entre guillemets, voilà comme dit là j'y vais pour les certificats d'aptitude, donc j'y vais déjà au moins une

fois par an et en fait du coup on refait un petit check-up avec le médecin traitant euh... pareil pour le suivi dentaire, j'y vais régulièrement, chez la gynéco j'y vais régulièrement. En fait je pense que c'est aussi parce qu'on est un peu éduqué à savoir bah voilà quand on est une femme à 25 ans, bah y a les dépistages à faire, on sait. On y va en fait, on n'attend pas que quelqu'un de la famille dise – ah au fait est-ce que t'es allée ? – on sait qu'il faut y aller, en tout cas, moi je sais. Je suis éduquée vis-à-vis de ça et donc je sais quand il faut y aller, j'y vais. Mais je pense que les études ont fait que j'ai un bon suivi en fait. Mais c'est pas en soi l'internat qui a changé ça, c'est dès le début de l'externat qu'on apprend les choses en fait, que là ça commence à modifier en fait un petit peu ma prise en charge.

Et alors, y a effectivement beaucoup d'internes qui ont cette conscience des dépistages, du suivi à faire mais qui pour autant ne le font pas, ou en tout cas ne le confient pas aux confrères, comment est-ce qu'on pourrait agir pour changer cette façon de faire chez ces internes ?

En fait je comprends qu'ils aient pas forcément envie d'aller chez des confrères qu'ils connaissent mais après y a tellement, enfin moi j'ai un peu du mal à comprendre ça, parce que y a tellement de généralistes ou de spécialistes que on n'est pas forcément obligé d'aller chez quelqu'un qu'on connaît et du coup ils sont même pas obligés de savoir qu'on est dans la branche en fait, je pense qu'il y a quand même une part d'anonymat qu'on peut avoir au vu du système de santé qu'on a en France. J'avoue que moi je comprends pas trop ceux qui ont cette peur-là. Je trouve qu'on a déjà assez de possibilité. Après voilà, c'est sûr que si on est un chef réputé et très connu bon bah c'est un peu difficile parce qu'on est connu dans la ville où on exerce, c'est un peu plus délicat mais... Par contre, je voudrais juste refaire une petite parenthèse par rapport à une question d'avant, par rapport aux exemples qui m'ont fait amener à consulter parce que justement j'étais pas... là je viens de me souvenir d'un truc, cet hiver j'étais à un moment vraiment déprimée et là je me suis dit bon y a quand même des trucs qui vont pas euh... je vais aller quand même consulter et demander un avis, voir est-ce qu'il faut que j'ai un suivi psychologique ou pas et au final j'en ai eu un et je pense que c'était... enfin voilà là je me suis dit ça dépasse mes compétences, ça va pas, il faut encore que j'ai un autre avis. Euh voilà, c'était juste pour revenir parce que ça m'est revenu. Voilà.

Pour continuer sur ce côté psychologique que tu dis, souvent on entend que y a certaines pathologies notamment celles qui touchent à la sphère psychologique et psychiatrique qui freinent davantage les internes à aller consulter, comment faire pour palier à ça et considérer qu'il s'agit finalement d'une pathologie comme une autre au même titre qu'un rhume ou une autre pathologie où ils oseraient plus facilement consulter ?

Hum... je pense que ce qui serait bien et qu'on n'a pas dans nos études je trouve, c'est la sphère psychologique en fait on sait pas trop comment la traiter nous-mêmes. Je sais qu'en consultation de médecine générale, on a quand même beaucoup de personnes qui viennent pour ce genre de motif et en fait moi je sais que lors de mon premier semestre je me suis sentie un peu désarmée, je savais pas trop comment les aider, je savais pas comment faire une thérapie à ce niveau-là et du coup comme on sait pas trop comment ça se passe et que c'est quand même assez flou, je pense que des fois on est un peu réticent à se faire prendre en charge nous-mêmes pour ce genre de motif. Après ça se trouve c'est juste mon avis perso et les autres ça leur parle mieux de comment gérer ce genre de choses mais j'ai pas trouvé qu'on était vraiment bien formés et du coup bah... peut-être qu'inconsciemment on se dit que c'est pas forcément efficace parce que justement on sait pas trop comment ça se passe... je sais

pas... et puis y a quand même aussi le fait que souvent on entend plus parler des avis négatifs, y a plein de personnes qui disent ah ouais moi ça m'a pas aidé, j'ai changé je sais pas combien de fois de psychologue ou psychiatre et... bah du coup forcément on entend moins les avis positifs, c'est pareil là je suis en stage aux urgences, là ça va plutôt parler de l'addicto mais on voit que les échecs nous aux urgences et du coup pareil c'est... c'est un peu dur de se dire des fois je vais aller consulter pour ça... après moi j'ai pas ce genre de souci mais je pense qu'aussi la pratique qu'on a et les stages qu'on a, peut-être que ça nous forge effectivement un avis. Mais je pense qu'on devrait être mieux formés par rapport à ça parce que je pense que ça pourrait aussi nous aider à nous dire bon bah ça a une réelle efficacité, ça se passe comme ça, et bon après moi je suis pas du genre à pousser à s'auto-faire des psychanalyses ou ce genre de choses, je pense qu'il faut vraiment avoir l'avis d'un tiers dans ces situations-là.

Donc si je comprends bien, tu dis qu'il faudrait être mieux formé sur la prise en charge de telle ou telle pathologie pour comprendre l'intérêt que ça a et pouvoir ensuite se dire que ça a un intérêt que je consulte. Donc là tu évoques ça pour les pathologies psychologiques, est-ce qu'il y a d'autres types de pathologies comme ça où tu trouves qu'il y a un manque dans notre formation et qui peuvent ainsi impacter le suivi des internes ?

Euh... le suivi non. Mais peut-être plus le... comment dire... enfin tout ce qui est règles hygiéno-diététiques. On en parle, mais je trouve que savoir bien les expliquer au patient et savoir bien les appliquer dans sa vie euh... après je sais pas j'ai pas vraiment regardé si y avait des études par rapport à ça mais je sais pas si nous en tant que médecin on est par exemple plus en forme à ce niveau-là, est-ce qu'on prend plus soin de notre santé et de notre corps ? Enfin je sais que ça, c'est un autre domaine où je trouve qu'on devrait... on en parle mais je trouve que c'est pas assez clair sur comment aborder le sujet avec les patients parce que c'est des fois très délicat même l'alcool, le tabagisme, des fois faut un peu rentrer dans le lard avec les patients mais c'est pas évident de donner vraiment les bons conseils si en plus on les applique pas pour nous au quotidien.

Alors tu évoques l'alcool, le tabac, ce sont aussi des thèmes qui reviennent dans les consultations un peu difficiles des internes, comment aborder ça en formation ?

Euh... alors moi ce que j'avais bien aimé pendant l'externat, c'est que de temps en temps on avait eu des mises en situation et on était filmés. Y avait des spécialistes qui nous regardaient et ensuite on faisait un débriefing sur ce qu'on avait fait et je trouve que c'est bien de faire ce genre de choses mais je trouve que c'est bien aussi avant d'avoir un peu plus de théorie sur comment aborder les choses avec un patient. Mais de manière générale, pas forcément pour tel ou tel sujet. Je sais que des fois, on n'est pas... on sait comment doit se passer l'interrogatoire, on sait comment le structurer, mais la manière de formuler les choses et de s'adapter à la personne en face, des fois je trouve que c'est pas si évident que ça, donc je pense que c'est déjà ça qu'il faudrait mettre en avant dans la formation et ensuite effectivement pourquoi pas refaire ce genre de séances où en fait on parle des addictions, des règles hygiéno-diététiques, du suivi psychologique et de voir un peu comment... parce qu'en fait je pense que c'est aussi avec l'expérience que ça vient cette facilité d'aborder les sujets et de savoir qu'est-ce qui est efficace ou pas pour quel type de patient, donc ça je pense que ça va se forger avec le temps mais c'est vrai qu'au début je pense qu'on est assez démuni par rapport à ça. Donc, je pense qu'il faudrait effectivement faire une formation avec différents temps.

Et alors, quels seraient ces temps ?

Bah du coup, premièrement tout ce qui est un peu cours théorique, reprendre les bases, qu'on nous raconte aussi des expériences. Quels sont par exemple les signes chez les patients qui leur ont dit bah là faut pas que j'aborde les choses de cette façon-là, il faut plutôt que je prenne plus doucement ou là non il faut plutôt que je lui rentre dans le lard, parce que c'est comme ça qu'il fonctionne. Et ensuite, mettre en pratique et faire plusieurs séances de pratique pour voir aussi notre évolution, pour voir aussi si on a progressé, quels sont les points où on a des soucis, parce que juste faire une séance ou deux, je trouve que c'est pas assez. Déjà juste faire une séance où on se met en situation, on découvre ce genre de manière d'étudier ou de se remettre en question et du coup je pense qu'il faut que ce soit un peu plus long. Bon après, je sais qu'il y a les problèmes de structure, de temps vis-à-vis des enseignants, ils sont déjà overbookés donc c'est un peu compliqué à mettre en place mais je pense que ce serait bien de faire ce genre de choses. Après y a pas besoin d'un examen au final mais juste faire un suivi au long cours en fait, fin voilà.

Et alors comment ces formations permettraient que l'interne prenne mieux en charge sa santé ?

Hum... (*long temps de réflexion*) je pense que... après ce genre de formation on est peut-être plus convaincu de l'impact que ça peut avoir sur les patients et on... peut-être que du coup on peut se dire là je pense que ça serait bien d'aller consulter pour moi, voilà je sais que ça a une certaine efficacité. Je pense que c'est à la fois un bon retour pour le patient et à la fois pour soi-même. Parce que voilà on y a été formé, on y croit en fait. Après je dis pas que je suis sortie de l'externat et que je croyais pas au bienfait de la psychologie et de ce genre d'approche, mais c'est toujours très flou, et là ce serait peut-être un peu moins. C'est comme l'inconnu... comme on connaît mieux, on n'est moins craintif et on ose plus.

Donc pour être sûre de bien comprendre, il faudrait en fait former les internes sur différentes prises en charge pour vraiment comprendre l'impact que ça a par rapport à ce qu'ils prescrivent eux au quotidien à leurs patients et à ce moment-là ils verraient l'effet que ça a et ils se diraient si ça marche pour mes patients ça va aussi marcher pour moi ?

Je pense oui. Si la personne est motivée, je vois pas pourquoi ça pourrait pas fonctionner pour elle-même.

Donc se projeter sur ses patients pour pouvoir s'imaginer soi-même patient ?

Euh... ouais alors dis comme ça, c'est vrai que je trouve ça un peu étrange de se projeter sur ses patients pour se projeter soi-même mais... en fait c'est juste que c'est surtout des exemples et du coup je pense qu'à force de voir que ça peut fonctionner et qu'on est bien formé, de se dire que bah pourquoi pas nous ? C'est pas parce qu'on est médecin, qu'on n'est pas un humain lambda et que nous aussi on est patient. Ça nous exempte pas ce statut-là en fait, je trouve. Après moi ça a toujours été clair dans ma tête ce genre de choses mais je sais pas si effectivement y a des médecins qui se disent, bon bah comme je suis médecin je suis pas patient aussi. Je sais pas pourquoi est-ce qu'ils réagissent... pourquoi ils ont une logique comme ça ? Pour moi, c'est pas évident en fait de penser comme ça.

Alors, si tu voyais un interne qui se dit je suis médecin je peux pas être patient, qu'est-ce que tu lui dirais pour l'aider à changer son regard sur lui-même ?

C'est une bonne question... je sais pas si j'arriverai à le convaincre mais... que c'est un être humain bah comme tout le monde et c'est pas parce qu'on a certaines connaissances qu'on sait tout. Et notamment, sur nous-mêmes ! Je pense qu'on se découvre continuellement de par les rencontres qu'on fait, de par les expériences qu'on vit et ... je pense que c'est pas parce qu'on est médecin qu'on connaît forcément très bien son corps et qu'on a forcément toutes les solutions en fait pour bien le traiter. Je pense que c'est une chance qu'on a d'être autant et il faut en profiter en fait pour demander des avis et pour justement être bien pris en charge parce que justement c'est... enfin on est biaisé, s'occuper de soi-même je pense que y a des choses des fois qu'on occulte, qu'on met pas en lumière et du coup on peut pas se prendre en charge objectivement, donc ça pose souci je trouve. Même si des fois c'est pratique pour sa famille, des fois c'est pratique pour des petits trucs mais moi je conseille pas de s'occuper pour des suivis au long cours de personnes de sa famille ou même de soi-même d'être son propre médecin traitant. Je pense que c'est pas une très bonne idée sur le long cours en tout cas.

Concrètement, comment faire passer ce message que tu expliques ?

Euh... concrètement... franchement... je pense que ce serait bien peut-être de faire des débats, d'en parler, pareil pendant l'externat, avant l'internat en fait je pense que c'est important. D'avoir des séances comme ça, comme les sciences humaines qu'on avait un peu en P1, de se dire voilà bah on va parler de ça, qu'est-ce que vous en pensez et d'en débattre, je pense que ça ce serait une bonne solution pour essayer de faire remarquer ce genre de chose. Je pense que c'est quelque chose qu'on doit aborder pendant le début de l'externat avant de commencer déjà les stages je pense ou au début des stages à l'hôpital je pense que c'est bien d'avoir ce genre de discussions. On n'a pas tellement de débat en fait je trouve à la fac. Parce que des fois ils nous posent des questions en cours et en amphi mais en fait c'est compliqué d'avoir un débat. Je pense que ce serait bien de faire des petits groupes, un peu comme le tutorat qu'on a en tant qu'interne, ça c'est bien. Parce qu'effectivement, selon les tuteurs qu'on a, ils nous posent... on a des séances à thème parfois comme ça et on parle de certains sujets et là comme on est neuf ou huit c'est vraiment adapté. Mais du coup j'étais très contente de savoir qu'il y avait un tutorat pendant l'internat de médecine générale mais je crois que c'est pas du tout ça pour les autres spé, enfin y a pas de tutorat je crois et ça c'est dommage pour eux du coup je trouve. Mais je pense qu'après pareil, les séances de tutorat c'est un peu compliqué, on en a une par mois à peu près, je trouve que c'est déjà bien mais je serais pas contre à ce qu'on en est peut-être un petit peu plus, peut-être deux ou trois en plus par an. Mais ça fait vraiment du bien de parler avec des personnes qui exercent déjà et à la fois avec des co-internes qu'on connaît pas forcément, qui sont dans des stages différents et même qui viennent d'autres villes et du coup qui ont une autre formation et d'avoir leur avis... enfin je trouve que c'est un bon moyen pour parler de ce genre de chose.

Alors tu évoquais les débats, comment tu verrais ça ? Qui est-ce qui devrait animer le débat ? Est-ce qu'il y a un thème particulier qui devrait être abordé ?

Euh je pense qu'au début des séances, ce serait bien que ce soit chaque tuteur qui lors d'une séance propose un thème et qu'après ce soit à nous en fait de proposer un thème et de préparer les questions et d'en parler. Parce que je pense que quand ça vient des étudiants, c'est plus facile de briser la glace

un petit peu sur certains sujets euh... après bon on est parfois impliqué dans les séances, on nous demande de préparer des choses mais moi personnellement cette année on m'a jamais demandé est-ce qu'il y a un sujet qui te pose problème ? Et si oui bah tu l'exposes et tu poses des questions et t'essayes de... voilà de faire réfléchir à ce niveau-là. On parle des fois de ce qui nous pose souci mais c'est pas... on va pas vraiment plus loin je trouve.

Alors admettons que demain tu ais tutorat et tu veux justement faire un débat sur comment instaurer un suivi médical chez les internes, comment est-ce que tu fais se dérouler la séance ?

Bah je pense que je ferai dans un premier temps un peu comme toi, essayer de savoir... enfin déjà est-ce que vous êtes suivis vous ? Et après demander, comme tu fais, demander pourquoi vous êtes suivis, est-ce que ça fait longtemps, est-ce que c'est parce que c'est vos parents qui vous ont habitués, est-ce que c'est les études qui ont changé votre prise en charge, est-ce qu'il y a eu un déclic particulier qui n'a rien à voir avec les deux premières raisons que j'ai évoquées... euh... et si au contraire ils sont pas du tout suivis, essayer de comprendre pourquoi est-ce qu'effectivement... poser les questions comme tu fais. J'ai pas forcément de réponse en fait évidente, je pense que ça peut être généré justement par des interrogatoires comme ça, mais moi personnellement j'ai pas vraiment de solution là concrète à me dire voilà ça c'est la formule qui va faire que on va pouvoir trouver une solution pour que les internes aient un bon suivi et qu'ils aient accès au soin comme n'importe quelle autre personne parce qu'ils sont pas bridés par leur statut.

As-tu autre chose à ajouter sur le suivi en général ? Le côté médecin traitant ?

Euh non... mais je te redirai plus tard si jamais.

Alors ce qu'on va faire c'est que je vais t'évoquer quelques freins qui sont connus dans la littérature et que j'ai découverts au cours des précédents entretiens, si toi tu en as d'autres qui te viennent en tête, bien sûr tu n'hésites pas, et du coup on va essayer de travailler pour voir pour tel frein, quelle solution on peut essayer de trouver pour améliorer le suivi des internes.

Alors déjà, un gros frein c'est le temps ; soit que les internes n'ont pas du tout le temps, soit qu'ils ne souhaitent pas forcément prendre ce temps-là pour aller consulter ; comment pourrait-on les aider à faire lever ce frein ?

Euh... alors comment est-ce qu'on pourrait les aider ? Euh... bon alors en fait, c'est vrai que niveau temps je suis totalement d'accord, c'est vraiment très difficile en plus en fonction des spécialités de trouver un moment pour ça...

Pour rappel, je me focalise uniquement sur les internes de med gé.

Ah oui. Alors ça change un peu, parce que selon les stages on est plus ou moins dispo. En plus bon, on est éparpillé dans toute l'Alsace, donc... avoir une cellule ou un petit centre qui garde l'anonymat au sein d'un hôpital, j'avais un peu pensé à ça mais ce serait plutôt pour les spé au final. Euh...

Dans le sens où comme c'est sur place y a moins de temps à perdre pour consulter, c'est ça ?

Voilà c'est ça, c'est sur place et y aurait peut-être des horaires d'ouverture un peu plus adaptés aussi. Parce que bon à l'hôpital, c'est peut-être plus facile de faire travailler quelqu'un par exemple après vingt heures ou entre midi et deux, que dans une structure en fait. Mais... après pour les internes de médecine générale comme ça, je sais pas trop parce que je trouve que, même moi en étant aux urgences et chez le médecin généraliste, je trouve toujours un moment pour y aller. Euh... bon alors des fois c'est sur les repos de garde, donc c'est un peu usant, ou c'est juste avant, mais pareil chez le médecin généraliste moi j'ai de la chance, j'ai toujours eu mon jour de repos dans la semaine, donc y avait toujours un moment où je pouvais y aller en fait, donc... C'est peut-être un peu dur ce que je vais dire mais je pense qu'on peut trouver le temps quand même d'y aller, c'est pas méchant mais c'est juste que si on a la volonté, je pense que ça reste accessible quand même en tant qu'interne de médecine générale. Après je parle pas pour les spécialités, où là par contre je pense que c'est vraiment très compliqué selon les stages.

Un autre frein, c'est que lorsqu'ils font la démarche d'avoir un avis, ils sont dans une optique d'avoir un avis immédiat ; donc si ce n'est pas possible, ils vont vite avoir tendance à s'autogérer. Donc comment travailler là-dessus, sur ce besoin d'avoir de suite une réponse ?

Bah en fait, ça m'étonne un peu parce que... enfin ça m'étonne... ça m'étonne parce qu'on sait qu'il n'y a pas forcément une réponse immédiate et que des fois on ne sait pas et qu'il faut du temps et qu'il faut chercher et que la réponse ne vient pas forcément du tac au tac. Euh... je sais pas comment on explique ça... (*long temps de réflexion*) je sais pas trop comment on pourrait faire pour ça. Déjà, c'est une bonne chose s'ils ont consulté mais après s'ils sont pas... en fait je comprends pas trop comment répondre à cette question. Parce qu'on est dans la branche et on sait qu'on peut pas forcément avoir de réponse immédiate, donc comment faire pour faire accepter qu'on n'a pas forcément la réponse de suite et qu'on n'est pas forcément pris en charge tout de suite... on n'est pas dans l'immédiateté, la médecine c'est pas... y a des pathologies où ça se gère comme ça, mais y en a d'autres où il faut du temps où on peut pas... et bon après je sais pas... est-ce que c'est une tare entre guillemets qui apparaît avec les études et avec notre statut mais je comprends pas trop comment palier à ça parce que je comprends pas comment est-ce qu'on peut être dans cette optique-là alors qu'on est soi-même médecin et qu'on sait soi-même que tout n'est pas immédiat. Peut-être qu'il faudrait justement en parler et dire vous savez pour vos patients ça se passe pas comme ça, pourquoi est-ce que vous ça irait plus vite ? Pourquoi est-ce qu'on serait mieux, pourquoi est-ce qu'on... pourquoi est-ce que ça changerait quelque chose parce que vous êtes médecins euh... en quoi est-ce que le statut a un impact à ce niveau-là ? Parce que pour moi y en a pas vraiment ; après c'est sûr que voilà quand on est médecin, si on a des connaissances et des relations avec d'autres médecins on peut quand même être pris en charge plus rapidement, ça c'est clair c'est quand même un atout qu'on a, alors après je... je sais pas, je suis désolée j'ai pas trop de réponse.

Alors il y a un autre frein qui est les angoisses liées aux soins. Les internes, souvent du fait de leurs connaissances médicales, ils se représentent certaines choses ; comment travailler là-dessus ?

Euh... je sais pas si y a un travail d'une fois qui fait que ça peut changer, mais c'est plus dans les relations qu'on a en stage, à quoi on est exposé. Par exemple, je sais que aller au bloc, moi c'est quelque chose qui... ou même si je dois me faire anesthésier, c'est pas quelque chose qui... je suis pas à l'aise avec ça par exemple. Parce que j'étais plein de fois au bloc, je sais comment ça se passe, je connais l'ambiance,

même si c'est pas tous les blocs pareil, mais je connais l'ambiance, je sais comment est-ce que je vais être mobilisée, qu'est-ce qu'ils vont faire quand je vais être... enfin si j'ai besoin d'être intubée, bah comment ça va se passer et je pense que justement des fois on peut être un peu glacé à l'idée de se dire, je sais ce qu'il va pouvoir m'arriver et j'ai pas envie que ça se passe et du coup je vais pas consulter, ça je peux comprendre. Mais alors comment faire pour qu'on n'ait plus ce frein-là... euh... peut-être que c'est lié au fait que bah voilà en stage ça c'est peut-être des fois pas bien passé, enfin moi je sais que tous les trucs où je me dis ouh là j'ai pas trop envie, c'est parce que j'ai trouvé ça un peu brutal ou que ça m'a un peu choqué, que j'étais pas prête. Bon après avec le temps, on s'habitue mais c'est quand même pas forcément évident et normal ; mais alors comment faire pour le... En fait, en parler je trouve que c'est quand même la meilleure des solutions mais j'ai pas d'idée de formation concrète non plus par rapport à ça ; mais peut-être... ça c'est plus de l'éducation globale en tant que professionnel de santé, c'est quand on a des étudiants, quand on a des internes, savoir leur expliquer que voilà ça va se passer comme ça... enfin prévenir et pas des fois nous lancer, nous amener dans des milieux, des endroits où l'on sait même pas comment ça va se passer ou pareil pour les PL. Moi je sais que c'est un truc où je sais que je serai réticente à l'idée d'en faire et je sais même que si on me demande par exemple je vais au NHC pour avoir une PL, est-ce que l'externe peut le faire, je sais même pas ce que je répondrais en fait, parce que je sais que d'un côté j'ai été externe et j'aurais bien aimé qu'on me dise oui et d'un côté je sais que quand ça foire ça peut être vraiment très désagréable et... franchement c'est terrible, c'est hyper ambivalent comme position parce que... bah voilà on sait comment ça se passe et du coup on sait aussi qu'on aimerait bien que les autres soient formés mais du coup faut être un peu le cobaye aussi soi-même. Je sais pas... je sais pas si y a vraiment une formation qui peut être faite à ce niveau-là, je pense que c'est plus comme dit dans les relations avec nos chefs, avec ceux qui nous prennent en charge et à nous aussi de savoir dire bon bah là je suis pas à l'aise avec ça, ça se passe comment en fait ? Et peut-être qu'on aura du coup moins de réticence pour nous après comme on voit que ça se passe bien avec les patients qu'on prend en charge. Mais effectivement, c'est comme tu disais avant, c'est un peu... bah voilà on voit comment ça se passe chez les patients et du coup on arrive à se représenter là-dedans et on se dit bon bah c'est bon pour nous on peut aussi se faire prendre en charge à ce niveau-là.

Donc en parler en stage, accompagner l'externe ou l'interne pour vraiment expliquer avant et moins avoir cette image choquante comme tu évoquais tout à l'heure sur ce qui peut se passer. Simplement aussi le fait d'en parler à la fac, qui devrait animer cette discussion ?

Euh... je sais pas si ce serait forcément une bonne idée de faire ça en amphi ou en grand groupe par exemple, parce que quand on parle de ce genre de chose, c'est... je trouve que c'est assez intime de dire bon bah voilà moi je suis pas à l'aise avec ça, j'ai peur de ça... donc à la limite les groupes de... comment ça s'appelait déjà... les grilles là c'est déjà un petit peu plus abordable. On est 25. C'est comme des classes où on est 25-30 étudiants à partir de l'externat et on a des cours ensemble et on voit plus du tout les autres de la promo puisqu'on n'a plus les mêmes roulements de cours. Au début des études, on est des grands groupes en amphi, c'est assez impossible de parler de ce genre de chose, après on a des groupes de trente et après y a le tutorat et on est plus que huit et en fait, je trouve qu'une dizaine c'est juste parfait pour parler de ce genre de chose. Je pense que y a pas forcément besoin d'avoir une spécialité particulière, ça peut être un médecin généraliste... je pense que quelle que soit la spécialité, c'est égal, mais le tout c'est juste d'en parler, prendre le temps pour ça. Après, faudrait aussi, pendant le stage que le chef de stage, enfin le référent, prenne un moment soit à la fin

du stage soit à mi-stage pour faire un débrief sur est-ce que t'as des difficultés ? Si oui pourquoi ? Est-ce que ce genre de prise en charge toi tu l'accepterais pour toi-même ? Poser ce genre de question... on nous pose pas trop la question est-ce que toi tu aimerais être pris en charge comme ça ? Celle-là on nous la pose pas trop cette question j'avoue mais... après je sais que là aux urgences c'est tout nouveau depuis ce semestre-là, ils ont décidé de mettre des tuteurs et de faire un entretien début de stage, mi-stage et fin de stage et franchement je trouve que ça c'est très bien. Par ce que du coup on voit l'évolution et on est proche en fait de ces personnes-là pendant le stage, on sait qu'on peut se confier et ça c'est une bonne manière de faire par exemple. Mais à la fac, ça me paraît plus compliqué à mettre en place. Faudrait limite pas que ce soit nous qui ait une formation mais ceux qui nous encadrent. Bon alors du coup, ça rajoute une autre dimension mais...

Du coup, si j'entends bien, y a un petit peu un travail de psychologie finalement à faire derrière ça ?

Euh... oui pour moi c'est un peu psychologique, quand on voit certains gestes et que du coup on est réticent, je pense que c'est parce que y a quelque chose qui a bloqué, soit dans la réalisation du geste, soit dans le contexte, soit dans comment le patient l'a ressenti... je pense que là c'est pas bonnement scientifique et carré, je pense que ça c'est propre à chacun et à sa sensibilité. Y a des personnes qui vont pas du tout être choquées pour certaines choses et d'autres qui, au contraire, vont complètement... être apeurées, stressées... ils vont ressentir un certain mal être par rapport à certaines choses. Et je pense qu'on peut pas trop prévoir ; je pense que y en a qui sont pas du tout... enfin ça va rien changer pour eux et d'autres si... après c'est ça aussi qui est difficile, de se dire qui a besoin d'en parler, qui n'a pas besoin... je pense qu'aussi proposer la formation juste librement c'est pas forcément une solution parce que je pense qu'il y en a plein qui viendront pas du coup, donc je pense que ça doit quand même être obligatoire... en tout cas que ça doit pas être juste une petite formation comme on a sur la plateforme Katla par exemple ; je pense que ça, ça doit être vraiment comme le tutorat où c'est... il faut passer par là, il faut qu'à un moment on nous ait proposé d'en parler.

Est-ce qu'il y a des personnes plus légitimes que d'autres qui pourraient être amenées à nous aider à faire ce travail ?

Hum... je pense que ça pourrait être bien qu'il y ait... pas forcément un psychiatre, mais un psychologue... et après en fait comme j'avais dit avant, quelle que soit la spécialité en soit, on est tous soumis à ce genre de chose donc pour moi y a pas... enfin y a pas forcément une personne particulière à partir du moment où elle est dans le domaine médical et où elle est passée par des études de médecine ; on passe tous un peu par les mêmes choses quand même je trouve en stage, c'est plus ou moins traumatisant mais euh... je vois pas en tout cas une personne particulièrement qualifiée pour ça, je pense qu'on l'est tous un petit peu et... mais après comme dit, pourquoi pas un psychologue avec pour accompagner et analyser certains raisonnements euh... parce que des fois on n'a pas cette gymnastique mentale, donc ça pourrait effectivement peut-être nous aider mais je vois pas de personne précisément qualifiée pour ça, je pense qu'on a tous quelque chose à amener et écouter.

Merci. Alors tout à l'heure on parlait des angoisses comme frein ; y a clairement des internes qui sont dans le déni de leur propre prise en charge, de leur propre pathologie ; comment les aider eux spécifiquement sur ce problème-là ?

Hum... euh... bah alors en terme de... là ça me fait penser à la médecine du travail en fait parce que on est quand même... bon après comme on est généraliste... alors ça je sais pas comment ça se passe j'avoue, quand on est généraliste libéral, on n'a pas de médecin du travail affilié, ça par exemple, je pense que ça serait quelque chose à changer en fait, parce que je pense que c'est aussi leur rôle d'un côté de... parce que des fois c'est le job qui fait qu'on décompense ; des fois on se fait plus suivre parce que justement on est complètement... enfin je pense que le boulot y est aussi pour quelque chose chez nous et je pense que le médecin du travail aurait un peu une part de responsabilité là-dedans qui est de pouvoir... peut-être engendrer un déclic chez les soignants qui se font pas suivre justement mais... je me rends pas trop compte, j'ai pas trop eu à faire à des médecins du travail... si dans certaines professions y a quand même un suivi très régulier ou pas, si c'est une fois par an ou tous les deux ans, je sais pas en fait comment ça se passe mais je pense que ce serait bien qu'il y ait ce genre de chose pour les médecins généralistes. En fait je comprends pas pourquoi on n'en a pas ! Et pourquoi toutes les autres professions quasiment en ont, et pas nous... ça c'est pas normal. J'avais pas réalisé, mais ouais c'est pas normal je trouve.

Concrètement, quel serait le rôle des médecins du travail auprès des médecins généralistes ?

Euh bah de s'assurer que... qu'ils sont au clair avec leur rythme, voir si y a pas trop de surmenage, voir s'ils se mettent pas en danger aussi à faire... parce qu'il y en a qui font des heures, c'est incroyable ! Y a une certaine forme de maltraitance envers soi-même en fait des fois, parce qu'on a envie d'être là pour les patients, on a du mal à dire non, y en qui sont vraiment dans cette boucle infernale et je pense que le fait d'avoir peut-être un médecin du travail qui... qui a un coup d'œil sur les horaires, il va pas forcément dire oh tu dois t'arrêter, mais juste avoir un avis à donner... bon bah là j'ai l'impression que ça fait beaucoup pour vous, est-ce que vous êtes sûr que c'est un rythme qui vous convient ? Etre un peu ouvert et pouvoir en parler parce que... sinon c'est le genre de remarques qui viennent de l'entourage mais quand c'est l'entourage qui dit ça, peut-être que c'est un peu moins impactant que lorsque c'est un autre professionnel qui est lui-même aussi dans la santé... je sais pas.

Est-ce que toi du coup, en tant qu'interne tu as déjà rencontré la médecine du travail et évoqué ce genre de problématique avec elle ?

Euh non... en fait j'ai déjà été à la médecine du travail mais c'était au tout début de l'externat pour faire les dépistages hépatite B et tout ça pour voir si on était bien en règle avant le stage à l'hôpital mais en soit j'ai jamais été convoquée pour parler de mon vécu en stage ou à la fac, de savoir comment est-ce qu'on vivait avec les rythmes. Par contre, je sais j'ai une amie qui est elle en spécialité et qui a été contactée récemment pour... parce que y avait des trucs qui étaient remontés sur certains chefs, des trucs un peu déplacés et du coup ils lui ont posé des questions en disant voilà on fait une enquête par rapport à ça... par contre c'était pas lié à la médecine du travail, je sais plus quelle personne s'était occupée de ça mais... j'ai trouvé que ça c'était bien parce que j'ai l'impression que ça bouge un petit peu en ce moment, on est un peu plus à l'écoute des difficultés qu'on peut rencontrer avec les rythmes qu'on a et les situations des fois un peu choquantes ; même aux urgences des fois en réanimation, on voit des... on peut être amené à suivre et à voir... mais en soit la médecine du travail on peut pas vraiment dire que je l'ai vue.

Un autre frein expliquant le fait que les internes consultent peu est cette image du médecin tout-puissant qui doit être intouchable et qui persiste dans les mentalités de certains avec notamment le sentiment de défaillance quand on se reconnaît malade ; comment travailler là-dessus avec les internes ?

Hum... en fait j'ai pas d'idées concrètes sur comment on pourrait travailler là-dessus mais c'est... en fait pour moi c'est déjà un raisonnement philosophique... c'est de savoir qu'on est humain et comme j'avais dit avant, c'est pas parce qu'on est médecin qu'on n'est plus humain et qu'on n'a pas les mêmes problèmes que les autres. Peut-être qu'on est un peu plus au courant parce qu'on est mieux formés mais voilà on est tous mortels en fait. Et ça, c'est pareil, c'est un truc dans notre société, bon là je vais partir un peu loin, mais je pense que c'est un truc... j'ai l'impression que les gens vivent comme si on était tous immortels et du coup c'est... en tant que médecin peut-être que ça augmente ce sentiment de se dire bon bah moi il m'arrivera rien parce que je suis médecin ; soit je le détecterai soit je ferai tout pour pas que ça arrive et du coup... effectivement je pense qu'il y en a qui peuvent ne pas se faire prendre en charge parce qu'ils se disent que ça leur arrivera pas à eux mais on se fait tous rattraper à un moment je pense par notre condition humaine et c'est... enfin là je pense que c'est plus un problème... enfin là ce serait carrément plus un débat philosophique plus qu'une formation ou quoi. En tout cas, moi j'ai du mal à comprendre ça aussi... pourquoi parce que je suis médecin, je me sens intouchable ? Parce que justement on sait comment ça se passe... pour moi c'est complètement illogique. C'est peut-être une sorte de carapace qu'on se met parce qu'on voit tellement de truc on se dit moi ça m'arrivera pas j'en vois tellement, pourquoi moi du coup... je pense que ouais là c'est plus... je sais pas. Après, je sais pas si par exemple, dans les cases hors médecine, est-ce que par exemple dans les personnalités politiques, est-ce que y a aussi ce côté-là de moins bon suivi ? Parce que je me demande si c'est forcément lié au fait d'être médecin ou si c'est au statut social plutôt ? Je sais pas...

Certains, simplement du fait qu'ils soient médecins, ont de suite ce sentiment de faillir à leur statut sans se considérer tout-puissant pour autant ; comment faire pour ne pas avoir ce sentiment de faiblesse, de mépris envers soi-même ?

Euh... pour moi vraiment la parole, c'est la meilleure des armes je pense. C'est savoir écouter les autres et savoir dire où sont nos difficultés mais le fait de... le fait de se sentir défaillir et d'avoir honte carrément d'aller consulter alors qu'on est médecin... moi je pense qu'il faut qu'on soit plus ouvert pareil à ce genre de chose. Pendant les groupes de tutorat, ça par exemple, je pense que ça aurait tout à fait sa place. Après on en parle déjà entre nous, mais j'ai pas non plus d'idées concrètes pour expliquer comment aider à ce niveau-là. Moi je pense qu'il faut débloquer la chose, je pense qu'on n'en parle pas assez. Alors ce qui est dur pour moi, c'est que j'ai personnellement pas du tout ce ressenti pour moi-même du coup j'ai un peu du mal à comprendre pourquoi est-ce qu'ils ont ce genre de vision mais... je pense qu'il faut vraiment en parler, vraiment des petits groupes de parole et former aussi ceux qui nous posent des questions à nous dire voilà, il faut aborder ce sujet-là, voilà pourquoi, parce que y a plein d'études qui ont été faites et qu'ils soient formés parce que je pense que des fois ils vont pas plus loin mais d'un autre côté... là je vois en tutorat on a aussi abordé l'incertitude et ça c'était déjà extrêmement important et intelligent de le faire parce que c'est un truc on passe tous par là, on est tous tétanisés et... bah peut-être qu'il faudrait aussi parler de ce sujet-là, voilà moi je suis médecin, je pense que je dois consulter mais j'ose pas le faire parce que du coup j'ai honte de pas pouvoir me prendre en charge moi-même, où est le problème et d'en parler mais... moi je pense qu'on

est pas humain pour rien, on est des êtres sociables et il faut... et du coup on a besoin d'avoir l'avis d'un tiers en fait. Je trouve que c'est sain, voilà.

Alors tu évoquais justement le sentiment de honte que peuvent avoir certains, effectivement c'est quelque chose qu'on retrouve, comme la peur d'être jugé, notamment sur leurs connaissances médicales, sur le fait que certains ont peur de passer pour des hypochondriaques en allant chez le médecin... là encore, comment vois-tu les choses pour désacraliser tout ça ?

Là j'avoue que ça me parle un peu plus le fait d'aller chez un confrère et de se dire ah mais en fait il va penser que je suis pas du tout compétente parce qu'en fait je me pose pas les bonnes questions pour moi-même mais en fait... on peut difficilement être objectif et efficace pour soi-même parce que justement on n'est pas dans le cadre professionnel, c'est personnel et là je pense que toute la différence s'explique juste par ça. Après euh... enfin je pense qu'il faut qu'on se dise voilà... enfin il faut qu'on se mette à la place de l'autre en fait aussi, quand on prend en charge quelqu'un qui est professionnel ou qui est dans la santé on se dit pas oh il est pas compétent ! Je pense qu'il y a aussi une gymnastique d'esprit qui... enfin on se torture un peu. Enfin moi, quand je prends en charge quelqu'un je me dis pas, je suis pas en train de le juger sur ses capacités à faire bien son métier, je suis en train de le prendre en charge comme un patient donc c'est pas... je pense qu'il faut savoir différencier les deux choses et je pense que c'est pas non plus une bonne chose que de juger les autres sur leurs capacités médicales alors qu'ils viennent pour eux personnellement. Pour moi, c'est pas du tout la même chose... ouais je pense que là c'est vraiment des biais de réflexion qu'on a et on se torture un peu l'esprit je pense avec ça. Mais ça pareil, c'est... c'est une gymnastique d'esprit qu'il faudrait qu'on travaille et qu'on crève l'abcès et qu'on en parle mais je vois pas concrètement pareil comment... c'est hyper complexe en fait comme point à aborder le suivi des soignants... mais comme on avait dit avant, la formation avec des cours théoriques, des mises en scène et après avoir des séances avec des psychologues pour parler un peu justement de ces biais qu'on a et de ces réflexions qu'on a, pourquoi on les a ? Est-ce que c'est réellement établi que les gens pensent ça quand ils prennent en charge des soignants ? Parce que ça je sais pas si y a des études là-dessus, est-ce qu'on a déjà interrogé des soignants qui soignent d'autres soignants, est-ce qu'ils ont vraiment tendance à évaluer leurs capacités, à les dénigrer, à changer leurs points de vue ? Je sais pas si ça a vraiment été prouvé ça !

Je te remercie. Alors ça rejoint un petit peu tout ce que tu as dit jusqu'à présent, mais on sait aussi que la plupart des soignants se mettent une double casquette : je suis soignant ou je suis patient mais avec la difficulté de combiner les deux et de se dire je suis une seule et même personne au final ; une suggestion ?

Moi je pense que justement quand je vais chez le médecin, je prends vraiment la casquette patient, je me dis bon bah c'est pas parce que je suis médecin que je suis pas patient et je l'oublie carrément parfois la casquette médecin. Et quand je prends en charge quelqu'un, je me dis pas... après on sait tous qu'on est patient aussi d'un côté mais ouais c'est extrêmement dur d'allier les deux et d'avoir un bon équilibre. Après je sais pas trop quoi dire de plus, mais je conçois que c'est extrêmement dur.

Est-ce qu'il y a ce besoin constant de s'identifier médecin ou patient ? Est-ce que simplement se dire je suis madame Truc, monsieur Machin, ça ne suffirait pas à faciliter le suivi ? Et du coup, comment aider les internes à se considérer seulement comme monsieur ou madame untel(le) ?

Pfff...

Ne pas se définir seulement comme notre profession, est-ce que ça pourrait aider les internes à améliorer leur suivi médical ?

Oui je pense. Après notre profession fait partie de nous, ça c'est un peu compliqué du coup. Mais euh... ça pourrait peut-être aider effectivement de se dire voilà c'est pas parce que t'es médecin que... que la prise en charge va être autre, que tu mérites pas d'être pris en charge comme il faut ou qu'on va te juger. Après c'est compliqué, parce qu'en fait en stage, on a des exemples différents... c'est-à-dire que souvent quand on est à l'hôpital et qu'on dit ah bah tiens ce patient-là il est médecin sache-le. Genre c'est toujours notifié, on nous prévient toujours, fais attention lui il est médecin ou lui il a tel poste ou... et du coup on y va, on est déjà complètement biaisé en fait et je pense que ça c'est aussi... voilà c'est encore des habitudes qu'on a dans les services, alors qu'en fait moi la plupart du temps quand j'ai eu à faire à des médecins, ils étaient super sympas, pas du tout à juger moi-même mes qualifications en tant qu'étudiante... ou même à nous apprendre des choses et au final je pense qu'eux comme ils étaient là en tant que patient ils avaient aussi fait ce travail de bon bah je suis médecin mais je suis aussi patient et euh... bah j'ai ma place ici. Je trouve que des fois, dans les équipes, y a cette stigmatisation où faut faire gaffe, lui il est médecin ou attention lui il va être chiant parce qu'il est médecin... y a quand même des logiques comme ça. Alors je sais pas, peut-être qu'effectivement ils ont eu des médecins qui étaient super relou et d'autres pas mais y a... comme on entend toujours plus parler des choses négatives que positives je trouve, bah ça ressort plus. Et du coup, je peux concevoir qu'après c'est difficile pour nous en tant qu'interne de se dire bon bah j'y vais quand même parce qu'on sait comment ça se passe derrière, on sait comment certaines personnes dans les équipes peuvent avoir... peuvent déclencher ce type de réaction et de... non mise en confiance en fait et de stigmatisation du médecin. Alors je sais pas comment aider à savoir quand est-ce qu'il faut prendre telle casquette ou telle casquette ou est-ce qu'il faut vraiment juste allier les deux et se dire que bon bah voilà on est un tout et je pense qu'on doit toujours faire un équilibre en fonction de la situation qui varie, on peut pas être tout le temps les deux en même temps je pense. Il faut s'adapter à chaque fois.

Donc tu évoquais justement que nous-mêmes en tant que médecin, lorsqu'on reçoit d'autres médecins, ça peut poser des questions. Alors comment est-ce qu'on pourrait faire pour que les médecins retrouvent la confiance des internes, quelle attitude devraient-ils avoir pour favoriser la venue des internes ?

Bah... pas forcément stigmatiser. C'est-à-dire que c'est comme avant où je disais, c'est une éducation à avoir ; voilà en stage, quand y a quelqu'un qui est personnel soignant, pas forcément le notifier. Quand on a un comptable qui vient, on dit pas oh lui il est comptable, oh lui il est boulanger, ça change pas notre prise en charge. Alors pourquoi est-ce qu'on doit dire ah lui il est médecin, donc fais gaffe ? Je pense que c'est quelque chose qui doit se découvrir lors de l'échange avec le patient mais on doit pas te prévenir ou te mettre en garde. Je pense que déjà là c'est une grosse erreur qu'on fait ! Je pense aussi que c'est en voyant, en consultant, que l'on s'aperçoit que ça se passe tout à fait normalement et que y a pas d'impact après sur le suivi ou sur la prise en charge et que y a le secret professionnel aussi pour nous en fait. C'est pas pour ça, que ça va jazer derrière. Je pense que les gens ils ont peur

de ça aussi, que ça parle mais... y a le secret professionnel donc au bout d'un moment faut aussi faire confiance dans le système de soins je pense. Moi je sais que personnellement, j'étais en psychiatrie en stage et j'ai vu une étudiante de ma promo en tant que patiente, je l'ai croisée et c'était pas du tout... on était choquées toutes les deux en fait. Et, elle a eu le réflexe de me dire tout de suite, t'en parles pas. Et en fait, moi j'étais choquée parce que je me suis dit bah bien sûr que je vais pas en parler ! En fait, ça m'a paru étrange qu'elle me dise non mais t'en parles pas aux autres parce que... et je lui ai dit non mais t'as pas besoin de justifier, bien sûr que non je vais pas en parler. Et je pense que ouais ça c'est vraiment pas clair dans nos esprits, y a vraiment... ouais qu'on arrête de stigmatiser les soignants, faut arrêter de les pointer du doigt en fait ! Je pense que ça c'est une des premières choses à faire mais pareil c'est pas une formation, c'est juste de la bienséance en fait par rapport au patient.

Est-ce qu'il faut considérer l'interne comme un patient lambda ?

Hum... bah ça c'est compliqué aussi parce que d'un côté y a aussi des connaissances, donc je pense qu'on peut adapter son langage par contre. Quand on explique quelque chose, on peut... on utilise notre jargon habituel de spécialiste. Mais à part ça, je vois pas pourquoi on devrait traiter la personne différemment. Mais après c'est comme n'importe quel patient, quelqu'un où on sent qu'il est un petit peu limité on va adapter notre langage, on va adapter notre vocabulaire, comme pour un enfant ; donc là c'est pareil, si c'est un soignant bah du coup on va lui expliquer concrètement avec ses connaissances la suite de la prise en charge et... pour moi, ça change pas plus la prise en charge que ça.

Un dernier point avant de terminer, on va revenir à l'autoprescription, tout à l'heure tu évoquais différents risques, notamment d'erreur ou d'abus, comment expliquer les risques aux internes pour limiter leur recours à l'autoprescription ?

Pffff... bah je pense que souvent la meilleure des choses pour expliquer c'est donner des exemples. Alors moi là j'ai pas d'exemple concret sur des mauvaises prises en charge de médecins envers eux-mêmes mais je pense que ce serait bien d'avoir des personnes qui racontent des situations qui leur sont arrivées ou des personnes qui témoignent. Il faut des témoignages parce que c'est ça qui marque je trouve. J'ai pas d'exemples concrets là de vécus de mauvaises pratiques de l'autoprescription mais comme dit ça doit se faire dans une juste mesure et je pense que peut-être de marquer les esprits avec des personnes qui ont dépassé les bornes ou pour qui ça s'est mal passé, ça peut nous faire un peu cogiter et nous faire dire bon bah voilà faut savoir stopper à un moment, savoir se dire bah à un moment je suis plus qualifié pour me prendre en charge tout seul, j'ai besoin d'un avis. Mais je pense que recueillir des témoignages et pouvoir faire comme ça une petite séance où juste on écoute et interagir à la fin de la séance, ça pourrait être sympa et assez captivant.

Et du coup, qui devrait intervenir ?

Je pense des médecins ou d'autres internes, des personnes qui ont eu à faire à l'autoprescription et avec qui ça s'est mal passé. Et pouvoir dire voilà, ça s'est mal passé pour ça, ça et ça. Faites toujours attention à tel et tel point, mais là encore je n'ai pas d'exemple, je sais pas à quel point ça peut être dévastateur ou embêtant. Savoir reconnaître où est la limite. Mais à partir du moment où c'est un médecin, qu'il soit interne ou docteur, je pense qu'il a sa place en fait. Mais après voilà, comment recueillir ces personnes-là, faudrait faire un appel et voir si y a des gens qui osent en parler. Mais du

coup, ça veut dire sortir de l'anonymat, savoir parler de soi... enfin c'est hyper compliqué à mettre en place mais je sais que moi ça me plairait bien d'aller à une séance comme ça où l'on va parler de ce genre de chose et où y a des personnes qui vont nous raconter des expériences qu'ils ont vécues eux-mêmes ou qu'ils ont vues et observées.

On va bientôt terminer. Concrètement, quelle place le médecin traitant doit avoir dans le suivi des internes ? Et quelle formation permettrait de percuter sur la place à lui donner ?

Euh... moi personnellement je pense qu'aller voir le médecin traitant une fois par an c'est bien. Je pense que c'est le minimum. Même si y a pas forcément grand-chose, juste faire le point un peu. Aller chez le médecin on sait tous que c'est pas forcément parce qu'on a un problème, parce qu'on a une symptomatologie. Des fois, y en a qui viennent juste pour discuter. Mais je pense que rien que le fait de discuter on voit quand même dans quel état psychologique est le patient et ça permet d'avoir un suivi et je pense que y a la relation de confiance qui se crée. Et je pense que y a pas beaucoup de relation de confiance entre interne et médecin généraliste pour soi-même parce que je pense que le suivi est pas si régulier que ça et ça c'est peut-être un truc à travailler pour que ça se passe mieux aussi. Mais en fait je pense que ça devrait être obligatoire d'avoir un médecin traitant et de le vérifier. Après on n'est pas là pur fliquer aussi tout le monde mais je veux dire... je pense que ce serait bien effectivement d'y aller pas forcément dès qu'il y a un besoin mais pour avoir un suivi parce que c'est important d'être suivi par un professionnel. On le voit nous pour nos patients, on est satisfait quand on voit qu'ils sont bien suivis, bah pour nous-mêmes aussi. Je pense qu'il faut se dire... c'est un juste retour en fait aussi.

Pour terminer, quelle serait la formation idéale pour sensibiliser les internes à avoir un suivi médical pour eux-mêmes ?

C'est hyper complexe, mais je pense que si on résume un peu tout ce qu'on a dit, je pense que la formation idéale, c'est déjà d'avoir des personnes qui sont à l'écoute en stage sur les problématiques et c'est d'avoir comme dit, peut-être cette formation avec différentes phases où, par exemple sur une année, on travaille premièrement les sujets qui posent problème, les addictions, tout ce qui est psychologique, les règles hygiéno-diététiques, moi je trouve que c'est les trois grands trucs à aborder parce que franchement chez les internes je pense que c'est ça les trois plus gros problèmes en fait. Ensuite, faire cette phase où on se met en action, on fait des essais filmés ou vus par d'autres professionnels, pour voir comment interagir, comment poser les questions, savoir se former pour justement voir que voilà quand on a des professionnels qui sont formés on peut aussi être bien pris en charge, ça rassure en fait. Parce que voilà on sait qu'on est bien formé et donc pourquoi est-ce qu'on serait pas bien pris en charge par un autre collègue. Et avoir aussi cette formation, plus en fin d'année où on a plutôt ce côté philosophique sur je suis un humain, en quoi est-ce que mon métier influe sur mon statut vis-à-vis des autres ? Et franchement, moi ça m'intéresserait vraiment qu'on aborde le sujet de est-ce que quand on prend en charge un patient, est-ce qu'on va juger sur ses qualifications ? Pourquoi est-ce qu'on a ces raisonnements ? Moi je trouve que ce serait hyper intéressant à aborder je trouve, pourquoi est-ce qu'on crée des raisonnements comme ça. Mais du coup, je pense que ce serait difficilement faisable en vrai parce qu'il faut un plateau technique, il faut plusieurs intervenants à chaque fois, il n'y a pas qu'une seule personne qualifiée pour faire toute la formation toute seule et voilà.

Je te remercie. As-tu d'autres choses à ajouter ?

Euh non là franchement je n'ai pas d'autres idées mais je trouve que c'est hyper intéressant comme sujet et j'avais jamais vu quelqu'un s'intéresser à ça en fait, donc je te remercie pour le sujet.

Merci à toi.

Entretien n°6**Alors pour commencer, peux-tu me dire qu'est-ce qu'un suivi médical idéal pour toi ?**

Hum hum... alors ça serait un suivi assez régulier... je dirai au minimum une fois par an ou une fois tous les deux ans, ça dépend du coup des antécédents de chacun, mais quelque chose qui soit régulier et pas seulement quand on a des pathologies aigües.

Et qui devrait assurer ce suivi ?

Bah alors c'est vrai que moi je suis plutôt pour ne pas se faire soigner par ses proches ou du coup des amis, donc vraiment une personne qui serait dédiée, donc un médecin traitant tout simplement. Que vraiment, on ait tous un médecin traitant. Après... je suis pas pour non plus me soigner moi-même parce que je pense que y a des fois où je peux ne pas penser à certaines choses ou bien aller trop loin pour certaines choses aussi, donc avoir quelqu'un de neutre. Et du coup, ouais vraiment un médecin traitant, que ce soit de sa famille ou bien quelqu'un qu'on connaît absolument pas, peu importe mais quelqu'un de plus neutre possible.

Est-ce que tu peux me raconter la dernière fois où tu as rencontré ton médecin traitant ?

Alors ça date un peu... justement c'était... bah j'ai vingt-neuf aujourd'hui, bah c'était pour mes vingt-six ans... pour en fait... ma médecin traitant fait les frottis gynéco et donc du coup c'était pour mon frottis gynéco et un petit peu le point annuel entre guillemets. Après le problème, c'est qu'elle est chez mes parents, dans les Vosges, donc du coup faire le trajet spécialement pour ça, j'avoue que c'est un peu compliqué mais j'ai pas pris le temps de trouver un médecin traitant ici. Après... ouais c'est ça c'était pour mon suivi gynéco. Voilà. Et du coup aujourd'hui j'ai fait mon rendez-vous pour mon frottis gynéco aussi, donc voilà je suis très sensibilisée au suivi médical (*rires*).

Qui as-tu consulté du coup ?

Alors là, je suis partie voir une gynécologue au CMCO, alors je me disais bon vingt-neuf ans c'est encore assez jeune, mais faut penser aussi aux grossesses, donc prendre un petit contact avec une gynécologue déjà et puis, du fait des antécédents familiaux... parce que ma maman a eu plusieurs cancers du sein, du coup je m'étais dit ce serait bien aussi de prendre contact avec un service de gynéco au cas où si un jour moi aussi j'ai un cancer, bah voilà j'aurais déjà initié mon suivi là-bas dans un service spécialisé. C'est vrai que j'aurais pu quand même prendre contact avec un médecin traitant entre mais voilà, je me suis dit là il faut le faire.

Du coup, tu disais que ça fait trois ans que tu n'as pas vu ton médecin traitant ; pourquoi du coup ?

Bah alors c'est vraiment la distance et puis je prends pas le temps de... bon après j'avoue que depuis là, j'ai pas eu besoin d'une consultation médicale, j'ai pas eu de pathologie aigue, j'ai pas eu de problème particulier en dehors d'un rhume ou quelque chose comme ça. Après là, pendant un an et demi on a eu le Covid où je faisais vraiment très attention, très isolée, donc ouais j'ai pas eu de problèmes particuliers en tout cas au niveau médical et après ouais cette distance et prendre le

temps... c'est vrai que si j'avais un médecin généraliste sur Strasbourg ce serait plus simple mais le fait de prendre sur un week-end ou devoir poser un jour pour pouvoir aller jusque dans les Vosges pour voir mon médecin traitant, c'est un peu un frein du coup... mais voilà j'ai pas pris le temps non plus de chercher quelqu'un dans la région où ça permettrait une accessibilité beaucoup plus simple.

Tout à l'heure, tu évoquais le fait qu'idéalement faudrait voir son médecin une fois par an voire tous les deux ans ; qu'est-ce qui du coup pourrait te motiver à appliquer ça ?

Qu'est-ce qui pourrait me motiver... ? Moi c'est vraiment le facteur distance qui joue beaucoup... je pense que si j'avais un médecin généraliste ici, j'irais beaucoup plus facilement le consulter même pour des choses où je me dis oh je laisse trainer puis je verrais, y a pas d'urgence... mais voilà je pense que c'est le facteur distance et aussi le fait que finalement cinq jours sur sept on est en stage. Et se dire qu'il faut un repos de garde pour prendre un rendez-vous médical ou bien poser un jour spécialement pour ça, des fois ça peut être un peu compliqué. Mais voilà... mais clairement là c'est le facteur distance avec ma médecin traitant, mais sinon j'irais plus souvent.

Et qu'est-ce qui te retient de prendre un médecin traitant plus proche de ton lieu d'habitation ?

Parce que je connais pas en fait, j'ai pas testé, j'ai pas essayé. Là les médecins traitants, les retours que j'ai, bah c'est souvent les terrains de stage et c'est vrai que je voudrais éviter que ce soit un maître de stage ou bien quelqu'un du DMG par rapport au syndicat... mais oui j'ai pas pris le temps en fait de vraiment chercher en dehors du coup des médecins dont je connais le nom... même pour juste prendre un premier contact, c'est vrai que c'est juste une première consultation où ça dure vingt minutes mais... ouais j'ai pas pris le temps.

Et les médecins dont tu as entendu parlés qui ne font pas partie du DMG, qu'est-ce qui t'a freiné à prendre contact avec eux ?

Juste de pas prendre le temps.

C'est juste le temps ? Ce n'est pas quelque chose en particulier que tu aurais entendu sur eux ?

Ah non non. C'est plutôt des gens justement accessibles en plus, mais c'est vraiment le facteur temps.

Et alors, la dernière consultation que tu as faite, comment t'es-tu sentie en tant que patiente ?

Bah ça fait un peu bizarre d'être de l'autre côté du bureau je trouve. Après ça m'a fait du bien aussi de me dire, bah tu donnes tes problèmes de santé à la personne et elle en fait ce qu'elle veut entre guillemets. Mais oui ça fait du bien des fois de couper un peu... l'hémisphère médecin et juste être Unetelle simple patiente-lambda. Et du coup, je me suis sentie plutôt à l'aise ; après c'était gynéco, donc c'est pas non plus la consultation qu'on adore avec le frottis, la position gynéco... mais elle m'a mis bien à l'aise et ça c'est plutôt bien passé. J'appréhendais beaucoup comme à chaque fois que je vais faire mon suivi mais non sinon c'était bien. Et puis je la sentais vraiment à l'écoute, ça se voyait qu'elle était empathique et qu'elle voulait pas me brusquer ni quoi que ce soit et non c'était chouette. N'exagérons pas non plus, mais c'était une bonne consultation.

Tu disais qu'il y avait de l'appréhension avant la consultation ?

Du coup, ça c'était plutôt par rapport à mes antécédents familiaux, parce que... comment dire... avec ces antécédents de cancer, moi j'ai peur d'avoir un cancer du sein et que du coup à la palpation elle retrouve une masse ou quoique ce soit, sachant que je suis très sensibilisée à l'autopalpation et j'avais retrouvé une masse au niveau d'un de mes seins qui a disparue maintenant mais je me disais bon bah ça se trouve elle va dire qu'elle la retrouve aussi et que du coup il va falloir explorer et que potentiellement c'était un cancer à vingt-neuf ans, c'est pas très... c'est pas de bon pronostic tu vois, mais voilà c'était surtout là-dessus.

Tu as aussi évoqué le mot « bizarre » d'être de l'autre côté du bureau ; peux-tu m'en dire plus ?

Bah c'est plus qu'on a tellement l'habitude d'être le consulté et pas le consultant... que les patients déchargent leurs problèmes médicaux, des fois c'est des choses psychologiques assez lourdes, leurs détresses... et finalement on prend pas le temps de faire ça nous aussi de se décharger auprès de quelqu'un d'autre je trouve. Donc là... enfin j'ai plus l'habitude de me retrouver de l'autre côté du bureau, de prendre le temps pour ma santé... Je suis plus sensibilisée à la santé des patients qu'à ma propre santé au final.

Qu'as-tu ressenti du coup ?

Pendant la consultation ou... ?

Oui le fait de pouvoir décharger comme tu dis...

Un soulagement vraiment. Je suis ressortie de cette consultation soulagée ! Parce que j'avais beaucoup... d'interrogation, de question, je me disais est-ce que c'est dans ma tête ? Est-ce qu'elle va penser la même chose que moi, est-ce qu'elle va me dire que je psychote pour rien ? Mais finalement non, j'étais soulagée de voir que ça allait dans le même sens, que... elle m'a rassurée, mais voilà on va rester vigilantes, que... on se reverra dans un an, que voilà, elle était à l'écoute, elle était là pour moi entre guillemets.

Est-ce qu'il y a eu des mots particuliers ou une attitude particulière de sa part qui ont fait que tu t'es sentie à l'aise et rassurée comme tu dis ?

Hum... bah le fait qu'elle demande même comment ma mère a vécu tous ses cancers, ça m'a un peu étonnée. Parce que j'aurais pas cru qu'elle s'intéresserait à ma mère finalement, c'est moi la patiente... donc ça m'a étonnée. Après aussi même pendant l'examen, elle m'a expliqué ce qu'elle faisait. Après je lui ai dit que j'étais interne en médecine, enfin elle m'a demandé ma profession donc voilà. Mais c'était aussi agréable de voir... bon bah est-ce que c'est le fait que je sois interne ou je sais pas trop, mais elle prend le temps de dire qu'est-ce qu'elle fait, comment elle fait, de rassurer du coup la patiente que j'étais et... c'était une bonne attitude je trouve.

Est-ce que si elle t'avait pas demandé tu aurais dit que tu étais du secteur médical ?

Hum je pense que je l'aurais pas dit. Alors pourquoi ça ? Je sais pas... Hum c'est vrai que je préfère éviter de dire que je suis du milieu médical si on me le demande pas... ouais je sais pas pourquoi, j'ai toujours eu cette position... alors après voilà... j'ai pas exploré plus loin le pourquoi du comment je voulais rester dans cette position-là.

Comment as-tu vécu le fait qu'elle te demande ?

Hum... bah pas mal parce que finalement même pour une première consultation en médecine générale, je demande aussi toujours la profession, donc là ça me semblait logique qu'elle me le demande... après y a des fois je me dis ouais on pourrait mentir, je pourrais dire je suis caissière et puis voilà comme ça c'est réglé. Mais non, je l'ai pas mal vécu, pour moi c'était dans le schéma de la première consultation médicale en général où on fait un peu le tour aussi de la situation socio-professionnelle.

Tout à l'heure tu évoquais le fait que tu avais apprécié qu'elle te considère comme Unetelle ; souvent j'entends dans les entretiens que les internes se considèrent soit comme médecin soit comme patient mais ils ont du mal à se considérer simplement comme Untel ; qu'est-ce qu'on pourrait dire aux internes pour qu'ils se considèrent simplement une seule et même personne ?

Bah en fait avant d'être interne, j'étais déjà Unetelle... je suis pas née Unetelle interne en médecine générale ! J'étais juste Unetelle et après au fur et à mesure de mon parcours je suis devenue médecin mais je suis pas... je pense que c'est important de se définir comme on est, dans le sens où c'est pas ma profession qui me définit. Je suis une femme, je suis une femme noire, j'ai ma propre personnalité et je suis bah une femme avec... comment dire... un parcours médical qui doit être supervisé par quelqu'un. Je trouve que ça j'arrive bien à faire la différence justement entre je suis dans le secteur médical ou je suis une personne à part entière. Parce que justement je veux pas que ma profession prenne tant de place dans ma vie. Bah là c'est vrai que mon expérience avec le syndicat où ça prenait vraiment beaucoup de place dans ma vie et où je m'en rendais pas compte, maintenant que j'ai un pied un peu dehors, je me dis que c'est bien de scinder un peu les deux mais faut savoir passer de l'un à l'autre plus régulièrement je dirais... euh que ce soit même dans les activités extra-scolaires, je suis toujours étudiante (*rites*) mais aussi dans notre vie de tous les jours, savoir qu'il faut qu'on prenne soin de nous pour pouvoir prendre soin de nos patients pour la suite. Parce que si nous, on a une mauvaise santé, on n'est pas bien, bah finalement même notre casquette de médecin finalement elle va être mise en péril. Donc j'avoue que c'est peut-être un peu égoïste, mais il faut que ce soit moi d'abord et puis ensuite ma profession.

Et alors comment pourrait-on aider les internes à considérer eux d'abord, leur santé avant tout ?

Bah je pense que ça serait bien de les sensibiliser... c'est vrai qu'on essaye de plus en plus par rapport à leur santé mentale mais y a la santé physique aussi. Et ça je pense que dès le début de l'internat, on a milité dedans... pas milité mais on était pour mettre en place une consultation médicale systématique lors de la première année d'internat avec la médecine du travail pour faire un point médical mais qu'il y ait aussi au moins cette consultation au cours de l'internat parce qu'après beaucoup d'internes soit ne prennent pas le temps soit n'ont pas de médecin traitant, n'y vont pas, se soignent eux-mêmes et s'estiment très bien comme ça... voilà les sensibiliser qu'eux aussi peuvent avoir besoin d'une

consultation médicale. Alors là c'est avec le médecin du travail, c'est vrai qu'on peut pas les obliger à avoir tous un médecin traitant mais au moins un premier contact médical, ça pourrait être bien. Sachant qu'en plus là, ce serait avec l'employeur, avec la faculté, donc c'est formalisé, c'est obligatoire. Malheureusement, je pense qu'il faudra passer par cette obligation mais ça peut être déjà un point. Après, je pense que nos enseignants peuvent aussi nous sensibiliser un peu plus à ça, mais comment... ça c'est une bonne question ! Parce que déjà nous sensibiliser sur les cours, qu'ils essayent de nous donner, c'est difficile, alors sur la question de la santé pour soi-même, je pense que ça va être encore plus dur. Mais ça pourrait être des pistes.

Du coup ce pour quoi vous avez milité, c'est quelque chose qui a été mis en place ou pas encore ?

Pas encore. C'est remonté au syndicat national et c'est vrai que c'est eux qui en ont fait la proposition, nous on l'a appuyée avec le syndicat de Strasbourg. Mais c'est des choses qui mettent du temps à se mettre en place même si bah là c'était en 2019 qu'on a plaidé ça, bah ce sera peut-être mis en 2025, mais voilà il faut que ce soit évoqué et mis sur la table pour qu'on en parle justement.

Est-ce que vous avez remis une grille particulière avec des points précis à aborder lors de cette consultation ?

Du coup non, là c'était déjà juste mettre en place cette consultation. Le fait qu'elle soit obligatoire au cours de cette première année d'internat mais c'est vrai qu'après dans la suite, il pourrait être proposé de revoir certains points. Après je pense que, lors de la consultation avec la médecine du travail, j'en ai jamais eu... mais ils revoient vaccination parce qu'on est obligé, mais après ils peuvent revoir aussi les antécédents personnels, familiaux, ça je pense c'est systématique. Certaines de mes collègues infirmières qui ont cette consultation avec le médecin du travail, obligatoire, me disaient que des fois y avait pas d'examen clinique. Ça je trouve que c'est un peu dommage aussi... au minimum un examen clinique avec une prise de tension, une auscultation pulmonaire, cardiaque, voilà. Ça serait déjà bien ; puis ensuite faire le point sur tout l'aspect psychologique, c'est vrai qu'en vingt minutes, on peut pas non plus faire une grande exploration mais là vraiment avec la crise sanitaire, ça a pas mal mis en avant les risques psychosociaux et il faut qu'on soit sensibilisé à ça aussi même pour nous-mêmes. Donc ce serait bien qu'il y ait au moins ce panel-là on va dire assez complet.

Peux-tu me détailler un petit plus comment tu verrais cette consultation, concrètement ?

Bah... déjà... antécédents personnels ça c'est sûr et certain, antécédents familiaux également, il faudrait qu'il y ait un examen clinique plus ou moins succinct, mais un examen clinique systématiquement et du coup alors... bah selon les choses qui ont été remontées, bah un bilan complémentaire, adresser vers une autre spécialité ou d'autres explorations, mais que ça puisse engager d'autres démarches de soin si nécessaires, soit les sensibiliser en disant bon bah voilà on a fait un premier temps, dans un an ou dans deux ans, ce serait bien que vous preniez contact avec un médecin généraliste, un médecin traitant pour continuer et voir comment ça va évoluer. Au moins ça.

Concrètement, qu'est-ce qu'il faudrait dire aux internes pour les inciter à avoir un médecin traitant ?

Hum... bah c'est bien compliqué en fait parce que... bah là c'est encore mon expérience syndicale qui parle... les internes si ils trouvent pas de bénéfices secondaires, c'est dur de les inciter à faire quelque chose. Donc là c'est vrai qu'on avait parlé de l'obligation mais alors... Est-ce que parler d'histoires personnelles, jouer la corde sensible, parler de certains médecins qui ont dû prendre en charge leur propre pathologie et qui se sont retrouvés en difficulté, ou d'autres qui ont dû gérer la maladie de proches et eux-mêmes qui n'allaient pas bien... je sais pas mais avec des exemples concrets, peut-être que ça éveillerait certaines choses chez eux mais... comment les inciter ? Est-ce que... ? Y a aussi ça, peut-être que certaines personnes ne veulent pas aller voir de médecin par leur choix aussi, donc leur dire allez à une consultation médicale et peut-être que ça vous donnera des crédits de formation, je pense pas que ce soit la solution... hum... je pense que ouais faut l'illustrer par des situations concrètes malheureusement. Ouais leur dire que ça peut arriver à tout le monde et même à eux-mêmes, même si on est dans le milieu et que du coup... je sais pas si ça toucherait beaucoup de monde mais ça serait une piste. Et sinon, passer par les instances officielles et que ce soit une obligation pour tous.

As-tu des idées de témoignages qui pourraient les faire percuter ?

Alors euh... des témoignages personnellement non, j'ai pas de retour comme ça. Mais j'ai des témoignages de témoignages. C'est plutôt... comme ça, j'ai une connaissance qui avait son praticien qui a eu une tumeur rénale, il allait quasiment jamais consulter son médecin traitant, il se faisait ses bilans à lui-même. Au fur et à mesure il a vu que sa fonction rénale se dégradait et c'est là qu'il a engagé du coup les démarches. Et finalement, il a dit qu'il aurait préféré déléguer ça, que ça l'avait plus miné qu'autre chose. Ah bah tiens, mon père aussi qui faisait son suivi tout seul, il a eu une thyroïdectomie, du coup contrôle de la TSH tous les six mois et en fait là-dessus il mettait aussi sa glycémie. Mais mon père il est pas très à jour sur les normes de la glycémie et du coup bah il s'est... il a un peu beaucoup traîné pour diagnostiquer son diabète, bon diabète qui n'est pas non plus catastrophique là maintenant mais voilà... c'est un retard de diagnostic qui n'est pas négligeable je trouve pour certaines choses. Et là maintenant, il a son médecin traitant qui le suit non seulement pour le diabète mais aussi au long cours et c'est beaucoup mieux, enfin je trouve. Ah et puis là récemment, j'ai eu une amie, qui s'est installée dans un cabinet, et le médecin qui était là était dévoué à 100% pour ses patients et il prenait pas le temps de prendre soin de sa santé et en fait bah à un moment il a fait un infarctus et du coup obligé de prendre soin de lui et obligé de cesser totalement son activité. Alors est-ce que du coup, s'il avait pris contact avec le médecin traitant et qu'il y aurait eu une exploration cardiologique... est-ce qu'avant tout ça on aurait pu le... pas le prévenir mais en tout cas déjà initié un suivi cardiologique, je ne sais pas... mais voilà c'est des exemples où finalement le laps de temps entre le moment où y a le diagnostic et là où ça aurait pu être diagnostiqué plus précocement... bah si y avait eu un contact avec un médecin traitant, déjà peut-être qu'il y aurait été plus alerte. On est beaucoup plus alerte pour les autres que pour nous-mêmes je trouve.

Alors toi, à travers les trois exemples que tu viens de citer, comment ça t'a parlé personnellement ; est-ce que ça a changé quelque chose dans ta propre prise en charge ?

Bah justement de favoriser un peu plus le temps que je me consacre... d'être un peu plus sensibilisée à ma santé et de plus faire attention à... aux signes de fatigue, d'énerverment, ou des fois ça veut dire qu'il faut que je lève un peu le pied. Mon suivi gynéco là maintenant je vais y être beaucoup plus attentive que y a cinq ans par exemple. Mais parce que y a aussi mes antécédents familiaux qui jouent

mais aussi le fait de voir que y a certaines choses qui auraient pu être diagnostiquée bien avant... et que si y a pas ce premier contact médical, bah on risque d'avoir des retards diagnostiques.

Tout à l'heure tu m'évoquais le manque de temps qui explique l'absence de suivi de ces trois dernières années, est-ce qu'il y a d'autres barrières qui ont joué ?

Hum... après oui bah... la distance comme ma médecin traitant est loin. Bah je vais dire ma personnalité aussi, je procrastine beaucoup, donc ça aussi ça peut jouer... parce que y a eu des périodes où j'avais quand même un peu plus de temps mais j'ai pas pris le temps d'y aller... je me disais oui il faudrait que j'y aille à l'occasion mais voilà. Après quels autres freins... hum... je peux pas dire l'accessibilité parce que Strasbourg est quand même dotée en médecins. Est-ce que c'est un frein le fait que je sois en bonne santé ? Ça n'amène pas à ce que je consulte aussi fréquemment, mais je pense que ça c'est aussi la même chose pour toute une partie de la population entre l'adolescence et on va dire le milieu de l'âge adulte, où là c'est censé aller au niveau santé et c'est vrai qu'on prend moins le temps d'aller voir son médecin traitant, donc y a ça aussi. Mais principalement, le temps... le temps que je m'accorde pas pour faire ça.

Est-ce qu'il y a d'autres freins que tu aurais entendus auprès de tes collègues internes ?

Bah des fois, ils ont pas du tout de médecin traitant, c'est même pas qu'ils prennent pas le temps. C'est qu'ils en ont jamais eu. Alors... est-ce que c'est comme ça dans leur famille ? Mais oui y en a qui sont pas du tout sensibilisés au suivi médical régulier. Après pour beaucoup, c'était aussi le manque de temps. Sinon... soit ils sont pas du tout sensibilisés au suivi médical, mais sinon les retours que j'ai eus, c'était le manque de temps aussi.

Ce que je te propose c'est qu'on va évoquer d'autres freins qui reviennent dans d'autres entretiens ou que l'on retrouve dans la littérature, et puis tu me dis comment est-ce qu'on pourrait sensibiliser les internes par rapport à ça.

Alors un des freins est le tabou qui peut exister autour de certaines maladies.

Ah ouais ? OK.

Est-ce que toi, il y a des pathologies ou en tout cas des symptômes qui te freinent un peu plus à aller consulter ?

Je crois que je suis pas très pudique... donc du coup tout ce qui serait somatique, ça me dérangerait pas d'aller consulter par rapport à ça. Justement, faut essayer de banaliser ces choses-là, dire que c'est normal. Mais, alors du coup moi ce serait plus au niveau de la santé mentale, c'est là où j'aurais peut-être plus de mal à aller consulter mais plus dans le sens où je me dis, voilà t'as déjà eu pas mal de choses dans ta vie, là bon bah dans deux semaines, ça ira mieux. C'est plutôt ça. Mais alors que ce soit tabou, j'ai pas... est-ce qu'il y a des exemples de maladies qui sont considérées comme tabou ?

Ce qui revient, ce sont les problèmes addictologiques, tout ce qui touche à la sphère psychologique-psychiatrique et puis tout ce qui touche à la sphère génitale.

Alors la sphère gynéco, j'ai pas de problème là-dessus. Oui tout ce qui est psychologique, peut-être que j'aurais plus de mal à aller consulter pour... après je me trouve assez entourée... et disons que j'irai consulter quand vraiment je serai au bout du rouleau mais ça aussi faudrait que... que je m'écoute un peu plus et que même avant ça j'aie consulté. Pourquoi attendre la fin pour aller consulter finalement ? Mais oui... Après addictologique, j'ai une formation là-dessus, donc je suis plutôt sensibilisée par rapport à ça et je trouve que... justement il faut banaliser ça, il faut demander finalement le plus facilement possible et moins faire passer ça comme si c'était un jugement ou quoi que ce soit mais vraiment... libérer la parole ! Ouais je dis libérer la parole.

Et alors comment tu banaliserais ces sujets auprès des internes ?

Hum comme faire ? Bah après... favoriser le fait que ça puisse être anonymisé. Certes on a le cadre légal mais que... c'est vrai c'est un peu se faire juger entre guillemets... non pas juger c'est un peu trop fort mais se faire analyser par des pairs et du coup ça, ça peut être un peu plus difficile je pense. Mais vraiment que ce soit, encore une fois, cette question de neutralité. Que ce soit quelqu'un qui soit pas du tout connu de l'interne, que même pourquoi pas, ne même pas échanger les noms en fait, tout simplement. Et qu'il puisse déposer ce qu'il a à déposer. Cadrer un peu plus ces consultations-là, en disant que ça reste entre les quatre murs et puis qu'ils sont même pas obligés de dire leur nom ou quoi que ce soit. En plus maintenant avec le masque à l'heure actuelle, au niveau des visages on peut ne pas reconnaître la personne qui est devant nous, donc... ouais je dirai ça que c'est possible pour ces consultations-là.

Comment voudrais-tu garder l'anonymat alors que souvent on a besoin de la carte vitale ou au moins d'un nom dans le dossier ?

Hum... comment on fait ? Parce qu'au CSAPA, on propose des consultations anonymes, donc on demande même pas le nom de la personne, mais c'est vrai que c'est dans une structure qui est rattachée à l'hôpital et donc le financement ne passe pas directement par la Caisse d'assurance maladie. Hum... je sais pas... c'est une bonne question. Après il faudrait en rediscuter, mais cette clé de l'anonymat, je pense qu'elle peut aider certains internes justement... ou bien des consultations téléphoniques, ça aussi ça peut être possible, que ce soit géré par une plateforme comme... ah je sais pas... mais je reste sur le fait que l'anonymat pourrait être une solution, après à voir comment le mettre en place.

Et alors, ce qui freine aussi c'est déjà juste le fait d'oser faire le premier pas pour y aller... donc même si la consultation était anonyme, comment pousser les internes à aller consulter ?

Bah je pense... il faut banaliser ça. Il faut dire que ça nous arrive à tous en fait. Même si on n'en parle pas ni quoi que ce soit, c'est leur dire que ça nous arrive à tous. Mais après, je trouve qu'on a aussi cette image du médecin... pas tout-puissant mais qui doit être un peu un surhomme, qui tombe jamais malade, où tout va toujours bien dans sa tête, il est toujours disponible pour ses patients et en plus il peut être drôle de temps à autre... vraiment le médecin qui doit toujours être au taquet sur tous les aspects... alors que je trouve que c'est faux en fait. Euh y a des fois, bah... c'est vrai que je me rends compte sur des forums ou des groupes Facebook où finalement y a beaucoup de médecins qui parlent de leur mal-être, alors mal-être psychologique surtout, y en a qui parlent aussi de leur problème de

santé et ça aussi ça montre que ça touche tout le monde. Que ça touche même le corps médical. Je pense que... il faut qu'ils puissent se raccrocher à des situations concrètes, se dire que bah oui c'est arrivé aussi au voisin... c'est arrivé aussi au voisin donc bon bah du coup moi aussi je suis peut-être dans cette situation-là et peut-être que j'ai besoin d'aide. Mais... désacraliser le fait qu'on est médecin et qu'il faut que ça aille sur tous les points. On est des êtres humains avant tout, avant d'être médecins.

Qui est-ce qui devrait faire entendre ça ?

Bah c'est une bonne question. Je pense que les pairs jouent.

Qui est-ce que tu entends quand tu dis les pairs ?

Euh bah les autres internes avec qui on vit, on est... notre promo... euh y a aussi je pense... là dans notre cas, ce serait le département de médecine générale, mais nos enseignants aussi ont leur rôle à jouer. Puis tout ce qui est milieu... comment dire... on reste quand même dans un milieu scolaire, de l'apprentissage, donc la faculté à aussi son rôle à jouer là-dedans pour proposer des temps dédiés à ça, des locaux. Après l'hôpital aussi, ça reste notre principal employeur pendant notre internat, donc je pense que l'hôpital aussi a son rôle à jouer, mais à voir comment et est-ce qu'ils sont prêts à investir un peu plus là-dessus ? Parce que finalement, rien qu'instaurer une consultation médicale pour les internes, ça fait je sais pas combien d'années que l'internat existe, c'est pas mis en place... et puis même la médecine scolaire, la médecine du travail, on dit que c'est là, qu'elles sont disponibles, mais c'est pas assez en fait de communiquer comme ça. Je pense qu'il faut aller plus loin et des fois je pense qu'il faut aller chercher aussi les internes par la main, pas seulement leur délivrer une information mais vraiment... enfin voilà, c'est triste mais peut-être imposer, pendant ce temps-là on va parler de notre santé et pas de comment soigner les patients... pourquoi pas ?

Tu évoquais dédier un temps vraiment pour ça, concrètement ?

Bah... c'est vrai qu'une journée de sensibilisation par rapport à ça... ouais non... peut-être pas une journée mais une demi-journée consacrée à ça justement... alors là tu donnais l'exemple de tout ce qui est consultation un peu tabou au niveau addictologique, psychologique et gynéco-anal... mais... je pense que là ce serait bien pour cette demi-journée, déjà parler de tout ce qui est psychologique parce que j'ai l'impression que c'est vraiment le plus tabou entre guillemets... et ce serait déjà bien de les sensibiliser là-dessus. Alors on a essayé avec le syndicat de les sensibiliser là-dessus, sur tout ce qui est risques psychosociaux, délivrance d'information euh... c'est vrai que y en a pas tant que ça qui nous interpelle... et pourtant on essaye de se rendre le plus disponible possible... mais je pense qu'il faut que ça vienne peut-être d'au-dessus que juste nous, et même entre nous, entre co-internes qu'on puisse lever le tabou là-dessus. Mais... voilà cette image du médecin où tout va bien sur tous les horizons, je pense qu'elle est ancrée depuis beaucoup d'années dans nos mentalités et s'en détacher, ça va être très très dur. Je pense que ça doit commencer dès la P1 en fait... dès la P1, faut dire bah oui vous pouvez avoir vous aussi des soucis de santé et voilà. Et c'est normal, soignez-vous et comme ça vous pourrez soigner vos patients. C'est fou ça... mais oui... Alors pendant mon externat, j'ai eu un contact du coup avec la médecine du travail et c'était pour regarder mes vaccinations c'est tout... euh peut-être que ce contact-là faut qu'il soit un peu plus global aussi. Parce que c'est un moment où on

peut se livrer puis faire le point. Tout le monde n'a pas de médecin traitant à ce moment-là non plus, donc pourquoi pas ça.

Concrètement, demain on te demande d'intervenir auprès des internes pour justement les sensibiliser à leur suivi médical et au fait qu'il n'y a pas de symptômes plus inabordables que d'autres ; qu'est-ce que tu leur dis ?

Bah... du coup je vais dire que je suis passée par là... que du coup mon histoire familiale et cetera fait que ouais il faut que je sois sensibilisée au suivi gynéco mais que tout ça, ça a eu des retentissements au niveau psychologique, j'ai pas eu besoin de consulter mais c'est possible en fait... que les portes elles sont ouvertes et qu'il faut aussi... faut vraiment s'écouter, on n'est pas des surhommes. Voilà, les patients qu'on voit en consultation ils sont comme nous, ils sont faits de chair, et même s'ils n'ont pas toutes les connaissances médicales, eh bah eux aussi ils ont des soucis de santé. Du coup, je ne vois pas pourquoi ce savoir nous... comment dire... nous immunise contre toutes les maladies qu'on rencontre à l'heure actuelle. Alors ce serait mieux élaboré quand même, c'est pas bien trouvé là (*rires*) mais ça serait en tout cas le discours que je leur donnerai. On est des êtres humains, il faut se soigner avant de soigner du coup nos patients. Et que justement si... c'est pas en se plongeant dans ses stages, dans je sais combien de formation et cetera, que ça va effacer et faire oublier tous nos problèmes de santé. C'est juste... comment dire... les mettre de côté pendant un temps mais en fait ils sont toujours là. Si on a justement un partenaire de soin, quelqu'un qui nous aide dans cette démarche-là, ça permet aussi de décharger toute cette charge mentale qu'on a, et qui est déjà assez importante avec les études qu'on a. Donc voilà... j'essaierai d'aborder ça comme ça.

Un autre frein est la peur d'être jugé. Là comme ça, qu'est-ce que tu dis ?

Ah non alors là, ça c'est justement... hum... c'est une consultation médicale, donc on n'est pas censé juger la personne qu'on a en face de nous. Donc ça... je comprends totalement ce frein-là, mais je pense que... que... si on a cette peur d'être jugé, est-ce que nous-mêmes dans nos consultations, on juge pas déjà nos patients quand ils viennent ? C'est à se questionner. Mais quand y a un patient qui vient, peu importe, en tout cas moi c'est ma vision des choses, peu importe d'où est-ce qu'il vient et qu'est-ce qui l'amène sur la terre, je ne peux pas le juger, ce n'est pas possible. Et du coup, se rappeler ça, c'est un médecin qu'on a en face de nous et il n'est pas censé être jugeant, ça doit être une attitude empathique justement à l'écoute et voilà. Je comprends en tout cas cet argument, mais moi j'avoue que... c'est ce que je me dis, si c'est un médecin qui est devant moi, il n'a pas à me juger. Si il le fait, c'est que y a un problème mais pas de mon côté, du coup de son côté. Et là... non un médecin n'a pas à juger le patient qui vient devant lui.

Alors y a effectivement la peur d'être jugé simplement comme ça, mais y a aussi par exemple la peur d'être jugé sur ses connaissances médicales.

Oh lala... oh bah alors ça non ! C'est vaste la médecine, ça change tout le temps ! Je me dis on peut pas avoir des connaissances sur tout à l'instant T et être à jour sur absolument tout. Et puis, comme je disais, on n'est pas surhumain, on n'a pas la connaissance universelle. Donc non là-dessus... mais c'est encore une fois, ça revient sur cette image le médecin sait tout, le médecin va bien... alors que pas du tout. Justement, y a des fois, je dis à des patients bah en fait je ne sais pas quel traitement vous mettre,

bah si vous me laissez le temps on va chercher, puis on va trouver le traitement le plus adapté. C'est... comment dire... c'est possible de ne pas tout connaître et du coup, c'est pas parce que on n'a pas su se diagnostiquer quelque chose... en plus c'est une situation qui nous touche nous, c'est encore plus dur d'avoir ce recul et ce regard un peu plus... clinicien, d'analyse que si c'était pour un patient. Donc, encore une fois je comprends l'argument mais je trouve qu'il faut être indulgent avec soi-même justement et voilà... on n'a pas la science infuse, j'en ai conscience en tout cas et c'est vrai que c'est dur l'incertitude, le doute médical etc... je trouve qu'on n'est pas formé à le gérer et quand on plus ça touche nous-mêmes, je trouve que c'est une situation qui peut être encore plus difficile alors... non dire qu'on va être jugé sur nos connaissances bah alors... c'est que du coup y a un problème aussi avec notre interlocuteur parce que là c'est encore dans le jugement... c'est pas possible !

J'entends que le médecin qui reçoit un interne n'a pas à juger, comme pour n'importe quel autre patient, mais ce que rétorquent souvent les internes c'est qu'il y a la théorie mais aussi ce qui se dit derrière, notamment les petites histoires rigolotes...

Ouais la pause-café... et donc peur que du coup cette histoire elle ressorte ?

Potentiellement... en tout cas ça favorise la retenue de certains internes.

Non c'est vrai, je... après oui d'accord... après oui on est des êtres humains donc c'est vrai que là-dessus... hum... en tout cas on n'est pas... c'est pas censé se ressentir lors de la consultation. Après hum... ouais je sais pas trop. Alors ce serait plus dans la peur d'être reconnu dans cette histoire ? Ouais... je... je sais pas trop. Justement, le fait que ce soit un pair qui soit en face de nous, moi personnellement ça me sensibiliserait encore au plus sur le fait que cette consultation doit vraiment rester entre nous parce que... il peut avoir des contacts avec d'autres personnes du même cercle social finalement que moi en dehors des consultations et que du coup je serai plus vigilante à garder ça en consultation que plutôt de le redire. Dans mon entourage en tout cas, j'ai pas envie de parler pour eux, mais je pense que je peux un peu m'avancer là-dessus, c'est plutôt cette attitude-là qu'ils auront plutôt que de se dire bon bah voilà y a tel qui est dans tel service que je connais qui est venu en consultation pour ça il faut que je vous raconte. Ça restera toujours clos et scellé. Ça amènera toujours plus de vigilance à garder ça en consultation.

Un autre frein, c'est les angoisses liées au soin, liées à la consultation. Les internes, du fait de leurs connaissances médicales, savent ce que tel symptôme peut avoir comme retentissement derrière... que leur dire pour consulter malgré ces angoisses ?

Ouais je pense qu'on fait souvent l'autruche. Mais... je peux comprendre ces angoisses, mais... est-ce que le fait d'être finalement fixé sur quelque chose où on est encore dans le flou... non attends je reprends ma phrase (*rires*). Parce que finalement, c'est angoisser sur une incertitude. Si on... on fait cette démarche d'aller plus dans les explorations, ça permettrait de justement lever le flou, mettre du coup un diagnostic ou non sur ces symptômes ou ces signes qu'ils ont repérés et justement... avancer là-dessus, permettre que ces angoisses puissent s'améliorer. Permettre qu'on soit fixé sur quelque chose. Ça finalement, je me reconnais un peu dedans, parce que justement j'avais des angoisses par rapport à cette masse que j'avais palpée et... c'est peut-être un trait de personnalité aussi mais je suis plus pour être fixée et me dire bon bah on va voir dans quelle direction on va, que de rester dans cette

incertitude et faire que ça risque d'évoluer encore et encore... c'est du délai de diagnostic qui est perdu finalement.

Y a certains internes qui ont clairement un déni face à la maladie qui les empêche de consulter ; comment travailler là-dessus ?

Là du coup, c'est très difficile je trouve... Je vais parler de mon expérience en addictologie où là c'est des patients que s'ils sont dans des dénis de leur consommation, c'est difficile de les faire avancer justement dans leur parcours et... c'est là où je pense que, comme je le disais, la consultation obligatoire où faire passer tout le monde par ce filtre, ça permet d'englober aussi ces gens-là qui n'ont pas conscience qu'il y a des soucis de santé et ça permettrait qu'ils aient déjà ce contact médical. Après le déni... c'est soit conscient soit inconscient. Y en a, ils le disent clairement, ils veulent pas aller consulter parce que pour eux tout va bien, tout se passe bien et cetera mais en fait ils se rendent bien compte qu'il y a des soucis, qu'il y a quelque chose qui ne va pas mais ils préfèrent rester dans cette situation-là plutôt que d'agir et des fois c'est vraiment dur de... déjà se rendre compte qu'il y a un souci, qu'il y a un problème et passer à l'action de... ça peut être vraiment très très difficile. Après il faut favoriser un maximum ce passage-là et même se rendre compte, travailler ça aussi de... alors y avait d'autres propositions aussi avec cette consultation médicale systématique à la première année d'internat, c'était une consultation avec un ou une psychologue systématiquement. Euh, ça j'avoue que j'étais pas pour parce que ça peut être très difficile à certaines personnes de se livrer, notamment sur tout ce qui est émotions, alors qu'une consultation médicale, étant dans le milieu, c'est un peu plus formalisé, on sait un peu plus comment c'est et c'est un peu moins l'inconnu. Mais pour des personnes comme ça, peut-être essayer de coupler avec une consultation psychologique pour voir justement qu'est-ce qui fait qu'ils se sont mis ces barrières, ces œillères et travailler ça avec eux. Mais ouais... c'est vraiment des situations qui sont vraiment très compliquées et je pense que là du coup l'obligation de la consultation médicale ça pourrait aider, favoriser à cette prise de conscience.

Donc là, j'entends le projet qui est en cours d'étude et qui ne sera pas mis en place immédiatement. Pour les internes actuels, qui n'auront pas cette consultation-là, comment pourrait-on travailler avec eux sur cette question du déni, pendant leur formation à la fac ?

Bah... après si c'est des personnes qui sont dans le déni, est-ce qu'elles en ont conscience ? Je pense qu'elles seront même pas demandeuses d'aide finalement. Donc ces demi-journées de sensibilisation à la santé, à notre santé, pourrait jouer là-dessus. Mise en place au sein de la fac, par nos enseignants, et je pense que ça pourrait trouver son sens. Après... c'est aussi... quelle forme ça pourrait avoir ? Parce que des powerpoints reprenant des chiffres, je pense que c'est pas la solution, il faut vraiment que ce soit quelque chose d'immersif, dans le sens où ils doivent se sentir concernés. C'est pour ça, des exemples concrets, des témoignages de... de pairs encore une fois... de nos enseignants qui ont connu peut-être des gens qui ont été en difficulté, bien sûr avec leur accord, de parler de leur histoire... des histoires personnelles je pense que c'est important de se rendre compte que... on est tous dans le même bateau finalement. Mais ça aussi, le fait de... ça pourrait peut-être banaliser la chose dans le sens où voilà tout le monde est touché de façon plus ou moins importante, mais que tout le monde est touché et que finalement bah se dire que si lui aussi il a des problèmes de santé, psychologiques, bah moi aussi j'en ai, mais j'en parle pas.... Bah si aujourd'hui lui en parle, peut-être que moi, peut-être pas aujourd'hui mais dans un jour, deux jours, le temps que ça travaille, dans deux semaines pourquoi

pas sauter le pas justement. Mais ouais je pense que vraiment le fait de se rendre compte que... même si c'est pas dit, même si on s'en rend pas compte dans nos énormes promos, que chacun est touché par des soucis de santé à son échelle et voilà.

As-tu d'autres freins à évoquer ?

Non non, j'avais pas pensé à ces freins-là justement.

Maintenant, on va plus se focaliser sur l'autoprescription. Comme je te disais en introduction, c'est quelque chose qui est extrêmement fréquent chez les soignants ; pour commencer, peux-tu me raconter la dernière fois où tu t'es autoprescrit quelque chose ?

Eh bah du coup, c'était pour ma pilule. J'avais plus d'ordonnances, j'avais mon rendez-vous du coup qui était pas de suite... et du coup, j'ai utilisé ma carte de professionnel de santé et voilà j'ai demandé la pilule.

Et pourquoi est-ce que tu ne te l'ais pas prescrite ?

Ah, j'avais pas d'ordonnances sur moi (*rires*). Voilà tout simplement.

Pour toi, quels sont les avantages de l'autoprescription ?

Ah c'est la rapidité ! Du coup, on peut le jour-même... si je vois que j'ai mal au dos, une angine ou peu importe... je peux me le prescrire à l'instant T. Toujours en me disant qu'il faut que je pose le bon diagnostic. Ou une infection. La dernière fois, c'était une infection urinaire, et du coup c'était un samedi et j'avais pas de médecin sur place, en plus en vacances, du coup j'ai pu aller à la pharmacie demander directement un antibiotique. Ouais c'était la facilité, l'accessibilité et la rapidité, c'était parfait.

Tout à l'heure tu évoquais aussi certains risques liés à l'autoprescription ; faut-il imposer une limite à l'interne dans son droit à l'autoprescription ? Et si oui, où fixer la limite ?

Alors du coup je pense que l'interne a le droit de s'autoprescrire. Après la limite, c'est... c'est là aussi où on a un rôle de médecin et un rôle d'expertise médicale. Et que ce soit dans les limites de nos compétences... et de l'expertise qu'on a fait de la situation, de notre situation... et c'est là où des fois je trouve qu'avoir un œil extérieur est bénéfique, dans le sens où des fois on peut avoir... on peut pas voir notre situation le plus objectivement parlant et du coup... Après où mettre les limites, ça je ne saurai pas. Je ne saurai pas dire parce que... on peut avoir besoin... je sais pas... je suis épileptique, mon traitement se termine à la fin du mois, je revois mon neurologue dans trois mois... là j'ai vraiment plus de traitements, je peux avoir un rendez-vous avec mon médecin traitant que dans deux semaines bah voilà est-ce que pendant ces deux semaines-là je peux pas me prescrire mon traitement antiépileptique, le renouveler le temps que je revois soit mon neurologue soit mon médecin traitant ? Je pense que ce sera situation-dépendante mais... je sais pas... finalement tout ce qui est ordonnances sécurisées... mais ça va beaucoup nous limiter... non je ne saurai pas mettre la limite finalement de l'autoprescription. Parce que mon lumbago à cinq heures du matin, est-ce que si j'ai besoin de cinq

milligrammes de Skenan®... bah si j'arrive pas à me le prescrire, comment je fais ? Ouais je sais pas... Après si c'était une personne lambda, je conseillerais d'aller voir son médecin traitant systématiquement pour se faire prescrire les traitements.

De toute façon, ils n'auraient pas le choix comme ils n'ont pas accès aux ordonnances...

C'est ça ouais... Donc là, du fait qu'il y ait cette expertise médicale et que y ait des compétences derrière, je me dis que ils peuvent le faire temps que ça reste exceptionnel. Peut-être une limite d'ordonnances à l'année... peut-être une vingtaine d'ordonnances je sais pas qu'on peut se prescrire. Je sais pas du tout. Mais j'arrive pas à mettre du coup cette limite. Je sais pas où la mettre et comment la mettre. Mais après y a aussi le fait qu'on est médecin et que quand on prescrit quelque chose, que ce soit pour nous-mêmes ou quelqu'un d'autre, faire la balance bénéfico-risque et être sûr que voilà là c'est indiqué et c'est pas un abus ou quoi que ce soit. Ouais, c'est de notre responsabilité finalement.

Un peu plus tôt, tu évoquais le besoin d'avoir une tierce personne... Finalement est-ce que l'interne est capable de peser de façon juste la balance bénéfico-risque ?

Alors je pense qu'on est tous capable de le faire. Après, c'est quand c'est notre situation, je pense que y a un filtre... ça passe par un spectre qui des fois peut déformer les signes, les rendre plus... plus grands que ce qu'ils ne sont ou minimiser certaines choses qui devraient nous alerter par exemple chez un patient lambda. Et du coup, le fait d'avoir une tierce personne qui reprend les signes cliniques et reprend finalement le dossier, ça permet d'enlever ce filtre-là qui peut être la cause d'erreur ou de biais. Je pense que ça dépend aussi de la gravité, parce que se tromper sur un diagnostic d'angine et se tromper sur un diagnostic de cancer, c'est sûr que c'est pas la même chose, c'est pas les mêmes conséquences finalement. En tout cas pour moi, ça me sécurise... disons que ça m'enlève ce poids de me dire que peut-être je suis passée à côté de quelque chose pour moi-même.

Pour revenir sur l'absence d'objectivité que tu évoquais, comment faire prendre conscience de cela aux internes ?

Alors je dirai c'est même pas seulement les internes, c'est tout le personnel médical qui peut ne pas être objectif, alors comment lui faire prendre conscience... ? Hum... bah je pense... même dans la pratique de tous les jours, on peut en avoir conscience quand on soigne même un patient pour lequel on est un peu plus empathique, qu'un patient qui est désagréable, irascible... cette subjectivité dans notre pratique je pense qu'elle est présente et on le ressent. Alors après, est-ce que il faut lui donner un nom, que ce soit bien formalisé, bien dit autour d'un groupe d'échange de pairs, pourquoi pas... mais je pense que ça on en a conscience dans notre pratique de tous les jours que y a cette subjectivité et que du coup... pour nous-mêmes c'est encore décuplé.

Finalement, on voit dans les études que les internes ont conscience de beaucoup de choses (dont leur absence d'objectivité), mais en réalité ils n'en tiennent pas vraiment compte. Et donc en formation pour les sensibiliser sur les risques liés à l'autogestion, que leur dire pour que cette prise de conscience soit objective dans leurs faits ?

Comment leur parler... Encore des exemples, je ne sais pas. Des exemples concrets, y a toujours besoin... il faut qu'ils se sentent impliqués. Donc je me dis... ouais des mises en situation... ou... des exemples concrets là encore une fois, ce serait demander à un confrère de dire que oui je me suis autoprescrit je ne sais combien de boîtes de Tramadol parce que j'avais mal au dos... ça risque d'être difficile que quelqu'un se livre autant mais... ouais je pense qu'il faut jouer sur l'implication de l'interne là-dessus, essayer qu'eux donnent des exemples mais encore une fois, c'est difficile... Non je saurais pas comment faire autrement que potentiellement une formation mais... voilà encore une fois le powerpoint qui est montré une dizaine de fois, je pense pas que ça atteigne les gens de la même façon que quelque chose qui les implique vraiment.

Pour terminer, si tu devais résumer cette formation idéale pour sensibiliser l'interne à son propre suivi médical, en quelques mots ?

Alors... je mettrais de la parole libre, des exemples concrets plutôt avec des histoires personnelles ou des histoires de confrères... mais vraiment des exemples concrets et... vraiment essayer de faire que ça puisse être un lieu d'échange et d'écoute et surligner le fait qu'il n'y a pas de jugement à ce moment-là, pendant cette formation et que même par la suite, s'ils vont jusqu'à la consultation, bah ce sera la même chose. Qu'ils puissent être libres de se livrer et de parler comme ils le souhaitent. Et puis, si on peut mettre des jeux de rôles aussi, pourquoi pas, pour terminer et illustrer ce qu'ils auraient appris et comment ils voudraient aborder eux-mêmes finalement ce genre de consultation, pourquoi pas. Voilà.

Je te remercie. Aurais-tu d'autres choses à ajouter, des points qu'on aurait abordé un peu vite ou même qu'on n'aurait pas abordé du tout ?

Non non, je crois qu'on a bien parlé (*rires*).

Entretien n°7**Pour commencer, peux-tu me raconter la dernière fois où tu as rencontré ton médecin traitant ?**

Ah c'était y a longtemps, je pense que c'était quand j'étais externe encore... mais je pourrai plus dire pourquoi. Probablement pour un renouvellement de pilule ou quelque chose comme ça. Mais ouais c'était y a plus de trois ans.

Et as-tu consulté un autre médecin autre que ton médecin traitant depuis ce temps-là ?

Un autre médecin... euh oui le gynécologue. Euh... je pense que c'est tout... et l'ophtalmo. J'y vais quand je sens que la vue baisse et le gynéco j'y vais pour le frottis tous les trois ans.

Du coup dans cet intervalle depuis que tu as vu ton médecin traitant, est-ce que tu t'es prescrit toi-même des choses ?

Bah oui (*rires*)... surtout des antalgiques, Doliprane®, Ibuprofène®, ce genre de choses et... à part ça non je crois pas.

Est-ce qu'il y a eu un moment où tu as désiré consulter mais où tu ne l'as pas spécialement fait ?

Euh... oui c'est arrivé euh... bah des moments où j'allais un peu moins bien mais après voilà ça reste le médecin traitant et je trouve que depuis que je suis interne... c'est bizarre parce qu'au contraire on devrait se sentir plus proche vu que ça devient comme un confrère... mais oui ça a été compliqué de me dire oui je vais chez le médecin traitant pour discuter de ça.

Et qu'est-ce qui t'a retenu ?

Le fait que le médecin traitant est à quarante kilomètres de Strasbourg, il est chez mes parents, donc faut y aller... et le fait que bah je le connais depuis que je suis toute petite... que c'est le père d'une de mes amies... enfin voilà. Tout ça, ça m'a pas donné envie d'y aller.

Et voir un autre médecin traitant ?

Ouais pourquoi pas, c'est vrai que j'ai pas envisagé... pour l'instant vu que j'ai pas besoin d'un suivi régulier... bah c'est pas quelque chose que j'ai envisagé de prendre le temps, de regarder chez qui je pourrai aller, qui pourrait être bien... voilà.

Tout à l'heure tu évoquais que tu avais envisagé de consulter mais que tu n'avais pas franchi le pas ; c'était pour quelle raison du coup que tu aurais aimé consulter ?

Bah c'était à un moment où moralement ça allait un peu moins bien et je pense que si j'avais moins bien connu mon médecin traitant, je me serais dit tiens c'est peut-être une personne à qui je pourrais en discuter euh... mais voilà c'est surtout parce que psychologiquement ça allait un peu moins bien et que du coup bah ça aurait été l'occasion.

Et qu'est-ce que tu as fait du coup ?

(rires) J'en ai parlé autour de moi et voilà mais c'est sûr que c'est pas pareil que d'en parler à un médecin.

Et à qui en as-tu parlé ?

Des co-internes, des amis, la famille et voilà.

Alors on sait qu'il y a beaucoup de médecins et d'internes qui ont du mal à aller consulter pour tout ce qui est pathologie psychologique et préfèrent s'autoprescrire des traitements ; est-ce que toi déjà tu t'es prescrit quelque chose dans cette situation ?

Ouais j'ai fait ouais... c'était de l'Alprazolam que je me suis prescrit à prendre le soir.

Et comment est-ce que tu as géré cette prescription du coup ?

Euh... bah je suis passée à la maison d'arrêt et en addicto, du coup voilà j'ai vraiment fait attention... euh... j'essayais au départ de prendre un demi le matin et un demi le soir et de diminuer au fur et à mesure des semaines...

Et comment est-ce que tu as fait pour gérer la décroissance, pour évaluer si c'était le bon moment ou pas ?

Bah je faisais en fonction de comment ça allait... les jours où ça allait vraiment moins bien, j'essayais pas de diminuer, les jours où ça allait mieux bah j'essayais certains jours de pas en prendre et voilà. En tout cas j'allais jamais au-dessus de un comprimé et demi par jour et voilà.

Pendant cette période d'autoprescription, est-ce que tu as senti que tu allais parfois au-delà de tes capacités médicales ?

Bah oui complètement, parce que c'est pas le genre de suivi qu'il faudrait qu'on ait par soi-même, ça c'est sûr. Euh... donc effectivement... parce que j'ai pris quelque chose mais y a pas eu tout le côté psychothérapie entre guillemets et... donc effectivement je me sentais limitée mais j'arrivais quand même pas à me dire bon bah je vais voir quelqu'un.

Et qu'est-ce qui aurait pu t'aider à ce moment-là pour te dire si faut que j'aille voir quelqu'un ?

Probablement qu'on me le dise autour de moi... euh... et sinon bah de voir quelqu'un qui me connaît pas et... que je connais pas, à qui j'envoie pas de patient, que j'ai jamais vu en stage... ce genre de chose...

Et c'est quelque chose qui a été difficile à trouver ?

En soit c'est pas difficile de trouver des médecins sur Strasbourg que je connais pas, ça reste une excuse aussi je pense... mais... moi je pense que ce qui est difficile c'est de se retrouver de l'autre côté en fait... d'être côté patient... parce qu'on est toujours côté médecin... on sait ce qu'on pense quand on a le même type de patient, on sait comment on réagit, on sait plein de chose et du coup c'est difficile d'être en face parce que je pense qu'on peut interpréter plein de choses, alors que finalement chaque médecin est différent mais je pense qu'on peut interpréter énormément de choses de ce que le médecin en face peut penser.

Et qu'est-ce qui pourrait t'aider à te sentir plus légitime d'être du côté patient ?

J'en ai aucune idée, je sais pas... peut-être que ce soit une personne qui voit que des internes ou que des médecins... je sais pas si ça aurait pu changer quelque chose mais pourquoi pas... et ouais vraiment le fait de... de pas dire que je suis du milieu médical mais vu que ça peut jouer dans la situation bah voilà et... ouais sinon je vois pas trop.

Est-ce que tu connais des collègues qui, comme toi, ont eu recours à l'autoprescription dans des situations où ils n'allaient pas bien ? Qu'est-ce que tu leur disais à ce moment-là ?

(rires) Que c'est la pire des erreurs à faire... qu'il faut qu'ils aillent consulter, que on se suit pas soi-même... que... voilà.

Et qu'est-ce qui a fait que tu n'as pas réussi à te l'appliquer toi-même ?

C'est toujours plus simple de le dire aux autres que de le faire sur soi... euh je sais pas... j'avais comme un blocage et... je me voyais pas...

Si demain y avait une formation spécifique aux internes qui ont recours à l'autoprescription et notamment à des psychotropes, qu'est-ce que tu aimerais entendre pour t'inciter à aller voir un médecin ?

Qu'on n'est pas seul déjà... qu'on est plein dans la même situation parce que ça, on s'en rend pas forcément compte et... je sais pas, peut-être qu'on nous donne des noms de personnes à aller voir.

Et qui devrait organiser cette formation ?

Bah vu que c'est pour les internes, ce serait plutôt au DMG et à la fac.

Et en dehors de la fac, est-ce qu'il y aurait des personnes plus légitimes à dispenser ce genre de discours et auxquelles les internes seraient peut-être plus réceptifs ?

Je pense pas forcément les membres du DMG car eux doivent être dans la même situation et voilà... des gens... ouais des gens extérieurs mais... c'est compliqué à dire vu qu'on est du monde médical et que c'est compliqué pour nous d'aller voir un médecin... bah pour ces médecins-là c'est probablement aussi compliqué d'aller voir quelqu'un donc... qui pourrait faire cette formation-là je sais pas.

La dernière consultation que tu as faite avec ton médecin traitant, est-ce que tu te rappelles comment tu t'étais sentie en étant toi-même dans le milieu ?

Je m'étais bien sentie parce qu'on parlait de ça, des études... j'ai pas un mauvais souvenir. Je pense que ce qui a fait que je ne suis pas allée le voir ces derniers temps, c'est que je le connais trop justement et y a des choses personnelles que j'avais pas envie d'évoquer avec lui.

Et qu'est-ce qui pourrait te permettre d'avoir ce déclic d'avoir un autre médecin traitant que tu connais moins ?

Si entre guillemets j'avais quelque chose d'un peu plus grave... si je m'inquiétais vraiment pour ma santé pour quelque chose et que j'aimerais qu'on fasse des exemplaires complémentaires ou si j'avais un doute sur quelque chose ou si j'avais une maladie chronique vraiment à suivre... ça je pense que ça me ferait plus aller chez le médecin traitant.

Est-ce que pour toi il y a une limite entre ce que l'interne a le droit de se prescrire et ce où il devrait déléguer ?

Oui il devrait y avoir une limite (*rires*)...

Où est-ce que tu la mettrais ?

Typiquement, dans ce que j'ai fait. Les psychotropes faudrait pas que ce soit les internes qu'ils se prescrivent, c'est sûr.

Et alors comment pourrait-on appliquer cette limite ?

Que... je sais pas, la sécu ils ont accès à nos ordonnances, ils les numérisent donc ils voient qui a prescrit... maintenant à part ça je vois pas trop comment ce serait possible.

S'il y avait une formation qui se mettait en place pour travailler avec les internes sur les risques liés à l'autoprescription, et notamment les limites à ne pas franchir, comment verrais-tu ça ?

Honnêtement, je sais pas ce qui aurait pu me dire non... parce que même si on est sensibilisé lors d'une journée on peut se dire ah oui mais bon ça c'est pas mon cas, je suis pas dans ce cas-là... donc est-ce que ça aurait servi à quelque chose, je suis pas sûre. Tout dépend de comment auraient été présentées les choses... peut-être que si on avait eu des témoignages de gens qui auraient déjà été dans ce cas-là, ça aurait peut-être pu aider ouais...

Et ce serait quel type de témoignages par exemple ?

Bah justement des internes qui étaient dans la même situation, qui ont peut-être... qui se sont prescrits des choses qu'ils ont regretté par après parce qu'ils n'ont pas réussi à s'en sortir ou ce genre de chose.

Et alors toi, au moment où tu te prescrivais des psychotropes, comment tu le vivais ?

Bah je l'ai pas très très bien vécu. J'ai vu le jugement dans le regard de la pharmacienne donc... alors je sais pas si c'est moi qui l'ais inventé ou... mais c'est vraiment ce que j'ai ressenti donc non ça n'a pas été une fierté, je l'ai pas très bien vécu de le faire.

Encore une fois sans jugement de ta situation, simplement pour comprendre... en théorie tu t'es fixée une limite entre ce que tu devrais ou pas faire en autoprescription et en pratique cette limite a été franchie ; à ce moment-là qu'est-ce qu'il se passe en toi quand tu franchis cette limite ?

Bah... c'était y a un mois, ça allait vraiment pas et voilà j'avais des soirs où c'était vraiment difficile de dormir et... du coup voilà forcément on se pose la question qu'est-ce que je peux avoir comme solution pour que ça aille mieux et la facilité c'était que je me prescrive quelque chose moi-même... mais non ça a pas été facile... et intérieurement je me disais c'est pas bien, faudrait pas que tu te prescribes quelque chose toi-même... en fait maintenant en discutant c'est sûr que ça aurait été peut-être plus simple que quelqu'un me dise oui tu as besoin de ça et voilà et tu es légitime à le prendre ; alors que là c'est plus... déjà c'est pas toujours bien vécu et en plus y a un peu de honte, en se disant bah en fait je me prescris quelque chose moi-même parce que je suis pas capable d'aller voir quelqu'un.

Encore une fois, qu'est-ce qui t'a freiné à ce moment-là de chercher un autre médecin traitant pour en discuter ?

Parce qu'encore une fois c'était la facilité, j'avais des ordonnances à côté de moi et que... voilà je me disais aujourd'hui ça va vraiment pas et ça me demandait plus d'énergie de regarder sur Internet, trouver où y avait un médecin généraliste dans les environs, appeler pour prendre un rendez-vous ou voir s'il prend des nouveaux patients, voir si je peux le voir rapidement...

Et y a pas quelqu'un de ton entourage qui aurait pu t'en conseiller un ?

Je suis pas sûre que dans mon entourage y ait beaucoup d'internes qui ont un médecin traitant sur Strasbourg. Je pense que beaucoup ont gardé le médecin traitant qui est proche de leurs parents et... voilà dans mon entourage, je connais personne qui ait son médecin généraliste sur Strasbourg.

Comme toi, tu es actuellement en SASPAS, donc tu as des med gé à proximité ; est-ce que tu as pensé en parler avec eux ?

Euh à la maison d'arrêt je l'ai évoqué rapidement et les deux autres généralistes, un non et l'autre je lui ai demandé rapidement mais il m'a dit qu'il ne s'occupait pas de ses internes, donc j'ai pas plus évoqué que ça.

Pour toi, quelle place devrait avoir le médecin traitant dans le parcours de soin des internes ?

La même place qu'avec les autres patients. C'est-à-dire faire le suivi des pathologies chroniques s'il y en a euh... voilà enfin qu'il soit consulté quand y a quelque chose qui va pas, que ce soit sur le plan psychologique ou somatique.

Et tu évoquais que toi et plusieurs de tes amis n'aviez pas de médecin traitant proche de votre lieu d'habitation actuelle ; qu'est-ce qui pourrait être mis en place pour palier à ça ?

Qu'on nous demande d'avoir un médecin généraliste proche en fonction de notre lieu de résidence... notamment pour les internes car on sait qu'ils se prescrivent des choses d'eux-mêmes... mais comment le mettre en place, je sais pas.

Tu penses que c'est quelque chose qui devrait être demandé ou vérifié à un moment donné ?

On devrait y être sensibilisé en tout cas... après je pense que ça fait un peu flicage de dire on va vérifier que chaque interne a un médecin généraliste dans les environs.

Admettons que toi demain tu dois faire une intervention pour sensibiliser les internes à avoir un médecin traitant, concrètement qu'est-ce que tu dirais ?

(rires) Bah c'est difficile à dire quelque chose alors qu'on fait l'inverse ! Euh... je crois pas que j'arriverai à dire « ayez un médecin généraliste, vraiment c'est important » alors que j'ai pas de médecin généraliste dans les environs de Strasbourg et que je me suis prescrit des choses moi-même.

Et alors comment vois-tu la suite de ton parcours de soin, notamment avec la place que tu pourrais donner à un médecin généraliste ?

Bah là je me voyais pas forcément dans les prochains temps chercher un médecin généraliste... pour l'instant je voyais pas la chose évoluer forcément. Je la voyais laisser comme ça et... ouais je sais pas.

Est-ce que là dans ta situation actuelle tu t'es défini une nouvelle limite à ne pas franchir selon ton évolution ?

Bah ne pas faire de nouvelles prescriptions et pas me prescrire autre chose. Ce sera ça surtout.

Et comment est-ce que tu vas faire pour tenir cette limite ?

Après je suis entourée et mes proches sont au courant donc je pense pas qu'ils me laisseraient de toute façon me represcrire certaines choses et... ouais j'y ai pas plus réfléchi pour l'instant mais j'ai pas... je sais pas... si vraiment ça va vraiment pas, j'irai voir quelqu'un.

Tout à l'heure tu évoquais certains avantages liés à l'autoprescription, quels inconvénients as-tu pu percevoir aussi ?

Bah on prend des risques quand y a personne qui nous dit en face euh bah non ça ça va pas, ça il faut diminuer ou augmenter, vous avez besoin de ci ou ça euh... c'est ça surtout. Après... ouais c'est surtout ça.

Du coup, concrètement quels risques il peut y avoir ?

Bah dans cette situation-là, il y a le risque de dépendance et que personne en face pose une limite ou mette un vrai protocole en place pour diminuer ou arrêter. Le fait que ça devienne trop simple finalement, une habitude... si on a un problème, on peut se prescrire les choses facilement.

Si je résume, tes principaux freins actuellement sont la distance et le fait que tu connais personnellement ton médecin traitant ainsi que l'accessibilité aux ordonnances ; est-ce qu'il y a d'autres freins qui pourraient empêcher les internes d'aller consulter ?

Bah ce sera aussi, comme pour les autres patients, sur le plan organisationnel, se prendre le temps, prendre un rendez-vous, se déplacer, aller chez quelqu'un en fonction des horaires de stage et les autres freins seraient de tomber sur quelqu'un qu'on connaît ou dans un cabinet où il y a un interne ou si on connaît quelqu'un qui est déjà passé là-bas... cette peur-là. Et peut-être aussi un peu la honte, parce que des fois pour certaines choses ça peut être compliqué d'aller chez le médecin et dire « moi aussi je suis du domaine médical et en fait j'ai besoin d'aide ».

Qu'est-ce qui te mettrait dans cette situation de honte que tu dis ?

Bah là typiquement c'est compliqué d'aller chez un médecin et dire là je vais pas bien...

Tu peux m'en dire un peu plus ?

Bah parce que normalement on est censé être là pour soigner donc on a du mal à se dire que des fois on a besoin nous aussi d'être soigné...

Pourquoi tu n'aurais pas droit toi aussi à être du côté patient ?

C'est difficile de répondre à cette question parce qu'on est tout le temps du côté médecin et... moi j'ai du mal à m'imaginer de l'autre côté mais pourquoi ? Euh... je me répète mais c'est parce qu'on aide les gens et du coup bah c'est difficile de se dire qu'on a besoin d'être aidé aussi.

Qu'est-ce qui est difficile à accepter là-dedans ?

(long temps de réflexion...) Ouais d'être de l'autre côté, d'avoir peur du jugement parce que nous on est de l'autre côté tout le temps, donc on sait comment ça se passe de l'autre côté et... ouais ça.

En étant du côté médecin, toi tu as déjà vu des situations où il y avait des jugements envers les patients ?

Moi ça m'arrive certaines fois avec les patients, j'espère que ça arrive à tout le monde mais... effectivement des fois on se dit mon dieu mais vraiment... enfin on reste empathique devant le patient voilà mais... forcément on est tous humain et tous dans notre tête on se dit mais vraiment il vient pour ça ? Surtout en ce moment avec les patients qui viennent pour des rhino...

En dehors des pathologies psy, est-ce qu'il y a d'autres situations médicales où tu penses que tu aurais géré toi-même ?

J'essaie de réfléchir... (*long temps de réflexion*) non pour le somatique je trouve que c'est plus simple d'y aller et de se prendre le temps et tout... non je pense pas que j'aurais une honte à me dire... après si ça pourrait arriver si maintenant j'avais peur de... imaginons que demain j'ai moins d'appétit, je perde du poids et que ça me traverse l'esprit, ah bah est-ce qu'il y aurait pas quelque chose de plus, un cancer ou un truc ? Peut-être qu'à ce moment-là j'aurais peur de me dire ah non mais en fait j'ai pas tellement de symptômes, j'ai rien d'autre, il va peut-être me prendre pour une folle ? Mais sinon pour le reste, sur le plan somatique c'est assez simple d'aller chez son médecin.

Et alors qu'est-ce qui fait que c'est plus simple que pour le côté psychologique ?

Bah pour le coup je pense que c'est parce que je le connais, qu'il est beaucoup plus âgé, que voilà...

Et si ça avait été un autre médecin lambda ?

Je sais pas... je sais pas si ça aurait été plus simple forcément. Ça dépend du lien que j'aurais avec cette personne, du feeling... mais comme ça je sais pas.

Comment on pourrait convaincre les internes d'aller à la rencontre de leur médecin, d'oser franchir le pas pour initier la relation de soin ?

Encore une fois... j'ai pas énormément d'idée là mais peut-être essayer de donner une liste de personnes qui ne sont pas trop en contact avec la fac, qui n'ont pas d'internes, et qui sont sur Strasbourg. Ou encore des témoignages de personnes qui se sont rendues compte qu'elles étaient allées trop loin dans l'autoprescription...

On sait qu'il y a beaucoup d'internes sujets au burn out ; comment pourrait-on prévenir ça pendant leur formation ?

Je pense déjà en nous sensibilisant, en nous disant que ça existe beaucoup plus que ce que l'on croit et... en ayant des groupes de parole on pourrait en discuter, plus que les tutorats.

Alors qu'est-ce que tu entends par groupe de parole ?

Euh... c'est difficile parce que je pense que c'est compliqué à... j'allais dire là des groupes avec des autres internes pour dire que voilà on est tous plus ou moins dans la même situation mais quand ça nous est déjà plus ou moins arrivé d'en faire en tutorat bah on s'est rendu compte que chacun racontait ce qui était plus ou moins positif et... personne parlait de ce qui était négatif. Mais oui je pense que libérer la parole chez les internes, entre internes... ça pourrait être une chose, mais comment la libérer ? Comment est-ce que moi j'aurais pu dire plus facilement en tutorat ou avec d'autres internes ah oui telle ou telle situation c'était plus compliqué ou ça j'ai un peu mal vécu... c'est en sentant que les autres sont plus ou moins dans la même situation mais c'est sûr que si tout le monde autour de nous dit ah bah moi j'ai vu un super cas, j'ai fait le diagnostic, j'ai mis le bon traitement... forcément ça va être compliqué de dire ah bah moi c'est tout l'inverse quoi. Mais je sais pas comment libérer la parole des internes ?

Et qui devrait animer ce groupe de parole que tu évoquais ?

Soit des internes, soit des médecins qui ont déjà fini leur cursus... ou alors des gens complètement neutres finalement, on sortirait du domaine médical... des gens par exemple formés à la psychologie si déjà... une psychologue mais oui pas forcément psychiatre, pas forcément infirmier, mais des psychologues ouais.

Et qu'est-ce que ça permettrait d'apporter ?

Bah peut-être que pour nous, ce serait plus facile de discuter que si c'était avec quelqu'un du monde médical. Et parce qu'ils sont formés probablement plus que certains médecins à animer des groupes ou à nous faire parler en tout cas.

Pourquoi ce serait plus facile que si c'était des médecins ?

Encore une fois ce jugement, la peur du jugement et... voilà.

Pourquoi tu penses qu'il y aurait moins de jugement avec des psychologues qu'avec des médecins ?

(long temps de réflexion...) J'ai l'impression que dans le monde médical on est très... euh... faut qu'on soit bon partout, que ça aille toujours bien et... donc y a peut-être certains médecins qui ne seraient pas sensibilisés à ça... qui... enfin on pourrait penser en tout cas qu'ils se disent ah bah oui c'est... ils se prennent la tête pour rien entre guillemets. Alors que si on prenait quelqu'un du domaine non médical, ils ont plus tendance à dire ah oui ça doit être difficile ce que vous faites ou ce genre de choses. Et puis on risque moins de recroiser la personne...

Depuis le début, tu évoques à plusieurs reprises la crainte de croiser des gens que tu connais, pourquoi cette crainte-là ?

Bah... moi je trouve ça plus simple... je sais pas pourquoi, mais je trouve ça plus simple d'aller chez un médecin qu'on connaît pas... parce que finalement si on recroise la personne notamment dans le cadre professionnel, on aura un peu mélangé le côté personnel avec pourquoi on est allé chez le médecin et le côté professionnel... même si c'est pas forcément le cas, mais la peur d'être un peu décredibilisée puis je pense que c'est bien que les choses professionnelles restent sur le plan professionnel et qu'on sépare bien les deux choses.

Tu évoquais la peur du jugement, on sait que c'est un frein hyper connu au suivi des soignants ; comment travailler avec les internes sur cette problématique ?

Bah je pense qu'au-delà de le faire juste lors d'une formation, c'est le répéter, le répéter régulièrement, que ce soit répété en stage, que les maîtres de stage soient sensibilisés et qu'on nous le dise vraiment régulièrement ; alors que là finalement on fait un peu comme les autres. On voit nos seniors qui se prescrivent des choses d'eux-mêmes donc on fait pareil. Alors que si eux étaient sensibilisés et nous disaient « attention, faites-vous suivre », ce serait peut-être plus simple aussi.

Et alors à partir de quand faudrait répéter ça ?

Ah bah dès le début des études de médecine, je pense. Notamment, à partir de l'externat je trouve.

Et qui devraient le dire ?

Qu'on nous le dise en stage, ça je pense que ça peut être une bonne chose si c'est les médecins qui nous le disent parce que justement là on pourrait vraiment s'identifier à eux et se dire bah... Effectivement c'est pas bête et c'est quelqu'un qui est dans la même situation qui le dit, donc faut vraiment que je fasse attention. Ouais en stage et lors des formations et des cours.

En stage, concrètement comment tu verrais ça ?

Bah... si déjà on nous dit « est-ce que ça va en ce moment ? » « est-ce que tu vois ton médecin régulièrement ? » « c'est quand la dernière fois que tu l'as vu ? ».

Et qui dans le stage devrait te demander ça ?

Bah les séniors.

Tout à l'heure tu disais dès l'externat, pourquoi sensibiliser aussi tôt ?

Bah parce que je pense que plus on commence tôt, plus ce sera intégré chez les étudiants. Alors que si commence qu'à l'internat... à l'externat c'est moins fréquent mais si on veut on peut aussi avoir accès à des ordonnances donc... notamment à l'hôpital, les tiroirs sont plein d'ordonnances, donc si vraiment on a envie on peut toujours prendre une ordonnance et noter quelque chose dessus, donc je pense que c'est important dès l'externat.

Tout à l'heure tu évoquais les témoignages, est-ce que tu as un exemple que tu aimerais entendre ?

Euh... bah j'ai une amie... bon finalement elle m'en a parlé et ça n'a rien changé mais... peut-être que si je la connaissais pas et que ça avait été dans le cadre d'une formation ça aurait peut-être changé les choses... mais qui a renouvelé l'ordonnance d'antidépresseur et de benzo pendant plusieurs mois avant de revoir son médecin et je pense que elle effectivement, si elle témoignait, elle disait... effectivement à un moment donné ça allait pas et j'avais plus envie de voir quelqu'un du coup je me suis prescrit les choses moi-même mais finalement ça n'a pas changé les choses, au final j'allais pas mieux... peut-être que ce genre de témoignages ça peut chez certaines personnes... que les personnes se rendent compte qu'effectivement c'est peut-être pas mal d'aller voir quelqu'un plutôt que de se prescrire des choses soi-même.

Plus tôt, tu disais aussi que le fait de devoir dire que tu étais médecin pouvait freiner le fait d'aller consulter ; qu'est-ce qui pourrait te permettre de te considérer comme un patient lambda ?

De pas avoir fait médecine (*rires*) ! A part ça euh... aller voir quelqu'un et ne pas dire quelle profession on fait.

Et en quoi ça te freine de le dire ?

C'est bête et idiot mais intérieurement je me sens pas légitime d'avoir la place d'un patient alors que je suis de l'autre côté habituellement et que c'est difficile de parler alors que d'habitude on a plus la position d'écoute et d'empathie, d'essayer de trouver des solutions et c'est difficile en fait pour la même personne d'être de l'autre côté.

Et comment est-ce qu'on pourrait te rendre cette légitimité ?

(rires) Euh... en répétant qu'il faut qu'on se fasse suivre aussi, qu'il faut qu'on fasse attention à nous, que... moi j'ai pas vu énormément d'internes ou de médecins qui venaient nous voir ; en SASPAS, je vois pas trop d'internes ou médecins...

Qui te consultent toi tu veux dire ?

Ouais... du coup... c'est pas habituel... donc on a aussi du mal à se mettre dans cette position-là. Si tout le monde le faisait, ce serait peut-être plus simple.

Et est-ce qu'il y a une attitude particulière de la part du médecin qui reçoit qui devrait être mis en valeur pour faciliter au médecin-patient d'aller consulter ?

Bah peut-être avoir encore plus d'empathie... euh... discuter dès la première consultation que bah le patient et le médecin sont du monde médical donc que si y a des examens complémentaires, des traitements, des choses à faire, que les deux pourraient en discuter, donner leur avis comme deux confrères, se sentir plus libre d'en discuter. Voilà que effectivement le médecin dise vraiment je suis pas là pour juger, on a tous les deux les mêmes connaissances donc on peut en discuter ensemble, qu'il y ait une sorte d'équilibre entre le patient médecin et le médecin.

Tu évoques à plusieurs reprises le mot « empathie » ; qu'est-ce que tu entends par là ?

Beaucoup d'écoute... euh... que la personne prenne le temps, de compréhension... ouais surtout ça, beaucoup d'écoute et qu'ils prennent le temps.

Durant les précédents entretiens, c'est pas mal ressortir cette notion qu'il y avait aussi un travail à faire avec les médecins qui reçoivent d'autres médecins ; comment tu verrais ça ?

Pour être plus formés ? Ouais y aurait un travail parce que moi quand j'ai déjà eu... j'avais un interne une fois qui avait passé l'ECN en France et qui finalement est allé en Allemagne parce qu'il a pas eu son classement et... effectivement, c'est difficile en face de se dire mais il vient consulter mais... qu'est-ce qu'il cherche ? Est-ce qu'il cherche une connaissance médicale en plus ? Est-ce qu'il cherche de l'écoute ? Est-ce qu'il cherche à être suivi comme n'importe quel autre patient ? Et des fois on se dit mais est-ce que moi je suis légitime de lui donner les connaissances alors que finalement il les a... on a les mêmes connaissances donc... oui je pense qu'il y aurait un travail à faire dessus. Tu vas me demander lequel (rires) ? Je sais pas... qu'à travers une formation ou un congrès ou je sais pas, mais qu'on dise que finalement si le médecin patient vient voir le médecin, c'est qu'on doit le considérer

comme un patient et voilà. Mais effectivement je pense qu'en face c'est difficile de se sentir légitime, de se dire qu'on a les mêmes connaissances, donc qu'est-ce que je vais apporter à la personne ?

Pour toi personnellement, le médecin traitant idéal, comment tu le vois ?

Alors que ce soit quelqu'un de jeune, quelques années de plus que moi, à l'écoute, qu'il prenne le temps pour ses patients, accessible, qu'on puisse le voir assez facilement... qui habite pas trop loin de chez moi. Encore une fois, quelqu'un que je connais pas... ce serait ça surtout les critères importants si je devais choisir quelqu'un.

Et si demain tu entends parler de ce médecin idéal que tu décris, est-ce que tu penses que pour autant tu franchirais le pas d'aller le voir ?

Honnêtement, je suis pas sûre. Euh... ça dépend comment on m'en a parlé, ça dépend qui m'en a parlé. Si c'est des amis qui vont le voir bah effectivement pourquoi pas... euh oui ça dépend du contexte.

Qu'est-ce qui fait que si c'est des amis qui vont le voir tu iras peut-être plus facilement ?

Parce que mes amis me connaissent et ils savent qu'est-ce qui pourrait ou non me correspondre. Ils pourraient reconnaître aussi les moments où j'aurais besoin d'aller voir un médecin généraliste ou pas.

Dans d'autres entretiens, certains proposent même d'apprendre à choisir son médecin ; qu'en penses-tu ? Comment faire ?

Je sais pas, je pense qu'on est tous différent et qu'on a tous des critères différents et que on a vu déjà différents types de pratique médicale dans nos stages pour qu'on arrive à savoir ce que nous on aimerait avoir à la place du patient... euh... je pense pas forcément apprendre à choisir son médecin selon des critères mais apprendre à comment le trouver en réalité. C'est-à-dire que moi je pense savoir ce que j'aimerai et surtout ce que j'aimerai pas mais comment je le trouve à part le bouche à oreille ? Parce qu'à part le bouche à oreille, Internet... y a les avis de certains patients mais bon on sait tous que on peut pas toujours s'y fier et... ouais voilà apprendre comment le trouver peut-être.

Pour revenir sur l'image du médecin-malade, qu'est-ce que ça t'évoque un médecin qui a recours aux soins ?

Si j'en entends parler comme ça je me dirai que c'est une bonne chose, qu'il a réussi à franchir le cap et que il a réussi à se mettre dans la position du patient et que tout ça c'est une bonne chose.

Et à ton avis, qu'est-ce qui a pu l'aider à franchir ce cap-là ?

Euh je pense s'il est suivi pour une pathologie chronique, s'il a besoin d'aide ou de choses qu'il peut pas se prescrire lui-même, notamment des examens complémentaires faut toujours qu'il y ait le médecin traitant qui fasse les lettres, le point central entre toutes les infos. Ou si c'est quelque chose de... enfin un truc un peu plus grave entre guillemets comme une pathologie cancéreuse ou voilà.

Tout à l'heure tu évoquais aussi l'image du médecin qui doit tout maîtriser et qui doit tout gérer un peu à l'image d'un médecin tout puissant ; comment est-ce qu'on pourrait travailler sur cette représentation qu'on peut avoir de soi-même et du métier qu'on fait ?

Ça j'ai l'impression que ça commence un peu à rentrer dans les meurs... qu'on nous dit... enfin moi j'ai plein de stage où mes maîtres de stage me disent ah bah non en fait on sait pas tout, des fois il faut aussi chercher et c'est pas parce qu'il faut qu'on cherche qu'on est nul ou... mais... je pense que c'est quand même la représentation qu'on a parfois du médecin et que les patients aussi nous donnent, qu'on sait tout et que on doit savoir répondre à tout ou presque tout. Je sais pas si ça répond à ta question.

Alors c'était plus dans le sens où comme il y a cette image du médecin qui doit tout gérer, c'est une difficulté en plus pour se mettre dans la peau du patient et se considérer soi-même patient. Et en gros, comment travailler avec les internes pour se détacher de cette image du médecin tout puissant et que même si on est médecin, on a aussi le droit d'être malade et de consulter.

Euh peut-être en donnant des exemples de choses qui sont compliquées à faire par soi-même. Comme ça va être compliqué de consulter un spécialiste avec une lettre qu'on a signée nous-mêmes. Euh... et encore en parlant, en répétant les choses...

Pour toi du coup, c'est vraiment la parole qui peut lever ces freins ?

Ouais...

Alors ce qui freine aussi les internes à consulter, ce sont les angoisses liées aux soins, la peur de certains diagnostics et de certaines prises en charge qui en découleront derrière ; comment là encore aider les internes à aller au-delà de ces craintes ?

(long temps de réflexion...) J'essaie d'imaginer ce que ça pourrait être comme formation...

Alors c'est vraiment une formation au sens large... comme tout à l'heure où tu évoquais que les seniors avaient aussi un rôle à jouer... c'est vraiment une sensibilisation au sens large, pas qu'une formation théorique comme on peut avoir sur Katla par exemple.

Bah justement en parlant de Katla, j'avais fait une formation sur la santé mentale des patients... je sais plus exactement le nom... et y avait une patiente bipolaire qui est venue et qui nous a présenté sa pathologie tout en parlant d'elle et moi c'est quelque chose qui m'a touchée. Je me suis dit bah tiens j'avais jamais vu forcément de patients bipolaires en stage, et j'ai mieux compris en voyant la patiente et... moi je pense que c'est comme ça que je fonctionne, quand y a des personnes qui ont vécu la même chose et qui me disent ouais moi j'ai vécu ça, c'est pas ce qu'il faut faire... euh ça peut peut-être changer les choses. Et que ce soit à travers une formation à la fac ou ailleurs finalement mais je pense que c'est ça ouais qui pourrait changer les choses.

Et c'est quoi qui entraîne ton déclic à ce moment-là ?

Euh... bah dans le sens où quand la personne raconte son histoire, que je me dise bah non moi j'ai pas envie qu'il y ait la même finalité donc faut que je consulte.

Quelle finalité par exemple ?

Bah par exemple, si on prend quelque chose de somatique, je sais pas moi si quelqu'un raconte qu'il a eu des symptômes qui l'ont pas forcément inquiété, j'ai pas tellement d'exemples en tête mais... et qu'il se serait prescrit lui-même quelque chose en rapport et que derrière y aurait pu y avoir un retard diagnostic... et que justement si il avait consulté quelqu'un, bah y aurait pas forcément eu de retard diagnostic, peut-être que le fait de consulter quelqu'un qui... qui élargit un peu plus les champs et... qui va tout reprendre depuis le début... ça peut éviter un retard diagnostic pour certaines choses.

Donc si j'entends bien, pour toi, le levier essentiel à tous ces freins, ce sont les témoignages ?

Ouais je pense. Il peut y avoir autre chose, mais comme ça, ça me vient pas.

Je te pose quand même la question, mais est-ce que tu aurais d'autres moyens de sensibilisation ?

Euh si j'ai une idée. Euh... mais ça c'est plus pour la question d'avant quand tu disais comment apprendre aux médecins à avoir des médecins-patients... peut-être faire des jeux de rôle pour se rendre compte ah bah là je me suis sentie jugée, là pas du tout, là t'as été vachement empathique, des choses comme ça. Des jeux de rôle entre médecins.

Et ce serait quoi du coup la finalité des jeux de rôle ?

Que... euh... bah comme on disait tout à l'heure, apprendre aux médecins à soigner des médecins. Mais je pense que ça peut aider dans l'autre sens aussi.

C'est-à-dire ?

Bah peut-être que dans les jeux de rôle, on se rendrait compte que y a pas forcément de jugement en face.

D'accord, d'autres moyens de sensibilisation ?

Euh non je vois pas.

Les jeux de rôle, qui devrait les animer ?

Euh... bah je pense d'autres médecins... des gens qui sont sensibilisés au sujet, sans forcément appartenir à la fac.

On va terminer tout doucement. On a pas mal évoqué la santé mentale mais on n'a moins parlé des addictions ; on sait qu'il s'agit aussi d'un sujet assez délicat chez les médecins ; comment pourrait-on les aider à consulter et à se faire aider dans ces situations-là ?

Euh je pense qu'il faudrait un endroit... ou une sorte de plateforme téléphonique ou quelque chose de... de surtout anonyme, ça serait important.

Et comment les aider à franchir ce cap de la consultation ?

(long temps de réflexion) Que ce soit quelqu'un qui voit que des addictions... euh... après c'est déjà difficile chez les patients quand on parle des addictions, du coup effectivement les médecins, je pense que c'est d'autant plus difficile.

C'est quoi qui est difficile avec les autres patients ?

Bah ils se rendent pas forcément compte de leur consommation et du coup ils ont pas forcément envie de se faire aider parce qu'ils en ressentent pas le besoin.

Donc ça c'est ceux qui sont dans le déni. Mais pour ceux qui ont le souhait de faire un sevrage ou d'être accompagné pour entamer une décroissance mais n'arrivent pas à franchir le cap du fait de leurs statut ; comment les aider eux spécifiquement ?

Bah justement les orienter vers quelqu'un qui fait que ça... le répéter assez régulièrement, les sensibiliser aux addictions, que si y a des addictions faut aller voir quelqu'un et leur donner des noms. Mais à part ça, je sais pas.

Si on résume tout ce qu'on vient de dire, notamment sur la prise en charge de la santé mentale des internes ; quelle serait la sensibilisation idéale pour aider les internes à aller consulter et à se faire aider ?

Euh bah de nous en parler beaucoup plus, de nous dire que ça existe, que ça arrive à tout le monde, qu'on n'est pas les seuls... donner un numéro de téléphone ou un endroit où on peut aller... peut-être plus développer les choses en médecine du travail ou... ouais de nous donner des noms de personne qu'on peut consulter facilement et qui ont l'habitude de voir des internes.

Et de façon plus générale, par rapport à la santé physique ?

Bah insister sur le fait qu'on ait un médecin traitant proche de l'endroit où on habite, insister sur ce fait-là et... que on se rende compte que nos maîtres de stage ont un médecin traitant chez qui ils vont.

Je te remercie, as-tu d'autres choses à ajouter ?

Non.

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation mondiale de la Santé. Constitution. [En ligne]. Juil 1946 [consulté le 24 oct 2021]. Disponible : <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
2. Chayet D. Un médecin français sur deux est en burn-out. Le Figaro santé [en ligne]. 8 Sept 2019 [consulté le 24 Jan 2021]. Disponible : [Un médecin français sur deux est en burn-out \(lefigaro.fr\)](https://www.lefigaro.fr/santite/2019/09/08/un-medecin-francais-sur-deux-est-en-burn-out-20190908)
3. Iribarnegaray L. Chez les étudiants en médecine, le tabou des suicides. Le Monde [en ligne]. 12 Jan 2021 [consulté le 24 Jan 2021]. Disponible : [Chez les étudiants en médecine, le tabou des suicides \(lemonde.fr\)](https://www.lemonde.fr/santite/article/2021/01/12/chez-les-etudiants-en-medecine-le-tabou-des-suicides_6057112_1884438.html)
4. Prigent A. Pourquoi les médecins se soignent-ils si mal ? Le Figaro santé [en ligne]. 20 Avr 2017 [consulté le 24 Jan 2021]. Disponible : [Pourquoi les médecins se soignent-ils si mal? \(lefigaro.fr\)](https://www.lefigaro.fr/santite/2017/04/20/pourquoi-les-medecins-se-soignent-ils-si-mal-20170420)
5. Le Figaro Santé. Les médecins négligent leur santé. Le Figaro santé [en ligne]. 4 Fev 2009 [consulté le 24 Jan 2021]. Disponible : [Les médecins négligent leur santé \(lefigaro.fr\)](https://www.lefigaro.fr/santite/2009/02/04/les-medecins-negligent-leur-sante-20090204)
6. Andrieu S. La santé des médecins généralistes : Enquête réalisée auprès de 220 médecins généralistes de l'Aveyron. Thèse de médecine. Université Toulouse III ; 2018.
7. Mousnier-Lompre C. Problématiques de santé et suivi médical des internes en médecine générale de la Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie. Thèse de médecine. Université Paris VI ; 2015.
8. Delahaye V. Comment les internes picards prennent-ils en charge leur santé en termes de prévention, de dépistage et d'automédication ? Thèse de médecine. Université de Picardie ; 2015.
9. Ministère des solidarités et de la santé. L'obligation vaccinale. [En ligne]. 18 Août 2021 [consulté le 24 Oct 2021]. Disponible : <https://solidarites-sante.gouv.fr/grands-dossiers/vaccin-covid-19/je-suis-un-professionnel-de-sante-du-medico-social-et-du-social/obligation-vaccinale#:~:text=Depuis%201991%2C%20toute%20personne%20expos%C3%A9e,L3111%2D4%20du%20Code%20de>
10. Gillard L. La santé des généralistes. Thèse de médecine. Ile de France ; 2006.
11. Bochinger F. La santé des médecins : spécificités et bilan des dispositifs d'aide existants : Enquête sur les besoins et attentes des médecins libéraux d'Alsace. Thèse de médecine. Université de Strasbourg ; 2016.
12. Schreck C. Comment les internes de Rennes prennent-ils en charge leur santé, sur le plan préventif, physique et psychique. Thèse de médecine. Université de Rennes ; 2013.

13. Gallice L. La santé des médecins généralistes libéraux français : à partir d'une étude de la littérature de 2003 à 2013. Thèse de médecine. Université de Toulouse III ; 2014.
14. Labeille G. Etude de l'autoprescription médicamenteuse chez les médecins généralistes de Rhône-Alpes. Thèse de médecine. Université de Lyon ; 2013.
15. ISNAR-IMG, ANEMF, ISNCCA, ISNI. Enquête santé mentale jeunes médecins. [En ligne]. 13 Juin 2017 [consulté le 3 Fév 2021]. Disponible : <https://isni.fr/wp-content/uploads/2020/02/enquetesantementale.pdf>
16. Nouger F. Les médecins généralistes et leur santé, ou « Docteur, comment prenez-vous en charge votre santé ? » : Enquête sur les médecins généralistes libéraux installés dans le département de Vienne. Thèse de médecine. Université de Poitiers ; 2004.
17. CDOM de l'Eure et Seine-Maritime. Enquête sur la santé des médecins libéraux de Haute-Normandie. [En ligne]. Déc 2018 [consulté le 4 Fév 2021]. Disponible : [Résultats de l'enquête MLHN \(apima.org\)](#)
18. Mouries R, Galam E. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives. [En ligne]. Juin 2007 [consulté le 4 Fév 2021]. Disponible : https://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf
19. Sauvegrain L. Enquête sur la santé et les besoins en santé des médecins libéraux de Loire-Atlantique. Thèse de médecine. Université de Nantes ; 2016.
20. Le Tourneur A, Komly V. Burn out des internes en médecine générale : état des lieux et perspectives en France métropolitaine. Thèse de médecine. Université Joseph Fourier – Grenoble ; 2011.
21. Suty R. Attitude des médecins généralistes envers leur propre santé : Enquête menée auprès de 530 médecins libéraux du département de Meurthe-et-Moselle. Thèse de Médecine. Université Henri Poincaré – Nancy ; 2006.
22. Mourgues JM, Le Breton-Lerouvillois G. La santé des étudiants et jeunes médecins. Commissions jeunes médecins – section santé publique et démographie médicale. [En ligne]. 2016 [consulté le 4 Fév 2021]. Disponible : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1u012ze/sante_et_jeunes_medecins.pdf
23. Ministère des solidarités et de la santé. Dis doc, t'as ton doc ? Une campagne pour prendre soin de ceux qui soignent. [En ligne]. Avr 2017 [consulté le 4 Fév 2021]. Disponible : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/dis-doc-t-as-ton-doc-une-campagne-pour-prendre-soin-de-ceux-qui-soignent>

24. Gogny-Delbrouque C. Ressenti des internes de médecine générale concernant la prise en charge de leur santé : Etude qualitative auprès d'internes de médecine générale. Thèse de médecine. Université de Lille ; 2018.
25. Machuelle L. Comment les médecins généralistes du Nord-Pas-De-Calais prennent-ils en charge leurs problèmes de santé ? Thèse de médecine. Université de Lille ; 2015.
26. Bouet P, Moral J. La santé des médecins : un enjeu majeur de santé publique. Conseil National de l'Ordre des Médecins. [En ligne]. 2018 [consulté le 26 Fév 2021]. Disponible : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cnom-sante_medecins-2017.pdf
27. Linant M. Evaluation des besoins de suivi médical des internes de médecine générale de la faculté de Rouen. Thèse de médecine. Université de Rouen ; 2018.
28. Félix-Vecchio L. Auto-suivi des médecins généralistes : ressenti et propositions d'amélioration : Etude qualitative auprès de médecins généralistes haut-normands. Thèse de médecine. Université de Rouen ; 2018.
29. Gangloff B. Le bien-être psychologique des médecins généralistes : Une étude qualitative auprès de médecins généralistes alsaciens et mosellans. Thèse de médecine. Université de Strasbourg ; 2015.
30. Melamed S, Ugarten U, Shirom A, Kahana L, Lerman Y, Fromm P. Chronic burnout, somatic arousal and elevated salivary cortisol levels. *Journal of Psychosomatic Research*. Juin 1999;46(6):591-8.
31. Melamed S, Shirom A, Toker S, Berliner S, Shapira I. Burnout and risk of cardiovascular disease : evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychological Bulletin* [En ligne]. Mai 2006 [Consulté le 4 Avr 2021]. Disponible : <https://content.apa.org/record/2006-06233-001>
32. Galam E. Burn out des médecins libéraux 3^e partie : des conséquences pour le médecin, mais aussi pour ses patients. [En ligne]. Jan 2008 [consulté le 24 Jan 2021]. Disponible : [http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3375_Medecine_\[1\]..Burnout3.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3375_Medecine_[1]..Burnout3.pdf)
33. Laine M, Picquendar G. Burnout des médecins, le point de vue des patients : Une étude qualitative. Mémoire de fin de DIU. Universités Toulouse III et Paris VII ; 2018.
34. Béguin F. Près de 3,8 millions de Français vivent dans un désert médical. *Le Monde*. [En ligne] 14 Fév 2020 [consulté le 3 mar 2021]. Disponible : https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/02/14/pres-de-3-8-millions-de-francais-vivent-dans-un-desert-medical_6029632_3224.html
35. Barbarin B. Syndrome d'épuisement professionnel des soignants chez les internes de médecine générale. Thèse de médecine. Université de Nantes ; 2008.

36. CARMF. De quelles affections souffrent les médecins bénéficiaires du régime invalidité-décès ? [En ligne]. Avr 2020 [consulté le 3 Mar 2021]. Disponible : <http://www.carmf.fr/page.php?page=chiffrescles/stats/2020/nature-affections.htm>
37. Pesci A. L'interne et sa santé : Etude qualitative auprès d'internes de médecine générale de la subdivision de Lyon. Thèse de médecine. Université Claude Bernard – Lyon 1 ; 2018.
38. Aubin-Auberger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008 ; 84 :142-5
39. Frappé P. Initiation à la recherche. Paris : Global Media Santé ; 2011, 214p
40. Le Texier CA. Comparaison entre des médecins autofictionnels dans la littérature d'hier et d'aujourd'hui, et des médecins dans la vraie vie en 2019 : Etude qualitative basée sur une recherche narrative avec analyse de contenu et des entretiens individuels semi-directifs avec 10 médecins en Région Auvergne. Thèse de médecine. Université Clermont Auvergne ; 2019.
41. Chuang I. L'évolution et la dynamique des connaissances médicales : Comment pouvons-nous répondre aux besoins en connaissances médicales des médecins dans un monde où la recherche et les avancées scientifiques évoluent sans cesse ? Elsevier. [En ligne]. 15 Avr 2021 [consulté le 18 Sept 2021]. Disponible : <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/e-sante/levolution-et-la-dynamique-des-connaissances-medicales>
42. Bawedin E. Se soigner par soi-même à l'ère moderne. Thèse de Philosophie. Université de Bourgogne ; 2013.
43. Vignerat B. Puissance et faiblesse des soignants : mythe ou réalité ? Mémoire de DU d'éthique médicale et de pratique des soins. [En ligne]. Mai 2014 [consulté le 18 Sept 2021]. Disponible : https://www.espace-ethique-poitoucharentes.org/obj/original_151932-puissance-et-faiblesse-des-soignants-mythe-ou-realite.pdf
44. République française. Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. [En ligne]. Journal Officiel, n°0190 du 17 août 2004 [consulté le 5 Oct 2021]. Disponible : [LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie \(1\) - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2004/8/13/2004_810_1_1)
45. L'Assurance Maladie. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés. [En ligne]. Sept 2021 [consulté le 5 Oct 2021]. Disponible : [Médecin traitant et parcours de soins coordonnés | ameli.fr | Assuré](https://www.ameli.fr/assure/actualites/le-medecin-traitant-et-le-parcours-de-soins-coordonnes)
46. Toledano A. L'importance de la confiance en Médecine ? Humanisme et Médecine, Recherche Innovation. [En ligne]. Déc 2019 [consulté le 5 Oct 2021]. Disponible : [L'importance de la confiance en Médecine ? Ecoute et relation de confiance \(institut-rafael.fr\)](https://www.institut-rafael.fr/actualites/l-importance-de-la-confiance-en-medecine)
47. Santin A. La relation de soin : une question de confiance ? Espace éthique région Ile de France. [En ligne]. Mai 2009 [consulté le 5 Oct 2021]. Disponible : [La relation de soin : une question de confiance ? | editorial | Espace éthique/Ile-de-France \(espace-ethique.org\)](https://www.espace-ethique.org/actualites/la-relation-de-soin-une-question-de-confiance)

48. Galam E, Soulat JM. Se former à aider, accompagner et prendre en charge un soignant pour lui permettre de concilier projet personnel de santé et de vie, et exercice professionnel. DIU soigner les soignants. Universités Toulouse III et Paris VII ; 2015.
49. Ministère des solidarités et de la santé. Une stratégie pour « Prendre soin de ceux qui soignent ». [En ligne]. Août 2018 [consulté le 6 Oct 2021]. Disponible : [Une stratégie nationale pour "Prendre soin de ceux qui soignent" - Ministère des Solidarités et de la Santé \(solidarites-sante.gouv.fr\)](https://solidarites-sante.gouv.fr)
50. Catala I. Cinq ans de DIU soigner les Soignants : quel bilan ? Le quotidien du médecin. 30 Juin 2020 ; Santé
51. Marra D. Rapport sur la Qualité de vie des étudiants en santé. [En ligne]. 3 Avr 2018 [consulté le 26 Fév 2021]. Disponible : https://cncem.fr/sites/default/files/documents_en_ligne/180403_-_rapport_dr_donata_mara.pdf
52. 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. [En ligne]. Mar 2017 [consulté le 26 Fév 2021]. Disponible : [strategie_qvt_2017.pdf \(solidarites-sante.gouv.fr\)](https://solidarites-sante.gouv.fr/strategie_qvt_2017.pdf)
53. Australian Medical Association. Health and wellbeing of doctors and medical students 2020. [En ligne]. Juil 2020 [consulté le 6 Oct 2021]. Disponible : <https://www.ama.com.au/position-statement/health-and-wellbeing-doctors-and-medical-students-2020>
54. Conseil national de l'Ordre des médecins. Article R.4127-8 du code de la santé publique. [En ligne]. Edition Fév 2021 [consulté le 6 Oct 2021]. Disponible : [codedeont.pdf \(conseil-national.medecin.fr\)](https://conseil-national.medecin.fr/codedeont.pdf)
55. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Code de déontologie des médecins. Québec. [En ligne]. Edition avr 2021 [consulté le 6 Oct 2021]. Disponible : [M-9, r. 17 - Code de déontologie des médecins \(gouv.qc.ca\)](https://gouv.qc.ca/m-9_r_17-code-de-deontologie-des-medecins)
56. Ducloy M. Etat des lieux sur l'autoprescription par les internes Réunionnais au premier trimestre 2017. Thèse de médecine. Université de la Réunion ; 2017.
57. Pierres A. Pourquoi les internes ont-ils recours à l'auto-prescription médicamenteuse ? Enquête auprès des internes de la Faculté de médecine de l'Université d'Aix-Marseille. Thèse de médecine. Université Aix-Marseille ; 2018.
58. Eydaleine C. La représentation de l'empathie pour les internes de médecine générale. Thèse de médecine. Université Paris Descartes ; 2014.
59. Dekens M. Prendre soin de soi pour prendre soin de l'autre : une proposition d'accompagnement de médecins dans une structure d'entraide. Mémoire de DIU soigner les soignants. Universités Toulouse III et Paris VII ; 2016.

60. Ydema A, Valli A. Etude qualitative sur le ressenti des médecins généralistes de Haute-Savoie face à leur rôle et à leur place dans le parcours de soins en santé mentale. Thèse de médecine. Université Grenoble Alpes ; 2019.
61. Ministère des solidarités et de la santé. Santé mentale et psychiatrie : Agnès Buzyn présente sa feuille de route pour changer le regard sur la santé mentale et les personnes atteintes de troubles psychiques. [En ligne]. Juin 2018 (consulté le 6 Oct 2021). Disponible : [Santé mentale et psychiatrie : Agnès Buzyn présente sa feuille de route pour changer le regard sur la santé mentale et les personnes atteintes de troubles psychiques - Ministère des Solidarités et de la Santé \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#)
62. Suter P, Louis-Courvoisier M. Sciences humaines et médecine : une alliance féconde. InFormation/med. [En ligne]. 2008 [consulté le 7 Oct 2021]. Disponible : https://www.revmed.ch/view/586146/4628494/RMS_idPAS_D_ISBN_pu2008-16s_sa09_art09.pdf
63. Statistics Canada. Psychologie médicale/de la santé. [En ligne]. 2016 [consulté le 7 Oct 2021]. Disponible : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3VD_f.pl?Function=getVD&TVD=299355&CVD=298963&CPV=42.2810&CST=01012016&MLV=3&CLV=3
64. Le Nevé S. Etudes de médecine : plus de sciences sociales pour une meilleure compréhension de l'humain. Le Monde. [En ligne]. 22 Sept 2020 [consulté le 7 Oct 2021]. Disponible : [Etudes de médecine : plus de sciences sociales pour une meilleure compréhension de l'humain \(lemonde.fr\)](#)
65. Louis-Courvoisier M. Pertinence des sciences humaines et sociales en médecine. Pédagogie Médicale. [En ligne]. 2015 ; 16(1) : 5-8 [consulté le 7 Oct 2021]. Disponible : <https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/pdf/2015/01/pmed150026.pdf>
66. Phaneuf M. Mécanismes d'adaptation et de défense chez le malade cancéreux. [En ligne]. 2005 [consulté le 8 Oct 2021]. Disponible : [Mécanismes d'adaptation et de défense chez le malade cancéreux \(prendresoins.org\)](#)
67. Bourgeois G. La formation des étudiants en médecine à la psychologie médicale : une expérience nancéenne utilisant la simulation. Thèse de médecine. Université de Lorraine ; 2017.
68. République française. Code du travail. Article L4622-2. [En ligne]. Déc 2017 [consulté le 7 Oct 2021]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006189752/>
69. Lieurade C. Connaissance des moyens de prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel des internes en médecine générale : Enquête chez les internes toulousains. Thèse de médecine. Université Toulouse III ; 2014.

70. Conseil national de l'Ordre des médecins. L'entraide. [En ligne]. Mar 2019 [consulté le 8 Oct 2021]. Disponible : [L'entraide confraternelle de l'Ordre des médecins \(conseil-national.medecin.fr\)](http://conseil-national.medecin.fr)
71. Conseil départemental de Moselle de l'Ordre des médecins. ARENE. Epuisement professionnel, addiction, besoin d'aide ? Un numéro vert pour soutenir les médecins. [En ligne]. 2017 [Consulté le 8 Oct 2021]. Disponible : [ARENE : Association Régionale d'Entraide du Nord Est | Conseil départemental de Moselle de l'Ordre des médecins](http://www.arenemo.fr)
72. Action sociale. Bureau d'aide psychologique universitaire. [En ligne]. 2009 [consulté le 8 Oct 2021]. Disponible : [Bureau d'aide psychologique universitaire \(BAPU\) : Tous les établissements de type Bureau d'aide psychologique universitaire \(BAPU\) \(action-sociale.org\)](http://www.action-sociale.org)
73. République française. Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine. [En ligne] JORF n°0089 du 14 avril 2017 [consulté le 7 Oct 2021]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034419758/>
74. Aelbrecht B. Evolution de l'état de santé des étudiants en Médecine de Lille entre MED-3 et MED-6 : Etude de l'accès au soin et de la manière de se soigner. Thèse de médecine. Université Lille 2 ; 2017.
75. Le soignant malade [Vidéo en ligne]. TutoTour Des Soignants : Youtube ; 19 Avr 2021 [consulté le 10 Oct 2021]. [4 min 20s]. Disponible : [Le Soignant Malade - YouTube](https://www.youtube.com/watch?v=...)
76. Le Nervé S. Une enquête alerte sur la santé mentale des étudiants et internes en médecine. Le Monde. [En ligne]. 28 Oct 2021 [consulté le 29 Oct 2021]. Disponible : https://www.lemonde.fr/societe/article/2021/10/28/alerte-sur-la-sante-mentale-des-etudiants-en-medecine_6100182_3224.html



DECLARATION SUR L'HONNEUR

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : AVRIAL

Prénom : Charlène

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

A Strasbourg, le 8/11/2021

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de thèse.

RESUME :

En France, la plupart des médecins n'ont pas de médecin traitant et recourent fréquemment à l'autoprescription lorsqu'ils sont confrontés à un problème de santé voire négligent ce dernier. Cette attitude, favorisée par le fait qu'ils ont des difficultés à se considérer comme patient, craignent d'être jugés par leurs confrères ou parce qu'ils sont dans le déni de la maladie, entraîne des répercussions sur leur vie personnelle et professionnelle ainsi que sur l'ensemble du système de soins.

A travers cette étude qualitative, les solutions qui pourraient être mises en place pour sensibiliser les jeunes médecins à avoir un suivi médical ont été explorées.

L'analyse des données a mis en évidence plusieurs thématiques comme la reconsidération du statut de médecin, l'impact que peut avoir leur santé sur celle de leurs patients ou encore les dangers liés à l'autoprescription. Celles-ci devraient être abordées à travers des témoignages, des mises en situation ou encore des débats philosophiques, durant l'internat et idéalement dès les premières années d'étude, afin d'ancrer dans les mentalités la nécessité d'avoir un suivi médical réalisé par un médecin autre que soi-même.

Rubrique de classement : Médecine générale

Mots-clés : santé, internes, prévention, suivi médical

Président : Professeur Maria Gonzalez**Assesseurs :** Docteur Philippe Guillou, Docteur Vincent Dupré

Adresse de l'auteur : 92 rue des capucins, 67200 Strasbourg