

# THÈSE

## POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement  
par

**Rachel CAUSLEY et Antoine DENIS**

Le 18 Mars 2025

**Les médecins généralistes, des cordonniers pas si mal chaussés ?  
Étude qualitative de la santé somatique chez les médecins généralistes de  
plus de 50 ans en Haute-Garonne**

Directrices de thèse : Dr Florence LACHAUX et Dr Isabelle CISAMOLO

**JURY :**

**Madame le Professeur Julie DUPOUY**

**Président**

**Madame le Docteur Florence DURRIEU**

**Assesseur**

**Madame le Docteur Florence LACHAUX**

**Assesseur**

**FACULTÉ DE SANTÉ**  
**Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical**  
**Doyen - Directeur: Pr Thomas GEERAERTS**

**Tableau du personnel Hospitalo-Universitaire de médecine**  
**2023-2024**

**Professeurs Honoraires**

|                              |                              |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Doyen Honoraire              | M. CHAP Hugues               | Professeur Honoraire         | M. GERAUD Gilles             |
| Doyen Honoraire              | M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard  | Professeur Honoraire         | M. GHISOLFI Jacques          |
| Doyen Honoraire              | M. PUEL Pierre               | Professeur Honoraire         | M. GLOCK Yves                |
| Doyen Honoraire              | M. ROUGE Daniel              | Professeur Honoraire         | M. GOUZI Jean-Louis          |
| Doyen Honoraire              | M. SERRANO Elie              | Professeur Honoraire         | M. GRAND Alain               |
| Doyen Honoraire              | M. VINEL Jean-Pierre         | Professeur Honoraire         | M. HOFF Jean                 |
| Professeur Honoraire         | M. ABBAL Michel              | Professeur Honoraire         | M. JOFFRE Francis            |
| Professeur Honoraire         | M. ADER Jean-Louis           | Professeur Honoraire         | M. LAGARRIGUE Jacques        |
| Professeur Honoraire         | M. ADOUE Daniel              | Professeur Honoraire         | M. LANG Thierry              |
| Professeur Honoraire         | M. ARBUS Louis               | Professeur Honoraire         | Mme LARENG Marie-Blanche     |
| Professeur Honoraire         | M. ARLET Philippe            | Professeur Honoraire         | M. LAROCHE Michel            |
| Professeur Honoraire         | M. ARLET-SUAU Elisabeth      | Professeur Honoraire         | M. LAUQUE Dominique          |
| Professeur Honoraire         | M. ARNE Jean-Louis           | Professeur Honoraire         | M. LAURENT Guy               |
| Professeur Honoraire         | M. ATTAL Michel              | Professeur Honoraire         | M. LAZORTHES Franck          |
| Professeur Honoraire         | M. BARRET André              | Professeur Honoraire         | M. LEOPHONTE Paul            |
| Professeur Honoraire         | M. BARTHE Philippe           | Professeur Honoraire         | M. MAGNAVAL Jean-François    |
| Professeur Honoraire         | M. BAYARD Francis            | Professeur Honoraire         | M. MALECAZE François         |
| Professeur Honoraire         | M. BLANCHER Antoine          | Professeur Honoraire         | M. MANELFE Claude            |
| Professeur Honoraire         | M. BOCCALON Henri            | Professeur Honoraire         | M. MANSAT Michel             |
| Professeur Honoraire         | M. BONAFÉ Jean-Louis         | Professeur Honoraire         | M. MARCHOU Bruno             |
| Professeur Honoraire         | M. BONEU Bernard             | Professeur Honoraire         | M. MASSIP Patrice            |
| Professeur Honoraire         | M. BONNEVIALLE Paul          | Professeur Honoraire         | Mme MARTY Nicole             |
| Professeur Honoraire         | M. BOSSAVY Jean-Pierre       | Professeur Honoraire         | M. MAZIERES Bernard          |
| Professeur Honoraire         | M. BOUNHOURE Jean-Paul       | Professeur Honoraire         | M. MONROZIES Xavier          |
| Professeur Honoraire         | M. BOUTAULT Franck           | Professeur Honoraire         | M. MONTASTRUC Jean-Louis     |
| Professeur Honoraire Associé | M. BRÓS Bernard              | Professeur Honoraire         | M. MOSCOVICI Jacques         |
| Professeur Honoraire         | M. BUGAT Roland              | Professeur Honoraire         | M. MURAT                     |
| Professeur Honoraire         | M. BUJAN Louis               | Professeur Honoraire associé | M. NICODEME Robert           |
| Professeur Honoraire         | M. CAHUZAC Jean-Philippe     | Professeur Honoraire         | M. OLIVES Jean-Pierre        |
| Professeur Honoraire         | M. CALVAS Patrick            | Professeur Honoraire         | M. PARINAUD Jean             |
| Professeur Honoraire         | M. CARATERO Claude           | Professeur Honoraire         | M. PASCAL Jean-Pierre        |
| Professeur Honoraire         | M. CARLES Pierre             | Professeur Honoraire         | M. PERRET Bertrand           |
| Professeur Honoraire         | M. CARON Philippe            | Professeur Honoraire         | M. PESSEY Jean-Jacques       |
| Professeur Honoraire         | M. CARRIERE Jean-Paul        | Professeur Honoraire         | M. PLANTE Pierre             |
| Professeur Honoraire         | M. CARTON Michel             | Professeur Honoraire         | M. PONTONNIER Georges        |
| Professeur Honoraire         | M. CATHALA Bernard           | Professeur Honoraire         | M. POURRAT Jacques           |
| Professeur Honoraire         | M. CHABANON Gérard           | Professeur Honoraire         | M. PRADERE Bernard           |
| Professeur Honoraire         | M. CHAMONTIN Bernard         | Professeur Honoraire         | M. PRIS Jacques              |
| Professeur Honoraire         | M. CHAVOIN Jean-Pierre       | Professeur Honoraire         | Mme PUEL Jacqueline          |
| Professeur Honoraire         | M. CHIRON Philippe           | Professeur Honoraire         | M. PUJOL Michel              |
| Professeur Honoraire         | M. CLANET Michel             | Professeur Honoraire         | M. QUERLEU Denis             |
| Professeur Honoraire         | M. CONTE Jean                | Professeur Honoraire         | M. RAILHAC Jean-Jacques      |
| Professeur Honoraire         | M. COSTAGLIOLA Michel        | Professeur Honoraire         | M. REGNIER Claude            |
| Professeur Honoraire         | M. COTONAT Jean              | Professeur Honoraire         | M. REME Jean-Michel          |
| Professeur Honoraire         | M. DABERNAT Henri            | Professeur Honoraire         | M. RISCHMANN Pascal          |
| Professeur Honoraire         | M. DAHAN Marcel              | Professeur Honoraire         | M. RIVIERE Daniel            |
| Professeur Honoraire         | M. DALOUS Antoine            | Professeur Honoraire         | M. ROCHE Henri               |
| Professeur Honoraire         | M. DALY-SCHWEITZER Nicolas   | Professeur Honoraire         | M. ROCHICCIOLI Pierre        |
| Professeur Honoraire         | M. DAVID Jean-Frédéric       | Professeur Honoraire         | M. ROLLAND Michel            |
| Professeur Honoraire         | Mme DELISLE Marie-Bernadette | Professeur Honoraire         | M. ROQUES-LATRILLE Christian |
| Professeur Honoraire         | M. DELSOL Georges            | Professeur Honoraire         | M. ROUGE Daniel              |
| Professeur Honoraire         | Mme DIDIER Jacqueline        | Professeur Honoraire         | M. RUMEAU Jean-Louis         |
| Professeur Honoraire         | M. DUCOS Jean                | Professeur Honoraire         | M. SALVADOR Michel           |
| Professeur Honoraire         | M. DUFFAUT Michel            | Professeur Honoraire         | M. SALVAYRE Robert           |
| Professeur Honoraire         | M. DUPRE M.                  | Professeur Honoraire         | M. SARRAMON Jean-Pierre      |
| Professeur Honoraire         | M. DURAND Dominique          | Professeur Honoraire         | M. SCHMITT Laurent           |
| Professeur Honoraire associé | M. DUTAU Guy                 | Professeur Honoraire         | M. SERRE Guy                 |
| Professeur Honoraire         | M. ESCOURROU Jean            | Professeur Honoraire         | M. SIZUN Jacques             |
| Professeur Honoraire         | M. ESQUERRE Jean-Paul        | Professeur Honoraire         | M. SIMON Jacques             |
| Professeur Honoraire         | M. FABIÉ Michel              | Professeur Honoraire         | M. SUC Jean-Michel           |
| Professeur Honoraire         | M. FABRE Jean                | Professeur Honoraire         | M. THOUVENOT Jean-Paul       |
| Professeur Honoraire         | M. FOURNIAL Gérard           | Professeur Honoraire         | M. TREMOULET Michel          |
| Professeur Honoraire         | M. FOURNIE Bernard           | Professeur Honoraire         | M. VALDIGUIE Pierre          |
| Professeur Honoraire         | M. FORTANIER Gilles          | Professeur Honoraire         | M. VAYSSE Philippe           |
| Professeur Honoraire         | M. FRAYSSE Bernard           | Professeur Honoraire         | M. VIRENQUE Christian        |
| Professeur Honoraire         | M. FREXINOS Jacques          | Professeur Honoraire         | M. VOIGT Jean-Jacques        |
| Professeur Honoraire         | Mme GENESTAL Michèle         |                              |                              |

**Professeurs Émérites**

|                            |                                   |                                      |                               |
|----------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| Professeur BUJAN Louis     | Professeur LAROCHE Michel         | Professeur MONTASTRUC Jean-Louis     | Professeur SIZUN Jacques      |
| Professeur CARON Philippe  | Professeur LAUQUE Dominique       | Professeur PARINI Angelo             | Professeur VIRENQUE Christian |
| Professeur CHAP Hugues     | Professeur MAGNAVAL Jean-François | Professeur PERRET Bertrand           | Professeur VINEL Jean-Pierre  |
| Professeur FRAYSSE Bernard | Professeur MARCHOU Bruno          | Professeur ROQUES LATRILLE Christian |                               |
| Professeur LANG Thierry    | Professeur MESTHE Pierre          | Professeur SERRE Guy                 |                               |

**P.U. - P.H.**  
**Classe Exceptionnelle et 1ère classe**

|                                      |   |                                 |  |
|--------------------------------------|---|---------------------------------|--|
| M. ACAR Philippe                     | Pédiatrie                                 | Mme LAPRIE Anne                 | Radiothérapie                              |
| M. ACCADBLED Franck (C.E)            | Chirurgie Infantile                       | M. LARRUE Vincent               | Neurologie                                 |
| M. ALRIC Laurent (C.E)               | Médecine Interne                          | M. LAUQUE Dominique (C.E)       | Médecine d'Urgence                         |
| M. AMAR Jacques (C.E)                | Thérapeutique                             | Mme LAURENT Camille             | Anatomie Pathologique                      |
| Mme ANDRIEU Sandrine                 | Epidémiologie, Santé publique             | M. LAUWERS Frédéric             | Chirurgie maxillo-faciale                  |
| M. ARBUS Christophe                  | Psychiatrie                               | M. LE CAIGNEC Cédric            | Génétiq                                    |
| M. ARNAL Jean-François (C.E)         | Physiologie                               | M. LEVADE Thierry (C.E)         | Biochimie                                  |
| M. AUSSEIL Jérôme                    | Biochimie et biologie moléculaire         | M. LIBLAU Roland (C.E)          | Immunologie                                |
| M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)          | Hématologie, transfusion                  | M. MALAUAUD Bernard (C.E)       | Urologie                                   |
| M. BERRY Antoine (C.E.)              | Parasitologie                             | M. MANSAT Pierre (C.E)          | Chirurgie Orthopédique                     |
| Mme BERRY Isabelle (C.E)             | Biophysique                               | M. MARCHEIX Bertrand            | Chirurgie thoracique cardiovascul          |
| M. BIRMES Philippe                   | Psychiatrie                               | M. MARQUE Philippe (C.E)        | Médecine Physique et Réadaptation          |
| M. BONNEVILLE Nicolas                | Chirurgie orthopédique et traumatologique | M. MARTIN-BLONDEL Guillaume     | Maladies infectieuses, maladies tropicales |
| M. BONNEVILLE Fabrice                | Radiologie                                | M. MAS Emmanuel                 | Pédiatrie                                  |
| M. BROUCHET Laurent                  | Chirurgie thoracique et cardio-vascul     | M. MAURY Jean-Philippe (C.E)    | Cardiologie                                |
| M. BROUSSET Pierre (C.E)             | Anatomie pathologique                     | Mme MAZEREEUW Juliette          | Dermatologie                               |
| Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)    | Médecine Vasculaire                       | M. MAZIERES Julien (C.E)        | Pneumologie                                |
| M. BUREAU Christophe (C.E.)          | Hépto-Gastro-Entérologie                  | M. MINVILLE Vincent (C.E.)      | Anesthésiologie Réanimation                |
| M. BUSCAIL Louis (C.E)               | Hépto-Gastro-Entérologie                  | M. MOLINIER Laurent (C.E)       | Epidémiologie, Santé Publique              |
| M. CANTAGREL Alain (C.E)             | Rhumatologie                              | Mme MOYAL Elisabeth (C.E)       | Cancérologie                               |
| M. CARRERE Nicolas                   | Chirurgie Générale                        | M. MUSCARI Fabrice              | Chirurgie Digestive                        |
| M. CARRIE Didier (C.E)               | Cardiologie                               | Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)   | Gériatrie                                  |
| M. CHAIX Yves                        | Pédiatrie                                 | M. OLIVOT Jean-Marc             | Neurologie                                 |
| Mme CHANTALAT Elodie                 | Anatomie                                  | M. OSWALD Eric (C.E)            | Bactériologie-Virologie                    |
| M. CHAPUT Benoit                     | Chirurgie plastique                       | M. PAGES Jean-Christophe        | Biologie cellulaire                        |
| Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)       | Médecine d'urgence                        | M. PARIENTE Jérémie             | Neurologie                                 |
| M. CHAUFOUR Xavier (C.E.)            | Chirurgie Vasculaire                      | M. PAUL Carle (C.E)             | Dermatologie                               |
| M. CHAUVEAU Dominique                | Néphrologie                               | M. PAYOUX Pierre (C.E)          | Biophysique                                |
| M. CHAYNES Patrick                   | Anatomie                                  | M. PAYRASTRE Bernard (C.E)      | Hématologie                                |
| M. CHOLLET François (C.E)            | Neurologie                                | M. PERON Jean-Marie (C.E)       | Hépto-Gastro-Entérologie                   |
| M. CONSTANTIN Arnaud                 | Rhumatologie                              | Mme PERROT Aurore               | Physiologie                                |
| M. COURBON Frédéric (C.E)            | Biophysique                               | M. RASCOL Olivier (C.E)         | Pharmacologie                              |
| Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)     | Histologie Embryologie                    | Mme RAUZY Odile (C.E.)          | Médecine Interne                           |
| M. DAMBRIN Camille                   | Chir. Thoracique et Cardiovasculaire      | M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)  | Psychiatrie Infantile                      |
| M. DE BOISSEZON Xavier               | Médecine Physique et Réadapt Fonct.       | M. RECHER Christian(C.E)        | Hématologie                                |
| M. DEGUINE Olivier (C.E)             | Oto-rhino-laryngologie                    | M. RITZ Patrick (C.E)           | Nutrition                                  |
| M. DELABESSE Eric                    | Hématologie                               | M. ROLLAND Yves (C.E)           | Gériatrie                                  |
| M. DELOBEL Pierre                    | Maladies Infectieuses                     | M. RONCALLI Jérôme              | Cardiologie                                |
| M. DELORD Jean-Pierre (C.E)          | Cancérologie                              | M. ROUSSEAU Hervé (C.E)         | Radiologie                                 |
| M. DIDIER Alain (C.E)                | Pneumologie                               | M. ROUX Franck-Emmanuel (C.E.)  | Neurochirurgie                             |
| M. DUCOMMUN Bernard                  | Cancérologie                              | M. SAILLER Laurent (C.E)        | Médecine Interne                           |
| Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)    | Thérapeutique                             | M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)  | Chirurgie Infantile                        |
| M. ELBAZ Meyer                       | Cardiologie                               | M. SALLES Jean-Pierre (C.E)     | Pédiatrie                                  |
| Mme EVRARD Solène                    | Histologie, embryologie et cytologie      | M. SANS Nicolas                 | Radiologie                                 |
| M. FERRIERES Jean (C.E)              | Epidémiologie, Santé Publique             | Mme SAVAGNER Frédérique         | Biochimie et biologie moléculaire          |
| M. FOURCADE Olivier (C.E)            | Anesthésiologie                           | Mme SELVES Janick (C.E)         | Anatomie et cytologie pathologiques        |
| M. FOURNIÉ Pierre                    | Ophtalmologie                             | M. SENARD Jean-Michel (C.E)     | Pharmacologie                              |
| M. GALINIER Michel (C.E)             | Cardiologie                               | M. SERRANO Elie (C.E)           | Oto-rhino-laryngologie                     |
| M. GAME Xavier (C.E)                 | Urologie                                  | M. SOL Jean-Christophe          | Neurochirurgie                             |
| Mme GARDETTE Virginie                | Epidémiologie, Santé publique             | M. SOLER Vincent                | Ophtalmologie                              |
| Mme GASCOIN Géraldine                | Pédiatrie                                 | Mme SOMMET Agnès                | Pharmacologie                              |
| M. GEERAERTS Thomas                  | Anesthésiologie et réanimation            | Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia   | Gériatrie et biologie du vieillissement    |
| Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E) | Anatomie Pathologique                     | M. SOULAT Jean-Marc (C.E)       | Médecine du Travail                        |
| M. GOURDY Pierre (C.E)               | Endocrinologie                            | M. SOULIE Michel (C.E)          | Urologie                                   |
| M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)   | Chirurgie plastique                       | M. SUC Bertrand                 | Chirurgie Digestive                        |
| Mme GUIMBAUD Rosine                  | Cancérologie                              | Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)  | Pédiatrie                                  |
| Mme HANAIRE Hélène (C.E)             | Endocrinologie                            | M. TELMON Norbert (C.E)         | Médecine Légale                            |
| M. HUYGHE Eric                       | Urologie                                  | Mme TREMOLLIERS Florence (C.E.) | Biologie du développement                  |
| M. IZOPET Jacques (C.E)              | Bactériologie-Virologie                   | Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)  | Anatomie Pathologique                      |
| M. KAMAR Nassim (C.E)                | Néphrologie                               | M. VAYSSIERE Christophe (C.E)   | Gynécologie Obstétrique                    |
| Mme LAMANT Laurence (C.E)            | Anatomie Pathologique                     | M. VELLAS Bruno (C.E)           | Gériatrie                                  |
| M. LANGIN Dominique (C.E)            | Nutrition                                 | M. VERGEZ Sébastien             | Oto-rhino-laryngologie                     |

**P.U. Médecine générale**

Mme DUPOUY Julie  
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)  
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

**FACULTÉ DE SANTÉ**  
**Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical**

**P.U. - P.H.**  
**2ème classe**

|                              |   |
|------------------------------|---|
| M. ABBO Olivier              | Chirurgie infantile                       |
| Mme BONGARD Vanina           | Epidémiologie, Santé publique             |
| M. BOUNES Vincent            | Médecine d'urgence                        |
| Mme BOURNET Barbara          | Gastro-entérologie                        |
| Mme CASPER Charlotte         | Pédiatrie                                 |
| M. CAVAIGNAC Etienne         | Chirurgie orthopédique et traumatologie   |
| M. COGNARD Christophe        | Radiologie                                |
| Mme CORRE Jill               | Hématologie                               |
| Mme DALENC Florence          | Cancérologie                              |
| M. DE BONNECAZE Guillaume    | Anatomie                                  |
| M. DECRAMER Stéphane         | Pédiatrie                                 |
| Mme DUPRET-BORIES Agnès      | Oto-rhino-laryngologie                    |
| M. EDOUARD Thomas            | Pédiatrie                                 |
| M. FAGUER Stanislas          | Néphrologie                               |
| Mme FARUCH BILFELD Marie     | Radiologie et imagerie médicale           |
| M. FRANCHITTO Nicolas        | Addictologie                              |
| M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio   | Chirurgie Plastique                       |
| M. GUERBY Paul               | Gynécologie-Obstétrique                   |
| M. GUIBERT Nicolas           | Pneumologie                               |
| M. GUILLEMINAULT Laurent     | Pneumologie                               |
| M. HOUZE-CERFON              | Médecine d'urgence                        |
| M. HERIN Fabrice             | Médecine et santé au travail              |
| M. LAIREZ Olivier            | Biophysique et médecine nucléaire         |
| M. LEANDRI Roger             | Biologie du dével. et de la reproduction  |
| M. LHERMUSIER Thibault       | Cardiologie                               |
| M. LOPEZ Raphael             | Anatomie                                  |
| Mme MARTINEZ Alejandra       | Gynécologie                               |
| M. MARX Mathieu              | Oto-rhino-laryngologie                    |
| M. MEYER Nicolas             | Dermatologie                              |
| Mme MOKRANE Fatima           | Radiologie et imagerie médicale           |
| Mme MONTASTIER Emilie        | Nutrition                                 |
| Mme PASQUET Marlène          | Pédiatrie                                 |
| M. PIAU Antoine              | Médecine interne                          |
| M. PORTIER Guillaume         | Chirurgie Digestive                       |
| M. PUGNET Grégory            | Médecine interne                          |
| M. REINA Nicolas             | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| M. RENAUDINEAU Yves          | Immunologie                               |
| M. REVET Alexis              | Pédo-psychiatrie                          |
| M. ROUMIGUIE Mathieu         | Urologie                                  |
| Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline | Rhumatologie                              |
| M. SAVALL Frédéric           | Médecine légale                           |
| M. SILVA SIFONTES Stein      | Réanimation                               |
| M. TACK Ivan                 | Physiologie                               |
| Mme VAYSSE Charlotte         | Cancérologie                              |
| Mme VEZZOSI Delphine         | Endocrinologie                            |
| M. YRONDI Antoine            | Psychiatrie                               |
| M. YSEBAERT Loic             | Hématologie                               |

**Professeurs Associés**

**Professeurs Associés de Médecine Générale**

M. ABITTEBOUL Yves  
M. BIREBENT Jordan  
M. BOYER Pierre  
Mme FREYENS Anne  
Mme IRI-DELAHAYE Motoko  
Mme LATROUS Leila  
M. POUTRAIN Jean-Christophe  
M. STILLMUNKES André

**Professeurs Associés Honoraires**

Mme MALAUAUD Sandra  
Mme PAVY LE TRAON Anne  
M. SIBAUD Vincent  
Mme WOISARD Virginie

**MCU - PH**

|                              |                                     |                              |  |
|------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|--|
| Mme ABRAVANEL Florence       | Bactériologie Virologie Hygiène     | M. GASQ David                | Physiologie                              |
| M. APOIL Pol Andre           | Immunologie                         | M. GATIMEL Nicolas           | Médecine de la reproduction              |
| Mme ARNAUD Catherine         | Epidémiologie                       | Mme GENNERO Isabelle         | Biochimie                                |
| Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie | Biochimie                           | Mme GENOUX Annelise          | Biochimie et biologie moléculaire        |
| Mme BASSET Céline            | Cytologie et histologie             | Mme GRARE Marion             | Bactériologie Virologie Hygiène          |
| Mme BELLIERES-FABRE Julie    | Néphrologie                         | Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline  | Médecine légale et droit de la santé     |
| Mme BENEVENT Justine         | Pharmacologie fondamentale          | Mme GUYONNET Sophie          | Nutrition                                |
| Mme BERTOLI Sarah            | Hématologie, transfusion            | M. HAMDJ Safouane            | Biochimie                                |
| M. BIETH Eric                | Génétique                           | Mme HITZEL Anne              | Biophysique                              |
| Mme BOST Chloé               | Immunologie                         | M. HOSTALRICH Aurélien       | Chirurgie vasculaire                     |
| Mme BOUNES Fanny             | Anesthésie-Réanimation              | M. IRIART Xavier             | Parasitologie et mycologie               |
| Mme BREHIN Camille           | Pneumologie                         | Mme JONCA Nathalie           | Biologie cellulaire                      |
| M. BUSCAIL Etienne           | Chirurgie viscérale et digestive    | M. KARSENTY Clément          | Cardiologie                              |
| Mme CAMARE Caroline          | Biochimie et biologie moléculaire   | M. LAPEBIE François-Xavier   | Médecine vasculaire                      |
| Mme CANTERO Anne-Valérie     | Biochimie                           | Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse    | Pharmacologie                            |
| Mme CARFAGNA Luana           | Pédiatrie                           | M. LEPAGE Benoit             | Biostatistiques et Informatique médicale |
| Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie    | Nutrition                           | M. LHOMME Sébastien          | Bactériologie-virologie                  |
| Mme CASSAGNE Myriam          | Ophthalmologie                      | Mme MASSIP Clémence          | Bactériologie-virologie                  |
| Mme CASSAING Sophie          | Parasitologie                       | Mme MAULAT Charlotte         | Chirurgie digestive                      |
| Mme CASSOL Emmanuelle        | Biophysique                         | Mme MAUPAS SCHWALM Françoise | Biochimie                                |
| M. CHASSAING Nicolas         | Génétique                           | M. MONTASTRUC François       | Pharmacologie                            |
| M. CLAVEL Cyril              | Biologie Cellulaire                 | Mme MOREAU Jessika           | Biologie du dév. Et de la reproduction   |
| Mme COLOMBAT Magali          | Anatomie et cytologie pathologiques | Mme MOREAU Marion            | Physiologie                              |
| M. COMONT Thibault           | Médecine interne                    | M. MOULIS Guillaume          | Médecine interne                         |
| M. CONGY Nicolas             | Immunologie                         | Mme NOGUEIRA Maria Léonor    | Biologie Cellulaire                      |
| Mme COURBON Christine        | Pharmacologie                       | Mme PERICART Sarah           | Anatomie et cytologie pathologiques      |
| M. CUROT Jonathan            | Neurologie                          | M. PILLARD Fabien            | Physiologie                              |
| Mme DAMASE Christine         | Pharmacologie                       | Mme PLAISANCIE Julie         | Génétique                                |
| Mme DE GLISEZINSKY Isabelle  | Physiologie                         | Mme PUISSANT Bénédicte       | Immunologie                              |
| M. DEDOUIT Fabrice           | Médecine Légale                     | Mme QUELVEN Isabelle         | Biophysique et médecine nucléaire        |
| M. DEGBOE Yannick            | Rhumatologie                        | Mme RAYMOND Stéphanie        | Bactériologie Virologie Hygiène          |
| M. DELMAS Clément            | Cardiologie                         | Mme RIBES-MAUREL Agnès       | Hématologie                              |
| M. DELPLA Pierre-André       | Médecine Légale                     | Mme SABOURDY Frédérique      | Biochimie                                |
| M. DESPAS Fabien             | Pharmacologie                       | Mme SALLES Juliette          | Psychiatrie adultes/Addictologie         |
| M. DUBOIS Damien             | Bactériologie Virologie Hygiène     | Mme SAUNE Karine             | Bactériologie Virologie                  |
| Mme ESQUIROL Yolande         | Médecine du travail                 | Mme SIEGFRIED Aurore         | Anatomie et cytologie pathologiques      |
| Mme FABBRI Margherita        | Neurologie                          | Mme TRAMUNT Blandine         | Endocrinologie, diabète                  |
| Mme FILLAUX Judith           | Parasitologie                       | M. TREINER Emmanuel          | Immunologie                              |
| Mme FLOCH Pauline            | Bactériologie-Virologie             | Mme VALLET Marion            | Physiologie                              |
| Mme GALINIER Anne            | Nutrition                           | M. VERGEZ François           | Hématologie                              |
| M. GANTET Pierre             | Biophysique                         | Mme VIJA Lavinia             | Biophysique et médecine nucléaire        |

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry  
M. CHICOULAA Bruno  
M. ESCOURROU Emile  
Mme GIMENEZ Laetitia

**Maîtres de Conférence Associés**

**M.C.A. Médecine Générale**

Mme BOURGEOIS Odile  
Mme BOUSSIER Nathalie  
Mme DURRIEU Florence  
Mme FRANZIN Emilie  
M. GACHIES Hervé  
M. PEREZ Denis  
M. PIPONNIER David  
Mme PUECH Marielle  
M. SAVIGNAC Florian

## **Remerciements aux Jury**

*A la présidente du Jury :*

**Madame le Professeur Julie DUPOUY, Professeur des Universités, Médecin Généraliste.**

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse. Merci d'avoir accepté de présider cette thèse dès le tout début, alors que le sujet n'était pas encore clairement défini. Merci pour votre bienveillance et votre soutien.

*Aux membres du Jury :*

**Madame le Docteur Florence DURRIEU, Maître de Conférence Universitaire, Médecin**

**Généraliste.** Nous sommes honorés que vous ayez accepté de siéger au jury de notre thèse.

Merci pour votre disponibilité et pour l'intérêt que vous portez à notre travail.

*A nos directrices de thèses :*

**Madame le Docteur Florence LACHAUX, Médecin Généraliste.** Merci de nous avoir fait

confiance et de nous avoir accompagné dans ce projet. Nous te sommes infiniment reconnaissants pour ton implication, ta disponibilité et ton soutien sans faille. Tu as codirigé ce travail avec rigueur, discernement et intérêt tout en conservant ta bienveillance. Ce fut un plaisir pour nous d'avoir été tes thésards, et c'est un honneur que tu sois dans notre jury de thèse.

**Madame le Docteur Isabelle CISAMOLO, Médecin Généraliste.** Merci d'avoir accepté de

codiriger ce travail, malgré ton emploi du temps très chargé au début de notre thèse. Tu as su nous apporter tout ce dont nous avons besoin. Tes conseils ont toujours été précieux et ont contribué à faire de ce travail, nous l'espérons, un travail de qualité.

## **Remerciements personnels de Rachel**

**Antoine**, mon co-thésard, et mon ami. Merci infiniment pour ton travail, ta bienveillance, et tes mots rassurants lorsque j'étais en mode panique ecni. Merci d'avoir rendu toutes ces après-midis à travailler aussi agréables, et d'avoir accepté de partager ta bilastine. Dommage qu'on ait attendu d'avoir fini cette thèse pour devenir voisins ! On a réussi !

*A mes amis,*

**Valentine**, Merci de m'avoir alpaguée ce jour de P2 au RU, et pour les après-midi café à discuter pendant des heures. Ma coéquipière de voyage, (et de péripéties d'insectes en tout genre), ma colocataire, ma confidente. Généreuse, toujours là quand on en a besoin, tu as toutes les qualités de l'amie parfaite et je me considère très chanceuse de t'avoir dans ma vie.

**Vincent**, Merci de me faire rire comme personne, et de me permettre d'être 100 % moi. Fun, beau gosse, les adjectifs pour te qualifier sont nombreux. Mon Cappu d'amour, hâte de tous les moments rock and roll qui restent à venir.

Vous êtes pour moi bien plus que des amis, je vous aime.

**A mes amis de Besançon, Agathe**, la sagesse incarnée, avec qui on ne s'ennuie jamais, **Julien**, (et Louise !) **Claire**, **Kenza** et ses pourcentages d'élasthane, **Fanny**, ma kiné préférée et **Alina**, sans qui je n'aurais probablement pas réussi cette première année de médecine !

Merci de m'avoir accompagnée pendant ces six premières années, que ce soit pour les révisions ou les soirées post-partiels au Cousty, j'ai adoré passer ces moments avec vous.

**Aux alsaciens, Jean, Xavier, Alizée, Edouard, Gauthier, Adèle, Justine, Lucas**, Merci de m'avoir accueillie dans votre belle région et m'avoir permis de décompresser à l'occasion de fêtes du vin et autres festivités. Que ce soit autour d'un verre de riesling ou d'un cookie (ah non pas ça en fait) ça me fait toujours incroyablement plaisir de vous voir.

**Pauline, Malo (et Miassou)**, nos premiers amis à Toulouse, des soirées covid/jeux de société à aujourd'hui, notre amitié ne devient que plus solide. Merci d'être des amis aux grandes valeurs, je vous aime.

**Margot (et Buck)**, merci pour ta participation non négligeable à cette thèse ! Merci pour ta bonne humeur communicative, mais aussi ton écoute et ton soutien (et pour les goûters scones !). J'ai une chance énorme de te compter parmi mes amis.

**Flore, Max**, les chefs cuistos au grand cœur. Merci pour votre bonne humeur, et votre sensibilité au bien-être des autres, vous êtes des amis précieux.

**Clem**, merci d'être une amie incroyable. J'admire ta force, et ton style vestimentaire. J'espère un jour pouvoir de nouveau voyager avec toi, pour découvrir des nouveaux chocapic.

**Pierre, Côme, Tob, Pannier, Matzer, Boris**, toujours là pour aller boire une bière, les terrasses toulousaines sont toujours plus belles quand vous y êtes. Rassurée de savoir que je n'irai jamais à une soirée au bikini toute seule ! Je vous souhaite à tous une montagne de bonheur.

**A mes amis de Toulouse, Clémence, Jo, Marion, Ben**, Merci d'avoir rendu la transition vers Toulouse si agréable dans ce premier airbnb, et d'être toujours là aujourd'hui.

**Paul, Marina**, du Jura à Toulouse, merci d'être des amis sur lesquels on peut compter, pour les déménagements comme pour la bringue, **Baptiste, Lola**, les acolytes de mon chéri, c'est toujours un grand plaisir de passer du temps avec vous.

**Claire**, Dès notre rencontre j'ai tout de suite su que tu étais une personne formidable. Tu es un modèle de gentillesse et de courage.

**Noriane, Margot et Emeline**, La danse c'est bien, avec vous c'est mieux. Merci pour ces moments, qui me font tellement du bien. Merci à **Eva**, une prof juste au top !

*À ma famille,*

**À mes parents,**

Merci de m'avoir soutenue pendant toute la durée de mes études, du concours de PACES à mon déménagement à Toulouse. Merci Maman de m'avoir toujours rassurée, consolée et pour tous les petits plats que je ramenaient dans mon appartement étudiant. Merci de m'avoir fait réviser des cours auxquels tu ne comprenais rien, et d'avoir été un modèle de bienveillance et de valeur travail. Dad, thank you for always believing in me. Je suis ici aujourd'hui grâce à vous.

## **À mes sœurs, Alice et Nelly,**

Les femmes les plus extraordinaires et fortes que je connaisse, mes sœurs mais aussi mes meilleures amies. Je mesure la chance que j'ai eue de grandir à vos côtés. Merci pour le soutien que vous m'apportez depuis toutes ces années. **Alice**, ma jumelle, mon compagnon de toujours. J'admire la façon dont tu t'épanouis dans ta vie et j'aspire à te ressembler. Ton assurance et ta détermination m'impressionne. **Nelly**, ma petite sœur adorée que j'ai failli dégouter des études de santé, te voilà en bon chemin pour devenir dentiste, je suis si fière de toi. Tu es un modèle de résilience et de bonté. Vous me manquez tous les jours et je vous aime.

## **To my brother Sam, Clare and Bram,**

I feel incredibly lucky to have you in my life, thank you for being a tremendous big brother, from making sure our taste in music is up to scratch to always being up for a sneaky pint or two. Clare, thank you for your infectious smile and spot on sense of humor, I can't imagine a better sister in law. Bram, thank you for being so amazing nephew I miss you so much !

**Mamie**, Merci pour les valeurs que tu m'as inculquées, le travail, l'autonomie (et la coquetterie ?). Je suis admirative de ton courage et passer du temps avec toi me fait toujours le plus grand bien. **Papy**, J'aurais aimé te connaître davantage. Je garde de toi le souvenir d'un homme droit et doux avec tes petits enfants.

**Manue, Léa, Antoine, et Christophe** Merci d'être une famille unie, bienveillante et généreuse. Je chéris tous les souvenirs de Montbéliard et de Montandon (du jeu des sardines au pain aux crottes de souris) et j'ai hâte de tous ceux à venir. Je vous aime.

**Ugo**, mon beau-frère, merci de toujours accepter la squatteuse dans votre appartement (même quand j'en abusais). Je suis très heureuse que tu fasses partie de notre famille.

**Marie, Marine, et toute la famille de Samuel**, Merci de m'avoir toujours accueillie les bras ouverts. J'ai beaucoup de chance d'avoir une belle famille aussi chouette que vous ! Vous avez intimement le sens de la famille et je suis heureuse de faire partie de la vôtre.

**Samuel**, Mon roc depuis bientôt 8 ans. Ton calme est à toute épreuve, ta gentillesse infinie, et ta douceur me rassure. Merci pour ton soutien pendant l'internat, et pour ton amour de tous les jours. Je n'imagine pas ma vie sans toi aujourd'hui, et j'ai hâte de poursuivre nos projets ensemble. Je t'aime à l'infini.

**Aux soignants qui ont participé à ma formation,**

**Au personnel du CHU de Besançon,** qui m'a permis de débiter pendant l'externat les stages hospitaliers.

**A l'équipe des urgences de Montauban,** même en plein pandémie de COVID-19, ce stage a été formateur et enrichissant.

**A Dr Carrara et Dr Trevoux,** merci pour ce premier stage d'interne en médecine générale, vous m'avez beaucoup appris et c'est en consultant à vos côtés que j'ai acquis la certitude que la médecine générale était le bon choix pour moi.

**A tous les soignants du service de pneumologie du CHIVA,**

**A Dr MAUROUX,** merci pour ce super stage, et pour les nombreux remplacements depuis.

**A Dr TRICOIRE et les soignants de la maternité de LAVAUR,**

**A Dr VOLLE COUDERC, Dr GASCOIN, Dr LABARTHE, Dr DAIDE MOUROT,**

**A Dr VINAS, Dr ARNAUD, Dr VALDEYRON,**

Et à tous les **co-internes** avec qui j'ai eu le plaisir de travailler,

Merci à tous d'avoir fait de cet internat de médecine générale un véritable bonheur.

Et merci à **Madame Sophie Ansos,** ma professeure de SVT qui m'avait assuré en 2012 que je serais capable de réaliser des études de médecine. Je ne le savais pas encore, mais vous aviez raison !

## Remerciements personnels d'Antoine

**Rachel**, je souhaite commencer par toi. Merci infiniment pour ton aide précieuse, ton soutien, ta motivation et ta bonne humeur, toujours au rendez-vous, même dans les moments de doute ou lorsque on peinait à avancer dans cette thèse. Tu as été très présente pour moi quand ça n'a pas été facile, merci. Je suis extrêmement fier d'avoir réalisé cette thèse avec toi et te souhaite tout le bonheur possible pour la suite.

*A ma famille :*

**Pépé Thibault**, merci pour ces belles valeurs de famille que tu nous as transmis à tous. J'espère que tu as retrouvé **Mémé** là-haut.

**Pépé et Mémé**, de là où vous êtes j'espère que vous êtes fiers de moi. J'aurai tant aimé terminer cette thèse avant votre départ. Je pense fort à vous, vous resterez à mes côtés pour toujours.

**Papy Amand**, ça fait longtemps que tu n'es plus là mais je pense encore régulièrement à toi, j'espère que tu es fier de moi.

**Mamie**, merci pour ton soutien constant, il en a fait du chemin le petit garçon de 4 ans qui venait perturber tes cours à l'école du pré. Merci pour toute l'aide que tu m'as apportée durant toute ma scolarité (même si je fais encore quelques fautes d'orthographe...), et toutes ces belles valeurs que tu nous as inculquées à tous. Je t'aime fort.

**Papa**, tu m'as apporté énormément depuis toujours et si j'en suis là aujourd'hui c'est en partie grâce à toi. Merci pour tous ces voyages et tous ces magnifiques moments passés ensemble. Je sais que tu seras toujours là pour moi. Je t'aime fort.

**Maman**, je ne sais pas comment je pourrai assez te remercier. S'il y a bientôt 11 ans tu n'avais pas été là, je ne serais pas docteur aujourd'hui. Tu as mis tout ce que tu pouvais, depuis toujours, pour nous offrir la plus belle vie possible et je peux te dire que tu as réussi. Merci pour toute ton aide et ton soutien indéfectible depuis toujours. J'ai énormément de chance de t'avoir comme maman. Je t'aime fort.

**Lilian**, le petit garçon collecteur de cailloux est en train de devenir un grand journaliste. Je suis très fier de toi et impressionné par ta motivation et ta détermination. Merci pour toutes ces belles années d'enfance ricochetman. Je t'aime fort.

**Benjamin**, toujours en train de me copier, même dans le choix des études. Non, c'est faux, tu es bien plus mature et intelligent que moi au même âge. Tu m'impressionnes dans absolument tous les domaines (à part la musculature), reste ce gars avec ce grand cœur et ce beau sourire. Merci pour ton immense soutien quand j'en ai eu besoin. Je t'aime fort.

**Aux cousins Amélia, Hugo et Quentin et à Christelle**, merci pour toutes ces belles années d'enfance où l'on aura bien joué et rigolé. Je suis très fier et heureux de vous compter à mes côtés.

*A mes amis*

**Antoine, Thibaut, Lucas, Gatounes, Simon**, depuis le lycée on se marre, que l'on se soit vus il y a 2 semaines ou il y a 2 ans, rien ne change. La vie avance pour nous tous mais je sais que vous serez toujours là. Merci de me faire autant rire, et d'être présents dès qu'il le faut. Maintenant un nouveau chapitre de la vie s'ouvre pour la Street Dads, ça va être trop bien. Je suis très fier de vous les copains.

**Arthur**, et toi avec ta grosse tête, jamais bien loin depuis tant d'années. Merci pour tous les fous rires. On en aura vécu des moments forts, merci d'être là. Hâte de continuer à vivre à côté de toi mon voisin.

**Zoé**, il y a 12ans on a commencé ensemble cette P1 et aujourd'hui, on est toujours là, à rigoler et faire la fête. Merci pour l'accueil Parisien régulier, pour les fêtes à Lazenay et tous ces super souvenirs. Merci aussi pour ton soutien. Reste cette belle personne que tu es, aussi imprévisible que touchante.

**Tobby**, toi, ta connerie, j'adore. Continue d'être aussi débile tout en restant aussi présent pour moi. Envie de continuer à rire comme des hyènes pendant des années.

**Come et Pierre**, mes nouveaux anciens collocs. Merci pour tout. Pierre, on pourra dire qu'on a une histoire pas commune, mais depuis 10ans on est pote et je suis hyper heureux de pouvoir te compter à mes côtés. Tu peux me tutoyer par contre. Et toi Jean Schmout merci de me faire autant rire de tout ton être, de tes chaussures à ton keffieh.

**Théo**, on aura brawlé plus que travaillé probablement mais on se sera bien marré pendant toutes ces années. Merci pour l'oreille attentive que tu sais être.

**Clem**, merci pour ton soutien durant toutes ces années, je te souhaite le meilleur.

**Saby**, merci pour cette super amie que tu es depuis le début de ces études. Hâte de voir la dark sab à nouveau, et hâte que tu viennes vivre à Toulouse !

**A tous les copains de Tours, Elo, Matzer, Marine, Manon, Mathou, Ali, Gus, Flo, Jeanne, Bob, Simon, Bobo**, des pré-wei, à la corposki en passant par les vacances, du campus à l'Aca, on aura bien profité. Merci à tous d'avoir été si présents, si enjoués, vous avez permis à ces études d'être plus légères. On a construit quelque chose de fort. Je vous souhaite tout le meilleur.

**Max et Flore**, je suis hyper heureux de vous avoir rencontré en arrivant ici, vous avez toujours été d'un grand soutien, toujours prêt à aller boire un verre à toute heure et en toute circonstance. Et toujours là pour filer un coup de main. Et puis vous avez à cœur d'être mes voisins ou que j'habite et ça j'apprécie. Je ne vous souhaite que du bonheur.

**Sam**, trop content de t'avoir rencontré lors de ce premier stage, on est devenu bien plus que des co-internes au fil des années. Hâte de continuer à rigoler et d'aller au stade ensemble. Je te souhaite tout le meilleur.

**Pauline et Malo**, je suis bien heureux de vous avoir rencontré, hâte d'aller rider la route ensemble et continuer à partager de beaux moments. Je vous souhaite tout le meilleur.

**Margot**, oulala, pour toi, c'est vraiment pas simple. Je ne sais pas par où commencer, si par te remercier pour la super amie que tu as été pendant toutes ces années. On aura bien rigolé et bien fait la fête, tout en apprenant notre beau métier, de Tours à Toulouse, de Montauban à La Grave. Et puis, l'évidence est apparue sous nos yeux. Je ne pourrai jamais assez te remercier pour ton aide pendant cette thèse, mais aussi et surtout pour le bonheur que tu apportes dans ma vie. Tu es une perle, j'ai une chance infinie d'avoir une femme comme toi à mes côtés. Je te veux pour toujours. Je t'aime.

*A mes maitres de stages*

**Docteur Savignac et toute la MSP de Montech**, merci d'avoir conforté mon choix de la médecine générale. Je suis arrivé dans ce stage avec des doutes, j'en suis reparti sur de moi, sur de mon choix de la médecine générale.

**Docteur Dupouy, Landon, et toute la MSP de Pins-Justaret**, merci pour toutes ces connaissances, et ces bons conseils que vous m'avez transmis.

**Docteur Finkel, Bellamy et Font**, merci pour ce dernier stage de ma vie d'étudiant qui m'aura permis d'appréhender la suite plus sereinement.

Merci à tous mes co-internes, aux secrétaires et à tous les autres professionnels que j'ai eu l'occasion de croiser et qui m'ont chacun apporté pour ma pratique future.

## Serment d'Hippocrate

*Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.*

*Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.*

*Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.*

*J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.*

*Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.*

*Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.*

*Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.*

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.*

# TABLES DES MATIERES

|   |           |
|---|-----------|
| <b>INTRODUCTION</b>   | <b>3</b>  |
| <b>MATERIEL ET METHODE</b>  | <b>5</b>  |
| <b>I. Méthode de recherche</b>  | <b>5</b>  |
| <b>II. Population cible et recrutement</b>  | <b>5</b>  |
| <b>III. Rôle des chercheurs</b>   | <b>6</b>  |
| <b>IV. Éthique</b>  | <b>6</b>  |
| <b>V. Recueil des données</b>   | <b>6</b>  |
| <b>VI. Analyse des données</b>  | <b>7</b>  |
| <b>RESULTATS</b>  | <b>8</b>  |
| <b>I. Population étudiée</b>  | <b>8</b>  |
| <b>II. Des cordonniers pas si mal chaussés</b>  | <b>9</b>  |
| 1. Un regard critique qui contraste avec une prise en charge adaptée                        | 9         |
| 2. D'où vient cette discordance ?   | 10        |
| <b>III. Les médecins, jamais mieux chaussés que par eux-mêmes ?</b>                         | <b>10</b> |
| 1. L'auto-soin  | 10        |
| 2. Le mythe du médecin invincible   | 12        |
| 3. Les réticences à demander de l'aide à un confrère  | 12        |
| <b>IV. Quand le médecin chausse les souliers du patient</b>                                 | <b>13</b> |
| 1. L'expérience d'être le patient   | 13        |
| 2. Les limites du double statut médecin-patient   | 14        |
| 3. Les difficultés du métier de médecin généraliste   | 15        |
| 4. Entre autonomie et besoin d'aide extérieure  | 16        |
| <b>V. Des pas vers une meilleure santé : l'évolution de la prise en charge des médecins</b> | <b>17</b> |
| 1. L'impact de l'éducation et des études de médecine  | 17        |
| 2. L'approche proactive de la santé chez les jeunes médecins                                | 17        |
| 3. Vers une meilleure prise en charge   | 18        |
| <b>DISCUSSION</b>   | <b>19</b> |
| <b>I. Forces et limites</b>   | <b>19</b> |
| 1. Forces de l'étude  | 19        |
| 2. Limites de l'étude   | 19        |
| <b>II. A propos des résultats</b>   | <b>20</b> |
| 1. Un cordonnier pas si mal chaussé   | 20        |

|   |           |
|---|-----------|
| 2. Un chemin de soin différent  | 21        |
| 3. Le médecin face à sa propre maladie                                    | 23        |
| 4. La relation médecin-soignant / médecin-patient                         | 24        |
| 5. Le mythe du médecin invincible   | 25        |
| 6. L'impact du métier de médecin sur la santé                             | 26        |
| <b>III. Perspectives d'évolution dans la prise en charge des médecins</b> | <b>28</b> |

|                   |           |
|-------------------|-----------|
| <b>CONCLUSION</b> | <b>31</b> |
|-------------------|-----------|

---

|                      |           |
|----------------------|-----------|
| <b>BIBLIOGRAPHIE</b> | <b>32</b> |
|----------------------|-----------|

---

|                |           |
|----------------|-----------|
| <b>ANNEXES</b> | <b>35</b> |
|----------------|-----------|

---

### **TABLE DES TABLEAUX**

|  |    |
|--|----|
| <b>Tableau 1</b> : Pourquoi choisir d'être son propre médecin traitant ?     | 11 |
| <b>Tableau 2</b> : Difficultés de l'auto-soin                                | 14 |
| <b>Tableau 3</b> : Les situations qui justifient d'avoir un médecin traitant | 17 |

### **TABLE DES ANNEXES**

|   |    |
|---|----|
| <b>Annexe 1</b> : Première version du guide d'entretien     | 35 |
| <b>Annexe 2</b> : Dernière version du guide d'entretien     | 36 |
| <b>Annexe 3</b> : Caractéristiques de la population étudiée | 37 |
| <b>Annexe 4</b> : Extrait du tableur Excel                  | 38 |
| <b>Annexe 5</b> : Extrait d'entretien : Entretien n°10      | 39 |
| <b>Annexe 6</b> : Avis d'enregistrement CNIL                | 40 |

## INTRODUCTION

Au cours de nos études et de notre parcours de jeunes médecins, nous avons été confrontés à la croyance que les médecins seraient, comme le veut l'expression : « Les cordonniers les plus mal chaussés ». Expression du Moyen-âge, qui nous viendrait de Montaigne, qui signifie que les personnes compétentes dans un domaine ont souvent tendance à négliger leurs propres besoins. D'après une étude quantitative menée en 2020, 69% des médecins se sont auto-déclarés comme médecin traitant et 86% de l'échantillon n'avait pas consulté de médecin généraliste sur l'année écoulée (1). Lors d'une étude menée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) en 2017 auprès de plus de 25 000 praticiens, un médecin sur quatre se déclarait en mauvaise ou moyenne santé (2). Selon une étude menée par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) en 2008 (3), seulement un tiers des médecins interrogés a déclaré avoir réalisé un dépistage du cancer colorectal selon les recommandations.

Dans le contexte démographique actuel, la santé des médecins généralistes mérite une attention particulière. Entre 2010 et 2024, le nombre de généralistes en activité régulière a chuté de 12,7%. La spécialité ayant connu la plus forte baisse d'effectifs en 2023 est la médecine générale (4). En 2018, un tiers des médecins avait 60 ans ou plus (5). En parallèle, on observe un vieillissement de la population générale française : au 1<sup>er</sup> janvier 2025, 21,8 % des habitants ont au moins 65 ans, contre 16,3 % en 2005 (6). Ces évolutions démographiques entraînent une augmentation de la demande de soins. En effet, les personnes âgées de plus de 70 ans ont 2,3 fois plus souvent recours aux médecins généralistes que les patients les plus jeunes (5). En raison du rôle central qu'occupent les médecins généralistes dans le système de soin, leur santé constitue donc un véritable enjeu de santé publique.

Selon la définition européenne de la médecine générale par la WONCA (World Organization of Family Doctors), l'activité professionnelle des médecins généralistes comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative (7). L'écrivain Martin WINCKLER décrivait le médecin généraliste comme un individu, homme ou femme, formé pour exercer la médecine, et qui choisit volontairement, par affinité de longue date ou acquise durant ses études, d'exercer la médecine générale (8). Devenir médecin généraliste est donc, en principe, un choix. L'idéal d'un médecin généraliste n'est pas de diagnostiquer des maladies, mais de faire en sorte que la santé générale d'une population soit la meilleure possible. Mais alors, devant cette vocation à essayer de faire de son mieux pour soigner l'autre, comment le médecin

généraliste prend-il soin de lui-même ? Qui s'assure de faire en sorte qu'il soit en meilleure santé possible ? Car il ne peut soigner l'autre avec qualité sans être lui-même en bonne santé (9).

Autrefois considéré comme un sujet presque tabou, le thème de la santé des médecins a, au cours des quinze dernières années, fait l'objet de multiples travaux de recherche. De nombreuses études se penchent sur leur santé psychique (10) (11) (12). Quelques thèses quantitatives abordent le sujet de leur santé somatique (13) (14) (15). Des études qualitatives existent, qui se focalisent sur des médecins malades (16) (17) (18), ou s'intéressent spécifiquement à leurs freins à l'accès aux soins (19).

Le concept de médecin malade a été abordé par S. BONNEAUDEAU lors d'une recherche qualitative en 2011 (16). De par ses connaissances, le médecin est en mesure de poser des diagnostics, de s'auto prescrire des traitements. Cette capacité d'auto-soin, aussi pratique soit-elle, tend à isoler le médecin dans la gestion de sa propre santé. Il se prive ainsi des bénéfices d'une objectivité extérieure, d'un examen clinique, mais surtout de l'interaction avec un soignant. Cette notion d'objectivité préoccupe le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), comme décrit dans leur rapport de 2008 sur le médecin malade : *« le médecin se caractérise par une véritable cécité professionnelle qui l'entraîne à modifier l'idée qu'il peut avoir de son propre état de santé, ceci d'une façon consciente ou inconsciente »* (20).

En conséquence, des structures ont été mises en place à destination des médecins, comme l'association IMHOTEP en Haute-Normandie, créée à la suite d'une étude menée en 2008. Cette enquête révélait que 80% des médecins libéraux étaient favorables à l'instauration d'un service de médecine préventive qui leur serait spécifiquement dédié (21). Pourtant, l'expérimentation de la structure a révélé une faible participation (22).

Compte tenu de ces éléments, il nous a semblé essentiel d'étudier la façon dont les médecins généralistes se soignent, afin d'envisager des axes d'amélioration. Nous nous sommes focalisés sur une population de médecins généralistes âgées de plus de 50 ans. En effet, en 2018, 47 % des médecins avaient au moins 55 ans (5). De plus, cet âge marque le début des dépistages systématiques ainsi que l'augmentation de l'incidence de pathologies.

**L'objectif principal** de ce travail était de comprendre comment les médecins généralistes de plus de 50 ans de Haute-Garonne organisent la prise en charge de leur santé somatique.

# **MATERIEL ET METHODE**

## **I. Méthode de recherche**

Il s'agit d'une étude qualitative, à deux chercheurs, réalisée par le biais d'entretiens semi-dirigés.

Cette méthode nous a semblé la plus appropriée pour répondre à notre question de recherche, qui concerne un propos vaste et sensible. En effet, nous avons souhaité explorer les mécanismes de pensées et le vécu des médecins.

Le sujet de la santé des médecins revêtant un caractère très personnel et touchant à leur intimité, nous avons décidé de réaliser des entretiens individuels, afin qu'ils puissent s'exprimer librement.

## **II. Population cible et recrutement**

La population cible de l'étude était constituée de médecins généralistes de Haute-Garonne, âgés de plus de 50 ans, et exerçant toujours une activité, qu'elle soit libérale ou non.

L'échantillonnage s'est fait dans un premier temps via nos connaissances, puis par bouche à oreille, ainsi qu'avec l'aide de nos directrices de thèse. Il s'est orienté en fonction des caractéristiques démographiques des participants, afin d'avoir un échantillon le plus représentatif possible de la population cible.

La prise de contact était réalisée par téléphone, plus précisément par l'envoi d'un sms, où nous expliquions succinctement le thème et l'objectif de l'étude. Par délicatesse, nous nous sommes permis une seule relance par participant. Après accord du médecin contacté, nous convenions d'un rendez-vous, selon les disponibilités de chacun. Généralement, les entretiens se déroulaient dans les cabinets des médecins participants ou à leur domicile.

### **III. Rôle des chercheurs**

Les entretiens et leur analyse ont été réalisés par deux chercheurs : Rachel CAUSLEY et Antoine DENIS, internes en médecine générale. Le nombre d'entretiens a été réparti équitablement entre les deux chercheurs.

Afin de conserver une objectivité suffisante, chacun a réalisé un travail de réflexion individuel au préalable, avant une mise en commun des travaux individuels.

### **IV. Éthique**

Le projet de cette étude a été soumis et validé par le DPO (Data Protection Officer) du Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse (déclaration de conformité à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) en date du 28/11/2023).

Les entretiens ont été réalisés après obtention d'un consentement oral des médecins participants. Les données recueillies ont été anonymisées.

### **V. Recueil des données**

Le recueil des données a été réalisé par l'un ou l'autre des chercheurs, à travers des entretiens individuels, à l'aide d'un guide d'entretien semi-dirigé.

L'entretien semi-dirigé a été conçu à la suite d'une recherche bibliographique en français et en anglais sur les principales bases de données PubMed, SUDOC, E.M Premium et Google Scholar. Des documents de la Bibliothèque Universitaire de Médecine, tels que des thèses qui n'étaient pas disponibles en ligne, ont également été consultés.

Un premier guide d'entretien a été rédigé, qui a été utilisé lors des deux premiers entretiens exploratoires. Ceci a permis de rajouter des questions, notamment sur des thèmes qui n'étaient pas évoqués spontanément par les médecins, mais qui paraissaient pertinents pour répondre à la question de recherche. Le guide d'entretien a également été modifié au fur et à mesure de l'analyse des données.

Au début de chaque entretien, une brève présentation de l'étude et des objectifs ainsi que la nature confidentielle des données étaient rappelées.

Le guide d'entretien était axé autour de plusieurs thématiques : la notion de médecin traitant, l'état de santé du médecin, la notion de médecin/patient et l'organisation du suivi et de la prise en charge du médecin. Le guide d'entretien final est présenté en annexe.

Un rendez-vous a été convenu pour chaque entretien, dans le lieu de leur choix (parmi les 12 entretiens, 11 ont été effectués au cabinet médical des médecins, un seul a été réalisé au domicile du médecin interrogé). Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique, puis retranscrits dans leur intégralité. Des notes d'observations ont été prises, notamment sur le contexte et l'environnement dans lequel se déroulait l'entretien.

## **VI. Analyse des données**

Les entretiens ont été retranscrits fidèlement et intégralement, par le biais du logiciel de traitement de texte Word, ce qui a permis d'obtenir le « verbatim ». Le discours de chaque médecin était retranscrit fidèlement par le chercheur ayant mené l'entretien. Nous avons précisé en italique et entre parenthèses les moments d'émotions et/ou mimiques exprimés par les médecins interrogés.

Une analyse thématique des données a été choisie pour notre étude : le « verbatim » a été découpé en unités de sens, ou codage. Chaque unité de sens, correspondant à une idée exprimée, était traduite en un code.

Les extraits de verbatim ainsi que les codes ont été inscrits dans un tableur Excel, puis regroupés en catégories, et sous-catégories, au fil des entretiens. Plusieurs grands thèmes ont pu émerger, suite au regroupement des catégories, permettant ainsi de répondre à la question de recherche.

Afin de renforcer la validité interne de l'étude, une triangulation des chercheurs a été réalisée. L'analyse thématique était effectuée individuellement par chaque chercheur, avant une mise en commun des données. Ceci a été réalisé pour chaque entretien.

De plus, un va et vient régulier a été appliqué entre les verbatim et le guide d'entretien. Les résultats de l'analyse étaient régulièrement confrontés aux données de la littérature. Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données.

# **RESULTATS**

## **I. Population étudiée**

Le recueil des données s'est déroulé du 13 Juin 2023 au 22 Octobre 2024, dans le département de la Haute-Garonne.

Parmi les médecins interrogés, six sont des hommes et six des femmes, leur âge allant de 54 à 71 ans. L'âge moyen est de 61,7 ans. Dans notre échantillon, sept médecins exercent en zone urbaine, trois en zone semi-rurale et deux en zone rurale. Sept d'entre eux travaillent en cabinet de groupe, trois exercent seuls, un dans une Maison de santé pluridisciplinaire (MSP) et le dernier dans un établissement médico-social. Enfin, cinq médecins sur les douze ont un statut de maître de stage universitaire. Parmi les 12 praticiens interrogés, 11 d'entre eux ne consultent jamais un autre médecin généraliste.

Les caractéristiques des médecins interrogés sont détaillées en annexe.

Au total, 12 entretiens ont été menés. Deux médecins qui avaient été sollicités n'ont pas donné suite à notre proposition, sans justification.

La durée moyenne des entretiens était de 34 minutes et 54 secondes, la durée minimale était de 19 minutes et 12 secondes, et la durée maximale d'un entretien était d'1 heure, 5 minutes et 12 secondes. Plusieurs entretiens ont été interrompus par des appels téléphoniques (de patients, du secrétariat, ou de l'interne du médecin interrogé). Les deux entretiens exploratoires ont été conservés pour l'analyse. Les deux derniers entretiens ont permis de vérifier la saturation des données.

L'analyse de ces différents entretiens a permis de dégager quatre grands thèmes : des cordonniers pas si mal chaussés ; les médecins jamais mieux chaussés que par eux-mêmes ? ; quand le médecin chausse les souliers du patient ; des pas vers une meilleure santé : l'évolution de la prise en charge des médecins.

## II. Des cordonniers pas si mal chaussés

### 1. Un regard critique qui contraste avec une prise en charge adaptée

Quand on aborde la question de la santé des médecins généralistes, une majorité des interrogés nous évoque l'adage des cordonniers les plus mal chaussés, pour décrire leur santé et celle de leurs confrères.

Or il s'avère qu'en pratique, la plupart des médecins réalisent les examens de dépistage selon les recommandations. Leur adhésion repose sur la confiance qu'ils ont dans l'efficacité et l'intérêt des dépistages organisés, mais également sur des expériences personnelles. En effet, certains prennent conscience de la nécessité de réaliser leurs dépistages, à la suite de la découverte de pathologies dans leurs patientèles. « *Je venais de perdre cette patiente-là, et donc euh ça a dû me sensibiliser, et en fait je vais faire ma mammographie* » E.3 (Entretien 3) ; « *Alors moi je suis militaire, j'ai fait mes mammographies, mes tests hemocult, et même d'ailleurs euh, je vais me programmer une coloscopie avant de partir à la retraite comme ça j'aurai tout fait* » E.9

La présence d'antécédents familiaux ou l'avancée dans l'âge a tendance à les rendre également plus observant. Certains, nécessitant un traitement de fond, se plient à la contrainte du respect de la prescription. S'ils sont amenés à s'auto prendre en charge, ils tentent de le faire de façon adaptée en accord avec les bonnes pratiques, avec par exemple des biologies régulières ou des vaccinations à jour. Un des médecins affirme même mettre à jour son dossier médical partagé par anticipation du jour où il consultera un confrère. « *Voilà c'est mon traitement de fond que je suis scrupuleusement* » E4

Avoir recours à une consultation est pour bon nombre inscrit dans leur routine. Si cela leur semble nécessaire, ils ne rechignent pas à avoir recours à l'avis d'un spécialiste d'organe et laissent, avec confiance, leur santé entre les mains d'un autre médecin. « *j'ai toujours eu une gynéco quand même qui m'a suivi, c'était pas le médecin traitant officiel mais je l'ai vue régulièrement* » E.5

Une grande partie des médecins interrogés tendent à avoir une hygiène de vie saine, en équilibrant leur alimentation, en limitant les consommations addictives ou encore en pratiquant une activité physique régulière.

## 2. D'où vient cette discordance ?

Pour certains des praticiens interrogés, les connaissances des médecins, ainsi que leur accès privilégié aux examens et aux spécialistes d'organes, devraient favoriser une meilleure santé que celle de leurs patients.

Grâce à leurs connaissances médicales, le vécu et la prise en charge d'une pathologie sont différents de celui d'un patient non-médecin. Les généralistes peuvent se permettre de rationaliser la gravité d'une pathologie donnée, et d'éventuellement temporiser sa prise en charge, ou au contraire d'être rapidement réactif, en fonction de leur propre analyse. Elles lui permettent également d'être réaliste devant la gravité de certaines pathologies, et d'imaginer les différents diagnostics différentiels. *“moi sur les gros trucs j'ai toujours été réactive quoi hein,” E. 2*

La majorité des médecins interrogés reconnaissent avoir un accès privilégié aux spécialistes d'organes, qu'ils peuvent contacter et consulter rapidement. *« Je pense qu'après on a plus le bon spé qu'on connaît, le gastro c'est un copain, je sais que si un jour j'ai un gros truc bah oui je me permettrai de prendre le téléphone » E. 10*

De par son rôle pro-actif dans sa prise en charge, le médecin généraliste est parfois plus exigeant, en exprimant, par exemple, des délais raccourcis pour avoir accès à certains soins. *« On a voulu que je me fasse opérer des varices, ça c'était y'a 3 - 4 ans, je l'ai fait quand même, par contre j'ai négocié sec avec le chirurgien » E. 3 ;*

### **III. Les médecins, jamais mieux chaussés que par eux-mêmes ?**

#### 1. L'auto-soin

Les médecins qui, parmi l'échantillon, sont leur propre médecin traitant, n'y associent pas forcément de problématique, et peuvent même y trouver une certaine logique. Ils estiment souvent qu'ils sont de bons médecins pour eux-mêmes, en alliant la rigueur et l'objectivité de leur prise en charge. Ils décrivent une bonne analyse de leurs symptômes, leur permettant de poser des diagnostics corrects tout en s'interrogeant régulièrement sur leur propre santé.

De nombreux praticiens ne ressentent pas la nécessité d'avoir un médecin traitant. Beaucoup évoquent également comme argument la facilité qu'ils y trouvent et la rapidité avec laquelle ils peuvent faire avancer leurs démarches. Ils évoquent un sentiment de liberté concernant l'organisation de leur suivi, en contrôlant ce qu'ils se prescrivent.

Pour certains, la justification s'appuie sur le manque de temps pour consulter, notamment s'ils exercent seuls, ou sur le fait que leur exercice leur laisse peu de temps personnel en dehors du cabinet.

| CODES                             | VERBATIMS   |
|-----------------------------------|---|
|                                   | <b>Les raisons d'être son propre médecin traitant</b>   |
| Par facilité                      | "Tellement facile de se prescrire, les bios, les machins, les bidules" E.3                                    |
| Par logique                       | "Euh leur prise en charge qu'ils l'assument euh même c'est tout à fait logique" E.8                           |
| Par manque de temps               | "Et j'ai pas le temps en fait, j'ai pas le temps, c'est le gros problème" E.9                                 |
| Par effet générationnel           | "Nous on avait pas trop le choix, on était notre propre médecin, on l'a toujours été" E.9                     |
|                                   | <b>Les justifications d'être son propre médecin traitant</b>  |
| Je suis rigoureux                 | "Parce que je me sens parfaitement apte à être rigoureux dans mon suivi" E.4                                  |
| Je m'interroge sur ma santé       | "L'interrogatoire c'est l'élément le plus important dans la médecine,(...),je m'interroge tous les jours" E.8 |
| Je m'auto-soigne avec objectivité | "J'essaie de faire comme si euh, comme si je faisais appel à un autre médecin" E.4                            |
| J'analyse mes symptômes           | "Je sais quand même faire un diagnostic donc euh j'arrive quand même à ... à savoir ce que j'ai" E.9          |
| Je n'en ai pas besoin             | "Pour l'instant j'ai pas l'impression d'avoir besoin d'un médecin traitant" E.2                               |
|                                   | <b>Les avantages d'être son propre médecin traitant</b>   |
| Prise en charge immédiate         | "J'attends pas..." et surtout d'éviter la perte de temps" E.9   |
| Prise en charge efficace          | "D'être plus rapide, dans l'efficacité ..." E.9   |
| Liberté de la prise en charge     | "Je me donne les conseils que je veux me donner, ça me laisse beaucoup de liberté (sourit)" E.8               |
| Contrôler la prise en charge      | "Voilà c'est pour avoir la main, essentiellement (...) pour avoir le contrôle de ma - " E.9                   |

Tableau 1 : Pourquoi choisir d'être son propre médecin traitant ?

L'auto-soin est une pratique courante parmi les médecins interrogés, de l'autodiagnostic à l'auto-prescription d'exams. Concernant la prescription médicamenteuse, les avis divergent : certains évitent l'auto-prescription, redoutant un déséquilibre de leur pathologie, là où d'autres admettent adapter et renouveler leur traitement de fond, estimant que des pathologies « simples » comme une hypertension artérielle, peuvent faire l'objet d'une auto prise en charge. « *J'ai pas pris celui-là car je voulais pas avoir une statine à trop fort dosage donc c'est moi qui ai modifié par du liptruzet.* » E.4

En cas de pathologies aiguës courantes, la plupart des praticiens nous expliquent se traiter "par le mépris". Certains expliquent s'examiner et s'ausculter eux-mêmes. Si un traitement médicamenteux est nécessaire, ils s'accordent à dire que l'auto-prescription est de mise. La plupart l'estiment adaptée, mais certains admettent volontiers avoir moins de patience et se faire des prescriptions plus rapidement que pour leurs patients présentant les mêmes symptômes. « *Je vais passer plus rapidement à des antibiotiques des choses comme ça pour pas trainer quoi, parce que j'ai pas le temps de rester 48h* » E.9

La justification de l'auto-soin passe pour certains par le fait qu'ils auraient du mal à suivre à la lettre les conseils et les prescriptions d'un confrère. En effet, la difficulté à mettre de côté leur expertise et remettre leur prise en charge entre les mains d'autrui leur semble plus complexe. « *Garder une certaine autonomie quand même, j'écoute, j'obéis, je fais ce qu'il faut, si je suis pas d'accord, je ferai pas (rires), grosso modo* » E.5

La notion de contrôle des médecins sur leur propre santé revient régulièrement. En effet ils préfèrent assumer la responsabilité de leur suivi, que de se plier à une prise en charge proposée par un confrère, avec laquelle ils ne seraient pas forcément en accord. Être responsable de leur suivi leur permet de s'assurer de l'absence d'erreur. « *Je pense qu'on veut être notre propre médecin parce qu'on veut avoir la main sur les examens qu'on doit nous faire faire* » E.9.

## 2. Le mythe du médecin invincible

Dans la conscience collective, les médecins ne doivent pas, ou ne peuvent pas être malades. « *Le médecin est toujours en bonne santé, (rires), même quand vous avez 39, ça ne se voit pas (rires)* » E. 3

Des médecins interrogés nous évoquent que leur statut de médecin peut parfois leur être préjudiciable, notamment par leur tendance à minimiser leurs symptômes. Ils assument des retards de prise en charge pour eux-mêmes car ils ont « fait leur médecin », une sorte de déni de la possibilité d'être malade. Il est difficile pour un médecin de s'admettre malade.

Pour certains, l'hypothèse de la maladie peut les renvoyer à leur propre vulnérabilité ; pour d'autres, la maladie risque d'altérer l'image que les patients ont d'eux. « *Tu vois, quand je te parle de déni, c'est un peu ça. Nous on soigne des gens, la maladie c'est pour les autres* » E. 12 ; « *un médecin qui a une sale gueule, le patient il va ..., il va repartir, (rires), il va dire au secours, elle va pas me soigner celle-là, elle arrive pas à se soigner elle-même* » E. 5

Certains témoignent que la quantité de travail réalisée est un marqueur de bonne santé. « *Les gens, quand ils viennent, ils disent je suis fatigué, je peux plus travailler machin, je dis bon, bosser 12 heures par jour, c'est bien que t'es pas malade, sinon ça te ferait comme pour les autres, tu serais beaucoup plus fatiguée* » E. 3.

## 3. Les réticences à demander de l'aide à un confrère

Plusieurs généralistes relèvent la difficulté qu'ils ressentent à accepter le soin venant d'autres médecins, ainsi que la difficulté qu'ils ont à accorder leur confiance. Ils nous font part d'un certain inconfort dans la relation en tant que patient-médecin. A l'inverse, ils sont plusieurs à souligner le fait que soigner un confrère est plus complexe que soigner un patient non-médecin. « *J'ai jamais aimé, j'ai jamais aimé, des 2 côtés de la barrière c'est très inconfortable, très très inconfortable* » E. 3

Certains médecins se questionnent sur leur relation de patient vis-à-vis d'un spécialiste, de par leur statut de médecin, et se demandent si ce statut ne pourrait pas influencer négativement leur prise en charge. « *Et à partir du moment où vous allez dire que vous êtes médecin, si elle le sait pas, à partir du moment où vous allez le dire, vous allez forcément intervenir sur sa décision, parce qu'elle va vous demander ce que vous en pensez.* » E. 9

Par ailleurs, il existe une certaine réticence des médecins à demander un avis à un confrère les concernant, par peur de le déranger, ou d'empiéter sur son temps. « *C'est difficile de le dire parce que j'aurai toujours peur de, à chaque fois que j'aurai besoin de me manifester pour un truc, j'aurai l'impression d'être un emmerdeur, voilà. De, si j'ai une inquiétude, d'appeler pour rien" E. 4 ; « Je vais pas aller le déranger pour ça (frottis) » E. 3.*

#### **IV. Quand le médecin chausse les souliers du patient**

##### **1. L'expérience d'être le patient**

Quelques médecins interrogés trouvent un intérêt dans le fait de devenir un patient, considérant que cela leur permet de découvrir le point de vue de celui-ci, de passer de l'autre côté du bureau. « *Devenir un patient ? Ca me pose pas de problème particulier, puisque je l'ai déjà été, non ça m'amuse, c'est rigolo, parce qu'on voit les 2 facettes* » E. 1

Mais pour d'autres, être un patient revient à être malade d'une pathologie grave. Ce statut les renvoie à la notion de perte de contrôle, et remet en question leur statut de médecin. « *Sauf que si on s'imagine patient on s'imagine patient pour une maladie grave, je vais pas aller voir un médecin pour une rhino ou pour une entorse à la cheville.* » E. 11 ; « *C'est passer de l'autre côté de la barrière, oui je pense qu'il y a ce transfert oui, de se dire je suis plus un médecin, j'ai plus mon mot à dire, et donc de plus avoir le contrôle de la situation* » E. 9.

Certains redoutent le statut de patient en imaginant des conséquences douloureuses ou en se projetant sur d'éventuelles complications de prise en charge. « *Le plus embêtant est de vivre la douleur, d'accord (rires), voilà, c'est le plus embêtant* » E.1.

## 2. Les limites du double statut médecin-patient

L'auto-prise en charge se retrouve limitée quand il s'agit de s'auto-examiner. Devant cette difficulté, les médecins ont la possibilité de demander à des confrères de réaliser un examen clinique, soit au sein du cabinet, soit des amis médecins. En effet, l'absence d'examen clinique peut entraîner la méconnaissance d'une pathologie sous-jacente. « *Dans mes périodes de stress années 2010 là, j'avais un spasme colique si tu veux, je me disais j'ai une appendicite, tu vas voir le pote il pose la main et pis voilà quoi, il dit non, non* » E. 1.

La notion du double statut médecin-patient pose également un problème d'objectivité. Le jugement vis-à-vis de soi-même peut être altéré, par manque de rationalité ou de clairvoyance. A ce propos, plusieurs praticiens avouent avoir fait des erreurs de posologie dans leur auto-prescription, avec des conséquences plus ou moins sévères.

Cette problématique de double statut soulève des inquiétudes : pour certains, le fait de redouter de sous-estimer leur état de santé, et pour d'autres, d'avoir une attitude de déni vis-à-vis de la gravité potentielle d'une anomalie.

Un manque de régularité du suivi est évoqué par plusieurs médecins, qui ont déploré cet état de fait. Beaucoup ne prennent pas leur tension régulièrement, parfois uniquement en cas de symptômes, et plusieurs praticiens expliquent ne pas avoir réalisé les dépistages organisés selon les recommandations. La surveillance biologique est pour quelques médecins peu régulière, par oubli, ou par peur des piqûres. Plusieurs facteurs peuvent l'expliquer : le déni, la négligence, le manque de temps, l'absence d'organisation et la difficulté à faire passer leur suivi en priorité. Plusieurs médecins estiment d'ailleurs leur suivi médical moins bon que celui de leurs patients. « *Je me prends la tension une fois de temps en temps ...voilà pas plus, quand j'ai mal à la tête (rires), des fois elle est un peu haute quand je suis bien énervée* » E.5 ; « *Je pense qu'on prend pas le temps. On prend pas le temps de s'intéresser à notre santé.* » E.2

| CODES                                       | VERBATIMS   |
|---|---|
|   | <b>Difficultés pratiques</b>  |
| Difficultés de l'auto examen clinique       | "C'est pas très simple de s'auto examiner la prostate " E.7   |
| Absence d'auto examen clinique              | "Après c'est sûr pour savoir qu'on est hypertendu faut quand même prendre sa tension de temps en temps." E.2    |
| Manque de compétence pour s'auto examiner   | "J'estime que je suis pas compétent pour m'examiner entre autre" E.7  |
| Erreurs lors d'auto prescription            | "Je m'étais un peu trop betabloqué, comme quoi on peut faire des erreurs hein. J'ai fait un petit malaise." E.8 |
|   | <b>Difficultés liées à l'interprétation/au jugement</b>   |
| Manque de clairvoyance                      | "C'est vrai que c'est pas on n'est pas toujours très clairvoyant avec soi-même" E.10                            |
| Manque de rationalité                       | "Donc on est pas rationnel vraiment peut être, ou trop, je ne sais pas" E.1                                     |
| Peur de sous- estimer son état de santé     | "J'espère juste qu'on sous-estime pas son état de santé, en tant que médecin" E.2                               |
| Risque de déni                              | "Et après je te dis j'ai un énorme déni même sur la gravité" E.12   |
| Double statut médecin/patient               | "On se fait confiance je pense, à tort, là on est juge et parti donc forcément c'est un tort" E.1               |
|   | <b>Difficultés liées au comportement du médecin</b>   |
| Manque de régularité                        | "Je me rappelle même pas la date de mon dernier frottis, c'est dire" E.3  |
| Manque d'organisation                       | "C'est pas, tout ça n'est pas très méthodique et organisé dans ma tête" E.6                                     |
| Négligence                                  | "Ça c'est de la pure négligence hein ça c'est sûr et certain" E.3   |
| Difficulté à faire de la santé une priorité | "Parce qu'elle me donnait pas rendez-vous je le prenais pas" E.1  |

Tableau 2 : Difficultés de l'auto soin

Dans notre échantillon, certains médecins évoquent que le fait d'être à la fois le médecin et le patient devrait être interdit, ils émettent des réserves quant à la qualité du suivi. Pour ceux-ci, le manque d'objectivité engendré par cette pratique est également discutable quand il s'agit de soigner leur entourage. *« Moi j'aime pas soigner les miens parce qu'on est trop proche et qu'on n'a pas ce recul nécessaire, donc soi-même c'est encore plus délicat quoi » E.10.*

### 3. Les difficultés du métier de médecin généraliste

Des médecins soulignent le fait que notre métier de médecin généraliste libéral est une activité globalement solitaire, et que cela peut être également compliqué à appréhender au quotidien, notamment lorsqu'une problématique de santé survient. *« On est une profession libérale, et en fait dans ce terme : vous devez vous débrouiller seul. » E. 9*

Beaucoup de médecins rapportent que la difficulté du métier de généraliste impacte leur santé. Le stress, l'anxiété, la charge de travail, la difficulté de ce métier, peuvent engendrer des souffrances morales mais également physiques. *« Gros gros stress, grosse charge de travail, gros stress, voilà, la charge émotionnelle elle est là hein, de temps en temps je me coinçais et là je me suis bien coincé » E. 1*

La notion de manque de temps est revenue plusieurs fois au cours des entretiens : les médecins décrivent souvent un manque de temps pour prendre soin d'eux-mêmes ; faire de la rééducation ou de l'activité physique est parfois compliqué. Un médecin nous a rapporté attendre d'être à la retraite pour réaliser une intervention chirurgicale car l'arrêt serait trop long tant qu'il est en activité. *« Kiné ouais j'ai pas testé, c'est compliqué ça prend du temps (rires) » E. 5 ; « l'activité sportive, c'est plus compliqué de gérer au quotidien, 30 minutes par jour ils sont gentils hein mais je sais pas où je les trouve. » E. 2*

Certains médecins ont un sentiment de devoir envers leurs patients et n'envisagent pas de fermer leur cabinet pour un arrêt ou des congés. *« Donc et c'est vrai que j'ai encore le truc. Fermer un cabinet ça me pose problème. » E. 10*

En effet ils s'accordent à dire que l'arrêt de travail est une situation exceptionnelle, justifiée uniquement lorsqu'ils ne sont pas en mesure physiquement de continuer à exercer. Pour éviter ou diminuer le temps d'arrêt de travail, les praticiens n'hésitent pas à prendre des traitements plus puissants ou à privilégier une chirurgie plus lourde. Certains expliquent attendre d'être à la retraite pour se faire opérer. D'autres avouent parfois réaliser un arrêt de

travail plus court que celui prescrit par le spécialiste d'organe. « *Je viens de prendre un mois d'arrêt de travail pour l'opération, il m'avait mis 6 semaines, j'en ai fait 4* » E.1 ;

La difficulté à trouver un remplaçant et l'impact financier sont également des freins à s'arrêter. « *Parce que j'avais pas les moyens de m'arrêter* » E.7

De plus, le sentiment de culpabilité de surcharger ses collègues, les difficultés engendrées dans la gestion du cabinet, ou encore le jugement des patients, lors d'un arrêt, sont des sources d'inquiétudes pour les praticiens. « *On n'allait pas appeler la collègue pour la faire rentrer de vacances parce qu'on toussait un peu, qu'on avait 40 quoi, faut quand même pas exagérer quoi* » E.3

Au cours des entretiens, certains médecins se sont livrés sur leurs difficultés pour jongler entre vie de famille et gestion du cabinet. Ils peuvent être alertés par leur entourage sur les conséquences de leur temps de travail important, et sur une éventuelle nécessité de lever le pied. « *Non puis les jeunes femmes quand vous avez le cabinet, les enfants en bas âges et tout, ça doit pas être facile quand même.* » E. 3

#### 4. Entre autonomie et besoin d'aide extérieure

Plusieurs médecins jugent que leurs problèmes de santé ne nécessitent pas un suivi avec un médecin traitant autre qu'eux-mêmes. Selon eux, ils pourraient en ressentir le besoin s'ils étaient « malades ». Plus précisément, le fait d'avoir une pathologie chronique, grave, un traitement au long cours ou un diagnostic difficile, engendrerait un besoin d'une prise en charge par autrui. L'un des médecins explique qu'il choisira un médecin traitant une fois qu'il sera à la retraite, en le justifiant par le fait qu'il ne sera probablement plus au fait des dernières recommandations.

De nombreux médecins interrogés expriment le fait de ne pas avoir besoin de suivi, parce qu'ils considèrent leur état de santé comme bon. L'une d'elle évoque un moment dans sa vie où elle a été atteinte d'une pathologie neurologique, et explique qu'elle était alors plus sérieuse dans son suivi médical pendant cette période. Un autre avoue qu'il est plus facile d'être insouciant vis-à-vis de sa santé en l'absence de pathologies sérieuses. Cela étant dit, plusieurs d'entre eux conviennent que s'ils doivent être atteints d'une maladie grave, ils seront forcés de changer leur comportement vis-à-vis de leur santé.

| CODES                             | VERBATIMS   |
|-----------------------------------|---|
|                                   | <b>Les situations qui nécessitent un médecin traitant</b>   |
| Être malade                       | "Si j'avais un problème de santé particulier, peut être que j'aurais pris un collègue voilà" E.5    |
| Avoir une maladie chronique       | "C'est parce qu'ils ont une pathologie, ils sont hyper tendus, diabétiques" E.2                     |
| Avoir une maladie grave           | "Il faudrait je pense que j'ai une maladie plus sévère" E.9   |
| Avoir un traitement au long cours | "Ça aurait été sans doute différent, si j'avais eu un traitement régulier" E.6                      |
| Diagnostic complexe               | "Que pour l'instant j'ai pas eu de diagnostic difficile donc je me suis pas ..." E.10               |
| Être à la retraite                | "Si j'exerce plus, euh je prendrais un médecin traitant qui pourra jouer ce rôle sans problème" E.4 |
| En ressentir la nécessité         | "Qui relève pas forcément de la nécessité d'aller voir un médecin traitant" E.6                     |

Tableau 3 : Les situations qui justifient d'avoir un médecin traitant

## V. Des pas vers une meilleure santé : l'évolution de la prise en charge des médecins

### 1. L'impact de l'éducation et des études de médecine

Plusieurs médecins rapportent que leur éducation dans leur enfance conditionne aujourd'hui la façon dont ils se soignent. Certains, dont les parents étaient médecins, n'ont jamais été habitués à aller consulter. Ils n'ont donc pas pris l'habitude de confier leur santé à une tierce personne. « *Oui parce que j'ai jamais été éduqué dans euh me confier à quelqu'un de spécifique, d'organisé, de référencé, c'était la famille donc c'était mon père ou ma mère, c'était une surveillance quotidienne, je suis jamais allé voir un médecin* " E. 8

Des médecins soulignent que la difficulté des études de médecines et le surmenage pendant les stages ont probablement conditionné la manière dont ils se soignent aujourd'hui. Ils rapportent ne pas avoir été sensibilisés pendant leurs études à être attentif à leur santé. « *La manière dont tu as été élevé, comme médecin hein va conditionner ta manière d'aborder la vie* » E. 1

### 2. L'approche proactive de la santé chez les jeunes médecins

Les progrès sociaux des dernières décennies permettent pour certains médecins d'expliquer un changement d'attitude dans la nouvelle génération (congés maternité, prévoyance...). Les médecins interrogés remettent en question la façon de travailler de leurs confrères plus âgés, et incitent, dans leurs discours, les plus jeunes à prendre conscience de l'importance de se préserver. Dans ce sens, limiter leur temps de travail est un moyen pour certains de préserver leur santé. « *Et y a plus de 30 ans c'était pas dans l'air du temps d'avoir un médecin traitant, de, d'avoir même une couverture sociale, euh, moi j'ai pas eu de congé maternité, ça existait pas* » E.2

Beaucoup de médecins interrogés voient leurs confrères plus jeunes comme proactifs dans leur prise en charge : ils pensent qu'ils ont plus souvent un médecin traitant, qu'ils s'occupent davantage de leur santé. « *Une chose est sûre, c'est que maintenant la jeune génération déjà on en parle, c'est plus tabou, on leur dit aux internes qu'il faut qu'ils aient un médecin traitant, qu'il faut qu'ils se soignent qu'il faut pas qu'ils se négligent* » E.2

### 3. Vers une meilleure prise en charge

Au cours des entretiens, les médecins identifient des pistes d'améliorations concernant leur prise en charge médicale. Il pourrait s'agir, pour les médecins, d'entrer dans un parcours de soin classique, selon les recommandations en vigueur, au même titre que les patients. « *Si je me suivais pas je mettrais tout ça dans les pattes d'un médecin qui me cadrerait* » E.4

Or il a été soulevé par plusieurs praticiens que l'absence de médecine du travail pour les médecins libéraux est déplorable. Ils s'accordent à dire qu'une consultation dédiée et régulière leur serait bénéfique. Toutefois, le caractère obligatoire de celle-ci semble nécessaire pour obtenir une adhésion des médecins. « *On devrait proposer un bilan de santé, destiné uniquement aux médecins généralistes* » E.9.

Il est ressorti de plusieurs entretiens que l'exercice en groupe pourrait être un facteur favorisant une meilleure prise en charge. « *parce que j'étais en début d'installation, je travaillais toute seule voilà, c'est ça, aujourd'hui voilà vous avez bien raison d'être en groupe, d'avoir des gens pour vous soutenir* » E. 3.

Par ailleurs, le manque de prévention sur le plan psychologique est également déploré par plusieurs praticiens.

# **DISCUSSION**

## **I. Forces et limites**

### **1. Forces de l'étude**

Il s'agit d'un travail qui s'inscrit dans l'actualité, dans un contexte de modification de la démographie médicale et générale, en Haute-Garonne et en France de manière générale. De plus, la santé des médecins relève d'un enjeu de santé publique.

Notre choix concernant la population d'étude - des médecins généralistes âgés de plus de 50 ans - nous paraît adapté, compte tenu du vieillissement de la démographie médicale. De plus, cet âge marque le début des dépistages systématiques et l'apparition de certaines pathologies.

Un travail de réflexivité réalisé tout au long de l'étude, ainsi que le respect de la triangulation des données et des chercheurs, ont permis d'assurer la validité interne de l'étude. Le biais d'interprétation a également été limité par le double codage.

Les caractéristiques démographiques de la population étudiée étaient variées en termes d'âge, de sexe, de mode d'exercice et de statut de maître de stage universitaire ou non.

### **2. Limites de l'étude**

- **Liées aux chercheurs**

Il s'agit, pour les deux chercheurs, de notre premier travail de recherche qualitative. Malgré une formation préalable et l'aide précieuse de nos directrices de thèses, il est probable que ceci puisse impacter le recueil des données et leur analyse.

Par ailleurs, nous sommes conscients que notre position de futurs médecins généralistes a pu limiter la liberté d'expression des praticiens, en raison d'un sentiment d'identification. Plusieurs médecins nous ont retourné les questions que nous leur posions, notamment celle sur le fait d'avoir un médecin traitant.

- Liées à la population d'étude

Un biais de sélection existe, dans la mesure où la méthode du « bouche à oreille » a sélectionné une population de médecins exerçant davantage en zone urbaine. A noter toutefois que plusieurs médecins exerçant actuellement en zone urbaine avaient auparavant travaillé en région rurale ou semi-rurale.

- Liées au recrutement

Le recrutement a été réalisé sur la base du volontariat, ce qui constitue un biais évident. Seuls les médecins ayant accepté de nous rencontrer en connaissance du thème à aborder ont été interrogés. Cependant, seuls deux médecins n'ont pas répondu favorablement à notre demande, ce qui montre un intérêt envers notre sujet, comme exprimé par plusieurs médecins.

- Liées au thème général

Se livrer sur un thème aussi sensible et personnel que sa propre santé n'est pas aisé, notamment pour des médecins. Il est possible que les praticiens que nous avons interrogés aient omis certains éléments lors de leur récit, ce qui peut constituer un biais déclaratif.

## **II. A propos des résultats**

### **1. Un cordonnier pas si mal chaussé**

Différentes études (23) à propos du regard des médecins généralistes sur leur propre santé et celle de leurs confrères démontrent que l'adage « **les cordonniers les plus mal chaussés** » est profondément ancré.

Le regard qu'ils portent sur la santé des médecins généralistes semble être faussé. Ils imaginent que les médecins se soignent mal et n'adhèrent pas aux dépistages organisés, alors que des études quantitatives étrangères et françaises anciennes de 1998 (24) et 2007 (25) voire plus récentes de 2022 (26) démontrent l'inverse.

En accord avec notre ressenti lors des entretiens, l'étude quantitative de 2022 auprès de 182 médecins généralistes montre un taux de vaccination très élevé (94%), ainsi qu'une participation très importante aux différents dépistages organisés : 95% pour le dépistage du cancer du sein, 88% pour le dépistage du cancer du col de l'utérus et 78% pour le dépistage

du cancer colorectal. Ces taux sont bien plus élevés que ceux constatés dans la population générale.

Il existe une discordance entre la perception de la santé par les médecins, et la réalité décrite dans les études. Cette divergence peut en partie être liée aux spécificités de la santé des médecins. En effet, les généralistes prenant eux-mêmes la responsabilité de leur santé, présentent également des difficultés à prendre du recul vis-à-vis de celle-ci (23). L'absence de distance rend l'autoévaluation difficile, pouvant entraîner des erreurs dans leur propre prise en charge, mais aussi une incapacité à reconnaître qu'en réalité leur suivi est approprié. Ceci révèle une certaine incertitude quant à la fiabilité de leur propre jugement les concernant.

## 2. Un chemin de soin différent

Le médecin généraliste possède son propre chemin de soin, ni cadré ni organisé par une personne extérieure, mais géré par lui-même, un médecin généraliste.

Grâce à sa spécialité de généraliste, dont le principal objectif est la prise en charge globale du patient, le médecin peut se prendre en charge de façon adaptée, même si cela reste critiquable.

La position des médecins généralistes en tant que médecins-patients, dans leur rapport à leur santé, ne peut être appréhendée de la même façon que celle des patients non-médecins. Ils cheminent tout au long de leur vie avec leurs connaissances médicales qui leurs permettent de soigner, diagnostiquer et accompagner. Mais lorsqu'ils sont confrontés à leur propre santé, ils n'ont que rarement un interlocuteur vers qui se tourner.

Les généralistes sont peu nombreux à avoir **un médecin traitant**, dans le sens défini par la sécurité sociale (27), à savoir, coordonner le parcours de soin du patient et assurer les premiers soins. En effet, comme retrouvé dans de nombreuses études (1), 70 à 80 % des médecins généralistes sont soit eux-mêmes leur propre médecin traitant, soit ils ont déclaré un confrère, mais qu'ils ne consultent qu'exceptionnellement. Plusieurs raisons peuvent expliquer ce choix, en l'occurrence la difficulté de choisir et trouver un médecin avec lequel ils se sentent en confiance, ainsi que la difficulté à laisser leur santé entre les mains de quelqu'un d'autres qu'eux-mêmes et donc perdre en partie « le contrôle » sur leur propre santé. Les arguments qui reviennent le plus souvent pour justifier ce choix sont la simplicité de la démarche et le gain de temps.

Une étude de 2022 (28) sur les conditions de travail des médecins généralistes révèle qu'ils travaillent en moyenne 53 heures par semaine, contre 40 heures en moyenne dans la population générale, selon l'Insee en 2022 (29). Consulter un autre médecin généraliste nécessite soit de quitter son cabinet, soit d'empiéter sur son temps personnel, déjà réduit, donc précieux.

Pour pallier ce manque de temps, les médecins généralistes demandent parfois des conseils sur leur santé à des confrères du cabinet ou à des spécialistes d'organes « entre deux portes » sans passer par une consultation. Cette façon de procéder est décrite dans plusieurs études françaises (30) mais également étrangères (31).

Pourtant, l'une des missions fondamentales du médecin traitant étant la prévention, il n'existe pas de consultation « inutile », et consulter un médecin généraliste, même pour un motif que l'on pourrait juger comme facile à traiter, pourrait permettre de discuter de prévention, ou de la réalisation des dépistages organisés ; mais également de recevoir un examen clinique complet. Comme le disait très justement l'un des médecins que nous avons interrogés : « *Après c'est sûr pour savoir qu'on est hypertendu faut quand même prendre sa tension de temps en temps* ».

Le médecin généraliste possède par ailleurs la faculté de l'**auto-prescription**, que ce soit des médicaments, des examens complémentaires ou encore des courriers d'adressage. Cela engendre forcément une différence de prise en charge par rapport à un patient non-médecin.

Différentes études montrent que plus de 90% (32) des médecins généralistes pratiquent l'auto-prescription. La grande majorité s'auto-prescrit des médicaments dans un contexte de pathologie aiguë, y compris ceux possédant un médecin traitant. (19)

L'auto-prescription n'est pas interdite par le code de déontologie médicale (33). Elle apparaît comme une méthode de soins par défaut, mais qui présente des risques non négligeables. En effet, le Conseil National de l'Ordre des Médecins s'est questionné sur la nécessité de limiter ou non cette pratique, dans son rapport de 2008 (34). Les résistances à une mesure telle que celle-ci seraient probablement très fortes dans la communauté médicale, et son application difficile à contrôler.

Pour autant, les médecins qui s'auto-prescrivent semblent le faire avec tact et mesure, comme retrouvé dans une étude quantitative Française de 2019 (35) : 71% des médecins interrogés déclarent se prescrire moins d'antalgique en comparaison avec leurs patients, pour des situations cliniques similaires.

Nous n'avons pas retrouvé de chiffre quant à l'auto-prescription d'antibiotiques chez les médecins, en comparaison à la population générale, ce qui pourrait être intéressant à évaluer.

Il existe malgré tout un risque non négligeable d'erreur de prescription, pouvant entraîner des effets indésirables. Dans une étude quantitative de 2013 (36), 26% de l'échantillon de médecins généralistes a présenté un effet indésirable médicamenteux à la suite d'une auto-prescription.

Cette faculté d'auto-prescription permet aux médecins de renouveler eux-mêmes leur traitement de fond. Dans une étude quantitative sur l'auto-prescription chez les médecins généralistes, 100% des médecins l'avaient réalisé au moins une fois (30). Ceci pose de nouveau la problématique vis à vis de l'absence de consultation pour un renouvellement de traitement, et donc la non-délivrance d'éventuels conseils de prévention et l'absence de réalisation d'un examen clinique.

Par ailleurs, l'auto-examen nous paraît compliqué : un médecin ne peut réaliser un examen clinique complet, de qualité, seul. La plupart des médecins généralistes reçoivent donc un examen clinique complet lorsqu'ils sont amenés à **consulter un spécialiste d'organe**.

Dans une étude réalisée en Gironde en 2020, 70% des médecins généralistes avaient eu recours à une consultation spécialisée dans l'année écoulée (1).

Ces consultations résultent le plus souvent d'un auto-adressage, lorsqu'ils en ressentent le besoin, ou lorsqu'ils sont confrontés à leurs propres limites diagnostiques et thérapeutiques.

Ce spécialiste d'organe appartient le plus souvent au réseau local ou amical du médecin généraliste. De ce fait, celui-ci a donc un accès privilégié lui permettant d'avoir une consultation ou un avis rapidement.

### 3. Le médecin face à sa propre maladie

Les résultats indiquent que les connaissances du médecin modifient son vécu et son comportement face à la maladie, que ce soit de façon positive ou négative.

**Rationaliser la gravité d'une pathologie** peut permettre de différer la prise en charge. En effet, le fait de savoir et de comprendre qu'une affection n'a pas de critère de sévérité immédiate permet de prendre du recul et d'éviter de se précipiter vers des traitements

invasifs prématurés. Cela contribue à une prise en charge plus adaptée. Bien que cela puisse sembler évident, cet aspect est pourtant peu abordé dans la littérature sur le sujet.

Par ailleurs, la connaissance de la gravité potentielle d'un symptôme ou d'une anomalie **permet au médecin de faire preuve de réactivité**. Cette notion, retrouvée dans nos résultats, apparaît de la même manière dans une étude qualitative de 2011 sur les freins à l'accès aux soins chez les médecins généralistes, et confirme qu'ils consultent dans des délais jugés « raisonnables ». (16)

Cependant, le statut de médecin peut s'accompagner de certains inconvénients, notamment une éventuelle propension à **minimiser ses symptômes**. Cette notion est décrite dans d'autres thèses qualitatives sur la santé des médecins (16) (31) (17).

En effet, leurs connaissances médicales peuvent leur être préjudiciables : leur savoir et leur expérience les placent en tant qu'acteurs de premier plan face à la maladie, et pour une pathologie donnée, certains auront tendance à anticiper les répercussions et explorer divers diagnostics différentiels. Ceci peut alors être source de stress, comme décrit dans une thèse qualitative de 2023 sur le ressenti du médecin patient (17).

#### 4. La relation médecin-soignant / médecin-patient

Dans notre étude, certains médecins soulignent la difficulté d'accepter les soins dispensés par d'autres praticiens, ainsi que leur hésitation à leur accorder leur confiance. Plusieurs d'entre eux évoquent également une forme de réticence à solliciter l'avis d'un confrère spécialiste d'organe pour leur propre santé, par crainte de le déranger ou de lui prendre du temps, un aspect également retrouvé dans la littérature (17) (18).

C'est notamment le cas d'un médecin, qui nous a expliqué ne pas réaliser ses dépistages du cancer du col de l'utérus, par peur de déranger son gynécologue. Il s'agit pourtant d'un geste qu'elle ne peut pas réaliser seule. Nous n'avons pas questionné les raisons de ce choix, mais la question se pose : agit-elle ainsi pour libérer du temps aux gynécologues afin qu'ils se consacrent à des soins plus complexes ? Dans ce cas, vers qui se tourne-t-elle pour le réaliser ? D'où vient ce sentiment d'illégitimité à consulter ?

Dans notre étude, certains médecins ont mentionné que **leur statut de médecin pouvait affecter négativement leur prise en charge** lorsqu'ils consultent un confrère. Ceci a également été retrouvé dans différentes études (17) (18) (37). Le risque de minimiser les symptômes est évoqué, tant du côté du médecin-patient que du côté du médecin-soignant.

Dans celles-ci, les médecins rapportaient un faible niveau d'explications de la part du spécialiste d'organe, probablement convaincu que leurs confrères possèdent déjà les connaissances requises. Or, si le médecin généraliste consulte, c'est justement qu'il a besoin d'un avis concernant une pathologie qu'il n'arrive pas à soigner seul.

De cette différence perçue dans la prise en charge par rapport à un patient non-médecin, découle un certain manque de confiance, et une **nécessité de reprendre le contrôle**. De ce fait, le médecin est tenté de gérer seul sa propre santé.

Les résultats de notre étude mettent en lumière **le rôle actif des médecins dans leur prise en charge** lorsqu'ils interagissent avec d'autres professionnels de santé, ce qui conforte les données de la littérature (18). Ils se renseignent sur les complications possibles d'une chirurgie, les effets indésirables d'un traitement, et se permettent d'y adhérer ou non en fonction de leur propre jugement. Ils se sentent légitimes à refuser certains soins, ou à remettre en question le diagnostic d'un spécialiste d'organe, ce qui les distingue d'un patient non médecin (16).

Dans des articles et thèses traitant de la santé des médecins, la peur de la rupture de la confidentialité a été énoncée, tant dans la littérature française (17) qu'anglophone (31). Dans notre étude, aucun médecin n'a soulevé ce point. Cette absence de préoccupation est-elle un signe que la peur du médecin de voir son entourage ou ses patients découvrir sa maladie est moins prononcée ?

##### 5. Le mythe du médecin invincible

Lors de nos entretiens, le sentiment d'**invulnérabilité** de certains médecins est très bien décrit. Ce phénomène est retrouvé dans plusieurs articles, dans la littérature française (17) (16), comme anglophone. (38) Ils admettent être dans un certain déni face à leurs symptômes, et reconnaissent que cela a pu conduire à des retards de prise en charge par le passé. Pourtant, le déni n'est-il pas, par définition, un mécanisme inconscient ? Ne s'agit-il pas plutôt d'un sentiment d'invincibilité profondément enraciné chez certains médecins ? Certains médecins de notre étude semblaient convaincus qu'ils percevraient leur propre maladie comme s'ils disposaient d'un sixième sens. Cette perception erronée les amène probablement à occulter l'existence de pathologies asymptomatiques.

Dans le même esprit, les résultats de notre étude montrent le sentiment **qu'aux yeux des patients, le médecin ne peut pas être malade**. La vision du médecin comme un surhomme perdure, et la maladie du médecin est vue comme une faiblesse, voire un aveu

d'incompétence. En effet, un médecin malade peut renvoyer une image peu rassurante, comme si cela nuisait à son image professionnelle auprès de ses patients. S'il n'est pas capable de se soigner lui-même, comment pourrait-il soigner les autres ? Certains semblent avoir intégré cette idée au point de percevoir leur propre maladie comme un véritable échec. Ce sentiment peut alors les conduire à dissimuler leur état de santé, par crainte d'une remise en question de leur statut et de leurs compétences. Être malade est quelque part incompatible avec la profession de médecin, et celui-ci perd, au même moment que sa bonne santé, une partie importante de son identité.

Cela étant, notre analyse des entretiens suggère que les médecins prennent globalement soin de leur santé somatique, en particulier en ce qui concerne la prévention. Cette observation est appuyée par les données de la littérature (26).

Le cursus des études de médecine, marqué par le surmenage et une charge de travail conséquente, contribue à façonner l'image du médecin super-héros. On retrouve cette notion dans une thèse qualitative de 2015 sur les freins à l'accès aux soins chez les médecins généralistes (19).

Cette représentation du médecin en super-héros peut sembler valorisante et animée de bonnes intentions. Pourtant, elle contribue à enfermer davantage le médecin dans un rôle d'être invincible, ce qu'il n'est pas. Si cela peut paraître anodin, les répercussions peuvent être réelles et préjudiciables en pratique.

## 6. L'impact du métier de médecin sur la santé

Les médecins de notre étude mettent en lien la difficulté du métier de médecin généraliste et leur propre état de santé. La charge de travail, le manque de temps, ainsi que le stress et l'anxiété liés à leur pratique, peuvent entraîner des souffrances tant physiques que psychiques. Dans une thèse qualitative portant sur le vécu des médecins confrontés à la maladie, les professionnels ont également fait état de phénomènes similaires (17). Dans une étude analysant l'auto-évaluation de leur état de santé, les médecins généralistes rapportaient une perception négative de leur bien-être en lien avec leur charge de travail. En particulier, ceux qui travaillent plus de 48 heures par semaine attribuaient des scores significativement plus bas dans les auto-questionnaires d'évaluation de leur santé (1).

Les médecins de notre étude s'accordent à dire que **l'arrêt de travail est une situation exceptionnelle**, nécessaire uniquement lorsqu'il est physiquement impossible pour eux de consulter. Afin d'éviter un arrêt de travail, ils reconnaissent avoir recours à des

traitements médicamenteux plus puissants, opter pour des interventions chirurgicales plus lourdes pour limiter les arrêts répétés, et réduire la durée de leur convalescence par rapport aux recommandations du spécialiste d'organe.

Ce comportement peut s'expliquer par plusieurs facteurs : la crainte du jugement des patients, déjà mise en évidence dans une autre étude qualitative française (19), la difficulté à trouver des remplaçants, ainsi que l'impact financier, des éléments également décrits dans la littérature (17) (18). Les contraintes organisationnelles liées à la gestion du cabinet en cas d'arrêt de travail étaient également évoquées.

Parfois cependant, cette pratique relève simplement d'une question de conviction personnelle. En effet, la culpabilité de surcharger les collègues est un facteur prépondérant, mais elle reflète également le fort sentiment de confraternité et d'entraide entre médecins, bien que cela puisse être parfois délétère.

Une étude française s'intéressant à la notion de médecin-patient en 2011 révèle que lorsqu'on demande aux médecins généralistes s'ils s'accordent la même durée d'arrêt de travail qu'à leurs patients, ils répondent par la négative dans la majorité des cas (16). Dans un autre étude, 52,5% des généralistes dont l'état de santé le justifiait ont renoncé à bénéficier d'un arrêt de travail sur l'année écoulée (1). Pourtant, l'arrêt de travail, en tant que prescription médicale, est déterminé en fonction de la pathologie du patient et non de sa profession, sauf en cas de pénibilité spécifique liée au travail. Mais alors, pourquoi le médecin estime-t-il avoir besoin de moins de repos que les autres ? Pense-t-il pouvoir guérir plus vite ?

La place du médecin dans la société évolue, et l'image du médecin généraliste corvéable à merci tend à s'estomper. Pourtant, le sentiment de devoir envers les patients demeure profondément ancré chez les médecins. S'il est essentiel, – nos patients méritent des soins de qualité, et il s'agit d'un devoir déontologique d'y veiller – où se situe la limite ? Ce sens du devoir ne devrait pas primer au point d'occulter le bien-être physique et psychique du soignant.

Devant l'évolution de la démographie médicale actuelle, les médecins risquent de faire face à une charge de travail toujours plus importante. En effet, entre 2012 et 2021, le nombre de médecins généralistes a chuté de 5,6% (39), et en 2018, 47 % des médecins avaient 55 ans ou plus, et 30 % avaient 60 ans ou plus (5). Pour que les médecins puissent exercer durablement, il est essentiel qu'ils préservent leur santé physique et psychique. Assurer la qualité des soins à la population passe par une réflexion et des actions concrètes

en faveur d'une meilleure prise en charge des soignants. Selon des chiffres de la DREES publiés en 2019 (40), les médecins généralistes libéraux consacrent en moyenne 5 heures et 30 minutes par semaine aux tâches de gestion et de coordination. Il devient alors urgent de chercher à diminuer la charge de travail administrative des médecins, afin de leur libérer du temps pour soigner leurs patients, mais aussi pour prendre soin d'eux-mêmes.

### **III. Perspectives d'évolution dans la prise en charge des médecins**

L'éducation parentale joue un rôle déterminant dans la façon dont les médecins appréhendent divers aspects de leur vie, y compris la gestion de leur santé. Plusieurs médecins interrogés ont exprimé des réticences à consulter un confrère, expliquant que cette habitude ne leur avait pas été inculquée durant leur jeunesse. Pour certains, leurs parents étaient médecins, ils n'ont donc jamais fait la démarche d'aller consulter une personne extérieure. Nous n'avons pas retrouvé de chiffre dans la littérature comparant la prise en charge des médecins dont les parents étaient médecins versus non-médecins.

Devant ces difficultés à mettre leur santé entre les mains d'un confrère, il serait pertinent d'introduire, dès les études de médecine, une réflexion sur la posture du médecin en tant que patient (38). Il serait également essentiel de déconstruire l'idée selon laquelle ils doivent toujours incarner la figure du soignant, en leur rappelant qu'ils peuvent, eux aussi, être patients (31). Cet aspect commence à être abordé pendant les études médicales, notamment pendant le troisième cycle, sur l'importance d'être bien soi-même afin de bien soigner. Mais il semblerait intéressant que des cours dédiés à cette thématique soient mis en place. Une étude anglaise de 2019 sur les médecins généralistes (9) faisait état d'une association entre un faible niveau de bien-être et un risque plus important d'erreurs médicales.

Les études récentes tendent à montrer que la nouvelle génération de médecins est plus sensibilisée à prendre soin d'elle-même. Une étude de 2020 réalisée auprès de 397 médecins généralistes (41), avec une médiane des participants à 40 ans, retrouvait qu'ils se sentaient en meilleure santé que leurs patients. La tranche d'âge de 30 à 40 ans était significativement plus suivie par un médecin généraliste indépendant. Une étude comparative sur l'état de santé des médecins selon leur âge pourrait être intéressante.

Malgré une moyenne d'âge basse, ces médecins étaient tout de même demandeurs d'une consultation médicale dédiée aux médecins généralistes. Sur la même thématique, une étude de 2012, évaluant les attentes des médecins généralistes vis-à-vis de leur santé (42),

retrouvait que 69% des médecins étaient demandeurs de la création d'une structure de soins dédiée aux médecins généralistes. Des études étrangères (38) arrivent aux mêmes conclusions quant à la nécessité de centres dédiés à la prise en charge des médecins libéraux.

Diverses structures ont été créées pour apporter de l'aide aux médecins, notamment au Québec depuis 1990, avec *Le Programme d'aide aux médecins du Québec* (43).

En France l'*Association MOTS : médecins, organisation, travail, santé* (44), créée en Haute-Garonne en 2010, puis développée ensuite dans d'autres régions, vient en aide aux soignants présentant des signes d'épuisement ou de souffrance.

L'*association Soins aux professionnels de santé* (APSS) (45), créée en France en 2015, est une association nationale qui soutient les soignants et mène des campagnes de prévention sur leur santé psychique. L'APSS a étudié l'idée d'une modification du code de déontologie, avec l'introduction d'une obligation de soins. Cette mesure n'a toutefois pas été mise en place à l'heure actuelle.

Ces associations ne semblent malheureusement pas connues de tous les médecins. L'étude quantitative de 2020 réalisée en Gironde (1) montrait que près de 90% des médecins n'avaient pas connaissance de l'existence de l'association MOTS, pourtant active dans le Sud-Ouest.

Bien que ces structures apportent un soutien psychologique aux soignants, elles n'intègrent pas la question de la santé somatique et ne sont pas des centres de soins spécifiquement dédiés aux médecins.

En France, fin 2009, après une enquête préalable évaluant les besoins des médecins pour leur santé, l'association *IMHOTEP* (46) a été créée en Haute-Normandie. C'est le premier service en France de médecine préventive destinée aux médecins. Elle assure un accueil des médecins de la région qui en font la demande, que ce soit pour une problématique psychologique ou somatique. Elle encourage également la formation des soignants, afin de les préparer à la prise en charge de leurs confrères médecins. En effet, recevoir en consultation un médecin est rarement aisé et peut induire une position inconfortable. D'ailleurs, dans différentes études, les médecins sont demandeurs de consultation auprès de confrères formés à soigner les médecins (47) (1).

En ce sens, un *Diplôme Interuniversitaire : Soigner les soignants* (48), a été créé en 2015 par l'*Association MOTS*, en collaboration avec les Universités Toulouse III-Paul Sabatier et Paris-Diderot. Son objectif était initialement de former des médecins, et maintenant également des paramédicaux, à soigner des soignants. Il est actuellement à l'arrêt

suite au départ des médecins qui l'ont créé, mais il devrait être de nouveau d'actualité fin 2025.

Par ailleurs, la médecine du travail, exclusivement préventive, a pour objet d'éviter l'altération de la santé des salariés, du fait de leur travail, notamment en surveillant leur état de santé. Pourtant, il n'existe pas, à ce jour, d'organisme de consultation dédié aux médecins généralistes, dans le cadre de leur exercice. Ils peuvent, de leur propre initiative, s'adresser à des organismes de médecine du travail indépendants, dédiés aux libéraux, mais non spécialisés dans la prise en charge des médecins. Au-delà des questions de financement et d'organisation, la création de structures de médecine du travail pour les médecins libéraux pourrait être intéressante à envisager.

Enfin, plutôt que d'imposer d'avoir un médecin traitant ou de limiter l'auto-prescription, il nous semble pertinent de sensibiliser, de former et d'accompagner les étudiants en médecine et les médecins à l'auto-soin. Un accompagnement de l'auto prise en charge, incluant une réflexion sur les bonnes pratiques, les risques, les limites et les précautions à respecter, permettrait d'améliorer le suivi par les médecins généralistes de leur propre santé.

## CONCLUSION

Le médecin généraliste, grâce à ses compétences, est en mesure d'établir ses propres diagnostics et de s'auto prescrire des traitements. Pourtant, lorsqu'on évoque la santé des médecins, l'adage « Les cordonniers les plus mal chaussés » est souvent évoqué. Du fait du rôle central que joue le médecin généraliste dans le système de soins, préserver sa santé apparaît comme primordial. C'est la raison qui nous a amenés à les interroger sur la façon dont ils prennent en charge leur propre santé somatique.

Leur chemin de soin est bien différent de celui des patients non-médecins : d'après les résultats de notre étude, la tendance à l'auto-soin et le recours minimal aux confrères semblent être des normes établies. Ce comportement est façonné par différents facteurs, tels que le manque de temps, la charge de travail, mais également par une culture professionnelle imprégnée de résilience et d'abnégation.

Cependant, il semble exister une discordance entre la perception qu'ont les médecins de leur santé et la réalité de leur prise en charge. Alliant pour la plupart rigueur et prudence dans leur suivi et leur auto-prescription, les cordonniers ne semblent finalement pas si mal chaussés. Néanmoins, certains freins existent et compromettent une prise en charge optimale. Le mythe du médecin « invincible », la réticence à solliciter un confrère et l'inconfort lié au fait de devenir patient, accentuent l'isolement du médecin face à sa propre santé. De plus, par crainte que son statut de médecin puisse influencer négativement la qualité des soins fournis par un confrère, le généraliste est tenté de reprendre le contrôle de sa santé.

L'essor de structures et de formations dédiées à la santé des soignants, bien qu'encore peu connues ou insuffisamment fréquentées, pourrait constituer une réponse adaptée aux besoins spécifiques des médecins généralistes. Ces évolutions contribueraient également à une meilleure acceptation de la possibilité que les médecins puissent être malades.

Enfin, plutôt que de leur imposer des mesures coercitives telles que l'obligation d'avoir un médecin traitant ou l'interdiction de l'auto-prescription, il nous semble plus pertinent de sensibiliser et former les étudiants ainsi que les médecins à l'auto-soin. Un accompagnement, incluant une réflexion sur les bonnes pratiques, les risques, et les limites de l'auto prise en charge, permettrait d'améliorer la qualité du suivi des médecins généralistes.

le 21/02/2025  
Vu, la Présidente du jury  
Pr Julie DUPOUY  
Médecine Générale

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Kervern A. Spécificités des comportements personnels de santé et d'accès aux soins des médecins généralistes en Gironde. 2019;
2. CNOM. La santé des médecins : un enjeu majeur de santé publique. 2017;
3. DREES. Santé physique et psychique des médecins généralistes. juin 2010;
4. Arnault DF. Atlas de la démographie médicale en France. 1 janv 2024;
5. DREES. Démographie des professionnels de santé : Qui sont les médecins en 2018 ? Quelle accessibilité aux médecins généralistes ? 2018;
6. INSEE. Bilan démographique 2024.
7. WONCA. The European definition of general practice / family medicine. 2023;
8. Winckler, Martin. La crise de la médecine générale, Les Tribunes de la santé. 2009;
9. Hall LH, Johnson J, Watt I ; Association of GP wellbeing and burnout with patient safety in UK primary care: a cross-sectional survey. Br J Gen Pract. juill 2019;
10. Dusmesnil H, Saliba-Serre B, Régi JC; Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. 1 oct 2009
11. de Bazin de Bezons A. Déterminants et facteurs protecteurs du syndrome d'épuisement professionnel des médecins généralistes en France: une revue narrative de la littérature. 28 sept 2023;
12. Nény G. Évaluation de l'épuisement professionnel des médecins généralistes des Hauts-de-France en 2023 et analyse selon l'exercice en « désert médical »,. 11 janv 2024;
13. Doizy V. La santé des médecins généralistes des départements du Calvados, de la Manche et de l'Orne : évaluation de leur participation aux campagnes de dépistage organisé des cancers du sein et du côlon et au dépistage individuel ducancer du col de l'utérus. 2019;
14. Sammarcelli P. Le dépistage des cancers du col de l'utérus et du sein chez les femmes médecins généralistes des Hautes-Alpes et Alpes-de-Haute-Provence. :05/12/2018.
15. Croizier E. Comment les médecins généralistes libérales de la Loire réalisent-elles leur propre prévention des cancers gynécologiques ? 12 oct 2023;
16. Bonneaudeau S. Le médecin-malade : Un patient comme les autres ? 5 juill 2011;
17. Herda S. Le médecin malade : attitude et ressenti des médecins généralistes confrontés à la maladie. Étude qualitative auprès de 14 médecins généralistes picards. 16 mars 2023;
18. Hebert H. Les médecins généralistes confrontés à la maladie : prise en charge et vécu du statut de patient : enquête qualitative. 10 avr 2019;
19. Carme J, Maglioli L. La santé du médecin généraliste : étude qualitative des freins à l'accès aux soins. 2015;
20. CNOM. Le médecin malade. 2008;
21. CNOM Haute-Normandie. Enquête sur la santé des médecins libéraux de Haute-Normandie. déc 2008;
22. Kuntz A. La santé des médecins libéraux en Haute-Normandie : analyse des besoins et mise en place de l'expérimentation d'un service de médecine préventive. Université de Rouen, 2011.

23. Fanny Napolier. Médecins, mais pourquoi ne vous soignez-vous pas ? Généralistes CSMF; 21 avr 2015;
24. Frank E, Brogan DJ, Mokdad AH; Health-Related Behaviors of Women Physicians vs Other Women in the United States. Arch Intern Med. 23 févr 1998;
25. Coquel G. Comportements personnels de santé et de prévention des médecins : une enquête descriptive transversale réalisée auprès de médecins généralistes et spécialistes de Seine-Maritime. 2007;
26. Spillemaecker C. Comportements de prévention et bien-être psychique des médecins généralistes : étude observationnelle transversale descriptive auprès des médecins généralistes de Loire-Atlantique. 2022;
27. Le dispositif du médecin traitant; AMELI; 2024
28. DREES. Études et Résultats des conditions de travaux des Médecins généralistes. 2022.
29. INSEE. Durée et conditions de travail; 2023
30. Aubeuf L. Autoprescription médicamenteuse chez les médecins généralistes libéraux ornaix: état des lieux des pratiques et facteurs d'influence. 2021;
31. George S, Hanson J, Jackson JL. Physician, Heal Thyself: a Qualitative Study of Physician Health Behaviors. Acad Psychiatry. févr 2014;
32. Granjon L. Prise en charge de la santé des médecins généralistes des Hautes-Alpes : enquête sur l'auto-dépistage de quatre cancers : prostate, sein, colorectal et col utérin; 2013;
33. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Le code de déontologie.
34. Leriche B et coll. Le médecin Malade : synthèse. Conseil National de l'Ordre des Médecins. juin 2008;
35. Ducoroy V. Auto-prescription d'antalgiques chez les médecins généralistes des Hauts-de-France. 12 juin 2019;
36. Labeille G. Étude de l'autoprescription médicamenteuse chez les médecins généralistes de Rhône-Alpes. 2013;
37. Mauger Chadi. Quand le médecin tombe malade : vécu de quatorze médecins face à leur pathologie chronique organique ; 2016
38. Fox F, Harris M, Taylor G, et al. What happens when doctors are patients? Qualitative study of GPs. Br J Gen Pract. 1 nov 2009
39. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? 2021;
40. DREES. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50heures par semaine. 2019;
41. Groutier. T. Les médecins sont-ils toujours leur propre médecin traitant ? 2020;
42. Verjus AL. Médecins libéraux des Savoie et Isère: étude épidémiologique des besoins d'un système de soins dédié à leur propre santé. 2012;
43. Programme d'Aide aux Médecins du Québec; Disponible sur: <https://www.pamq.org/>
44. Association Mots (Médecin-Organisation-Travail-Santé). Disponible sur: <https://www.association-mots.org/>
45. Association Soins aux Professionnels de la Santé; Disponible sur: <https://www.asso-sps.fr/>

46. Imhotep -Normandie - Soigner les soignants; Disponible sur: <https://imhotep-normandie.fr/>
47. Ghodse H. Doctors' health and performance. Int Psychiatry. juill 2005;
48. DIU Soigner les soignants; Disponible sur: <http://diu-soignerlessoignants.fr/>

# ANNEXES

## **Annexe 1 : Première version du guide d'entretien**

Intro : Bonjour, nous sommes deux internes de médecine générale et réalisons notre thèse sur la santé somatique des médecins généralistes. Nous réalisons des entretiens afin de comprendre comment ils se soignent, comment ils organisent leur propre prise en charge. Cet entretien est anonyme. Je vais vous poser plusieurs questions sur votre santé ; si cela vous met mal à l'aise, ne vous sentez pas obligé de me répondre.

- Pouvez me donner votre sexe et votre âge ? Avez-vous un mode d'exercice plutôt rural ou urbain ? Exercez-vous seul, en cabinet de groupe ou autre ?
- Avez-vous un médecin traitant ?
  - Si oui, pour quelles raisons ? Est-ce que vous le voyez régulièrement ?
  - Si non, pouvez-vous m'expliquer pourquoi ?
- Que pensez-vous de votre état de santé ? (bon, mauvais, suivi)
- Concernant votre patientèle, interrogez-vous vos patients sur la réalisation de leurs dépistages ?
- Que pensez-vous de l'intérêt des dépistages organisés ?
- Nous avons retrouvé que 81% des femmes médecins généralistes réalisent le dépistage du cancer du col de l'utérus pour elles-mêmes selon les recommandations ; 78% réalisent le dépistage du cancer du sein, et 35% des médecins généralistes réalisent le dépistage du cancer colorectal, qu'en pensez-vous ?
- Est-ce que vous, vous réalisez ces dépistages ?
  - Si la réponse est qu'il ne les a pas faits : pouvez-vous m'expliquer les raisons pour lesquelles vous ne les avez pas faits ?
  - Si oui, qu'est-ce qui vous a motivé à le faire ? Comment cela s'est-il passé ? (niveau du ressenti, stress ? )
- Que suscite chez vous l'idée de devenir un patient ?
- Comment peut-on améliorer la participation des autres médecins généralistes ?

## Annexe 2 : Dernière version du guide d'entretien

Intro : Bonjour, nous sommes deux internes de médecine générale et réalisons notre thèse sur la santé somatique des médecins généralistes. Nous réalisons des entretiens afin de comprendre comment ils se soignent, comment ils organisent leur propre prise en charge. Cet entretien est anonyme. Je vais vous poser plusieurs questions sur votre santé ; si cela vous met mal à l'aise, ne vous sentez pas obligé de me répondre.

- Pouvez-vous me donner votre sexe et votre âge ? Avez-vous un mode d'exercice plutôt rural ou urbain ? Exercez-vous seul, en cabinet de groupe ou autre ? Depuis combien de temps exercez-vous ? Avez-vous des enfants ?
- Avez-vous un médecin traitant ?
  - Si oui, pour quelles raisons ? Est-ce que vous le consultez régulièrement ? Est-ce qu'il soigne votre famille ? Comment est votre relation avec lui ?
  - Si non, est-ce que vous en aviez un avant ? Est ce qu'il faisait partie de votre famille ? Qu'est ce qui a influencé ce choix ? Que pensez-vous du fait de ne pas avoir de médecin traitant ?
- Que pensez-vous de votre état de santé ? (bon, mauvais, suivi)
- Que suscite chez vous l'idée de devenir un patient ?
- Concernant les dépistages organisés, nous avons retrouvé que le taux de participation des médecins généralistes est de 35% pour le cancer colorectal, qu'en pensez-vous ? (col 81%, Mammo 78%) Est-ce que vous réalisez ces dépistages ?
  - Si la réponse est qu'il ne les a pas faits : pouvez-vous m'expliquer les raisons pour lesquelles vous ne les avez pas faits ?
  - Si oui, qu'est-ce qui vous a motivé à le faire ? comment cela s'est-il passé ? (niveau du ressenti, stress ? )
- Êtes-vous à jour de vos vaccinations ?
- Comment procédez-vous lorsque vous avez une pathologie aiguë ? *Est-ce que vous vous prescrivez vous-même les médicaments ? Est-ce que vous vous examinez ? Est-ce que vous vous prescrivez des bilans biologiques ? Des examens d'imageries ? Est-ce que cela vous arrive de vous mettre en arrêt de travail ? Pensez-vous avoir un accès privilégié aux spécialistes ?*
- Pourquoi faites-vous comme ça ? Qu'en pensez-vous ?
- Que pensez-vous de votre suivi médical par rapport à celui de vos patients ?
- Avez-vous des remarques ou des choses que vous souhaitez ajouter ?

### Annexe 3 : Caractéristiques de la population étudiée

|                     | Âge    | Sexe     | Lieu d'exercice | Mode d'exercice                       | Durée d'installation                                     | Maître de stage | Est son propre médecin traitant |
|---------------------|--------|----------|-----------------|---------------------------------------|--|-----------------|---------------------------------|
| <b>Entretien 1</b>  | 59 ans | Masculin | Urbain          | Maison de santé pluri professionnelle | Depuis 27 ans  | Oui             | Oui                             |
| <b>Entretien 2</b>  | 63 ans | Féminin  | Semi rural      | Cabinet de groupe                     | Depuis 33 ans  | Oui             | Oui                             |
| <b>Entretien 3</b>  | 62 ans | Féminin  | Semi rural      | Cabinet de groupe                     | Depuis 35 ans  | Oui             | Oui                             |
| <b>Entretien 4</b>  | 69 ans | Masculin | Urbain          | Seul                                  | Depuis 30 ans  | Oui             | Oui                             |
| <b>Entretien 5</b>  | 59 ans | Féminin  | Rural           | Cabinet de groupe                     | Depuis 24 ans (activité hospitalière avant installation) | Non             | Oui                             |
| <b>Entretien 6</b>  | 63 ans | Masculin | Rural           | Cabinet de groupe                     | Depuis 32 ans  | Oui             | Non                             |
| <b>Entretien 7</b>  | 71 ans | Masculin | Urbain          | Établissement médico-social           | Depuis 3 ans (37 ans d'installation en libéral)          | Non             | Non                             |
| <b>Entretien 8</b>  | 64 ans | Masculin | Semi rural      | Cabinet de groupe                     | Depuis 34 ans  | Non             | Oui                             |
| <b>Entretien 9</b>  | 62 ans | Féminin  | Urbain          | Seule                                 | Depuis 33 ans  | Non             | Oui                             |
| <b>Entretien 10</b> | 60 ans | Féminin  | Urbain          | Seule                                 | Depuis 30 ans  | Non             | Oui                             |
| <b>Entretien 11</b> | 54 ans | Féminin  | Urbain          | Cabinet de groupe                     | Depuis 23 ans  | Non             | Non                             |
| <b>Entretien 12</b> | 55 ans | Masculin | Urbain          | Cabinet de groupe                     | Depuis 26 ans  | Non             | Oui                             |

## Annexe 4 : Extrait du tableur Excel

| Thème  | Catégorie   | Codes  | Entretien 1  |
|--|---|--|--|
| Le médecin généraliste face à l'auto prise en charge de sa santé                 | Difficultés de l'auto-soin/ Critique son suivi médical  | Ereur lors d'auto prescription   | "c'était le thoccolchocoidé, le miroel, mais que je prenais à 2 gélules 2 fois par jour, c'est trop !" p.16  |
|  |   | difficile de s'examiner soi-même                                       |  |
|  |   | Je ne peux pas savoir si j'ai de la tension si je ne la prends pas     |  |
|  |   | je ne suis pas compétent pour m'auto-examiner                          |  |
|  |   | dualité du double statut médecin/patient                               | , on se fait confiance je pense, à tort, là on est juge et parti donc forcément c'est un tort, on peut pas tu peux pas être juge et parti et on est super juge et super parti p.21 |
|  |   | on est pas clairvoyant vis-à-vis de soi même                           |  |
|  |   | Reconnait ne pas être rationnel vis à vis de sa propre prise en charge | "donc on est pas rationnel vraiment peut être, ou trop, je ne sais pas" p.17   |
|  |   | peur de sous-estimer mon état de santé                                 |  |
|  |   | j'ai un déni de la gravité potentielle d'une pathologie                |  |
|  |   | ma synthèse médicale de moi-même n'est pas forcément la meilleure      |  |
|  |   | Je ne suis pas régulier dans mon suivi                                 |  |
|  |   | ce n'est pas bien de ne pas avoir de suivi                             |  |
| je ne suis pas organisé dans mon suivi   |   |  |  |
| je suis négligente dans mon suivi  |   |  |  |
| difficulté pour passer son suivi en priorité                                     | parce qu'elle me donnait pas rendez-vous je le prenais pas" p.8   |  |  |
| absence de suivi = je peux passer à côté de quelque chose                        |   |  |  |
| Je n'ai pas un bon suivi par rapport à mes patients                              |   |  |  |
| Appréhension avant de réaliser un dépistage pour moi même                        |   |  |  |
| j'ai peur de savoir/ je ne veux pas savoir si je suis malade                     |   |  |  |
| Appréhension des résultats des dépistages  |   |  |  |
| Appréhension lors de la réalisation d'exams                                      |   |  |  |
| Conséquences d'une pathologie (grave/chronique)                                  |   |  |  |
| Peur d'avoir une maladie grave (cancer) : car j'ai peur de souffrir moralement   | ce que j'aimerais pas ce serait d'avoir à gérer une maladie grave, ça ça me poserait... ça ça m'emmerderais parce que j'aurais l'impression que ma vie m'échappe » « j'espère ne pas faire un cancer d'accord" p.11 ; "mais la maladie grave, pronostic vital en jeu vraiment, hum , surtout la souffrance "ça c'est et moral, souffrance morale surtout, ça ça doit être dur je sais pas comment je le vivrais" p.12 |  |  |
| Peur d'être dans la perte de contrôle vis à vis de ma maladie                    | "ça m'emmerderais parce que là ta vie t'échappes, et ta vie change, c'est plus la même, c'est c'est elle est choquée, elle est électrochoquée, complètement déstabilisée, les paradigmes changent, la l'avenir change, tout change, d'accord, donc ça ça me choquerait, je sais pas comment je vivrais ça par contre" p.11  |  |  |
| j'ai eu une pathologie (psychiatrique) qui a perturbé mon exercice professionnel | "ça m'emmerderais parce que là ta vie t'échappes, et ta vie change, c'est plus la même, c'est c'est elle est choquée, elle est électrochoquée, complètement déstabilisée, les paradigmes changent, la l'avenir change, tout change, d'accord, donc ça ça me choquerait, je sais pas comment je vivrais ça par contre" p.11  |  |  |
| Peur des changements de vie dû à une maladie grave                               | "ça m'emmerderais parce que là ta vie t'échappes, et ta vie change, c'est plus la même, c'est c'est elle est choquée, elle est électrochoquée, complètement déstabilisée, les paradigmes changent, la l'avenir change, tout change, d'accord, donc ça ça me choquerait, je sais pas comment je vivrais ça par contre" p.11  |  |  |

## Annexe 5 : Extrait d'entretien : Entretien n°10

I : OK et on au niveau de la santé somatique ? Vous n'avez jamais eu de problème particulier ?

P : Qu'est-ce que j'ai fait ? Si, je me suis pété la malléole il y a un an. Voilà, enfin bon. Botte et truc et attelle. Qu'est-ce que j'ai eu ? Ben j'ai accouché mais ça c'est pas des maladies. Qu'est-ce que j'ai eu d'autre dans ma vie... (*hésite*) et après suivi gynéco donc suivi rapproché parce que ma mère est décédée très jeune d'un cancer du sein donc je fais des mammos depuis que, j'en ai ras le bol d'ailleurs, depuis que j'ai 25 ans, l'âge de 25 ans. Mais après, qu'est-ce que j'ai eu d'autre ? Je cherche. Je me suis fait faire quand même une épreuve d'effort y a un an en me disant t'as fumé, il faut quand même que tu fasses attention, donc j'ai fait l'épreuve d'effort et voilà après.

I : Vous vous êtes orientée vers le cardio du coup ?

P : Ben oui, je travaillais depuis très longtemps avec une cardio, que j'avais jamais vue. Je me suis dit ça sera l'occasion de la voir. Je suis allée faire mon épreuve d'effort direct et puis voilà. Et je fais un bilan, si, je me fais un bilan sanguin une fois tous les ans depuis que j'ai ouais, 50 ans, un truc comme ça. Et sinon non, je suis quand même pas si... et mon père avait des antécédents de polypes donc j'ai fait 2 colos et on m'a trouvé un polype au dernier, à la dernière coloscopie. Donc j'ai droit à une coloscopie dans 5 ans. Enfin dans 4 ans maintenant.

I : Ouais donc vous faites, vous avez un suivi quand même que vous vous instaurez vous-même ?

P : Ouais, je fais un minimum, prise de sang de temps en temps et voilà, après gynéco ça je me suis toujours tenue, vue mes antécédents, et cardio je crois que j'avais jamais fait d'électro de ma vie à 59 ans. Je me suis dit, bon je vais faire, tu vas aller faire un ECG et une épreuve d'effort, voilà.

I : Ok, chez un cardiologue que vous connaissiez ?

P : Oui, avec qui je bossais à P, et qui... Je me suis dit, tiens je vais aller la voir et voilà. J'ai pas été déçue d'ailleurs, parce que à P, maintenant je pense qu'ils ont changé de locaux. Ils avaient un vélo pourri donc je suis repartie... Le lendemain je me suis dit bizarre, j'ai presque des douleurs, et T (son collègue) me dit : « Ah Ben t'es allé à P. Je lui dis bah oui, il me dit j'ai un patient qui est cycliste dans ma clientèle que j'ai envoyé faire une épreuve d'effort, il m'a dit, ils ont un vélo qui est complètement tordu » (*rigole*). Voilà.

I : OK

P : Donc j'ai pas grand chose à vous raconter. Peut-être que ça va pas être très palpitant hein.

I : Si, ça l'est toujours parce que ce qui nous intéresse nous, c'est le global, c'est le suivi de, voilà, comment vous faites votre suivi que vous organisez vous-même.

P : Après, si, je me suis fait opérer, donc je vais peut-être finalement trouver des trucs. Je me suis fait opérer, mais de la presbytie il y a 5 ans parce que COVID plus... Voilà, j'y voyais plus rien. J'avais la buée partout. J'avais hésité. Là j'ai plus hésité. Je me suis fait opérer, et là c'est nickel, j'ai pas besoin de lunettes et voilà donc ophtalmo. Voilà, c'est fait.

I : Quand vous allez voir justement par exemple, la gynéco, la cardiologue, qu'est-ce que ça fait ? Qu'est-ce que ça vous fait d'être un patient ? De passer de l'autre côté, d'être un patient ?

P : Alors le Gynéco, je le connais parce que c'est avec lui que j'ai passé ma thèse. Je fais une thèse sur la fécondation in vitro. Il était chef de clinique donc on a sympathisé, il m'a aidée. Donc ça fait 30 ans qu'il est là. Et donc c'est plutôt... et là ce matin, bah j'y suis allée ce matin tiens, il se trouve et c'était un interne. Franchement, ça m'a pas gênée. Il m'a dit, « tu veux bien qu'il t'examine ? » Ça me pose aucun problème. Je suis pas dans le stress ou dans le...

## Annexe 6 : Avis d'enregistrement CNIL



Université PAUL SABATIER – TOULOUSE III  
Facultés de Médecine de Toulouse  
**DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MEDECINE GENERALE (DUMG)**  
Faculté de médecine de Toulouse – Ranguel 133 route de Narbonne  
31062 TOULOUSE Cedex

**Pr Pierre BOYER**

Directeur NTIC – Numérique

DPO-78344

DUMG Toulouse

[pierre.boyer@dumg-toulouse.fr](mailto:pierre.boyer@dumg-toulouse.fr)

[dpo@dumg-toulouse.fr](mailto:dpo@dumg-toulouse.fr)

Je soussigné **Pr Pierre Boyer**, DPO du département universitaire de médecine générale de Toulouse, certifie que :

**Mme CAUSLEY Rachel**

- a satisfait aux obligations de déclaration des travaux de recherche ou thèse concernant le Règlement Général de Protection des Données

- a été inscrite dans le TABLEAU D'ENREGISTREMENT RECHERCHE ET THESES - Déclaration conformité CNIL du DUMG de TOULOUSE (133 route de Narbonne 31 062 Toulouse CEDEX) à la date du 28/11/2023

sous le numéro : **2023CR137**

Fait à Toulouse, le 01/12/2023

Pr P. BOYER



**Université PAUL SABATIER – TOULOUSE III**  
Facultés de Médecine de Toulouse  
**DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MEDECINE GENERALE (DUMG)**  
Faculté de médecine de Toulouse – Rangueil 133 route de Narbonne  
31062 TOULOUSE Cedex

**Pr Pierre BOYER**

Directeur NTIC – Numérique

DPO-78344

DUMG Toulouse

[pierre.boyer@dumg-toulouse.fr](mailto:pierre.boyer@dumg-toulouse.fr)

[dpo@dumg-toulouse.fr](mailto:dpo@dumg-toulouse.fr)

Je soussigné **Pr Pierre Boyer**, DPO du département universitaire de médecine générale de Toulouse, certifie que :

**M. DENIS Antoine**

- a satisfait aux obligations de déclaration des travaux de recherche ou thèse concernant le Règlement Général de Protection des Données

- a été inscrit dans le TABLEAU D'ENREGISTREMENT RECHERCHE ET THESES - Déclaration conformité CNIL du DUMG de TOULOUSE (133 route de Narbonne 31 062 Toulouse CEDEX) à la date du 28/11/2023

sous le numéro : **2023DA136**

Fait à Toulouse, le 01/12/2023

Auteurs : Rachel CAUSLEY et Antoine DENIS

Directrices de Thèse : Dr LACHAUX Florence / Dr CISAMOLO Isabelle

Lieu et date de soutenance : Toulouse, le 18 mars 2025

---

**Les médecins généralistes, des cordonniers pas si mal chaussés ? Étude Qualitative de la santé somatique chez les médecins généralistes de plus de 50 ans en Haute-Garonne.**

**Introduction** : Le médecin généraliste, grâce à ses compétences, est en mesure d'établir ses propres diagnostics et de s'auto prescrire des traitements. Pourtant, lorsqu'on évoque la santé des médecins, l'adage « Les cordonniers les plus mal chaussés » est souvent évoqué. Du fait du rôle central que joue le médecin généraliste dans le système de soins, préserver sa santé apparaît comme primordial.

**Objectif** : Comprendre comment les médecins généralistes organisent la prise en charge de leur santé somatique.

**Matériel et Méthodes** : Une recherche qualitative par entretiens individuels semi-dirigés, avec analyse thématique, a été réalisée auprès de médecins généralistes de plus de 50 ans en Haute-Garonne.

**Résultats** : Douze médecins généralistes, âgés de 54 à 71 ans, et encore en activité, ont été interrogés entre juin 2023 et octobre 2024. Leur chemin de soin est bien différent de celui des patients non-médecins. Ils réalisent pour la plupart leur suivi seuls, avec une tendance à l'auto-soin et un recours minimal aux confrères. Ce comportement est façonné par divers facteurs, tels que le manque de temps, la charge de travail, mais également par une culture professionnelle imprégnée de résilience et d'abnégation. Il semble exister une discordance entre la perception qu'ont les médecins de leur santé et la réalité de leur prise en charge. En effet, selon notre étude, les cordonniers ne semblent pas si mal chaussés. Néanmoins, certains freins existent et compromettent une prise en charge optimale : le mythe du « médecin invincible », la réticence à solliciter un confrère, et l'inconfort lié au fait de devenir patient, accentuent l'isolement du médecin face à sa propre santé.

**Conclusion** : Alliant pour la plupart rigueur et prudence dans leur suivi et leur auto-prescription, les cordonniers ne semblent finalement pas si mal chaussés. Cependant, en raison de leur statut de médecins généralistes, ils se retrouvent parfois isolés dans la gestion de leur santé. La mise en place de structures et de formations dédiées à la santé des médecins apparaît comme essentielle, ainsi que la sensibilisation et l'accompagnement des médecins dans la gestion de leur auto-soin.

**Mots-Clés** : santé somatique, médecins généralistes, auto-soin, auto-prescription

---

**General Practitioners: Not so badly shod cobblers ? A qualitative study on the somatic health of general practitioners over 50 in Haute-Garonne.**

**Introduction** : General practitioners (GPs), due to their expertise, are capable of diagnosing and prescribing treatments for themselves. However, when discussing doctors' health, the saying "the cobbler is the worst shod" is often mentioned. Given the central role GPs play in the healthcare system, maintaining their own health appears essential.

**Objective** : To understand how general practitioners manage their own somatic health care.

**Material and Methods** : A qualitative study using semi-structured individual interviews with thematic analysis was conducted among general practitioners over the age of 50 in Haute-Garonne, France.

**Results** : Twelve general practitioners, aged 54 to 71 and still in practice, were interviewed between June 2023 and October 2024. Their behavior towards their own health is very different from those of non-medical patients. Most manage their own health, with a tendency towards self-care and minimal reliance on colleagues. This behavior is influenced by various factors, including lack of time, workload, and a professional culture deeply rooted in resilience and self-sacrifice. There seems to be a discrepancy between how physicians perceive their health and the reality of their medical care. According to our study, the cobbler may not be as poorly shod as the saying suggests. However, certain barriers hinder optimal care. The myth of the "invincible doctor," reluctance to consult a colleague, and discomfort in adopting the patient role contribute to the physician's isolation regarding their own health.

**Conclusion** : Combining rigor and caution in self-monitoring and self-prescription, general practitioners do not seem as neglected in their healthcare as commonly believed. However, due to their professional status, they sometimes find themselves isolated in managing their own health. The development of dedicated support structures and training programs for physicians' health, along with awareness and guidance in self-care management, appears essential.

**Keywords**: somatic health, general practitioners, self-care, self-prescription

---

**Discipline administrative** : MEDECINE GENERALE

---

Faculté de Santé – 37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE - France