

Définition du médecin traitant idéal pour la prise en charge de ses confrères : étude qualitative par focus group auprès de médecins généralistes hauts-normands

Marie-Hélène Gontharet-Mariette

▶ **To cite this version:**

Marie-Hélène Gontharet-Mariette. Définition du médecin traitant idéal pour la prise en charge de ses confrères : étude qualitative par focus group auprès de médecins généralistes hauts-normands. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00915159

HAL Id: dumas-00915159

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00915159

Submitted on 6 Dec 2013

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

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

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2013

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'état de Médecine Générale

Par

Mme GONTHARET-MARIETTE Marie-Hélène

Née le 10 Novembre 1982 à Rouen

Présentée et soutenue publiquement le mardi 8 octobre 2013

Définition du médecin traitant idéal pour la prise en charge de ses confrères

Etude qualitative par focus group auprès de médecins généralistes Hauts-Normands

Président de Jury : Monsieur le professeur **Jean-Loup HERMIL**

Membres du Jury : Monsieur le professeur **Jean-François GEHANNO**

Monsieur le professeur **Hervé LEVESQUE**

Directrice de thèse : Madame le docteur **Elisabeth Mauviard**

ANNEE UNIVERSITAIRE 2012 - 2013
U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Bernard PROUST

DOYENS HONORAIRES :

Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET – C. THUILLEZ

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUITRANCOURT - M.BENOZIO-J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J. DALION -. DESHAYES - C. FESSARD – J.P FILLASTRE - P.FRIGOT -J. GARNIER - J. HEMET - B. HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER – Ph. LAURET - M. LE FUR – J.P. LEMERCIER - J.P LEMOINE - Mle MAGARD - MM. B. MAITROT - M. MAISONNET - F. MATRAY - P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P. PASQUIS - H.PIGUET - M.SAMSON – Mme SAMSON-DOLLFUS – J.C. SCHRUB - R.SOYER - B.TARDIF -.TESTART - J.M. THOMINE – C. THUILLEZ - P.TRON - C.WINCKLER - L.M.WOLF

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric **ANSELME**	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR**	HCN	Chirurgie Plastique
M. Bruno **BACHY**	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice **BAUER**	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya **BEKRI**	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques **BENICHOU**	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Jean-Paul **BESSOU**	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise **BEURET-BLANQUART**	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy **BONMARCHAND**	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier **BOYER**	UFR	Immunologie
M. Jean-François **CAILLARD** ***(Surnombre)***	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François **CARON**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe **CHASSAGNE**	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Vincent **COMPERE**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Alain **CRIBIER (*Surnombre)***	HCN	Cardiologie
M. Antoine **CUVELIER**	HB	Pneumologie
M. Pierre **CZERNICHOW**	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas **DACHER**	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan **DARMONI**	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre **DECHELOTTE**	HCN	Nutrition
Mme Danièle **DEHESDIN**	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Jean **DOUCET**	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne - Gériatrie.
M. Bernard **DUBRAY**	CB	Radiothérapie
M. Philippe **DUCROTTE**	HCN	Hépato – Gastro - Entérologie
M. Frank **DUJARDIN**	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice **DUPARC**	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

M. Bertrand **DUREUIL**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mle Hélène **ELTCHANINOFF**	HCN	Cardiologie
M. Thierry **FREBOURG**	UFR	Génétique
M. Pierre **FREGER**	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François **GEHANNO**	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel **GERARDIN**	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille **GERARDIN**	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel **GODIN**	HB	Néphrologie
M. Philippe **GRISE**	HCN	Urologie
M. Didier **HANNEQUIN**	HCN	Neurologie
M. Fabrice **JARDIN**	CB	Hématologie
M. Luc-Marie **JOLY**	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal **JOLY**	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc **KUHN**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie **LAQUERRIERE**	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent **LAUDENBACH**	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Joël **LECHEVALLIER**	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé **LEFEBVRE**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Thierry **LEQUERRE**	HB	Rhumatologie
M. Eric **LEREBOURS**	HCN	Nutrition
Mle Anne-Marie **LEROI**	HCN	Physiologie
M. Hervé **LEVESQUE**	HB	Médecine interne
Mme Agnès **LIARD-ZMUDA**	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves **LITZLER**	HCN	Chirurgie Cardiaque
M. Bertrand **MACE**	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. Eric **MALLET** ***(Surnombre)***	HCN	Pédiatrie
M. Christophe **MARGUET**	HCN	Pédiatrie
Mle Isabelle **MARIE**	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul **MARIE**	HCN	ORL
M. Loïc **MARPEAU**	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane **MARRET**	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique **MERLE**	HCN	Epidémiologie
M. Pierre **MICHEL**	HCN	Hépato - Gastro - Entérologie
M. Francis **MICHOT**	HCN	Chirurgie digestive

M. Bruno **MIHOUT** ***(Surnombre)***	HCN	Neurologie
M. Jean-François **MUIR**	HB	Pneumologie
M. Marc **MURAINE**	HCN	Ophtalmologie
M. Philippe **MUSETTE**	HCN	Dermatologie - Vénéréologie
M. Christophe **PEILLON**	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc **PERON**	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian **PFISTER**	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe **PLANTIER**	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier **PLISSONNIER**	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard **PROUST**	HCN	Médecine légale
M. François **PROUST**	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie **RIVES**	HCN	Biologie et méd. du dévelop. et de la reprod.
M. Jean-Christophe **RICHARD** *(Mise en dispo)*	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace **ROMAN**	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe **SABOURIN**	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume **SAVOYE**	HCN	Hépato – Gastro
Mme Céline **SAVOYE – COLLET**	HCN	Imagerie Médicale
M. Michel **SCOTTE**	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne **TAMION**	HCN	Thérapeutique
Mle Florence **THIBAUT**	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc **THIBERVILLE**	HCN	Pneumologie
M. Christian **THUILLEZ**	HB	Pharmacologie
M. Hervé **TILLY**	CB	Hématologie et transfusion
M. François **TRON** *(Surnombre)*	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques **TUECH**	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre **VANNIER**	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît **VEBER**	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre **VERA**	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric **VERIN**	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Eric **VERSPYCK**	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier **VITTECOQ**	HB	Rhumatologie
M. Jacques **WEBER**	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG**	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy **BELLIEN**	HCN	Pharmacologie
Mme Carole **BRASSE LAGNEL**	HCN	Biochimie
Mme Mireille **CASTANET**	HCN	Pédiatrie
M. Gérard **BUCHONNET**	HCN	Hématologie
Mme Nathalie **CHASTAN**	HCN	Physiologie
Mme Sophie **CLAEYSSENS**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse **COEFFIER**	HCN	Nutrition
M. Manuel **ETIENNE**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Guillaume **GOURCEROL**	HCN	Physiologie
Mme Catherine **HAAS-HUBSCHER**	HCN	Anesthésie - Réanimation chirurgicale
M. Serge **JACQUOT**	UFR	Immunologie
M. Joël **LADNER**	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste **LATOUCHE**	UFR	Biologie Cellulaire
Mme Lucie **MARECHAL-GUYANT**	HCN	Neurologie
M. Thomas **MOUREZ**	HCN	Bactériologie
M. Jean-François **MENARD**	HCN	Biophysique
Mme Muriel **QUILLARD**	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent **RICHARD**	UFR	Pharmacologie
M. Francis **ROUSSEL**	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER**	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN**	HCN	Anatomie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique **LANIEZ**	UFR	Anglais
Mme Cristina **BADULESCU**	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry **BESSON**	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques **BONNET**	Pharmacologie
M. Roland **CAPRON** (PU-PH)	Biophysique
M. Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
M. Loïc **FAVENNEC** (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre **GOULLE**	Toxicologie
M. Michel **GUERBET**	Toxicologie
M. Olivier **LAFONT**	Chimie organique
Mme Isabelle **LEROUX**	Physiologie
M. Paul **MULDER**	Sciences du médicament
Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth **SEGUIN**	Pharmacognosie
M Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
M. Philippe **VERITE**	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mle Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique **BOUCHER**	Pharmacologie
M. Frédéric **BOUNOURE**	Pharmacie Galénique
M. Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
M. Jean **CHASTANG**	Biomathématiques
Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth **CHOSSON**	Botanique
Mle Cécile **CORBIERE**	Biochimie
M. Eric **DITTMAR**	Biophysique
Mme Nathalie **DOURMAP**	Pharmacologie
Mle Isabelle **DUBUC**	Pharmacologie
Mme Roseline **DUCLOS**	Pharmacie Galénique
M. Abdelhakim **ELOMRI**	Pharmacognosie
M. François **ESTOUR**	Chimie Organique
M. Gilles **GARGALA** (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla **GHARBI**	Chimie analytique
Mle Marie-Laure **GROULT**	Botanique
M. Hervé **HUE**	Biophysique et Mathématiques

Mme Laetitia **LE GOFF**	Parasitologie Immunologie
Mme Hong **LU**	Biologie
Mme Sabine **MENAGER**	Chimie organique
Mme Christelle **MONTEIL**	Toxicologie
M. Mohamed **SKIBA**	Pharmacie Galénique
Mme Malika **SKIBA**	Pharmacie Galénique
Mme Christine **THARASSE**	Chimie thérapeutique
M. Rémi **VARIN** (MCU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric **ZIEGLER**	Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIE

Mme Sandrine **PANCHOU**	Pharmacie Officinale

PROFESSEUR CONTRACTUEL

Mme Elizabeth **DE PAOLIS**	Anglais

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Mazim **MEKAOUI**	Chimie Analytique
Mlle Virginie **OXARAN**	Microbiologie
M. Romy **RAZAKANDRAINIBE**	Parasitologie

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup **HERMIL**	UFR	Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre **FAINSILBER**	UFR	Médecine générale
M. Alain **MERCIER**	UFR	Médecine générale
M. Philippe **NGUYEN THANH**	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M Emmanuel **LEFEBVRE**	UFR	Médecine générale
Mme Elisabeth **MAUVIARD**	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse **THUEUX**	UFR	Médecine générale

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre HENRI BECQUEREL

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Melle Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry **BESSON**	Chimie thérapeutique
M. Roland **CAPRON**	Biophysique
M Jean **CHASTANG**	Mathématiques
Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation, Economie de la Santé
Mle Elisabeth **CHOSSON**	Botanique
M. Jean-Jacques **BONNET**	Pharmacodynamie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
M. Loïc **FAVENNEC**	Parasitologie
M. Michel **GUERBET**	Toxicologie
M. Olivier **LAFONT**	Chimie organique
Mme Isabelle **LEROUX-NICOLLET**	Physiologie
Mme Martine **PESTEL-CARON**	Microbiologie
Mme Elisabeth **SEGUIN**	Pharmacognosie
M. Mohamed **SKIBA**	Pharmacie Galénique
M. Philippe **VERITE**	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil **ADRIOUCH**	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE**	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079**)**
Mme Carine **CLEREN**	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline **GAILDRAT**	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
M. Antoine **OUVRARD-PASCAUD**	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mme Isabelle **TOURNIER**	Biochimie (UMR 1079)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Serguei **FETISSOV**	Physiologie (Groupe ADEN)
Mme Su **RUAN**	Génie Informatique

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Loup Hermil, qui m'a fait l'honneur d'accepter de présider cette thèse. Veuillez recevoir le témoignage de tout mon respect et de ma gratitude pour l'intérêt que vous portez à mon travail.

A Madame le Docteur Elisabeth Mauviard, qui a dirigé cette thèse. Merci de tes conseils si précieux, de ta patience et de ta bienveillance à mon égard. Peut-être nos discussions au sujet de ce travail t'amèneront à considérer les choses différemment et à déclarer un « vrai » médecin traitant.

A Monsieur le Professeur Jean-François Gehanno, pour avoir accepté si promptement de vous joindre à ce jury. Veuillez recevoir mes plus sincères remerciements ainsi que le témoignage de tout mon respect.

A Monsieur le Professeur Hervé Levesque, pour avoir accepté de prendre part à ce jury. Veuillez recevoir le témoignage de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A tous les médecins qui ont accepté de débattre autour d'une table de ce sujet délicat qu'est leur propre santé. Merci pour la confiance que vous m'avez accordée, pour votre disponibilité et votre franchise au moment de vous livrer. Je garde en mémoire quelques moments d'émotion mais aussi quelques fous rires. Ce travail n'aurait pu aboutir sans votre participation.

Au Docteurs Marc Révillion et Yves Leopold pour leurs conseils et leur aide dans la réalisation de mes travaux.

A tous les médecins rencontrés au cours de mes stages, pour le savoir et l'amour du métier qu'ils m'ont transmis.

A ma mère, pour ton soutien et tes encouragements quotidiens. Pour ton aide quand j'étais débordée par le travail, la tête au cabinet médical, les pieds à la maison et le cœur avec mes enfants. Pour l'exemple que tu me montres chaque jour de force et de persévérance. Pour l'amour que tu donnes sans compter et que je tâche de te rendre au centuple. Je t'aime.

A mon père, qui a été en quelque sorte le déclencheur de bien des choses… mon aspiration pour le travail de médecin généraliste vient sans doute de ce que je te vois heureux d'aller tous les jours au travail parce que tu t'accomplis dans ce que tu fais auprès de tes patients. Pour les dialogues que nous étions les seuls à comprendre et qui me donnaient l'impression d'être un peu plus unique parmi les autres. Tu es un exemple au quotidien. Tâche de prendre un peu plus soin de toi. Je t'aime.

A mes frères et sœurs, à leurs conjoints, à leurs loulous, pour les bons moments que nous avons vécus et qui nous ont appris le sens de l'équité et du partage. A Julien pour les petites voitures dans les poches « pour aller plus vite », à Isa pour nos confidences, à Dodo pour nos petites « pauses thés » si réconfortantes. Je vous aime.

A mes grands-parents, disparus depuis longtemps mais qui j'en suis sûre auraient été fiers de ce que nous sommes tous devenus.

A Hélène, ma meilleure amie depuis si longtemps ! Même si tu as pris une autre voie, tu continues à t'investir pour le bien et la santé d'autrui. Une soirée entre filles tous les trois mois est bien trop peu.

A tous mes amis de la faculté, pour les bons et moments partagés, le stress de la préparation des examens et des stages hospitaliers. Pour nos fous rires et parfois nos larmes. Pour toutes les belles choses que nous avons encore à vivre, à nos envies communes de faire de notre métier le plus beau du monde.

A tous mes amis et amies, les bons moments passés avec vous ne sont que de bons souvenirs. J'espère pouvoir continuer à vous voir encore longtemps.

A Jérémy, mon amour, mon confident. Pour ta patience et ton soutien. Pour tes encouragements et ton optimisme permanent. Pour toutes les belles choses que nous avons bâties ensemble et celles qui sont encore à venir.

A mes deux petites têtes blondes, Paul et Adrien, dont l'évocation seule me remplit d'amour et de bonheur. Vous illuminez ma vie tous les jours, et parfois même mes nuits ! Ne grandissez pas trop vite…

A notre petit(e) invité(e) mystère...

LISTE DES ACRONYMES

AMD : Association Médicale Danoise

APSS : Association pour la Promotion des Soins aux Soignants

ARS : Agence Régionale de Santé

ASRA : Aide aux Soignants de Rhône-Alpes

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins Français

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

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

EAPH : European Association for Health Physicians

FNORS : Fédération nationale des Observatoires Régionaux de Santé

MOTS : Médecins Organisation Travail Santé

NMA : Norwegian Medical Association

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORS : Observatoires régionaux de santé

PAMQ : Programme d'Aide aux Médecins du Québec

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

URPS : Union régionale des Professionnels de Santé, ex URML

URCAM : Unions régionales des Caisses d'assurance maladie

VIP : Very Important Person

WONCA : World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES 18

1. INTRODUCTION 22

2. CONTEXTE 23

2.1. DEFINITIONS 23

2.1.1. Le médecin généraliste 23
2.1.2. Le médecin traitant 24
2.1.3. Le patient 25

2.2. RAPPORTS DE LA COMMISSION NATIONALE PERMANENTE DE L'ORDRE DES MEDECINS 25

2.3. DONNEES RECENTES SUR LA SANTE DES MEDECINS 26

2.3.1. Enquête sur la santé des médecins libéraux de Haute-Normandie [1] 26
2.3.1.1. Conditions d'exercice 27
2.3.1.2. Santé au travail 27
2.3.1.3. Prise en charge de leur santé 28
2.3.1.4. Proposition d'un service de médecine préventive 28
2.3.2. Statistiques de la CARMF 28

2.4. ATTENTES ET BESOINS DES MEDECINS LIBERAUX EN TERMES DE SOINS 29

2.4.1. Déclaration d'un médecin traitant 29
2.4.2. Observance et acceptation du rôle de malade 30
2.4.3. Attentes des médecins libéraux en matière de santé 30

2.5. STRUCTURES FRANÇAISES DEDIEES AUX MEDECINS LIBERAUX 32

2.5.1. Service de médecine préventive en Haute-Normandie 32
2.5.2. Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux, AAPML 33
2.5.3. Association pour la Promotion des Soins aux Soignants, APSS 34
2.5.4. Médecins Organisation Travail Santé, MOTS 34
2.5.5. Réseau ASRA 34

2.6. À L'ETRANGER 35

2.6.1. L'exemple catalan 35
2.6.2. L'exemple québécois 36
2.6.3. L'exemple britannique 36

2.6.4. L'exemple norvégien 37
2.6.5. L'exemple danois 37

2.7. LES RAISONS DE NOTRE ENQUETE 37

3. METHODE 38

3.1. TYPE D'ETUDE 38

3.1.1. L'étude qualitative [28, 30] 38
3.1.1.1. Définition 38
3.1.1.2. Intérêt 38
3.1.2. La démarche en recherche qualitative 39
3.1.2.1. Détermination de la question de recherche 39
3.1.2.2. Choix de la méthode de recueil des données 39
3.1.2.3. La grille d'entretien 40
3.1.2.4. La retranscription 40
3.1.2.5. L'analyse des données 40
3.1.3. Critères de scientificité 40

3.2. NOTRE ETUDE 41

3.2.1. Choix de la méthode 41
3.2.2. Sélections des participants et critères d'inclusion 41
3.2.3. Mode de recrutement 41
3.2.4. Réalisation de la grille d'entretien 42
3.2.5. Réalisation des entretiens 42
3.2.5.1. Lieu des réunions 43
3.2.5.2. Nombre de participants par focus group 43
3.2.6. Retranscription et analyse des données 43
3.2.6.1. Retranscription 43
3.2.6.2. Analyse 44

4. RESULTATS 45

4.1. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON 45

4.2. CARACTERISTIQUES DES ENTRETIENS 46

4.3. ANALYSE THEMATIQUE DES ENTRETIENS 46

4.3.1. Etat de santé et suivi actuel des médecins généralistes 48
4.3.1.1. Suivi médical et situation dans le parcours de soins 48
4.3.1.2. Prise en charge des confrères malades et pathologies rencontrées 52
4.3.1.3. Addictions 55
4.3.1.4. Comportements en matière de prévention et de dépistage 56
4.3.1.5. Imhotep 58
4.3.1.6. Surmenage 59
4.3.1.7. Mortalité et suicide dans la population médicale 59

4.3.2. Déterminants de la déclaration d'un médecin traitant 60
4.3.2.1. Les raisons administratives de la déclaration 60
4.3.2.2. Le choix du médecin traitant 63
4.3.2.3. Attentes des médecins patients 64
4.3.3. Déterminants de l'auto surveillance médicale 67
4.3.4. Obstacles à la consultation d'un confrère 74
4.3.4.1. Facteurs exogènes et acquis 75
4.3.4.2. Facteurs endogènes ou innés 79
4.3.4.3. Conséquences de l'auto proclamation 89
4.3.4.4. Points communs aux deux acteurs de la relation 90
4.3.5. Caractéristiques de la relation médecin soignant-médecin malade 101
4.3.5.1. Déroulement d'une consultation 101
4.3.5.2. Bénéfices de la coopération médecin-malade 103
4.3.5.3. Rôle du médecin soignant dans la relation 106
4.3.5.4. Difficultés de la relation médecin-médecin malade 107
4.3.5.5. Biais dans la relation médecin-médecin 111
4.3.6. Définition d'un médecin traitant idéal 117
4.3.6.1. Qualités professionnelles du médecin traitant idéal 117
4.3.6.2. Qualités humaines du médecin traitant idéal 125
4.3.6.3. Définition du médecin patient idéal 129

5. DISCUSSION 133

5.1. LES LIMITES DE L'ETUDE 133

5.1.1. Limites liées au thème 133
5.1.2. Limites liées au recrutement des participants 134
5.1.3. Limites liées à la méthode 134
5.1.3.1. Critique de la réalisation des entretiens 134
5.1.3.2. Critique de l'analyse 135

5.2. LE MEDECIN MALADE 135

5.2.1. Perception de la maladie 135
5.2.1.1. Caractéristiques psychologiques du médecin malade 135
5.2.1.2. Rôle de l'entourage 137
5.2.2. Conséquences de la maladie 138
5.2.2.1. Déni, retard diagnostic et culpabilité 138
5.2.2.2. Arrêt de travail et difficultés financières 139
5.2.3. Se soigner seul 140
5.2.3.1. Avantages 140
5.2.3.2. Limites 141
5.2.3.3. Manque de temps et burn out 142
5.2.4. Du médecin au médecin malade 143
5.2.5. La place du médecin malade dans le système de santé 144
5.2.5.1. Accès aux services dédiés aux médecins malades 144
5.2.5.2. Le médecin malade à l'hôpital 145
5.2.6. Être un meilleur patient 146
5.2.6.1. Choisir un médecin traitant 146
5.2.6.2. Règles de bonne conduite du médecin patient 148

5.3. LE MEDECIN FACE A SON CONFRERE MALADE 150

5.3.1. Spécificités de la relation médecin-médecin 150
5.3.1.1. Le regard du médecin soignant 150
5.3.1.2. Des consultations informelles 151
5.3.1.3. Maîtrise des informations médicales et accompagnement du malade 152
5.3.2. Le respect du secret médical 154
5.3.3. Les honoraires 155
5.3.4. Mieux soigner ses confrères 157
5.3.4.1. Règles de bonne conduite du médecin soignant 157
5.3.4.2. Une formation pour soigner ses confrères ? 160

5.4. SUGGESTIONS POUR L'AVENIR DES MEDECINS MALADES 162

5.5. REFLEXION SUR L'ENSEMBLE DE L'ETUDE 163

6. CONCLUSION 165

7. ANNEXES 167

8. BIBLIOGRAPHIE 264

1. INTRODUCTION

Depuis des siècles, le médecin est celui qui aide, soutien, vient au secours des patients. En médecine générale, il est l'interlocuteur privilégié du patient, et son rôle est de l'accompagner et de le guider au travers de la maladie. Il accomplit sa tâche en mettant sa santé de côté et, parfois, sa vie en péril.

Ces dernières années, de nombreuses études se sont intéressées au problème que représente le médecin malade. Alors qu'il représente pour la société et pour ses patients une figure emblématique de la lutte contre la maladie, on découvre que le médecin aussi peut tomber malade. Sa connaissance des pathologies et sa confrontation quotidienne à la maladie ne l'exempte pas de celles-ci. Comme tout un chacun, le médecin est un être humain pouvant souffrir physiquement et psychiquement, ainsi que le montrent les études mesurant l'épuisement professionnel et recensant le taux de mortalité par suicide dans la population médicale. Quelle stratégie ont-ils trouvé pour se soigner ? Dans quelles circonstances vont-ils voir un confrère ? Qu'est-ce qui les pousserait à déclarer et à consulter leur propre médecin traitant ?

De l'autre côté de son bureau, le médecin qui reçoit ses confrères malades doit faire l'objet d'autant d'attention. Prendre en charge un médecin malade n'est pas une tâche anodine, puisque l'on peut supposer que ce dernier n'est pas un malade comme les autres. Quel vécu ont-ils de cette situation ? Comment gèrent-ils ces consultations difficiles ? Comment les aider à mieux aider leurs confrères ?

Le point de départ de cette thèse est le constat que les médecins libéraux sont moins de un sur cinq à avoir déclaré un médecin traitant autre qu'eux-mêmes. Partant du postulat que les médecins se soignaient mal car ils n'avaient pas trouvé de médecin traitant convenable pour eux, nous avons décidé de les rencontrer pour connaître leurs attentes vis-à-vis de cette personne rêvée.

Nous allons tenter de brosser le portrait de ce médecin idéal pour la prise en charge de ses confrères.

2. CONTEXTE

2.1. Définitions

2.1.1. Le médecin généraliste

Il est le spécialiste de premier recours, celui qui coordonne la prise en charge du patient, et fait le lien entre les différents acteurs du système de santé.

En 1978, l'OMS définit la notion de soins primaires : *« les soins primaires sont des prestations de santé accessibles et intégrées, assurées par des médecins qui ont la responsabilité de satisfaire une grande majorité des besoins individuels de santé, d'entretenir une relation prolongée avec leurs patients et d'exercer dans le cadre de la famille et de la communauté »*.

En 1972 est fondée la WONCA, World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians [43]. Le but de cette association est de promouvoir et de développer la discipline « Médecine générale ».
En 2002, elle propose une déclaration consensuelle pour définir la discipline de médecine générale ainsi que les rôles du médecin généraliste.
Les caractéristiques de la spécialité sont définies en 11 points :

« 1- Premier contact avec le système de soins permettant un accès ouvert et non limité aux usagers […] ;
2- Utilisation efficiente des ressources du système de santé, à travers la coordination des soins et la gestion du recours aux autres spécialités ;
3- approche centrée sur la personne, dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires ;
4- mode de consultation personnalisée à travers une relation Médecin/Patient privilégiée ;
5- responsabilité de la continuité des soins dans la durée selon les besoins du patient ;
6- démarche décisionnelle spécifique, déterminée par la prévalence et l'incidence des maladies dans le contexte des soins primaires ;
7- prise en charge simultanée des problèmes de santé aigus ou chroniques de chaque patient ;
8- intervention au stade de précoce et non différencié du développement des maladies, pouvant requérir une intervention rapide ;
9- développement de la promotion et de l'éducation de la santé ;
10- responsabilité spécifique en terme de santé publique ;

11- réponse globale aux problèmes de santé dans leur dimension physique, psychologique, sociale, culturelles et existentielles. »

Le médecin généraliste est celui qui est chargé de donner des soins globaux et continus à ceux qui le demandent. Il prend en charge le patient dans son ensemble et s'adapte au contexte familial, culturel et communautaire de chacun. Il contribue à la guérison du malade dans les problèmes aigus ou chroniques mais participe aussi aux actes de prévention des maladies et à l'éducation de la santé, dans l'intérêt des patients.

2.1.2. Le médecin traitant

La réforme de l'assurance-maladie du 13 août 2004 donne naissance au médecin traitant [54]. Celui-ci doit être choisi et déclaré à l'assurance-maladie dès lors que l'assuré social a plus de 16 ans. Le médecin traitant peut-être un généraliste ou un spécialiste. En novembre 2008, 85 % des assurés avaient déclaré un médecin traitant ; la quasi-totalité (99,5 %) avait choisi un médecin généraliste.

Le médecin traitant est un interlocuteur privilégié. Il coordonne les soins, oriente le patient dans le parcours de soins coordonnés en le mettent en relation avec d'autres professionnels de santé, gère son dossier médical et a une action de prévention.

Les avantages avancés par l'assurance-maladie sont une meilleure prise en charge grâce au suivi coordonné par le médecin qui connaît bien le patient, ainsi qu'un meilleur remboursement. En effet, celui-ci est moindre si le patient ne déclare pas de médecin traitant ou s'il consulte en dehors du parcours de soins.

Cependant le choix du médecin traitant restant libre pour le patient, celui-ci peut très bien déclarer un médecin traitant à un endroit et consulter un autre praticien éloigné, tout en étant considéré dans le parcours de soins et en étant remboursé de façon optimale (cotation MTH : hors résidence sur la feuille de soin électronique) au regard du code de la sécurité sociale [54].

2.1.3. Le patient

Le patient est une personne soumise à un examen médical, suivant un traitement ou subissant une intervention chirurgicale [52]. Le terme vient du mot latin *patiens,* qui signifie « celui qui endure », « celui qui souffre » ou « qui subit sans se plaindre, qui fait preuve de patience ».

2.2. Rapports de la Commission nationale permanente de l'Ordre des médecins

En juin 2000, un premier rapport est émis concernant « l'aptitude à l'exercice médical et la santé du médecin ». Le Dr Delga faisait déjà état à cette époque de la nécessité d'une évaluation de l'aptitude physique et mentale des étudiants en médecine avant le début du troisième cycle, elle insistait sur l'importance d'un suivi médical régulier du médecin en exercice et sur le fait qu'un médecin pouvait et devait être considéré comme tout autre patient [2].
Elle faisait émettait même l'idée d'un service dédié aux médecins libéraux :
« Et il n'est pas illusoire d'envisager une structure régionale qui pourrait veiller à la santé du médecin, faciliter son exercice professionnel en cas de difficultés, et protéger matériellement sa famille ».

En juin 2004, le conseil de l'Ordre se penche sur la question de « l'entraide Ordinale » [3] : à ce moment, le problème de la reconnaissance et de la prise en charge du confrère en difficulté se pose déjà. Les interventions de la commission nationale d'entraide concernent principalement les pertes de revenus (maladie, séparation conjugale, etc.), les décès brutaux mettant la famille du médecin en difficulté, les diminutions d'activité de causes multiples et le manque de prévoyance face assez différentes situations.
Les propositions faites alors étaient les suivantes :
- un meilleur dépistage et une meilleure écoute en amont, dès le début des études de médecine,
- le nécessaire suivi médical du médecin, dans son intérêt et celui des patients, et la prévention de l'automédication,
- l'accès aux soins pour les médecins généralistes similaires à celui des patients non médecin, en insistant sur la très grande confidentialité du suivi,
- La possibilité d'une aide financière et dans les démarches administratives, pour les médecins en difficulté ou pour leur famille.

En juin 2008, le conseil de l'Ordre fait un constat inquiétant [2] : les médecins libéraux sont toujours trop nombreux à négliger leur santé. 90% n'ont pas de médecin traitant et cette solitude

a des répercussions sur l'image qu'ils ont de leur santé et la façon dont ils se soignent. Face à leur responsabilité morale et professionnelle vis-à-vis de leur patientèle, et aux difficultés financières susceptibles d'être engendrées par un arrêt total ou partiel de leur activité, leur santé physique ou psychique est reléguée au second plan.

Les conséquences de ces négligences sont l'automédication, laquelle peut conduire à des abus de toxiques, et le retard au diagnostic de pathologies parfois graves, pouvant interférer avec l'activité professionnelle du médecin.

Le Dr Biencourt faisait les propositions suivantes :
- la création d'un service d'information ordinale en matière de prévoyance, en partenariat avec les différents assureurs,
- la mise en place d'une commission de dépistage du médecin en difficulté conjointement à la création d'une cellule de soutien qui serait composée de médecins indépendants du conseil, et volontaire pour aider leurs confrères à se reconvertir professionnellement,
- des visites médicales de prévention pouvant se substituer au service de médecine du travail proposé pour les médecins salariés,
- l'incitation à choisir un médecin traitant autre que soi-même, principalement pour prévenir les dangers de l'automédication. Ce médecin devra conserver une distance thérapeutique professionnelle avec le médecin soigné, de manière à ce que chacun se sente légitime dans son rôle.

Ces différentes propositions s'inscrivent dans une volonté de forte confraternité et de reconnaissance du statut de malade comme les autres.

2.3. Données récentes sur la santé des médecins

2.3.1. Enquête sur la santé des médecins libéraux de Haute-Normandie [1]

En 2008 est réalisée une étude pilotée conjointement par les conseils de l'ordre de la Seine-Maritime et de l'Eure et l'union régionale des médecins libéraux (URML) de Haute-Normandie. Cette étude interroge les médecins libéraux sur leurs habitudes vis-à-vis de leur propre santé et sur le retentissement de leurs conditions de travail sur celle-ci.

La forte participation à l'enquête (45 % de répondants sur les 1235 médecins interrogés) montre l'intérêt des médecins pour ces questions.

2.3.1.1. Conditions d'exercice

Le nombre moyens de patients vus par jour était de 26,8 (28 pour les généralistes), la durée moyenne de travail par semaine de 49,5 heures (51 pour les généralistes) avec une moyenne de cinq jours travaillés par semaine.
87 % des médecins avaient souscrit une assurance « perte d'exploitation/décès/invalidité ».
Un peu plus d'un tiers des médecins répondants avait un remplaçant pendant leur congé, les autres étaient 84 % à avoir des difficultés pour trouver un remplaçant.
64 % des médecins s'estimaient satisfaits de leur travail de manière générale, même si près d'un sur deux exprimait des craintes concernant leur capacité de travail, et qu'un sur cinq pensait changer de mode d'exercice.

2.3.1.2. Santé au travail

En ce qui concerne leur santé, 36 % en avaient une bonne perception, alors que 58 % ressentaient une fatigue pendant leur exercice professionnel, et 23 % un épuisement psychique, celui-ci pouvant conduire à des épisodes dépressifs vrais, ainsi qu'à la consommation d'antidépresseur (8 %, principalement des médecins généralistes) ou d'anxiolytiques (7 %).

Les problèmes de santé les plus souvent rapportés étaient les suivants :
- pathologies ostéoarticulaires (64 %),
- pathologies digestives (31 %),
- pathologies psychiatriques (27 %)

Parmi les médecins ayant déclaré plus d'une pathologie (87 %), 40 % s'étaient vu prescrire plus d'un médicament par un confrère, la classe des antihypertenseurs étant la plus représentée (57 %). Le retentissement en termes de jours d'arrêt de travail était en moyenne de 4,5 jours pour maladie personnelle.
Concernant les toxiques, 21 % sont fumeurs, 7 % des hommes interrogés déclaraient une surconsommation d'alcool, 8 % des troubles du comportement alimentaire (en particulier les femmes) et 1 % la consommation de psychotropes.

2.3.1.3. Prise en charge de leur santé

En matière de prévention, 80 % se déclaraient à jour de leur vaccination, 82 % étaient immunisés contre l'hépatite B.
94 % des femmes déclaraient se dépister régulièrement pour le cancer du sein (94 %) et du col de l'utérus (84 %). 58 % des hommes déclaraient se dépister régulièrement pour le cancer de la prostate (58 %).

Concernant les relations entre confrères 20 % avaient désigné un médecin traitant autre qu'eux-mêmes ; parmi eux, 77 % estimaient que leur profession pouvait influencer la relation médecin malade.
Par ailleurs, 50 % avaient dans leur patientèle des patients médecins ; 62 % pensaient qu'ils pouvaient subir une influence et 21 % craignaient d'être l'objet d'un jugement de la part du médecin soigné.

Qu'ils aient ou non déclaré un médecin traitant, 56 % déclaraient avoir fréquemment recours à l'automédication.

2.3.1.4. Proposition d'un service de médecine préventive

En dehors de son but descriptif, cette enquête sondait les attentes et les besoins des médecins libéraux en matière de prise en charge de leur santé. À l'issue de l'enquête, 80 % des médecins étaient favorables à la création d'une structure pouvant répondre à leurs demandes :
- surveillance de sa propre santé (70 %),
- dispositif d'écoute (60 %),
- prévention des risques professionnels (56 %)
- aide à l'organisation du travail et à la gestion du cabinet médical (33 %).

2.3.2. Statistiques de la CARMF

En décembre 2012 étaient publiées les statistiques concernant les bénéficiaires du régime invalidité-décès [55].
En dix ans, le nombre de bénéficiaires d'indemnités journalières avait progressé de 36 % (1433 en 2001, 1951 en 2011) à l'inverse de celui des médecins en invalidité définitive, qui avait baissé de 22 % (783 en 2001,618 en 2011).

Nature des affections des médecins en indemnités journalières :
- affections cancéreuses 31,95 %
- affections psychiatriques 20,44 %
- affections traumatologique 9,68 %
- affections rhumatismales 8,66 %
- autres pathologies 29,27 %

La différence significative sur la décennie concerne les affections cancéreuses qui sont passées de 24,49 % à près de 32 %.

Ainsi, les pathologies évoquées par les médecins dans l'enquête de 2008 [1] n'étaient pas celles qui faisaient le plus l'objet d'arrêts de travail et du versement d'indemnités par la CARMF en 2012.

Nature des affections des médecins en invalidité définitive :
- affections cancéreuses 11 %
- affections psychiatriques 39,48 %
- affections neurologiques 15,21 %
- affections cardio-vasculaires 9,55 %
- autres pathologies 24,76 %

Il n'existe pas de différence significative entre 2001 et 2011.

2.4. Attentes et besoins des médecins libéraux en termes de soins

2.4.1. Déclaration d'un médecin traitant

Une enquête de grande ampleur [4] a été réalisée sur la période 2007-2009. Elle interrogeait 1900 médecins généralistes des régions Basse-Normandie, Bretagne, Bourgogne, Provence-Alpes-Côte d'Azur, et Pays de la Loire sur leur état de santé et les facteurs liés à leurs conditions d'exercice pouvant l'influencer. Elle était pilotée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), la Fédération nationale des Observatoires Régionaux de Santé (FNORS), les Observatoires régionaux de santé (ORS), Union régionale des médecins libéraux (URML) et les Unions régionales des Caisses d'assurance maladie (URCAM) des cinq régions partenaires.

Parmi l'ensemble des médecins interrogés, 84 % déclaraient être leur propre médecin traitant.

En Pays de la Loire, 62% avaient rempli le formulaire médecin traitant en se désignant eux-mêmes et 13% avaient choisi un confrère. Les résultats montraient qu'il n'y avait pas d'incidence du sexe, de l'âge ou de l'état de santé sur le fait d'avoir désigné un confrère comme médecin traitant. En revanche, parmi les facteurs ayant influencé le choix d'un confrère on trouvait le fait d'avoir davantage de temps libre, l'exercice en cabinet de groupe (16% vs 6%) et des congés plus fréquents (13% vs 8%) que les autres. Ces médecins présentaient également plus de signes d'épuisement professionnel (14% vs 10%) et avaient plus souvent un test Deta positif (27% vs 11%) témoignant d'une consommation excessive d'alcool, voire une alcoolo-dépendance [5] (voir Annexe 1).

Lorsqu'ils décident de se tourner vers un confrère, 84% des médecins choisissent de consulter d'abord un ami. La grande majorité va voir spontanément un confrère spécialiste [10].

Pour de nombreuses raisons, le médecin malade hésite à aller consulter. Il préfère se soigner seul et minimiser ses symptômes plutôt que de déranger un confrère déjà débordé de travail [10,21]. Il hésite à exposer ses angoisses, et à reconnaître qu'il est malade et a besoin de soins, par peur de passer pour un faible [6, 18, 20].

2.4.2. Observance et acceptation du rôle de malade

L'observance est définie comme le fait de se conformer à une règle. Par extension, l'observance thérapeutique correspond à la capacité de respecter une prescription donnée.
Dans une enquête téléphonique réalisée en février 2003 auprès de 200 médecins généralistes [10], 66 % des médecins se disent toujours ou souvent observant. De manière générale, l'observance est rendue nécessaire par la survenue d'une pathologie grave et/ou chronique qui conduit le médecin à se comporter comme il l'attend de ses patients.

Mais le médecin malade reste un patient à part, et son statut ainsi que ses angoisses le poussent souvent à intervenir dans la décision diagnostique ou thérapeutique [10, 12, 18, 20].

2.4.3. Attentes des médecins libéraux en matière de santé

En plus de l'enquête menée en 2008 en Haute-Normandie, nous avons référencé à ce sujet deux thèses quantitatives réalisées en Savoie et en Maine et Loire au cours de l'année 2012.

La première étudie sur un plan épidémiologique les besoins des médecins libéraux en matière de système de soins 41. L'analyse des résultats a montré que 68,9% des médecins interrogés étaient favorable à la création d'un service dédié, et a mis en évidence plusieurs points récurrents :

- une demande en terme de prévention et d'accompagnement avec mise à disposition d'un service de médecine préventive, d'une aide à la reconversion professionnelle ou d'une aide juridique ;
- une facilité d'accès et surtout la liberté de consulter à plusieurs endroits, en dehors du cadre hospitalier ;
- un large champ de compétences du médecin consultant, pouvant prescrire examens et traitement, et pouvant être choisi comme médecin référent ;
- une extension des services de la structure aux étudiants en médecine et aux familles de médecins ;
- une prise en charge professionnelle, dans le respect de la confidentialité ;
- la certitude d'être couvert par le secret médical garanti par une indépendance de la structure vis-à-vis des autres organes du système de santé (CDOM, CPAM, ARS) et la demande de consultations sous anonymat ;
- une orientation si nécessaire vers un spécialiste au sein du parcours de soins.

Certains médecins questionnés avaient émis l'idée que ce service puisse être également proposé aux médecins retraités et que les médecins consultant reçoivent une formation pour l'exercice de la médecine libérale.

Parmi les réfractaires à cette idée, les motifs de refus les plus fréquents étaient l'existence d'un suivi régulier par un confrère (30,2%), l'auto-surveillance médicale (68,5%) et le manque de temps disponible (22,1%).
En ayant recours à un tel type de structure, l'un d'entre eux supposait que ce serait comme admettre sa propre incompétence :
« Je suis un bon médecin, je m'occupe moi-même de mon état de santé ».
Un autre affirmait son besoin de rester libre de toutes contraintes :
« je suis libéral et souhaite le rester ».

Dans sa conclusion, AL. Vergus arguait que le principal obstacle à la création de ce service était son indépendance financière, qui ne pouvait être garantie si l'ARS, le CDOM ou d'autres

organismes y participaient. Le financement total par les médecins libéraux serait certainement un motif important d'opposition de la part des intéressés.

Comme pistes pour l'avenir, elle évoquait la possibilité d'attribuer aux médecins qui le souhaitait une habilitation pour la prise en charge de leurs confrères. Par ailleurs, elle suggérait que des visites médicales soient rendues obligatoires.

La seconde thèse qui a retenu notre attention est celle d'A. Gombert, qui s'interroge sur l'adéquation entre les attentes des généralistes en matière de prise en charge médicale et les services existants [42]. Dans son enquête, 74% des médecins interrogés étaient favorables à la création d'une structure de soins.

Les points significatifs de l'étude portaient sur les caractéristiques générales de la structure (indépendante, géographiquement proche, liberté de rendez-vous) et les objectifs de la consultation (prévention, dépistage, bien-être, recherche du burn out, consultations « globales »). 73% des médecins demandaient qu'il n'y ait pas de mesures décisives sur leur capacité à exercer, 51% ne voulaient pas que les consultations soient obligatoires. Enfin, 47% souhaitaient que la consultation soit menée par un généraliste spécialisé dans la prise en charge des médecins.

On retrouve également dans cette étude une demande de prise en charge après le départ à la retraite et de respect d'un *« secret médical absolu »*. Le besoin de prise en charge psychologique est également souligné.

2.5. Structures françaises dédiées aux médecins libéraux

2.5.1. Service de médecine préventive en Haute-Normandie

Dans la deuxième partie de sa thèse, Antoine Kuntz [8] décrit les premiers pas de ce service créé en décembre 2009 et baptisé IMHOTEP [44], dédié aux médecins libéraux :
« ni médecine générale (pas de prescription thérapeutique directe), ni médecine du travail (pas de détermination de l'aptitude à l'exercice de la profession), il propose :
- une évaluation des facteurs de risques personnels et professionnels de santé ;
- des dépistages et la surveillance périodique de la santé ;
- une aide à l'orientation diagnostique et thérapeutiques dans le respect du libre choix de chaque médecin adhérent […] ;

- Des conseils et avis technique de prévention […] ;
- Une aide psychologique lors des entretiens médicaux ».

Les entretiens sont réalisés par un médecin de prévention, dans l'un des centres de consultation de médecine du travail inter entreprise de Haute-Normandie.

L'association a été subventionnée en partie par le groupement régional de santé publique de Haute-Normandie, ainsi que par les CDOM de la Seine-Maritime et de l'Eure, l'URPS de Haute-Normandie.
Les médecins qui sont intéressés par le programme peuvent y adhérer en versant à l'association le montant de 66 € par an (soit 3 C).

Afin de promouvoir l'accès aux soins et la prise en charge des médecins adhérents, certaines mesures ont été mises en place :
- accès à une liste de médecins spécialistes correspondants, ayant accepté de prendre en charge leurs confrères malades ;
- partenariat avec l'association professionnelle aux médecins libéraux AAPML, permettant l'accès à une cellule d'écoute psychologique, permanente, anonyme et confidentielle ;
- accès privilégié et anonyme à la salle d'attente d'un laboratoire de biologie médicale du Havre, garant d'une plus grande confidentialité.

En octobre 2011, le nombre d'adhérents était de 114, dont 92 inscrits au programme de prévention. Parmi eux, 22 % avaient désigné un médecin traitant autre que même.
L'état de santé des médecins adhérents était alors semblable à celui des médecins de l'échantillon de l'étude de 2008.

Les perspectives sont le recrutement de davantage de médecins malades en particulier les plus négligents, le maintien de la surveillance des risques professionnels, une enquête de satisfaction des médecins adhérents et la recherche de partenariats avec d'autres services traitants également de la santé des médecins libéraux.

2.5.2. Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux, AAPML

Dans son étude du burn out [7], le Dr Galam fait la promotion de cette association[45] fondée en 2004, et qui a mis en place un numéro d'appel dédié, anonyme et gratuit. Ainsi, 24 heures sur

24 et 365 jours par an, les praticiens qui se sentent victimes d'épuisement professionnel peuvent exprimer leurs difficultés à un psychologue. Dans certains cas ne pouvant relever d'un simple appel téléphonique, celui-ci oriente les appelants dans une prise en charge adaptée à leurs besoins.
La première année, plus d'une centaine de médecin ont utilisé ce numéro de téléphone, soit un taux de recours de 0,72%.
L'ambition de l'association est maintenant d'étendre ce numéro d'appel à tout le territoire et éventuellement d'en faire bénéficier d'autres professionnels de santé.

2.5.3. Association pour la Promotion des Soins aux Soignants, APSS

C'est pour chercher une réponse à la souffrance des soignants qu'est née en 2009 cette association[46] définie par son président le Dr Jean-Marie Colson comme *« la fille naturelle des fonds d'action sociale de la CARMF et du Conseil National de l'Ordre »*. Inspirée du modèle espagnol, son but est de promouvoir des actions de prévention en matière de pathologie psychique et addictive, d'envisager la prise en ,charge médicale et sociale et de favoriser l'ouverture de centres de soins voués à la santé des médecins libéraux. Ces actions seraient encadrées par un contrat thérapeutique dont dépendrait le maintien de l'aptitude à l'exercice médical par le CNOM et le versement d'indemnités journalières sans délai de carence par la CARMF.

2.5.4. Médecins Organisation Travail Santé, MOTS

Créée en Haute-Garonne en 2010 par le CDOM et le CHU de Toulouse, cette association[47] a pour but d'aider les médecins libéraux à trouver des solutions pour mieux s'organiser et vivre son métier, principalement pour les victimes de burn out et d'addictions, et d'orienter si nécessaire vers une prise en charge médicalisée. Elle propose un service d'écoute téléphonique disponible 24H sur 24 et 7 jours sur 7.

2.5.5. Réseau ASRA

Né de la nécessité d'aider les confrères en souffrance, cette association d'Aide aux Soignants de Rhône-Alpes[48] a été mise en place en mai 2012 à l'initiative des CDOM et CROM de Rhône-Alpes et l'URPS Médecins de Rhône-Alpes. Un dispositif régional d'aide et

d'accompagnement aux médecins en difficulté a été mis en place sur le principe d'un réseau de confrères de soutien volontaires assurant une astreinte téléphonique 24h/24, 7j/7, et disposant de correspondants (psychiatres, addictologues, conseillers juridiques et fiscaux) pouvant prendre en charge rapidement le confrère en souffrance.

2.6. À l'étranger

2.6.1. L'exemple catalan

Le Programme d'Aide Intégrale aux Médecins Malades ou PAIMM [49] est né en septembre 1998 de la réflexion commune de l'Ordre des Médecins de Barcelone et du gouvernement de la Catalogne, qui le financent à hauteur de 20% et 80% respectivement. La gestion en est assurée par la Fondation Galatea du Conseil de l'Ordre des Médecins de Catalogne.

Il s'adresse gratuitement aux médecins en exercice, inscrits à un Ordre des médecins, souffrant d'une maladie mentale et /ou d'une dépendance à l'alcool, la drogue ou aux médicaments psychoactifs. Ce programme dispose d'un accueil de jour (15 places) et d'une unité d'hospitalisation qui a vu sa taille augmenter pour atteindre, en novembre 2007, une capacité de 22 lits.

Les principales caractéristiques de ce système sont :
- la confidentialité : pseudonyme à l'entrée dans le programme, ligne téléphonique directe, sécurisation des lignes de correspondance, anonymat et discrétion des services ;
- les services de soins : regroupés dans une clinique spécifique pour les professionnels de santé, spécialisé, gratuits pour les médecins catalans ;
- un engagement réciproque de part et d'autre ;
- la collaboration avec des pôles de psychiatrie publics et privés.

Dans certaines situations où il existe un risque de mauvaise pratique, un déni évident du médecin malade ou une rechute avec opposition au projet thérapeutique, un « Contrat Thérapeutique » peut être rédigé entre le patient, l'équipe le prenant en charge et parfois l'Ordre des Médecins. Son but est de permettre la réhabilitation du patient. En cas d'échec thérapeutique, il peut y figurer une clause de possible suspension pour la pratique médicale.

A la fin de l'année 2010, le PAIMM recensait 1606 médecins traités (56% d'hommes), dont 72% avaient entre 35 et 55 ans. Les diagnostiques principaux étaient :

- les troubles de l'adaptation (45%),
- les troubles de l'état de l'âme (22%),
- les addictions variées (17%),
- l'angoisse (4%).

Outre le PAIMM, la Fondation Galatea a également développé des programmes préventifs pour préparer les départs à la retraite, l'amélioration de la santé des généralistes, la prévention et le dépistage du syndrome d'épuisement professionnel et la santé des étudiants en médecine.

L'intéressement des autorités publiques pour le problème que représente le médecin malade en termes de qualité des soins et de sécurité des patients est tout l'enjeu de cette organisation catalane, dont le regard se porte également vers l'Europe afin de mieux coordonner les réseaux de soins et structures préventives existantes, au travers de l'European Association for Health Physicians [58] (EAPH).

2.6.2. L'exemple québécois

Le Programme d'Aide aux Médecins du Québec, PAMQ, est né en 1990. Il propose aux médecins, résidents et étudiants en médecine de chaque province un soutien professionnel dans les situations d'épuisement, trouble de l'adaptation ou affectif, problèmes de santé mentale et abus de substances [10, 50]. Ce service est délivré dans le plus grand respect du secret médical et totalement gratuit pour les médecins québécois.

C'est un organisme autonome à but non lucratif. Son financement est assuré conjointement par les trois fédérations de médecins (omnipraticiens, généralistes et spécialistes), le Collège des médecins du Québec et l'Association des médecins de langue française du Canada.

Les médecins du PAMQ peuvent être joints toute la journée, avec possibilité de laisser un message sur répondeur pendant la nuit. Ils fournissent une *« aide discrète, professionnel et compréhensive ».*

2.6.3. L'exemple britannique

Une étude menée en 1992 avait établi qu'il y avait de gros manquements dans les services proposés aux médecins malades et dans la façon dont ils se prenaient en charge. La British

Medical Association (BMA) avait alors proposé en 1995 une liste de recommandations concernant les devoirs éthiques et moraux que les médecins avaient vis-à-vis d'eux-mêmes, de leurs familles et de leurs confrères malades [10, 16].

2.6.4. L'exemple norvégien

Le Modum Bad Hospital dédie une partie de son activité à la prise en charge des médecins malades. La coopération entre ses services et la Norwegian Medical Association (NMA) a permis la création du Villa Sana Ressource Center qui ouvre ses portes aux médecins qui souhaitent se former sur la meilleure façon d'appréhender les difficultés quotidiennes de la profession libérale [56].

2.6.5. L'exemple danois

Il existe depuis 1991 un réseau indépendant de professionnels qui tentent de répondre aux problèmes de santé et d'aptitude des médecins pouvant avoir un impact sur leur activité professionnelle a été mis en place par l'Association Médicale Danoise (AMD). Des conseillers locaux reçoivent une formation dans ce but mais n'interviennent jamais en tant que soignants. L'AMD propose uniquement une aide financière sous forme de prêts ou de prise en charge des soins [3].

2.7. <u>Les raisons de notre enquête</u>

On constate que depuis plusieurs années des structures se mettent en place pour prendre en charge la santé des médecins libéraux.
Il nous a semblé pertinent d'approfondir la question de la désignation d'un médecin traitant. Nous souhaitions connaître les déterminants du choix de ce médecin pour les médecins patients s'ils en ont un et, pour ceux qui n'en ont pas désigné, les critères qui définiraient leur médecin rêvé. Nous souhaitions également comprendre les caractéristiques de la relation médecin malade quand le patient est un médecin, et pouvait porter un regard critique sur les propositions de son soignant, étant capable d'auto-prescription.

Notre étude a donc pour but de répondre à cette question :
« Existe-t-il un médecin traitant idéal pour prendre en charge ses confrères ? »

Si nous pouvons répondre à cette question, nous serons alors en mesure de comprendre comment encourager les médecins à se tourner vers un confrère plutôt que de s'auto-prescrire, et de proposer des solutions pour aider ceux qui prennent en charge un confrère malade à mieux gérer ces consultations particulières.

3. METHODE

3.1. Type d'étude

3.1.1. L'étude qualitative [28, 30]

Il existe de nombreuses méthodes de recueil de données en soins primaires, les outils quantitatifs étant les plus largement utilisés. Toutefois, ils sont insuffisants lorsqu'il s'agit de problèmes touchant au quotidien et au vécu des professionnels de santé.
La recherche qualitative est née dans les années 1920 de cette volonté de combler les lacunes laissées par le quantitatif. Utilisée en premier lieu en sciences sociales et humaines, puis dans le marketing, ce n'est qu'à partir des années 1990 que l'on voit apparaître les premières études qualitatives en matière de santé.
Cette méthode de recherche est adaptée aux questions plus subjectives, difficile à quantifier, et s'applique bien à l'aspect relationnels des soins, en faisant appel aux modèles culturels et au vécu des personnes interrogées.

3.1.1.1. Définition

La méthode qualitative s'inscrit dans une démarche interprétative à partir de l'exploitation de données verbales. Elle tente ainsi de répondre aux questions du genre « pourquoi ? » ou « comment ? ».
Elle ne s'oppose pas à la méthode quantitative mais peut au contraire l'enrichir.

3.1.1.2. Intérêt

Le choix de la méthode dépend avant tout de la question de recherche. La méthode qualitative prend la mesure des sentiments, des comportements et du vécu des individus. Elle participe à une meilleure compréhension des liens entre les sujets. C'est une vision plus globale de la santé qui fait que cette méthode est bien appropriée à la recherche en médecine générale. Toutefois elle nécessite une grande rigueur scientifique [35].

3.1.2. La démarche en recherche qualitative

3.1.2.1. Détermination de la question de recherche

Cette question est primordiale. Elle va permettre d'élaborer au mieux le guide d'entretien et c'est en fonction d'elle que sera choisi le type d'étude qualitative, en fonction du thème et de la population étudiés.

3.1.2.2. Choix de la méthode de recueil des données

Les données verbales, constituant le verbatim, sont généralement enregistrées avec l'accord des personnes interrogées. L'ensemble du verbatim est ensuite retranscrit mot à mot avant d'être analysé.
Le plus souvent ces entretiens sont fait de manière individuels ou en groupe.

Les entretiens sont utiles pour aborder des sujets qui touchent personnellement les individus. Ils sont réalisés au moyen de guide structurés ou semi-structurés (questions à réponses ouvertes).

Les entretiens de groupe, focus group, présentent l'avantage d'être interactifs en mettant face à face des personnes dont les avis peuvent se rejoindre ou au contraire s'opposer, les amenant à défendre leurs points de vue. C'est également un bon moyen pour faire émerger des données nouvelles, parfois inattendues pour le chercheur. Enfin, le focus group est utile pour recueillir des informations pouvant servir à la préparation ou à l'interprétation d'une étude quantitative.
On considère le plus souvent le focus group comme une technique d'entretien semi-structuré.
Un modérateur est présent pour animer le groupe, s'assurer de la participation active de chaque membre du groupe à la discussion, et guider la discussion en suivant une grille de questions établies au préalable.
Un observateur est également présent pour observer les réactions de chacun, prendre des notes et enregistrer la discussion. Il s'occupe ensuite de retranscrire chaque discussion fidèlement, mot à mot, sans déformer ni interpréter les paroles de chacun.

Le nombre de participants à inclure est défini par la notion de saturation. Le recueil des données prend fin lorsqu'aucune donnée nouvelle n'émerge des entretiens.

3.1.2.3. La grille d'entretien

Elle est construite en fonction de la question de recherche. Cette grille constitue une trame commune pour les différents entretiens et peut être modifiée ou complétée en fonction des résultats obtenus d'un entretien à l'autre.
Les questions qui la composent sont ouvertes, des relances sont également prévues.

3.1.2.4. La retranscription

Les sources sont entièrement retranscrite, mot à mot. L'exactitude de la retranscription permet de vérifier l'analyse du corpus et corrobore le caractère scientifique de la démarche [29].

3.1.2.5. L'analyse des données

Après retranscription des données, le chercheur doit en premier lieu se familiariser avec les données. Le codage se fait manuellement ou à l'aide de logiciels adaptés (ex : NVivo), il est ouvert et centré par la question de recherche. C'est un processus de transformation qui permet de simplifier les données en attribuant un code à un segment de texte. Il permet de fragmenter le texte pour ensuite le réarranger en catégories, puis en thèmes principaux. C'est un outil qui entame le processus d'analyse des données [31, 32].

3.1.3. Critères de scientificité

Ils consistent à démontrer la crédibilité des résultats obtenus :
- validité interne des données, qui doivent représenter la réalité. Elle peut être obtenue par la technique de triangulation des sources et des données. L'analyse fait ensuite appel par un double encodage des données afin de les entériner. Enfin, les résultats sont comparés aux données de la littérature.
- validité externe, qui consiste extrapoler les résultats à d'autres sujets ou contexte. Celle-ci n'est possible qu'avec un échantillon ciblé et représentatif de la population étudiée.

3.2. Notre étude

3.2.1. Choix de la méthode

Nous avons élaboré notre question de recherche suite à l'audition et la lecture de la thèse du Dr Kuntz, concernant l'étude 2008 sur la santé des médecins libéraux Hauts-Normands, et dans laquelle une phrase nous a interpellé : « moins d'un médecin sur cinq a déclaré un médecin traitant autre que lui-même ».

3.2.2. Sélections des participants et critères d'inclusion

Tout médecin, installé ou remplaçant, malade ou non, ayant déclaré ou non un médecin traitant, pouvait participer à l'étude.

Nous avons tenté de réunir des médecins venant de paysages variés et pouvant avoir un point de vue différent en fonction de leur âge, de leur sexe ou de leur mode d'exercice.

Après le troisième groupe focus, nous avons souhaité interrogé en entretien individuel un médecin qui avait une expérience personnelle de la maladie et du vécu de malade, ce qui nous a permis de diversifié encore l'échantillon. Suite à cet entretien, l'analyse n'a pas fait émerger de nouvelles données, nous avons donc considéré que la saturation était atteinte et que nous pouvions clore la phase de recueil des données.

3.2.3. Mode de recrutement

La difficulté était de trouver des médecins volontaires acceptant de parler au sein d'un groupe. Nous avons tout d'abord contacté le CDOM de la Seine-Maritime mais n'avons pu avoir accès à la liste des médecins inscrits, par souci de confidentialité.
Nous avons ensuite rencontré le Dr Martin Révillion, directeur médical des URPS-ML de Haute-Normandie qui nous a conseillé sur le mode de recrutement et a proposé de publier une annonce dans la Newsletter du mois de septembre 2012 afin d'intéresser les abonnés à notre sujet, malheureusement cette initiative n'a pas eu de résultats.

Nous avons finalement fait appel à des médecins rencontrés lors des stages d'observation ou de stages en autonomie, ainsi qu'à des médecins rencontrés lors de remplacements après la fin de l'internat. A notre demande et par le biais d'un courrier de recrutement (Annexe 2), ces

médecins ont informé de l'étude les praticiens qu'ils côtoyaient en FMC, sans résultats. Pour compléter les deux premiers groupes, nous avons sollicité deux consœurs remplaçantes.
Un médecin volontaire pour le troisième groupe nous a mis en relation avec un membre d'un groupe qualité du département ; par son intermédiaire, nous avons pu contacter l'ensemble des participants à ce groupe qualité qui ont accepté de consacré une soirée à notre étude.

3.2.4. Réalisation de la grille d'entretien

Nous avons abordé le premier groupe avec la grille jointe en annexe 3, qui comprenait les questions suivantes :

- Avez-vous déclaré un médecin traitant ?
- Dans quelles circonstances l'avez-vous choisi ?
- Qu'attendez-vous de votre médecin traitant ?
- Avez-vous des médecins parmi vos patients ?
- Pensez-vous qu'une formation serait utile pour apprendre à aborder ces consultations (de confrères) ?

Pour les trois premières questions, des relances étaient prévues en fonction de la réponse des interviewés.

Après le premier groupe, deux relances en particulier sont venues enrichir la grille :
- Avez-vous pensé à déclarer un médecin spécialiste d'organe ?
- Que pensez-vous des honoraires entre médecins ?

3.2.5. Réalisation des entretiens

Tous les focus group ont eu lieu en soirée pour éviter que les volontaires soient obligé de modifier leur emploi du temps. Nous souhaitions les réunir dans un lieu neutre, adapté pour recevoir ce genre de réunion et dans une atmosphère la plus conviviale possible.

Avant chaque entretien, nous avons cherché à obtenir l'accord des participants concernant l'enregistrement audio de la conversation, tout en leur assurant à chaque fois l'anonymat et la confidentialité des données.

Chaque entretien a débuté par un tour de table permettant à chacun de se présenter ; l'animateur en profitait alors pour demander que la parole soit prise à tour de rôle, à voix haute et claire, et que chacun cite son prénom avant d'intervenir, ce afin de rendre intelligible l'enregistrement et d'éviter les erreurs de retranscription.

3.2.5.1. Lieu des réunions

Les deux premiers groupes ont eu lieu dans la salle de réunion que l'URPS de Haute-Normandie, par l'intermédiaire du Dr Révillion, a mis à notre disposition.
Le troisième groupe s'est tenu dans la salle de séminaire d'un restaurant choisi par les membres du groupe qualité.
L'entretien individuel a eu lieu au cabinet du médecin interrogé à la date et l'heure qu'il avait lui-même choisi.

3.2.5.2. Nombre de participants par focus group

Le premier groupe était constitué de 7 médecins volontaires, le second aurait dû regrouper 6 participants mais l'un deux s'est désisté au dernier moment. Il a accepté de nous rencontrer plus tard pour réaliser l'entretien individuel.
Le troisième groupe était constitué de l'ensemble des médecins appartenant au groupe qualité, en plus du médecin volontaire qui nous avait permis de les rencontrer, soit 14 personnes.
Nous avons donc recruté au total 27 médecins volontaires pour notre étude.

3.2.6. Retranscription et analyse des données

3.2.6.1. Retranscription

L'ensemble des entretiens a été enregistré avec l'accord des participants au moyen d'un dictaphone numérique. Immédiatement après chaque entretien, le fichier correspondant a été numéroté. Ainsi le fichier « AUDIO FG1 » correspond à l'enregistrement du premier focus group.

Chaque fichier numérique a ensuite été retranscrit dans les 48h qui ont suivies afin d'éviter les erreurs de retranscription. Chaque intervention des participants a été retranscrite mot à mot, en respectant le langage propre à chacun et les erreurs de langage.

Par mesure de confidentialité, le nom de chaque médecin a été remplacé par la lettre M pour Médecin, suivie d'un numéro correspondant à leur placement autour de la table. Ainsi, M6 est le sixième qui a pris la parole pour se présenter au cours du premier focus group, et M14 est celui qui s'est présenté en deuxième position dans le troisième focus group.

Nous n'avons pas cherché à masquer le nom des médecins cités par les interviewés comme intervenant dans leur prise en charge puisque cela ne risquait pas de compromettre leur anonymat.

3.2.6.2. Analyse

Le codage des données a été fait manuellement dans les semaines qui ont suivies la retranscription. De cette façon, nous étions en train d'analyser et de coder le verbatim du premier groupe lorsque la deuxième réunion a eu lieu et de la même manière, le codage du troisième groupe était en cours lorsque nous avons réalisé l'entretien individuel.

Dans notre cas, nous avons procédé selon un codage ouvert et inductif, c'est-à-dire que la grille de codes n'était pas préétablie a été élaborée à partir du verbatim.

Nous avons ensuite choisi de procéder à une analyse thématique, qui prend en compte l'ensemble du corpus de manière « verticale » à la différence de l'analyse entretien par entretien et de l'analyse textuelle [32].

4. RESULTATS

4.1. Caractéristiques de l'échantillon

Nous avons interrogé au total 27 médecins, répartis dans trois focus group et un entretien individuel.
Parmi eux se trouvaient 14 femmes et 13 hommes.

Lieu d'exercice :

- 14 exercent en ville ;
- 9 en milieu semi-rural ;
- 4 en milieu rural.

Mode d'exercice :

- 23 exercent en cabinet de groupe (regroupement de médecins ou pôle de santé avec autres professionnels) ;
- 2 sont installés seuls ;
- 2 sont remplaçants.

Exercice particulier :

- 6 sont maîtres de stages ;
- 1 est généraliste enseignant ;
- 4 sont ostéopathes, l'un d'entre eux a également une activité de sexologue médical ;
- 2 sont médecins de crèche, l'un d'entre eux fait partie du réseau de permanence des soins à l'hôpital local ;
- 1 fait partie de médecin du monde et du réseau prostitution ;
- 1 a une vacation dans un centre de planification familiale ;
- 1 participe à la régulation de la permanence des soins ;
- 1 est homéopathe.

Choix d'un médecin traitant :

- 14 se sont auto proclamé ;
- 3 ont déclarés leur conjoint ;
- 2 ont déclaré leur associé ;
- 2 ont gardé le médecin qui avait été déclaré alors qu'elles étaient encore étudiantes ;
- 2 ont choisi un spécialiste ;

- un seul a choisi un confrère généraliste d'un autre cabinet que le sien ;
- 3 n'ont déclaré aucun médecin et se soigne eux-mêmes.

Nous avons regroupé ces données sous forme d'un tableau (Annexe 3).

4.2. Caractéristiques des entretiens

Les entretiens ont eu lieu entre septembre 2012 et janvier 2013.
Les focus groupes ont duré entre 87 et 97 minutes. L'entretien a pris environ 28 minutes. La durée totale d'enregistrement est de 306 minutes environ, soit 5 heures et 5 minutes.

4.3. Analyse thématique des entretiens

A partir de la grille de codes établie, nous avons dégagé 5 grands thèmes :

- Etat de santé et suivi actuel des médecins
- Déterminants de la déclaration d'un médecin traitant
- Déterminants de l'auto surveillance médicale
- Obstacles à la consultation d'un confrère
- Caractéristiques de la relation médecin soignant-médecin malade
- Définition d'un médecin traitant idéal

Chaque code a été attribué à un thème. Par exemple, le code « Pathologies » a été attribué au thème « Etat de santé et suivi actuel des médecins », et le code « Doute » au thème « Obstacles à la déclaration d'un médecin traitant autre que soi-même ».

Extrait de la grille de codes du deuxième thème :

THEME 2 : DETERMINANTS DE LA DECLARATION D'UN MEDECIN TRAITANT			
ÂGE			
Âge	Déclaration devant être faite à l'âge de 16 ans	« Je pensais que c'était sur le coup au passage de mes 16 ans ma mère l'avait déclaré elle m'a dit oui c'est bon c'est fait »	M6, L32, page 4
	Âge auquel le patient doit faire son choix de médecin traitant	« C'était à l'époque où nos enfants ont eu 16 ans et ont eu leur propre papier et il fallait qu'ils déclarent »	M1, L15, page 2

OBLIGATION ADMINISTRATIVE			
Obligation administrative	Résignation	« je me suis résignée à faire remplir ce papier pour moi-même »	M4, L10, pages 1
	Régularisation administrative auprès de la caisse d'assurance maladie	« Nous on s'est déclaré réciproquement médecin traitant (…) Je pense dès le début des médecins traitants parce que pour moi je suis un bon élève donc euh on me demande de déclarer des choses euh donc je déclare un médecin traitant »	M2, L14, page 2
	Convention de l'assurance-maladie juillet 2004	« Au vu de la nouvelle convention »	M11, L76, page 5
	Déclaration obligatoire	« parce que c'est obligatoire mais c'est tout »	M7, L22, page 3
	Formalité administrative obligatoire	« On a tous déclarés un médecin traitant par ce que l'administration nous l'impose »	M5, L65, page 6
	Déclaration obligatoire pour l'assurance-maladie	« Vis-à-vis de la sécu », « comme je suis à 100 %, il me fallait un médecin traitant »	M9, L24-27 Page 2
	Déclaration de médecin traitant	« il faut sur le le papier que ce soit stipulé »	M25, L31, page 2
	Obligation	« à l'époque où il a fallu faire le choix d'un médecin traitant »	M22, L118, page 7
	Du médecin traitant dans le cadre du parcours de soins	« J'ai dû déclarer mon médecin traitant je pensais que je l'avais fait depuis que c'était obligatoire »	M6, L12, page 2
	Par la déclaration médecin traitant	« c'est satisfaisant pour la sécu »	M19, L51, page 3
	Attestation de carte vitale Déclaration non nominative Visible au passage de la carte vitale	« Il faut que ce soit marqué sur l'attestation de carte vitale »	M7, L46, page 5
		« À partir du moment où sur l'attestation sécu c'est marqué " a déclaré un médecin traitant " ce n'est pas nommé le nom du médecin qu'on a déclaré »	M7, L50, page 5
		« Là sur votre carte ça ne passe pas »	M4, L10, pages 1
		« C'est au passage de la carte vitale ou le médecin traitant étant pas déclaré à la sécu »	M6, L39, page 4

	Contexte dans lequel la déclaration médecin traitante a été faite	« Oui mais dans l'urgence moi »	M9, L18, page 1

L'ensemble de la grille de codage, découpée en thèmes, est consultable en Annexe 4.

Nous avons rédigé les résultats en suivant les différents thèmes abordés, afin d'en faciliter la lecture.

4.3.1. Etat de santé et suivi actuel des médecins généralistes

4.3.1.1. Suivi médical et situation dans le parcours de soins

- La plupart des médecins interrogés reconnaissent l'intérêt de bénéficier d'un suivi médical régulier, notamment en cas de pathologies chroniques, lorsqu'ils ont des ordonnances à faire renouveler ou pour des certificats médicaux :

M6 : « soucis de santé qui nous imposent d'avoir un suivi régulier »

M27 : « il ne s'est jamais produit que des renouvellements de traitement en cours »

M8 : « C'est un bon argument pour voir les gens comme les autres quoi, qu'ils soient médecins ou pas »

M27 : « une aptitude au sport »

Pour l'un d'entre eux, l'avis du médecin traitant a été sollicité pour des problèmes de santé simples :

M27 : « on est quand même aussi dans un suivi relativement calme donc euh il n'y a pas eu de pathologies mystérieuses »

M27 : « ce sont des pathologies simples, courantes, ordinaires »

Pour un autre médecin, le suivi est obligatoire en médecine du travail du fait d'un exercice salarié :

M1 : « J'ai un petit contrat avec le conseil général donc de ce fait je suis salariée »

Le suivi peut être un gage de bonne prise en charge et permet d'éviter les erreurs médicales. Il donne un rythme de consultations :

M8 : « Si on le voit tous les trois ans euh ça va pas, ils sont mal suivis ces gens-là »

M8 : « Il faut se côtoyer un minimum pour ne pas passer à côté de… »

M16 : « Nous nous voyons régulièrement, tous les trois mois pour son traitement »
M3 : « S'astreindre […] tous les deux ou trois ans […] à une surveillance »

Certains médecins rapportent un suivi régulier par leur conjoint médecin, ou de leur propre fait :
M2 : « On se suit régulièrement l'un l'autre depuis des années »
M5 : « Déjà je me vois souvent du coup je me surveille »
M8 : « Si on est son médecin traitant, on peut très bien se suivre correctement si on a envie de bien faire comme avec ses patients », « et faire ses examens spéciaux »

Pour les femmes médecins, le suivi gynécologique est le plus régulier, voire obligatoire, notamment dans le cas des grossesses :
M6 : « Les personnes que je vois c'est le gynéco parce que j'y pense et puis le suivi de grossesse au cas où quoi mais c'est tout »
M1 : « C'est une question toute bête c'est un truc basique mais on regarde pas forcément ça et puis euh après pour les suivis je crois quand il y a des grossesses etc. il y a un suivi médical mais c'est vrai qu'après… »
M12 : « Elle me dit […] je te prends la tension systématiquement parce qu'elle sait qu'elle est la seule à me contrôler »
M22 : « le seul médecin que je voyais régulièrement c'était ma gynécologue »

Malgré tout, une des femmes interrogées signale un relâchement du suivi lors de sa deuxième grossesse, en rapport avec sa profession :
M6 : « C'est même vicieux parce que à ma première grossesse (…) J'étais encore interne donc voilà elle m'a fait bien son suivi […] mais là je suis enceinte d'une deuxième grossesse elle m'a dit […] vous verrez l'obstétricien dans deux mois… oui enfin logiquement il faut que je vous revois dans un mois aussi »
M6 : « Je suis beaucoup moins assidu pour la deuxième que pour la première »

En dehors du suivi gynécologique, d'autres médecins expliquent avoir recours à des confrères spécialistes d'organes et parfois à des hospitalisations pour le suivi médical. Ces confrères leur servent indirectement de médecins traitants et les guident dans le choix de leurs traitements :
M15 : « je suis un traitement qui a été initié par quelqu'un d'autre »
M20 : « j'ai un suivi euh assez euh régulier vu ma pathologie (…) par rapport à mon suivi au niveau hospitalier »
M27 : « j'ai un suivi régulier » « avec les médecins hospitaliers »

Parfois, ce suivi n'a pas lieu par choix du médecin malade mais plutôt par obligation :
M16 : « J'ai dû retourner le voir, bien piteusement »
M27 : « c'est que c'était une pathologie qui ne pouvait pas relever d'une prise en charge en médecine de ville »

Les médecins trouvent qu'il y a des limites à la prise en charge par les spécialistes. Ils leur reprochent notamment leur manque d'expérience relationnelle, de dialogue et d'humilité :
M10 : « le patient est endormi donc on lui parle pas »
M9 : « Quand je posais la question à René ou à n'importe qui […] Démerdes-toi, tu as ton traitement, on n'essaye pas de savoir »
M10 : « Quelle que soit la spécialité de chirurgie ou je coupe (…) Et vous êtes guéri »

Dans la mesure où la plupart se soignent seul au avec l'aide d'un spécialiste, nous avons demandé aux médecins interviewés s'ils avaient pensé à déclarer leur confrère spécialiste comme médecin traitant. Certains d'entre eux ne savaient même pas que c'était possible, et ceux qui le savaient ont trouvé cette solution absurde. Trois participants à l'étude ont quand même fait ce choix :
M9 : « Je sais pas si on peut prendre un médecin référent spécialiste »
M22 : « mon médecin traitant c'est ma gynéco »
M16 : « au départ j'étais mon médecin traitant et après ça a été le spécialiste »
M27 : « je le savais mais, mais je trouve que c'est une aberration complète »
M27 : « au départ j'avais déclaré l'hématologue comme médecin traitant »

Les raisons qu'ils avancent sont que les spécialistes d'organes sont par définition limités dans leurs connaissances et leurs compétences à un seul organe ou groupe d'organes, par opposition à la médecine générale qui a une vision plus globale :
M2 : « je m'imagine pas je sais pas aller voir un psychiatre ou un neurologue pour lui dire "tu veux être mon médecin traitant ? " euh… en plus je me dis Il va être mon médecin traitant (…) De mon esprit de mes reins mon hypertension mais le reste le reste il va absolument pas s'en occuper »
M5 : « je peux prendre un cardiologue comme médecin traitant mais qui c'est qui va regarder mes grains de beauté »

Pour renforcer cette impression, deux médecins disent avoir été sollicités par leurs confrères spécialistes, principalement pour soigner leurs enfants :

M6 : « J'ai des amis qui sont spécialistes pour leur fille des fois ils me demandent des conseils » « je pense que chacun sa spécialité »
M9 : « j'étais un peu le médecin de ses enfants parce que il me dit moi, en dehors de la cardio euh… quand les gamins avaient une otite euh bah il savait pas »
M23 : « un spécialiste téléphone à un généraliste pour dire (…) qu'est-ce que tu ferais toi ? »

Le médecin qui avait choisi de déclarer son hématologue a d'ailleurs changé pour un confrère généraliste, suite au retard diagnostic par défaut de prise en charge globale :
M27 : « je pensais que c'était une chose dont on ne bénéficiait pas suffisamment dans le milieu hospitalier »

Enfin, la difficulté de voir son spécialiste déclaré en urgence reste pour eux un sérieux obstacle à sa déclaration :
M12 : « Dans l'urgence on peut pas la voir »

Concernant leurs problèmes psychologiques, le suivi est beaucoup plus aléatoire, surtout si c'est le conjoint qui est le médecin traitant :
M20 : « mon médecin traitant je le vois pas que au niveau des pathologies organiques »
M1 : « Effectivement y a toute une partie non organique qu'on n'est pas… qu'on va pas suivre quoi » « On se suit je dirais point de vue organes (…) Voilà on est dans l'organique uniquement »

- Plusieurs médecins ont dit ne bénéficier d'<u>aucun suivi</u> particulier ou ne jamais consulter le médecin traitant qu'ils ont déclaré :
M7 : « Je dirai qu'actuellement je vois jamais un médecin »
M12 : « J'ai jamais vu mon médecin depuis 15 ans »
M5 : « J'ai pas vu de médecin depuis 15 ans »
M2 : « il y a 25 ans que je traîne derrière de jamais avoir vu de médecin »
M24 : « je me soigne pas »

Pour trois d'entre eux, la dernière consultation chez un médecin date de la fin de leurs études :
M6 : « Depuis que je suis interne j'ai pas vu mon médecin généraliste »
M2 : « à partir du moment c'est vrai où je suis devenu soignant, prescripteur, interne, là j'ai

plus eu de médecin de médecin traitant »
M7 : « Qui m'a pas examinée de puis je dirais pareil l'internat »

Un médecin justifie le fait qu'il ne se fait pas suivre par son bon état de santé :
M10 : « J'ai la chance d'avoir rien eu pour l'instant »

Le manque de suivi médical est donc évident pour eux, et pèse même sur l'un d'entre eux, mais cela ne les pousse pas pour autant à y remédier :
M12 : « Donc non, on n'est pas bien suivi »
M12 : « Ça me manque de pas avoir de médecin en fait »
M3 : « Puisque effectivement on n'est pas examiné fréquemment, qu'on a tous les moyens de ne pas le faire »
M6 : « J'estime qu'on peut pas se suivre mais d'un autre côté je vais pas chez le médecin pour autant »

Le médecin qui est suivi par le médecin du travail raconte faire l'objet d'une surveillance complète à chaque fois qu'elle va le consulter :
M1 : « Il m'a dit vu comment tu dois être suivi je vais tout faire »

- Du fait de cette absence de suivi médical, les médecins se retrouvent parfois hors parcours de soins coordonnés. Ainsi trois d'entre eux n'ont pas déclaré de médecin traitant, ce que deux d'entre eux revendiquent :
M10 : « Moi j'ai pas déclaré de médecin référent »
M10 : « Par esprit sûrement de soixante-huitard attardé »
M24 : « j'ai pas de rapport particulier avec l'assurance maladie »

Pourtant, c'est suite à des problèmes rencontrés par un médecin dans le cadre du parcours de soins qu'elle a décidé de déclarer un médecin traitant :
M4 : « Suite à ces difficultés-là »

4.3.1.2. Prise en charge des confrères malades et pathologies rencontrées

- Les médecins interrogés déclarent avoir parmi leurs patients des confrères malades, actifs ou retraités, des enfants de confrères, et d'autres professionnels de santé :

M2 : « J'ai soigné des médecins hospitaliers c'est voilà qui m'avaient pris comme médecin traitant »
M5 : « C'est un médecin hospitalier en service de soins de suite de réadaptations »
M1 : « J'ai pas mal d'internes (…) Je suis les enfants de pédiatres et de médecins généralistes »
M27 : « c'est un médecin du travail »
M13 : « je suis le médecin traitant d'un médecin qui est à la retraite »
M4 : « J'ai des patients pas médecins mais par exemple infirmières »

L'un deux explique que cela ne pose pas de problème et qu'il se sent suffisamment objectif vis-à-vis des enfants de ses confrères :
M27 : « suffisamment professionnel »

Le même médecin précise que la prise en charge des médecins malades est sans doute plus facile à l'hôpital où les décisions sont prises à plusieurs professionnels, de façon consensuelle :
M27 : « les décisions qui sont pluridisciplinaires ou qui sont en comité thérapeutique enfin, donc ça, ça facilite leurs décisions en tout cas leur travail »
M27 : « d'être en groupe est certainement un garde-fou »

Quelle qu'elle soit, les médecins revendiquent une prise en charge non spécifique au médecin malade, mais adaptée à chacun, comme c'est le cas pour les autres patients :
M25 : « Les patients c'est différent, les uns les autres sont différents en fonction de leur appréhension, de leur façon d'aborder les choses »
M19 : « on n'en fera ni plus ni moins »

- Les pathologies que les médecins prennent en charge en tant que soignant sont des pathologies compliquées, dont la gravité pousse les patients à consulter :
M23 : « il vient pas consulter pour un rhume, il vient consulter parce qu'il a une pathologie compliquée, lourde »
M27 : « c'est jamais des choses simples n'est-ce pas, ils viennent pas nous voir pour une rhinopharyngite »
M9 : « sur le plan neuro, sur le plan cardiaque, sur le plan pulmonaire, sur le plan… oui, non, non il a sa part »

La plupart du temps, ils sont consultés pour la prise en charge d'un problème particulier. Deux d'entre eux ont des patients médecins souffrant de problèmes cardiologiques, trois suivent leurs confrères pour des douleurs d'origine ostéoarticulaires et une autre pour une maladie de coagulation :

M2 : « Il avait fait un infarctus »

M9 : « Je lui dis t'es en arythmie »

M5 : « Il est venu me voir pour une histoire d'épaule »

M13 : « il avait peur de faire de l'artérite en fait c'était une cruralgie »

M10 : « Dans un cadre bien précis, l'ostéopathie », « c'est un acte technique »

M16 : « je lui ai confirmé qu'il avait une phlébite, très probablement, mais euh je lui ai proposé d'aller consulter rapidement aux urgences parce que il avait une dyspnée d'effort depuis quelques jours donc je l'ai fait hospitaliser, il avait effectivement une embolie pulmonaire », « il avait une maladie de coagulation»

L'un d'entre eux se préoccupe également de la santé psychique de son patient :

M5 : « Il y a une histoire familiale un peu difficile (...) Donc j'y parle un petit peu de ce côté-là aussi »

En tant que patient, sept des médecins interrogés rapportent des problèmes de santé faisant l'objet d'une surveillance médicale ou dont ils pourraient être victimes en raison d'antécédents familiaux. Parmi eux, deux souffrent de problèmes cardio-vasculaires, cardiopathies ou hypertension artérielle, deux ont fait des malaises de cause a priori neurologique, un a bénéficié de chirurgie digestive, un a un antécédent de néoplasie et a suivi une psychanalyse et un autre est suivi pour de multiples pathologies :

M9 : « J'ai une cardiomyopathie non obstructive (...) J'ai fait une mort subite »

M9 : « Mon père est décédé comme ça hein donc je le savais », « Mon père avait une cardiomyopathie, il est mort à 62 »

M15 : « elle est pas très bonne euh 14 »

M26 : « je me suis assommé sur une maison, j'ai fait une perte de connaissance »

M16 : « j'ai été médecin sapeur-pompier (...) j'ai fait un malaise »

M13 : « J'ai eu l'appendicite »

M10 : « Mon père est atteint d'un cancer de la prostate », « Il est mort à 95 ans mon grand-père… Et en fait je pense qu'il avait un cancer de la prostate »

M10 : « J'ai passé cinq ans de ma vie un jour sur un divan d'analyse (...) Il m'en reste toujours

quelque chose euh… Une culture »
M27 : « avec l'expérience que j'ai eue d'avoir plusieurs pathologies successives »

Un des médecins constate que, dans la plupart des cas, les pathologies pour lesquelles un médecin va en consulter un autre relèvent soit de l'oncologie soit de la psychiatrie, faisant écho aux propos de ceux qui reconnaissent être rarement sollicités pour des pathologies bénignes :
M23 : « quand un médecin va mal, ou il a un cancer ou il a un problème psychiatrique »

De ce fait, les pathologies bénignes font plus souvent l'objet d'une auto prescription :
M2 : « Soigner une angine se soigner des choses comme ça (…) Voilà on peut le faire »
M17 : « si t'as des choses un peu bénignes, tu vas pas consulter »
M7 : « Si j'ai un petit bobo je me débrouille toute seule»

En s'appuyant sur son expérience personnelle, un participant note également la particularité qu'ont les médecins de ne jamais faire *"comme les autres"*, mais au contraire de présenter des problèmes atypiques ou border line. Cette singularité a pour effet d'induire un état de stress chez les soignants :
M27 : « la particularité aussi avec les médecins, c'est qu'ils font jamais tout comme les autres »
M27 : « c'est souvent des choses qui sont un petit peu sur les marges de ce qu'on sait »
M27 : « souvent, on a des formes particulières », « quand on était interne dans les services hospitaliers, enfin dès qu'il y a un médecin qui arrive comme patient dans un lit d'hôpital, c'est la panique à bord, parce qu'on sait bien que ça va être très compliqué ou qu'il va y avoir des cas particuliers quoi, voilà, bien entendu c'était mon cas aussi évidemment »

4.3.1.3. Addictions

Deux médecins rapportent un tabagisme en cours ou ancien :
M5 : « Je fume »
M23 : « j'ai fumé pendant 30 ans »
M23 : « je connais intimement l'addiction tabac »

Le second explique que son expérience personnelle lui permet de mieux accompagner ses patients dans leur démarche de sevrage :
M23 : « Je suis vraiment très très concerné par le tabagisme et par le sevrage tabagique »

Il reconnaît que de nombreux confrères souffrent d'addiction au tabac ou à d'autres substances psychoactives, souvent d'une façon excessive :
M23 : « mes confrères et médecins généralistes que je connais qui fument, souvent fument beaucoup et tard »
M23 : « par rapport aux addictions (…) qui sont accros à des… à des médicaments »

Lors de sa consultation chez le médecin du travail, l'une des participantes dit être interrogée sur une éventuelle consommation de toxiques :
M1 : « Les interrogatoires concernant (…) mes toxiques éventuellement »
M5 : « Tabac, alcool, cocaïne »

Les addictions peuvent également être un obstacle à la déclaration d'un médecin autre dans la mesure où celui-ci peut avoir un jugement sur le mode de vie de son confrère :
M14 : « c'est extrêmement difficile d'aller consulter… »« des problèmes d'addictions ou des problèmes… y a en plus, on a… Je pense que ce médecin il est d'autant plus l'impression d'un jugement »

4.3.1.4. Comportements en matière de prévention et de dépistage

- Les médecins interrogés sont pour la plupart satisfaits de leur suivi en matière de prévention :
M21 : « la prévention c'est se soigner »
M25 : « tout le monde semble être d'accord de se… de bien se prendre en charge au niveau de la prévention »
M19 : « on sait qu'il faut surveiller certaines choses et on le fait ça »

Concernant les vaccinations, la surveillance est moins importante. Deux des participants se vaccinent elles-mêmes, une autre se fait vacciner par son conjoint.
M17 : « je me vaccine moi-même »
M4 : « moi-même »
M3 : « C'est mon conjoint qui n'est pas médecin qui me le fait »

Dans le troisième groupe, la moitié seulement des participants sait de quand date leur dernier rappel de tétanos :
M20 : « qui se souvient de son dernier rappel de tétanos par exemple ? » 7 mains levées

M20 : « Quand tu vois le dernier vaccin, la moitié sait, l'autre moitié sait pas »
M19 : « je sais que je suis à jour mais je sais pas quand »

La vaccination contre l'hépatite B étant obligatoire pendant les études médicales, deux médecins font remarquer que l'ensemble des participants au groupe doit être à jour.
M15 : « l'hépatite B on est vacciné c'est obligatoire »
M19 : « au cours de nos études on nous a demandé de façon obligatoire de nous vacciner contre l'hépatite B »

Concernant la vaccination antigrippale, un des médecins reste incertain de son utilité par rapport aux autres vaccinations, pendant qu'un autre souligne qu'à l'hôpital, ce sont les médecins qui sont le mieux couvert :
M5 : « Sur les autres vaccins je suis à cheval là euh quand on a eu notre bébé il y a eu le rappel coqueluche à faire », « Par contre la grippe je suis pas convaincu »
M25 : « lors de la grippe H1N1 (...) À l'hôpital (...) ceux qui se sont fait le plus vacciner ce sont les médecins »

La mise à jour des vaccinations a fait l'objet d'une consultation chez son médecin traitant pour l'un des médecins interrogés. C'est pour la même raison qu'une des participantes emmène son enfant chez un confrère :
M27 : « je suis allé le voir pour des vaccinations »
M6 : « Pour ses premiers vaccins j'étais allé voir mon ancien médecin généraliste (...) », « on va la voir essentiellement pour les vaccins »

- Les recommandations pour le dépistage cancers du sein, du col utérin sont bien respectées, et sensibilisées par l'association EMMA pour le dépistage organisé des cancers en Seine-Maritime:
M1 : « On reçoit EMMA pour la mammographie »
M19 : « je fais une analyse, des frottis »
M17 : « je fais des mammographies, je fais les dépistages de KCR (cancer colorectal) *»*

Les médecins se montrent en revanche moins assidus concernant le dépistage du cancer colorectal. Dans le troisième groupe, lorsque le modérateur a demandé combien de participants font leur dépistage régulièrement, seuls six d'entre eux se sont manifestés. Pour justifier qu'elle

ne l'a pas encore fait, une des participantes explique qu'elle vient juste d'entrer dans la tranche d'âge ciblée par le dépistage :

M25 : « la plupart font leur dépistage colorectal »

M27 : « j'en ai fait oui mais je, je ne pense pas avoir fait ça dès le début » « de l'instauration de ce… de ce dépistage »

M19 : « je viens juste d'avoir 50 ans »

4.3.1.5. Imhotep

Peu de médecin ont entendu parler de ce service dédié à la prise en charge des médecins libéraux :

M3 : « Moi je ne sais pas ce que c'est »

D'autres le connaissent de nom mais n'y ont pas recours et n'ont qu'une vague notion du fonctionnement de l'association :

M22 : « Innohep »

M14 : « un système de médecine », « au CHU… Pour les médecins libéraux »

M14 : « tu peux t'inscrire sur l'année et tu bénéficies d'une consultation… générale »

Un des médecins interrogés s'était rendu à une consultation et en était ressorti avec une sensation de frustration par rapport à l'attente qu'elle avait eue de ce rendez-vous :

M4 : « Je m'y attendais aussi à la prise de sang à le et il n'y a rien eu » « j'étais déçue par ce que ça n'a abouti à rien, je n'ai rien appris »

M5 : « c'était pas assez cadré finalement »

Après explications du modérateur, les médecins ont considérés que ce système se bornait en fait à une prise en charge uniquement en termes de prévention, et s'apparentait à un service de médecine du travail :

M25 : « on en revient dans la prévention, c'était de la prévention »

M3 : « Oui pourquoi pas ça rejoint le médecin du travail dont on parlait »

4.3.1.6. Surmenage

Isolement, introspection, auto surveillance et travail prenant se combinent pour entraîner le médecin dans la spirale de l'épuisement professionnel ou burn out :
M9 : « on est tout seul, on assume tout, on sature, on bosse beaucoup »
M20 : « Un certain ras-le-bol par rapport à cert… certaines journées »

Face à ce surmenage, les médecins sont tous égaux :
M2 : « notre surmenage »
M9 : « On est une des premières professions pour le burn out »
M20 : « le harcèlement c'est pas que chez les autres, ça peut être aussi chez nous, et que l'impatience c'est pas que chez les autres ça peut être aussi chez nous »

L'un des médecins interrogés en a déjà fait l'expérience en surestimant ses propres capacités et a payé de sa santé le cumul de ses différentes activités professionnelles :
M16 : « il va falloir que tu arrêtes tu en fais trop »
M16 : « tu as craqué »

L'absorption des problèmes des patients, l'épuisement émotionnel qu'elle entraîne, et la déception face à la mésestime de certains patients sont aussi responsables de burn out :
M20 : « au niveau de ma pratique y a des gens qui viennent pour se plaindre par rapport à beaucoup de choses »
M20 : « quand ils en ont ras-le-bol ils viennent nous voir pour en (…) parler »
M9 : « ils changent même de trottoir pour pas vous dire bonjour euh et vous savez pas pourquoi… alors ça même au bout de 36 ans de métier de temps en temps… l'ingratitude si vous voulez »

4.3.1.7. Mortalité et suicide dans la population médicale

- Un seul médecin évoque le problème de la mortalité par maladie chez les médecins et elle en ressent un grand malaise :
M1 : « C'est quand même effrayant » « ça me choque »

Elle raconte comment elle a vu plusieurs confrères de son entourage décéder de façon brutale et précoce :

M1 : « Au cours le nombre de médecins (…) qui sont décédés de façon brutale », « c'est pas une fois que j'en ai rencontré c'est beaucoup »
« Des médecins qui sont décédés il n'y a pas si longtemps que ça et qui ont 50 55 ans (…) c'est quand même extrêmement fréquent autour de nous »

Les exemples qu'elle rapporte concernent des pathologies néoplasiques à un stade avancé qui ont conduit au décès du patient dans l'exercice de leur activité:
M1 : « mourir d'un cancer du sein métastasé pour un médecin généraliste c'est pas une fois que j'en ai rencontré c'est beaucoup, mourir d'un cancer du rein métastasé et travailler jusqu'au 30 juin et mourir 15 jours après c'était le cas de mon gynéco »

- Trois médecins font le constat que les suicides sont fréquents dans la profession médicale, et supérieures à la moyenne pour la même tranche d'âge :
M1 : « Des gens qui mettent fin à leurs jours je trouve que c'est extrêmement fréquent dans notre profession et autour de nous »
M10 : « Il y a plus de suicides chez les médecins »
M23 : « le suicide des médecins est quand même trois fois la moyenne des suicides de la population générale dans une tranche d'âge donnée »

D'après un autre, la crainte d'être atteint d'une maladie grave a poussé un confrère à mettre brutalement fin à ses jours. Ce médecin ne bénéficiait d'aucun suivi médical et s'était fié à son propre diagnostic :
M10 : « Il s'est foutu un coup de fusil dans le ventre par ce qu'il pensait qu'il était atteint de je ne sais plus trop quoi (…) Et puis en fait il s'était planté dans son diagnostic »

4.3.2. Déterminants de la déclaration d'un médecin traitant

4.3.2.1. Les raisons administratives de la déclaration

- C'est parce qu'ils avaient reçu la demande de l'assurance maladie que la déclaration s'est faite pour trois des médecins interrogés. La première au moment de ses 16 ans, les deux autres parce la demande concernait leurs enfants au même âge :
M6 : « Je pensais que c'était sur le coup au passage de mes 16 ans ma mère l'avait déclaré elle m'a dit oui c'est bon c'est fait »

M1 : « C'était à l'époque où nos enfants ont eu 16 ans et ont eu leur propre papier et il fallait qu'ils déclarent »

- Une autre occasion de la déclaration d'un médecin traitant a été pour deux des médecins interrogés leur installation et leur immatriculation auprès de la caisse d'assurance maladie :
M5 : « Quand je suis revenu de Paris j'ai été faire mon inscription à la sécu de Rouen changement d'adresse (…) Et après je me suis installé dans l'Eure »
M11 : « Je me suis déclaré médecin traitant en ligne sur le réseau pro de la sécurité sociale »

- Pour un des médecins, le départ à la retraite de son médecin traitant, et le problème de démographie médicale faisant qu'il n'avait pas de successeur, a conduit à la déclaration du médecin traitant :
M11 : « moi depuis très peu de temps je suis mon médecin traitant… parce que avant j'avais le médecin traitant qui était le médecin traitant de ma famille comme M12 euh… depuis que je suis toute petite sauf que il est décédé y a 5 ou 6 ans je pense donc je suis restée sans médecin traitant », « Il avait pas de successeur »

- De nombreux participants reconnaissent avoir déclaré un médecin traitant par obligation vis-à-vis de l'assurance maladie :
M4 : « je me suis résignée à faire remplir ce papier pour moi-même »
M7 : « parce que c'est obligatoire mais c'est tout »
M5 : « On a tous déclarés un médecin traitant par ce que l'administration nous l'impose »
M2 : « Nous on s'est déclaré réciproquement médecin traitant (…) Je pense dès le début des médecins traitants parce que pour moi je suis un bon élève donc euh on me demande de déclarer des choses euh donc je déclare un médecin traitant »

Trois d'entre eux font référence à la loi de 2004 relative à la nouvelle convention de la sécurité sociale :
M11 : « Au vu de la nouvelle convention »
M22 : « à l'époque où il a fallu faire le choix d'un médecin traitant »
M6 : « J'ai dû déclarer mon médecin traitant je pensais que je l'avais fait depuis que c'était obligatoire »

C’est parce qu’il a été pris en charge dans le cadre d’une urgence vitale qui a nécessité des soins hospitaliers lourds et la rédaction d’un protocole de soins qu’un des médecins a fait précipitamment sa déclaration de médecin traitant :

M9 : « Oui mais dans l'urgence moi »

M9 : « Vis-à-vis de la sécu », « comme je suis à 100 %, il me fallait un médecin traitant »

Enfin même si elle n’est pas nominative, la déclaration de médecin traitant est visible à chaque fois que l’assuré présente sa carte vitale ou son attestation de sécurité sociale :

M7 : « Il faut que ce soit marqué sur l'attestation de carte vitale »

M7 : « À partir du moment où sur l’attestation sécu c'est marqué“ a déclaré un médecin traitant ” ce n'est pas nommé le nom du médecin qu'on a déclaré »

M6 : « C'est au passage de la carte vitale ou le médecin traitant étant pas déclaré à la sécu »

- La prise de conscience des médecins qui n’avait pas encore déclaré de médecin traitant a souvent eu lieu au cours de la réalisation d’un examen ou lors de la consultation d’un confrère où ils ont été incités à faire la déclaration :

M3 : « à l'accueil on m'a dit que je n'avais pas de médecin traitant »

M4 : « Je me suis résignée (…) Pour aller voir des spécialistes en fait »

M2 : « plusieurs fois ça a été lors de la prescription d'examens complémentaires ou d'un suivi très particulier que l'on s'est mis à choisir un médecin traitant »

- Au-delà du caractère obligatoire de la déclaration vis-à-vis de la sécurité sociale, c’est principalement le moindre remboursement des soins pour les assurés sans médecin traitant qui a poussé les interviewés à « se régulariser » auprès de l’assurance maladie. :

M5 : « on peut ne pas déclarer le médecin traitant mais on est mal remboursé ça c'est un libre choix c'est-à-dire qu'on l'a fait plus d'un point de vue administratif et financier que finalement pour notre santé à nous »

M12 : « Pour que ce soit correctement prise en charge »

M9 : « pour les radios, les examens médicaux… »

M4 : «Il y ait un petit remboursement »

L’une des participantes en a fait l’expérience suite à un examen dans le cadre de sa grossesse :

M6 : « Quand j'ai reçu le déremboursement de mon écho j'ai fait non c'était pas fait »

M6 : « J'ai pas été remboursée donc du coup on me fait vous avait pas déclaré votre médecin traitant»

Pour être correctement pris en charge par l'assurance maladie, l'assuré qui consulte un spécialiste doit être orienté par son médecin traitant au moyen d'un courrier de celui-ci. La question se pose donc quand un médecin en consulte un autre alors qu'il est lui-même son médecin traitant :

M1 : « Je ne suis pas sûre ben j'ai pas fait de courrier d'ailleurs »

M6 : « Oui je pense que là il faudra un courrier de mon médecin traitant ouais déclaré quoi »

- Il arrive aussi qu'un problème de santé ne puisse pas relever de l'auto surveillance. C'est alors par résignation que les médecins choisissent de déclarer un confrère :

M2 : « je peux pas faire autrement »

M16 : « quand il y a un problème qui apparaît, et important, il faut savoir passer la main »

M15 : « Quand on est malade on n'a pas le choix »

4.3.2.2. Le choix du médecin traitant

Quand ils ont choisi de déclarer un médecin autre qu'eux-mêmes, les interviewés peuvent l'avoir fait pour plusieurs raisons :

- Pour une raison strictement administrative :

M25 : « j'ai déclaré un médecin traitant purement administratif »

M19 : « on m'a demandé de déclarer un médecin traitant administrativement donc je l'ai fait »

M7 : « C'est aujourd'hui mon associé et mon médecin traitant sur le papier »

- Par confort. Ils ont alors désigné leur conjoint ou un de leurs associés :

M2 : « Nous on s'est déclaré réciproquement médecin traitant puisque on est en couple et on est médecin tous les 2 »

M2 : « Là c'est un médecin traitant de substitution, de confort, là c'est mon conjoint, mais quand c'est eux, c'est aussi une solution de facilité »

M7 : « J'ai déclaré un médecin traitant qui n'est autre que mon associé et il a fait la même chose avec moi »

- Parfois, le choix est remis au hasard, notamment en ce qui concerne les enfants d'un couple de médecins participants :
M1 : « Ils ont tirés au sort pour savoir qui (...) allait être le médecin traitant »

- dans un cas, le médecin déclaré était déjà connu du patient :
M27 : « on se connaissait oui »

- Certains ont choisi de déclarer leur spécialiste qui les voit le plus régulièrement, en particulier le gynécologue pour les femmes :
M2 : « Il y a des femmes qui ont pris leur gynécologue comme médecin traitant »
M22 : « mon médecin traitant c'est ma gynéco »
M27 : « au départ j'avais déclaré l'hématologue comme médecin traitant »
M16 : « après ça a été le spécialiste »

- D'autres ne consultent que leur spécialiste, qui leur sert alors de médecin référent sans avoir été officiellement signalé auprès de la sécurité sociale. C'est alors une relation amicale :
M10 : « J'ai été voir René qui est copain avec mon gendre »
M9 : « J'avais Bernard Dequidt, avec qui j'avais fait mes études, qui me suivait quoi »

- un seul des médecins interrogés a choisi de déclarer un médecin généraliste, parce qu'il était à la recherche d'une prise en charge globale et d'une vision d'ensemble sur toutes les pathologies qui pouvaient entrer dans le cadre de son problème de santé chronique :
M27 : « j'avais pas forcément envie de voir chaque fois les différents spécialistes que j'avais dû consulter auparavant »

- comme le résume l'un deux, le choix est lié avant tout à la personnalité du patient et aux critères qui lui sont propres :
M3 : « Ça dépend du patient »

4.3.2.3. Attentes des médecins patients

- Comme on le verra dans la suite de cette étude, le fait d'être son propre médecin a de nombreux avantages, mais a également plusieurs inconvénients. Parmi eux, l'isolement du médecin face à sa maladie, ses angoisses et ses conséquences. C'est donc dans le but d'être accompagnés, secondés, rassurés que les médecins ont franchi ou franchiraient le pas qui les séparent d'un

confrère :
M16 : « le spécialiste que j'ai rencontré m'a… m'a un petit peu ouvert l'esprit »
M23 : « c'est un confrère qui m'a ouvert les yeux (…) c'est grâce à un confrère que j'ai arrêté de fumer finalement »
M1 : « C'est peut-être important aussi d'avoir rempli un questionnaire et eu un médecin en face qui t'a donné l'image que toi-même tu te donnais de ta santé»
M20 : « me redonner une certaine envie, un certain élan »

La décision d'aller consulter un autre médecin que soi pourrait également être consécutive à la découverte d'un problème de santé grave :

M17 : « Si c'est quelque chose dont on suspecte que ça pourrait être grave c'est facile d'aller voir un un confrère »

Le confrère pourrait alors être sollicité pour un avis complémentaire, être saisi en cas de doute diagnostique ou aider dans la prise d'une décision thérapeutique :
M2 : « j'ai une hypertension compliquée chez un de mes patients (…)si ils (les spécialistes) sont en contradiction (…) je vais aider le patient dans sa prise de décision »
M3 : « On pourrait aller voir voilà, effectivement voilà, pour en discuter et voir la pertinence d'aller plus loin, de s'arrêter là »
M3 : « Pour nos interrogations »
M8 : « Chacun a ses bonnes raisons, ça peut être pour ne pas se disperser non plus dans de… à tout-va dans des examens »

Tout en gardant la possibilité pour le médecin patient d'être le seul à choisir pour sa santé :
M5 : « Il me conseille ça en me disant que je fais ce que je veux mais que lui il me conseille ça »

Malgré cela, le résultat de la consultation d'un confrère n'est pas toujours celui qui était escompté :
M4 : « Il m'a pas apporté des réponses supplémentaires »

Enfin, le médecin choisi aurait le rôle d'un guide ou d'un gardien de la santé de son médecin patient, par comparaison aux autres patients :
M16 : « m'a réorientée vers une voie que moi je n'avais pas vue moi, toute seule »

M15 : « je me vois plus comme sentinelle et comme aiguillant un peu une guidance du chemin »

- Dans les trois focus group, la quête d'anonymat vis-à-vis du médecin traitant consulté a été proposée.

En tant que patient, les médecins malades seraient plutôt enclins à dissimuler leur profession, voire à en indiquer une autre :

M19 : « T'es pas obligé nécessairement de dire que t'es médecin »

M10 : «je choisirai quelqu'un qui ne me connaisse pas et je ne lui dirai pas que je suis médecin »

M5 : « Moi je pense qu'il faut aller voir quelqu'un qu'on ne connaît pas du tout très loin et quand il nous demande notre profession on lui dit qu'on fait autre chose… Je suis plombier »

Cette situation a d'ailleurs été vécue par deux des médecins interrogés. L'une avait été consultée par un nouveau patient qui avait tu le fait qu'il était médecin, l'autre avait été sollicitée par un confrère qui passait par elle pour ne pas se faire lui-même l'ordonnance qui aurait trahi sa profession :

M16 : « il ne s'est pas présenté comme étant médecin et je ne le connaissais pas, donc anonyme »

M12 : « Il voulait peut-être justement passer incognito, ne pas se présenter »

Certains voudraient rester anonymes et consulter quelqu'un qui ne les connaisse pas par pudeur :

M19 : « je préfère me confier ou… ou exposer mes… mes pathologies à quelqu'un que je ne connais pas »

M8 : « Ça le gêne vis-à-vis du corps médical, soit parce qu'il les connaît »

D'autres par soucis de confidentialité :

M14 : « en consultant un minimum de personnes on… On protège au maximum son jardin secret »

L'anonymat du patient dans la relation médecin soignant-médecin malade a aussi pour intérêt de mettre le soignant en confiance et plus à l'aise vis-à-vis de son patient, comme il l'est avec les autres :

M20 : « l'anonymat […] le fait de ne pas présenter sa profession dès le départ c'est peut-être un moyen aussi de, de mettre à l'aise tout le monde »
M16 : « ça m'a permis de bien gérer la situation »

Cela aurait pu permettre à un des médecins de ne pas peser sur la démarche diagnostique concernant un de ses enfants et qui a finalement abouti sur une intervention chirurgicale inutile :
M12 : « D'influencer le chirurgien (...) et d'influencer l'interne qui était persuadé, qui l'a hospitalisé, et c'est vrai que je me dis il faut pas le dire »

Pourtant l'anonymat peut être un obstacle à une relation médecin-malade de qualité dans la mesure où cela introduit un biais, un déséquilibre, le premier ne sachant pas ce que sait l'autre. Un des médecins explique d'ailleurs qu'il se sentirait gêné de ne pas révéler son identité :
M8 : « Je ne me sens pas capable de bâtir une relation dans le mensonge »

Enfin, le fait d'être anonyme pourrait pousser le médecin à consulter en de multiples endroits, pratiquant une sorte de nomadisme médical :
M19 : « j'aurais tendance à… » « … aller à droite à gauche sans être connue »

4.3.3. Déterminants de l'auto surveillance médicale

Dans ce thème sont regroupés tous les codes qui se rapportent à l'auto proclamation et aux avantages que les médecins ont à se soigner seul et font partie des obstacles à la consultation d'un confrère.

4.3.3.1. Avantages de l'auto proclamation

Sur les vingt-sept médecins interrogés, deux ne pouvaient pas recourir à cette solution, n'exerçant qu'en qualité de remplaçant. Des vingt-cinq autres, quatorze ont choisi de « s'auto-déclarer » médecin traitant :
M4 : « J'ai déclaré un médecin traitant moi-même »
M8 : « Je me suis déclaré oui »
M23 : « je suis mon médecin traitant »

Pour deux d'entre eux, il ne s'agissait en fait pas d'un choix mais d'une nécessité, et il ne pouvait en être autrement :

M8 : « C'est presque indispensable d'être son propre médecin traitant »
M19 : « le fait d'être son propre médecin traitant ou pas c'est pas lié à la peur (...) c'est par nécessité aussi »

- Un patient est dans le parcours de soins dès lors qu'il a désigné un médecin traitant. Le recours à l'auto proclamation permet au médecin malade d'être dans le parcours alors même qu'il ne consulte pas :
M22 : « t'as pas besoin d'un autre généraliste pour consulter un spécialiste »
M4 : « Moi j'aurais plus tendance à aller voir directement les spécialistes (...) Ça ne me manque pas de passer par la case médecin traitant »

La possibilité de se faire soi-même ses ordonnances de traitement et d'examens complémentaires l'autorise en fait à se soustraire au suivi dont les autres patients bénéficient, de façon parfaitement légitime :
M22 : « tu peux te faire tes ordonnances sans être ton médecin traitant »
M19 : « je suis dans un parcours de soins administratif »

La situation du patient dans le parcours de soins peut également être contournée par la cotation « médecin de substitution », ce qui permet au médecin malade de se faire ses propres ordonnances alors qu'il a déclaré un confrère. Celui-ci n'a alors pas besoin d'être consulté et sert seulement de visa administratif :
M22 : « soi-même continuer à se faire ses prescriptions en mettant médecin de substitution »

Enfin, lorsqu'il est en dehors du parcours de soins coordonnés, le médecin malade garde la possibilité d'être coté « urgence » par le spécialiste consulté, ce qui lui permet d'être remboursé de façon optimale :
M4 : « Aujourd'hui du coup on va vous passer comme urgence »

Le fait de s'être auto proclamé permet donc au médecin de consulter directement les spécialistes en s'orientant de la même façon qu'un patient non médecin vers des confrères connus :
M27 : « je savais à qui m'adresser » « à qui j'aurai adressé un patient qui aurait présenté ce type de résultat, je, j'ai fait la même chose pour moi-même »
M20 : « quand il s'agit d'un problème aigu, on sait où aller »

- En étant son propre médecin traitant, le patient considère qu'il a un accès aux soins illimité, en toute liberté, et qu'il peut circuler à sa guise entre les différents acteurs du système de soins, sans enfreindre la règle du parcours coordonné :

M19 : « c'est pas restrictif »

M19 : « on peut être son médecin traitant et et faire tout ce qu'on a besoin de faire »

M19 : « ça m'empêche pas de consulter qui je veux, quand je veux, où je veux »

Le principal intérêt est de pouvoir consulter directement un confrère spécialiste, sans l'intermédiaire que représente habituellement, pour les patients non médecins, le médecin traitant généraliste :

M3 : « On peut interpréter ses symptômes et si besoin en référer à un spécialiste »

M23 : « t'as mal au ventre et que un jour ça passe pas (...) ta démarche c'est d'aller taper chez le copain gastro »

M15 : « c'est pour des raisons pratiques parce que ça m'arrive de consulter pour des accès directs »

La facilité de consulter son confrère après avoir fait son auto diagnostic est également soulignée comme étant un gain de temps pour le patient :

M3 : « Ça a confirmé un diagnostic et donc je suis allé voir le spécialiste et après la prise en charge s'est faite »

M13 : « j'ai été voir le chirurgien rapidement »

Les risques de cette facilité d'accès au spécialiste sont les demandes excessives du médecin patient et la multiplication des avis :

M7 : « On va en voir un troisième »

M9 : « J'avais quand même plusieurs personnes parce que ça a merdé dans le traitement »

Il est notable enfin que les consultations rapides chez le spécialiste sont beaucoup plus difficiles à obtenir que chez un médecin généraliste. Dans cet exemple, c'est le gynécologue :

M22 : « Dans l'urgence on peut pas la voir »

L'auto proclamation permet également aux médecins malades de recourir plus librement aux médicaments. C'est d'autant plus aisé que chaque médecin dispose d'échantillons offerts par les visiteurs médicaux, même si cela se fait de moins en moins :

M10 : « Avant on avait son stock d'antibiotiques »
M19 : « on n'a plus tellement de médicaments par les labos »

Cette situation oblige donc les médecins à rédiger des ordonnances pour leurs propres besoins, ce qui les gêne parfois puisqu'ils sont alors dans l'obligation de partager leurs problèmes de santé avec le pharmacien :
M10 : « Se faire une ordonnance pour aller chercher à la pharmacie, ça me fait royalement chier »

La solution est alors d'aller dans une officine où ils ne sont pas connus comme étant médecin ou de demander à un tiers d'aller se procurer les traitements nécessaires, voire les deux. Le patient est dans ce cas également en quête d'anonymat vis-à-vis du pharmacien :
M20 : « Je vais à côté de chez moi, qui est pas à côté de mon cabinet »
M8 : « moi c'est ma femme qui va à Rouen »
M11 : « quand j'envoie mon mari c'est bien »

Arrivé à la retraite, l'accès aux soins se fait différemment car le patient n'exerce plus. Il garde néanmoins l'autorisation de prescrire. On peut toutefois se demander si l'arrêt de l'activité professionnelle ferait changer les médecins d'attitude et les pousser à se comporter comme les autres patients en désignant un confrère comme médecin traitant :
M20 : « J'aimerais bien savoir combien il y a de médecins retraités qui consultent un médecin traitant par rapport aux médecins qui ne sont pas retraités… Moi je suis certain que après 60 ans ou après l'âge de la retraite on y va plus facilement parce que justement on n'est plus médecin, on n'exerce plus »

- L'<u>auto prescription</u> est une pratique répandue, validée, et qui est indéniablement pour les médecins malades la façon la plus rapide de se procurer un traitement :
M19 : « je trouve ça assez pratique de se faire soi-même ses ordonnances »
M8 : « La facilité avec laquelle on va se faire une ordonnance […] c'est une évidence »

Au moment des études médicales et des stages hospitaliers, l'auto prescription était opportuniste :
M5 : « On se soigne soi-même (…) On va mettre un petit coup d'amoxicilline », « un coup d'augmentin qu'on piquait à l'hôpital »

M2 : « nous on mettait de la josacine »
M12 : « J'ai fait toutes les ordonnances euh avec les ordonnances de l'hôpital (...) quand j'étais interne »

Au cours de son exercice professionnel, le médecin malade use de l'auto prescription de manière beaucoup plus empirique :
M4 : « Tu regardes tout ce que tu as comme boîtes encore dans ta pharmacie »

- L'auto prescription est utilisée non seulement pour les médicaments mais également pour la pratique d'examens complémentaires :
M2 : « On sait prescrire des examens complémentaires »
M17 : « je me prescris des examens, je fais des mammographies »

On peut donc considérer cette pratique comme un obstacle à la consultation d'un autre médecin :
M4 : « Pour rien que psychologiquement c'est plus facile de se prescrire des examens complémentaires (...) Ça me semble plus facile de faire cette démarche là que d'aller voir un autre médecin généraliste »

Cependant, même s'il est facile de se faire ses ordonnances, il reste des réfractaires à toute forme de suivi médical :
M6 : « j'ai l'exemple de la personne à côté de moi qui, même un examen complémentaire ne se le prescrit pas »

Le but de l'auto prescription est pourtant souvent de rassurer le médecin, mais peut être à l'inverse source d'angoisse lorsque l'examen en question s'avère anormal :
M27 : « je me faisais un bilan sanguin euh qui me rassurait, jusqu'au dernier, qui m'a révélé une pathologie »

Ce même médecin note que lors de ses séjours à l'hôpital, la multiplication des examens complémentaires avait aussi cette fonction anxiolytique :
M27 : « y a tout un appareil, y a tout aussi derrière un ensemble d'examens qui sont, qui sont pratiqués et qui font tour de la question »

Encore une fois, la liberté qu'ont les médecins à se prescrire eux-mêmes leurs examens complémentaires peut en pousser certains à en abuser :

M4 : « je crois que les médecins généralistes dans les études qui ont été faites sont plutôt consommateurs d'examens complémentaires »

On pourrait alors y voir un motif de consultation chez un confrère, dont le rôle serait alors de raisonner le malade et de vérifier la pertinence de chaque examen :
M12 : « Je vais me faire faire tous les examens possibles et imaginables toute seule »
M3 : «On ne veut pas effectivement sur consommer des examens complémentaires »

4.3.3.2. Caractéristiques du médecin auto proclamé

- Le besoin de rester libre de choisir un médecin, d'aller ou non le voir et de suivre ou non ses conseils est revendiqué par les médecins :
M10 : « Qu'on me laisse libre »
M3 : « Sans que ce soit non plus un médecin traitant choisi, attitré »
M3 : « Ce qui ne voudraient pas, entre guillemets estimeraient, ne pas devoir aller, n'iraient pas »

On peut d'ailleurs rapprocher cette volonté de rester libre à celle que tout patient a lorsqu'il va voir son médecin traitant. C'est une manière aussi pour le médecin de responsabiliser le patient et de la faire participer activement aux décisions qui le concernent :
M10 : « Je leur impose pas de me revoir (...) j'ai mon côté anar qui ressort de temps en temps mais les gens sont libres »
M10 : « Si les gens ne veulent pas se faire suivre ou soignés, ils sont libres (...) Je lui ai donné mon conseil technique après il faisait ce qu'il voulait avec »
M9 : « Je t'ai fait l'ordonnance pour trois mois, salut à dans trois mois, donc il vient ou il vient pas »

En tant que médecin patient, l'envie de choisir librement pour sa santé est d'autant plus marquée que le malade connaît les implications et les conséquences d'un traitement ou d'un examen et qu'il peut s'opposer à la décision thérapeutique plus facilement qu'un patient naïf :
M10 : « On est un peu macho dominateur, j'ai pas envie que quelqu'un d'autre s'occupe de ma santé »
M27 : « si je n'étais pas d'accord je pense que ça n'est pas… Ça dépend la proposition » « Pour un examen je pense que je m'y plierai, pour un traitement je pense que je discuterai »

- Au sein de la patientèle d'un médecin, les confrères malades représentent une population particulière, souvent difficile à prendre en charge :

M3 : « Pour soigner des médecins généralistes qui sont une population un peu particulière »

M25 : « t'as en face de toi un patient qui est différent des autres patients […] c'est pas le patient lambda »

M2 : « On prend des patients anxieux des patients voilà et là on commence à se rapprocher éventuellement un petit peu de nous »

Par ailleurs, les médecins malades qui consultent sont rares et l'expérience que leurs confrères praticiens ont de leur prise en charge est limitée :

M5 : « y en aurait pas forcément beaucoup »

M4 : « je ne ferai pas franchement une formation sur la prise en charge d'autres médecins puisque c'est trop rare »

- Pourtant, les médecins malades pourraient être des patients tout à fait observants, respectant les décisions sans poser trop de questions et adhérant totalement à la prise en charge proposée par leur soignant. Cela se vérifie avec l'auto prescription :

M25 : « je suis discipliné avec moi-même »

M25 : « Je m'astreins au traitement »

Mais également dans le cas de traitements prescrits par des confrères :

M15 : « je suis un traitement qui a été initié par quelqu'un d'autre »

M20 : « mon suivi au niveau hospitalier euh que je suis à la lettre »

- Leur expérience montre que les médecins peuvent être obéissants aux soins et accepter leur place de malade dans la relation avec leur confrère :

M6 : « Elle pouvait dire tout ce qu'elle voulait je l'écoutais (...) tout coulait quoi »

M6 : « J'étais obéissante j'y allais tous les mois »

M26 : « je me suis exécuté »

- La satisfaction peut être retirée de l'auto surveillance qui peut suffire au médecin malade :

M19 : « pour l'instant ça me satisfait bien »

A l'inverse, les médecins qui ont choisi de voir un confrère se sentent à l'aise dans cette situation :
M15 : « j'y trouve mon compte »
M27 : « ça se passe très bien »

En tant que soignant, le contact relationnel est également source de satisfaction et d'enrichissement personnel pour le médecin :
M15 : « s'occuper de… de la santé des autres gens je sais pas, moi j'y trouve plein de satisfaction »

4.3.4. Obstacles à la consultation d'un confrère

Les médecins interrogés ont cité de nombreuses raisons pour lesquelles ils avaient du mal d'une part à se considérer comme les autres patients, d'autre part à faire la démarche d'aller consulter un confrère.

Nous avons regroupé dans une première sous-catégorie ce que nous appellerons les facteurs exogènes ou acquis, qui font du médecin un patient à part : un statut particulier aux yeux de la société (personnage publique, VIP), un travail difficile et chronophage (connaissances, isolement, temps) et les difficultés rencontrées au quotidien pour se faire soigner (difficultés, contraintes).

Dans une deuxième sous-catégorie, nous parlerons des facteurs endogènes ou innés, propre au médecin malade, comme par exemple, le déni, le doute ou le manque d'objectivité.

Dans une troisième sous-catégorie, nous avons fait la liste des conséquences de l'auto proclamation : conséquences, risques, retard diagnostic et culpabilité.

Dans la quatrième et dernière sous-catégorie, nous avons classé ce qui caractérise les deux acteurs de la relation médecin malade lorsqu'ils se trouvent confrontés l'un à l'autre, comme la critique, l'angoisse ou la peur. Cette sous-catégorie fait la transition avec le thème suivant de la relation médecin-malade.

4.3.4.1. Facteurs exogènes et acquis

- Le médecin en tant qu'individu est plus exposé au regard des autres, et en particulier de ses patients. C'est un personnage public. Il est celui qui sait et qui a le devoir de venir en aide à son prochain quel que soit le moment même si cela implique pour lui une moindre intimité et la disparition de toute vie privée :
M8 : « Quand je me suis installé, je tondais ma pelouse, les gens « ah docteur mon cholestérol » il fallait que j'éteigne le moteur de la tondeuse », « c'était infernal, ils te parlaient de leur santé au moindre truc, là je me cachais »

Pour son bien-être, le médecin doit préserver un minimum d'intimité, tout en restant disponible pour ses patients dans un état d'équilibre difficile à trouver :
M8 : « j'ai beaucoup de confrères qui me disaient " il faut pas qu'on voit ta voiture " oh j'allais pas construire un garage exprès, il y a eu une époque où il fallait quand même se préserver un peu »

Une des conséquences de la notoriété et de la popularité d'un médecin est le risque de divulgation du secret médical le concernant. En effet le médecin qui tombe malade devient l'objet de tous les commérages, tel une idole, jusqu'au sein de sa propre confrérie :
M20 : « c'est parce que il y a une certaine notoriété du médecin (...) Regarde les stars on sait toujours ce qu'elles ont »
M24 : « à discuter à bâtons rompus dans certaines soirées rouennaises ou autres, on finit par savoir tellement de choses »

- Le médecin malade est parfois considéré par ses pairs comme un patient extraordinaire, VIP, et c'est le plus souvent à son insu. Il est en fait victime de ses connaissances et de l'influence qu'il exerce autour de lui :
M11 : « En étant soigné en tant que médecin on a l'impression des fois d'avoir des droits supérieurs (...) d'être un peu plus considéré alors qu'on ne demande pas forcément ça»
M12 : « Donc on n'est pas considéré de la même manière »

C'est d'ailleurs source d'embarras pour le médecin qui vit cette situation alors qu'il revendique un statut de patient comme les autres, sans privilèges particuliers :
M13 : « il y a pas de raison que moi je sois privilégié par rapport à un autre »

- les connaissances du médecin peuvent être un obstacle à la relation médecin-malade. Lorsqu'il est en position de soignant, le médecin est le détenteur du savoir médical, il a le contrôle de la consultation et s'oppose à la pression du malade :
M23 : « j'ai un peu le pouvoir, j'ai un peu la main (...) je suis un peu le patron »
M15 : « j'ai des opinions, je les défends »

Il met ses connaissances et ses compétences à profit au service de sa propre santé dès la fin des études médicales :
M2 : « Quand j'étais petit j'avais un médecin (...) à partir du moment c'est vrai où je suis devenu soignant, prescripteur, interne, là j'ai plus de médecin »
M3 : « Il me semble qu'on peut interpréter ses symptômes (...) ou faire nos propres démarches diagnostiques (...) Sur vraiment des problèmes sémiologiques des problèmes médicaux qu'on peut nous rencontrer dans les consultations au cabinet »
M24 : « nous réfléchissons depuis déjà de nombreuses années, avec beaucoup d'éléments, d'arguments, et donc on peut, on peut avoir une bonne expertise »

Ses connaissances l'aide à prendre conscience du risque de certains produits sur sa santé :
M24 : « t'avais déjà réfléchi sur les dangers du tabac en tant que professionnel »
M23 : « en tant que professionnel je l'avais totalement conscientisé »

Pourtant ses connaissances peuvent handicaper le médecin malade dans sa démarche de soins puisqu'il considère que le fait de savoir doit le dispenser de déranger un confrère. Cela peut également concerner d'autres professions para médicales comme dans cet exemple :
M3 : « Parfois il faut les déculpabiliser (...) Qu'elles arrivent en disant " je sais que je ne devrais pas venir parce que je connais un certain nombre de choses"»

Le médecin malade qui consulte un confrère va tout de suite mettre celui-ci en difficulté puisque le patient est alors l'égal du soignant du point de vue du savoir médical :
M2 : « Quand il va nous demander notre profession [...] On va se retrouver dans quelque chose d'un petit peu voilà ça va être compliqué »
M23 : « la relation entre ce médecin qui vient me consulter et moi, elle est biaisée, parce que ce médecin justement il est médecin, et qu'il s'adresse à un médecin »

Le risque pour le médecin soignant est alors de se reposer sur les connaissances de son patient et de ne pas le considérer comme un malade ordinaire qui vient pour recevoir des soins et des conseils qu'il ne peut lui-même se prodiguer :
M20 : « il est médecin donc il doit bien savoir »
M20 : « il est médecin, il a déjà fait son propre interrogatoire, il connaissait ses signes cliniques »

Les connaissances du patient, au lieu de l'aider, vont alors le desservir et conduire son médecin traitant à s'en défier :
M25 : « tu auras en face de toi quelqu'un qui aura un jugement à apporter par rapport à ce que tu lui proposes et que donc tu peux pas imposer »
M20 : « on sait ce qu'on peut avoir et où il faut aller »
M27 : « on en sait trop »

- L'isolement des médecins est réel. Bien souvent, le médecin malade va se soigner seul. Il s'isole physiquement et mentalement de ses confrères en intériorisant ses difficultés. Il développe une aptitude à toujours se sortir d'affaire :
M6 : « On se démerde comme on peut et on fait tout nous-même »
M7 : « Je me débrouille toute seule quoi »
M20 : « on est trop renfermé sur soi-même »

Alors même qu'il a désigné un confrère comme médecin traitant, le médecin malade pratique l'auto diagnostic :
M27 : « je continue aussi à me débrouiller tout seul »

- Emploi du temps surchargé et horaires difficiles sont mentionnés à plusieurs reprises comme des obstacles à la consultation d'un confrère :
M6 : « On n'a pas le temps on fera ça plus tard (...) On trouve jamais le temps d'aller voir quelqu'un »
M2 : « C'est aussi un problème de, d'avoir du temps pour aller le voir »

Même lorsqu'il se soigne seul, le médecin ne trouve pas de temps à s'accorder :
M15 : « je me trouve pas assez disponible… pour moi »

Cette difficulté génère un sentiment de frustration chez le médecin qui a le sentiment de ne pas pouvoir faire autrement :
M2 : « On a le nez dans le guidon (...) Ce sentiment d'être coincé »

Pourtant, quand il doit s'occuper d'autre chose que de sa propre santé, le médecin parvient à dégager un peu de temps entre ses rendez-vous :
M2 : « d'avoir du temps pour aller le voir aussi, on en trouve pour aller emmener sa voiture au garagiste »

Par ailleurs, un médecin semble trouver que la prise en charge d'un médecin malade requiert plus de temps que pour un patient non médecin, et une consultation adaptée :
M5 : « Un médecin généraliste [...] que je vais voir un quart d'heure comme ça »

Le médecin trouve également du temps pour soigner ses proches, ce qui leur permet à eux d'en gagner :
M8 : « Ça évite d'aller attendre dans une salle d'attente »

La seule raison avancée qui pousserait un médecin à consulter et donc à prendre du temps pour sa santé serait la survenue d'une pathologie grave :
M6 : « le jour où on aura vraiment un gros souci de santé là on trouvera le temps de le faire »

- Qu'il soit malade et obligé de consulter ou qu'il se retrouve, en tant que soignant, face à un confrère, le médecin peut être au cours de son activité confronté à de nombreuses difficultés. L'acceptation du statut de malade et de la position que cela implique dans la relation en fait partie :
M16 : « C'est très désagréable, on se retrouve en difficulté »

Lorsqu'il doit prendre en charge les enfants de ses confrères ou des membres de sa famille, le médecin se trouve confronté au regard et au jugement de l'autre :
M22 : « c'est déjà pas facile de soigner sa famille »
M1 : « Ça c'est compliqué, je suis les enfants de pédiatres et de médecin généraliste, c'est compliqué »
M1 : « Comment il peut se dépatouiller de quelqu'un qui (...) va pas être dans une spontanéité une sincérité vraie quoi enfin je suis pas sûre »

Les souvenirs de la consultation et le doute peut-être sur la qualité ou la pertinence des soins procurés peuvent également perturber le médecin plus qu'après la consultation d'un patient non médecin :
M1 : « Les soucis engendrés par la consultation nous restent plus longtemps dans la tête (...) C'est un peu plus polluant »

- Ainsi, le fait d'être malade et d'aller consulter un ensemble de contraintes pour le médecin. Il a des difficultés à aller consulter :

M21 : « le plus dur c'est pourtant d'aller voir un autre médecin »
M11 : « Faire la démarche pour aller voir un médecin traitant et pour être soigné au long cours »

Une contrainte supplémentaire serait de s'éloigner de son lieu de vie ou de travail pour consulter un confrère de façon anonyme :
M2 : « On connaît nos collègues on travaille dans un milieu relativement clos il faudrait qu'on fasse l'effort d'aller loin en fait rencontrer un collègue »

Certains rechignent à se plier aux règles habituelles de la consultation :
M21 : « cette démarche de prendre un rendez-vous »

Alors que d'autres en ont déjà pris l'habitude :
M27 : « je prends rendez-vous comme un patient, comme pour un patient ordinaire »

Un médecin trouve également que le fait de déclarer un autre médecin serait se borner à une relation strictement administrative, l'avis du confrère serait alors consultatif :
M8 : « Il faudrait se faxer les ordonnances »

4.3.4.2. Facteurs endogènes ou innés

- Le déni des symptômes ou de la maladie et l'habitude de tout remettre au lendemain est un des principaux obstacles à la consultation d'un confrère :
M10 : « Je suis essoufflé, je me dis ah faudrait peut-être faire quelque chose et puis oh laisse tomber »

M16 : « je ne l'ai pas fait, par ce que euh parce que ça allait bien » « que je ne voulais pas voir »

Le médecin malade est à la recherche de prétextes pour expliquer tel ou tel symptôme et repousser ainsi l'obligation de se soigner :
M1 : « on a tendance à squeezer les choses en disant c'est pas grave »
M11 : « On trouve toujours un argument, je pense, pour nous dire non c'est pas ça »

Le sentiment d'être nécessaire et indispensable à ses patients est également un facteur de négligence du médecin vis-à-vis de lui-même :
M27 : « la difficulté, c'est qu'on tombe malade le week-end et puis… c'est une vieille habitude de médecin ça, on doit être prêt le lundi matin »

Le médecin malade évite la confrontation avec ses confrères car il ne veut pas s'entendre dire des vérités dont il a conscience mais qu'il préfère occulter :
M7 : « sur des choses qu'on n'a pas envie d'entendre même si on le sait mais qu'on n'a pas envie qu'on nous le dise en face »
M23 : « y avait un déni »

Même lorsqu'il a conscience des risques qu'il prend pour sa santé, le médecin malade ne prend pas les mesures nécessaires et s'estime à l'abri des conséquences de sa conduite. C'est le cas pour les addictions, notamment le tabagisme :
M23 : « pour moi je effectivement je minimisais complètement les risques euh cancer, BPCO c'est pas pour moi »

C'est encore plus vrai quand l'histoire familiale du patient lui intime une surveillance rapprochée. La connaissance d'une maladie potentiellement grave ne le pousse donc pas davantage à se faire suivre :
M9 : « Mon père avait une cardiomyopathie, il est mort à 62 (…) C'est l'individu tout bête je me disais jusqu'à 62 »
M9 : « ça me passait un peu au-dessus et puis euh… alors que je connaissais un petit peu la finalité parce que je savais l'antécédent de mon père »

La confrontation quotidienne à la maladie et à la souffrance des patients, parfois à la mort, laisse une empreinte sur le médecin qui la repousse à la fin de la journée, comme si sa vie privée

formait un rempart :
M10 : « La maladie on la voit tellement qu'on n'a pas envie, c'est fini quoi, on la pousse »

- Le médecin est pétri de doutes.

En tant que soignant, il en a sur la qualité de la relation médecin-malade et s'interroge notamment sur le contrôle réel qu'exerce le médecin sur son patient :
M15 : « le médecin généraliste chef d'orchestre hein… mon œil »

Il se demande également si sa profession et son attention envers ses prochains est totalement désintéressée :
M15 : « est-ce que c'est forcément naturel d'être… de s'occuper de… de la santé des autres gens »

Il a conscience que le médecin malade qui vient le consulter n'est pas un patient ordinaire et que la relation qui s'instaurera entre eux sera différente de celle qu'il a avec d'autres patients :
M1 : « c'est pas la même relation qu'avec un patient médecin traitant »

Il mesure les difficultés qu'il rencontrera dans cette relation et doute de l'influence qu'il pourra exercer sur ce patient particulier concernant par exemple son mode de vie, parce qu'il partage ce mode de vie et les contraintes qui y sont liées :
M1 : « Changer un de ses collègues dans ses pratiques de vie ça, ça va être beaucoup moins facile (…) Je peux pas faire autrement »

Il a plus de doutes sur la confiance que lui accordera ce médecin malade par rapport à ses autres patients :
M2 : « Qu'est-ce que font les patients (…) est-ce qu'ils viennent se livrer complètement »

Il doute de ses propres compétences par rapport à son patient, qui par définition en sait autant que lui :
M27 : « peut-être une inquiétude sur la, sur la compétence qu'on peut avoir »
M16 : « est-ce que j'ai bien fait, est-ce que j'ai bien géré le problème »
M25 : « qu'est-ce qu'il en pense, est-ce qu'il serait d'accord, est-ce qu'il pense que c'est une bonne, une bonne solution »

Il a des doutes également sur sa capacité à considérer ce patient comme tous les autres :
M27 : « oui enfin c'est un peu illusoire ça »
M16 : « il se serait présenté comme étant médecin je n'aurais peut-être pas eu l'abord que j'ai eu avec lui initialement »

Le médecin patient a lui de sérieux doutes sur l'immunité des médecins face à la maladie :
M1 : « est-ce que on ne se croit pas un peu super héros » « Est-ce qu'on ne va pas trop loin dans la sensation de se connaître aussi bien que ça »
M12 : « Pourquoi est-ce que on se dit toujours que nous ça va aller ? »

Certains ont des doutes concernant la pertinence et le bien-fondé de l'auto proclamation et de l'auto surveillance :
M22 : « ça me paraissait pas très logique d'être son propre médecin (…) se soigner soi-même ça me paraît impossible »
M6 : « Je pense qu'on n'est pas bon juge de notre santé ni de nos examens complémentaires »
M6 : « Je trouve ça moins bien (…) Il y a toujours des trucs qu'on oublie »

Ce médecin donne l'exemple de sa consœur qui hésitait sur sa propre prise en charge et vagabondait de médecin en médecin :
M15 : « Je la trouvais toujours en atermoiements un petit peu partout un petit peu partout »

L'un des médecins avait été consulté par un confrère qui avait un doute diagnostic et était venu confirmer celui-ci auprès d'elle. Un autre s'interroge sur un antécédent familial :
M16 : « je lui ai confirmé qu'il avait une phlébite, très probablement, mais euh je lui ai proposé d'aller consulter rapidement aux urgences parce que il avait une dyspnée d'effort depuis quelques jours donc je l'ai fait hospitaliser, il avait effectivement une embolie pulmonaire… Ce dont il se doutait aussi… Donc il était venu pour confirmer ce dont il avait peur »
M10 : « Tu crois que dans 20 ans j'ai un cancer de la prostate ? »

Le médecin malade se rend compte que de réaliser un examen clinique sur soi-même représente une difficulté et un obstacle à une bonne prise en charge :
M12 : « Déjà on peut pas bien s'examiner »
M27 : « si je m'auto examine entre guillemets, je vais me dire qu'objectivement je trouve tel et tel symptômes qui sont compatibles avec tel diagnostic, mais je sais bien que ça reste subjectif »

L'objectivité du médecin en ce qui concerne sa santé est aussi mise en doute quand il s'auto prescrit, de même lorsqu'il doit respecter ses propres ordonnances :
M2 : « On sait se prescrire des examens complémentaires (...) D'abord sont-ils les bons ? »
M6 : « Mon LDL est à 2 g, est-ce qu'il faut que je me traite ? »
M6 : « Je pense qu'on n'est pas bon juge (...) De nos examens complémentaires, déjà faut qu'on aille les faire »

Le médecin malade a aussi des doutes concernant son acceptation de maladie et du message que pourrait lui délivrer un confrère en cas de problème de santé important :
M1 : « Quand je veux voir un médecin est ce que ce que je suis sûre d'avoir envie d'entendre ce qu'il va me dire ? »

Concernant son médecin traitant, un des médecins admet ne pas être sûr d'avoir fait le bon choix. D'avoir désigné son conjoint l'amène à s'interroger sur l'objectivité par rapport au vécu qu'ils partagent :
M2 : « On se suit régulièrement l'un l'autre depuis des années c'est peut-être pas la meilleure solution »
M1 : « On est dans l'organique uniquement je suis pas sûre qu'on soit parfaitement adapté pour se suivre autrement »

Sur l'intérêt même de déclarer un confrère comme médecin traitant, les médecins sont incertains, voire considèrent que cette possibilité n'a pas de sens. Ils justifient leur position par leur bon état de santé :
M18 : « j'ai jamais (...) vraiment réfléchi à la question »
M8 : « Ça me semble aberrant »
M5 : « Ce qu'il y a c'est que je ressens pas le besoin de de me faire suivre dans l'état actuel [...] je changerai pas d'attitude »

Ils n'en éprouvent tout simplement pas le besoin ou se demandent en quoi leur confrère pourrait leur être utile. Ils s'appuient sur leurs propres connaissances pour justifier le manque d'intérêt que leur inspire le suivi par un confrère :
M3 : « Est-ce qu'on a besoin effectivement d'un médecin traitant, nous en étant généralistes ?»
M25 : « est-ce que le fait de déclarer un médecin traitant ça va changer notre façon de se soigner »

S’estimant capables de se prendre en charge eux-mêmes pour les actes de prévention, ils jugent inutile l’avis d’un confrère dans ce domaine :
M19 : « au niveau de la prévention (...) non je pense que c'est inutile »

Le médecin patient s’interroge également sur les connaissances et les compétences du médecin soignant et doute qu’elles puissent être supérieures aux siennes :
M4 : « Qu'est-ce qu'il va savoir de plus que moi ? (...) Qu'est-ce qu'il peut m'apporter ? »
M5 : « Si ça se trouve il aurait raison de me faire cette prescription là mais je ne l'aurais pas fait quand même »

Le regard du patient sur le médecin est alors le même que celui d’un patient « ordinaire » qui au moindre doute sur la compétence de son médecin traitant va prendre un autre avis :
M9 : « C'est bon, il sait pas, on va en voir un autre »

Le médecin patient a également un doute sur le respect du secret médical et des règles de confidentialité le concernant :
M14 : « le secret médical à mon avis n'est pas appliqué au sens strict notamment pour les médecins »

Les problèmes de santé du médecin malade sont parfois connus de ses confrères, et relèvent du sensationnel :
M24 : « toutes les histoires médicales croustillantes dans un périmètre sont relativement connues dans les cercles bien informés »

Le médecin soignant peut même être celui qui divulgue l’information alors que le nom du patient n’est pas cité :
M23 : « je me libère en en parlant à un associé, et après effectivement, je ne maîtrise plus l’information… » « ça reste anonyme »

- Le médecin malade va avoir tendance à porter un <u>jugement</u> sur ce que lui proposera son médecin traitant :
M25 : « on a un jugement »

Et ce jugement sera ressenti par son confrère :
M27 : « en sachant que l'interlocuteur est en mesure de comprendre le raisonnement que l'on suit »

- La minimisation : lorsqu'il n'est pas complètement dans le déni, le médecin malade va diminuer l'importance de ses symptômes ou les conséquences de sa maladie :
M9 : « On prend ça un peu ou à la légère ou… »

Lorsqu'il consulte de façon informelle ses confrères, ils vont le conforter dans une attitude de banalisation de ses symptômes :
M20 : « c'est des choses qu'on n'arrive jamais à verbaliser ou qu'on verbalise effectivement qu'entre nous et comme tout le monde est d'accord avec tout le monde »

- Le patient non médecin est naïf en matière de savoir médical :
M23 : « j'ai en face de moi quelqu'un… », « … qui ne sait pas »

Alors que lui doit savoir ce qu'il faut faire, le médecin malade se retrouve parfois en difficulté lorsqu'il doit décider d'un traitement ou d'une conduite à tenir le concernant, et se retrouve alors dans la même situation qu'un patient naïf :
M6 : « Tu te mets une statine ouvres tes yeux quoi »

- Le raisonnement que le médecin met en place avec un patient malade, de l'analyse des symptômes à l'établissement du diagnostic puis à la prescription d'un traitement, va être remis en cause lorsque le médecin et le malade ne font qu'un. Les médecins interrogés s'accordent à dire qu'ils manquent d'objectivité vis-à-vis d'eux-mêmes et de leur santé, que ce soit sur le plan physique ou mental :
M12 : « On n'est pas très objectif quand même »
M8 : « Psychologiquement on ne peut pas être objectif »
M1 : « Nous, tant que ça touche à l'organe on est d'accord mais il ne faut surtout pas que ça dépasse l'organe »

Un des médecins interrogés exprime d'ailleurs sa surprise face à un couple de médecin qui l'avait consulté lorsqu'il avait constaté chez l'homme un trouble du rythme cardiaque :

M9 : « Alors qu'il est médecin et que sa femme était du métier aussi et bah ils n'avaient pas trouvé (…) Il y a une fibrillation là »

C'est sur ce point qu'un avis extérieur pourrait alors être intéressant pour le malade, surtout lorsque la maladie et les peurs du malade altèrent davantage son raisonnement :
M9 : « D'avoir un avis objectif par rapport à celui que l'on peut avoir si l'on se prend comme réfèrent »
M27 : « à partir d'un certain degré de… comment dirais-je… de déstabilisation par la, par la… la gravité de l'état ou la, ou l'incertitude sur tout un tas de choses euh… on on on n'a plus suffisamment d'objectivité »

C'est également une difficulté que peuvent rencontrer les médecins qui ont en charge la santé de leurs proches :
M12 : « On n'est pas très objectif… Avec soi-même et avec son entourage »
M5 : « Je pense qu'on n'est pas lucide avec soi-même qu'on n'est pas lucide non plus avec des gens qui sont proches de nous »

C'est encore plus vrai quand ce sont les enfants du médecin qui sont malades :
M6 : « Je ne voulais pas […] le suivre », « En tant que médecin pour notre fils (…) C'est difficile »

Dans ce cas, le médecin préfère confier ses enfants à un confrère en lui demandant d'avoir cette attitude objective et impartiale qui lui fait défaut :
M1 : « Ils attendent effectivement qu'on fasse notre boulot et qu'on est un regard objectif par ce que n'ont pas le regard objectif par rapport à leurs enfants (…) C'est l'objectivité qui compte »

- Au cours de leurs discussions, les médecins interrogés ont exprimé des <u>résistances</u> à l'idée de déclarer et d'aller voir un médecin traitant. Ce sont des résistances inconscientes auxquelles ce médecin n'a pas d'explications
M2 : « Le médecin traitant ça nous pose vraiment un problème d'aller le voir on on a du mal à exprimer en plus le pourquoi on veut pas »
M2 : « Si dans mon esprit j'arrive à débloquer quelque chose, j'arriverai peut-être à aller voir un médecin traitant »

Il peut y avoir une certaine forme d'obstination à ne pas vouloir changer :
M2 : « De toute façon ça sert à rien de nous faire changer donc on ne veut pas aller toucher à ce domaine-là »

Un médecin admet chercher des excuses pour ne pas consulter :
M6 : « On est de mauvaise foi »

La difficulté à franchir la barrière médecin soignant / médecin soigné est réelle et pour ce médecin, déclarer un médecin ne signifie pas pour autant se faire suivre par celui-ci :
M25 : « entre la déclaration médecin traitant et se prendre en charge » ... « c'est deux choses tout à fait différentes »

La personnalité du médecin peut aussi être un obstacle à la consultation d'un confrère car il peut remettre en question le travail de celui-ci, comme pourrait le faire n'importe quel autre patient :
M1 : « Je suis pas sûre que euh je ne remette pas en question ce qu'il va me dire ou en cause ce qu'il va me dire »
M3 : « d'essayer d'écouter ce qu'on nous dit même si on n'est pas forcément d'accord, un peu comme les patients finalement, nos patients ne nous écoutent pas, on n'a pas la même façon de travailler avec tous les patients »

Le médecin malade peut aller jusqu'à s'opposer à la prise en charge proposée :
M1 : « Je me vois mal dans l'éducation thérapeutique par exemple je me vois mal avoir un médecin qui m'explique quelque chose, je crois que je vais faire de l'opposition quoi je serais malade mon oppositionnel »
M5 : « On peut lui mettre des bâtons dans les roues (...) Est-ce qu'on va suivre ce qu'il nous dit est-ce qu'on va faire ce qu'il nous dit »

Une prise en charge contraire à celle que le médecin patient attendait peut être source de conflit :
M2 : « Si il me donne une abstention thérapeutique (...) je vais avoir du mal à accepter si j'ai fait la démarche d'aller le voir c'était pour qu'il me donne une solution »

Finalement, la résistance principale qui contrarie la relation médecin soignant / médecin malade est le malade en tant qu'individu :
M1 : « Le problème c'est nous en fait c'est nous en tant que patients »

L'égalité des connaissances dans cette relation médicale inhabituelle est comparée par ce médecin à une guerre psychologique qui opposerait deux combattants de même force :
M2 : « On se sert on se resserre sur nous-même et on est très sur la défense, sur la défensive »

- La douleur physique est citée par les médecins également comme une difficulté supplémentaire dans leur vie de malade.
Ce médecin retarde les échéances comme les vaccinations suite à une réaction qu'il avait fait au vaccin anti grippal :
M5 : « J'ai été très malade, j'ai eu une sorte de syndrome grippal »

Il évite les bilans biologiques par appréhension de la douleur :
M5 : « J'ai peur des piqûres »
M5 : « j'aime pas les prise de sang »

- En plus de la douleur physique appréhendée par certains, il existe aussi une souffrance morale qui peut toucher les médecins.
L'un d'eux en a fait l'expérience :
M10 : « c'était à une époque où y avait une grande souffrance »

Un autre médecin raconte les difficultés qu'il a avec un confrère qu'il soigne, et qui tente d'atténuer sa souffrance, qui ne veut pas se plaindre :
M23 : « il veut pas se mettre à poil devant moi, va minimiser sa souffrance, ces symptômes, parce que justement il est médecin et que moi j'en suis pas… Je suis pas naïf, et je sais très bien que sa souffrance elle est, elle est, elle est plus… plus importante que ce qu'il veut bien m'en dire »

Deux médecins s'accordent à dire qu'un des rôles du médecin traitant est d'être un exutoire à la souffrance des patients :
M10 : « Le médecin il est là pour soulager déjà »
M20 : « au niveau de ma pratique y a des gens qui viennent pour se plaindre par rapport à beaucoup de choses »
M20 : « quand ils en ont ras-le-bol ils viennent nous voir pour en (…) parler »

C'est parce qu'il a pris l'habitude d'écouter et de soulager que le médecin peut se sentir trahi par des patients qui soudain ne viennent plus le voir, sans motif apparent. C'est alors lui qui

souffre :
M9 : « ils changent même de trottoir pour pas vous dire bonjour euh et vous savez pas pourquoi… alors ça même au bout de 36 ans de métier de temps en temps… l'ingratitude si vous voulez »

La souffrance des patients peut de la même manière toucher les médecins :
M20 : « le harcèlement c'est pas que chez les autres, ça peut être aussi chez nous, et que l'impatience c'est pas que chez les autres ça peut être aussi chez nous »

4.3.4.3. Conséquences de l'auto proclamation

- Les conséquences de la maladie sur le médecin l'empêchent de se rendre chez un confrère, sur le plan personnel, puisque la maladie désorganise parfois tout un mode de vie :
M15 : « ça change forcément un peu la vie d'être malade »

Mais aussi sur le plan professionnel car le médecin est parfois obliger de s'arrêter de travailler :
M25 : « tu vas être absent de de travail »

- Il ne faut pas méconnaître les risques que les médecins interrogés ont rapportés à l'auto proclamation. L'erreur médicale en est un, parfois en rapport avec l'angoisse de la découverte d'une maladie :
M24 : « il faut être lucide, que si y a une erreur il faut savoir la reconnaître »
M27 : « les prescriptions qui peuvent en découler sont à côté sans aucun doute »

L'un d'eux va jusqu'à exprimer l'idée que le médecin peut nuire à sa propre santé s'il tente de se soigner sans l'aide d'un confrère :
M23 : « être son propre médecin ça peut avoir un côté euh très néfaste »

En effet, l'auto prescription peut parfois être dangereuse, comme c'est le cas lorsque le médecin fait l'inventaire de sa pharmacie personnelle :
M1 : « Périmées »

Vivre dangereusement est pourtant appréciable pour ce participant :
M15 : « le risque (…) on l'aime pour nous »

- Une autre conséquence de l'absence de suivi médical régulier est le retard diagnostic. Les médecins interrogés font d'ailleurs la comparaison avec les patients non médecins :
M14 : « sur un patient il aurait fait le diagnostic immédiatement »
M23 : « des pathologies organiques ou des pathologies psychiatriques qui auraient été prises en charge beaucoup plus vite chez des patients lambda non médecins »

Ce retard diagnostic peut être parfois indépendant de la profession du malade mais liée au manque de globalité de la prise en charge. C'est le cas pour ce médecin qui avait consulté plusieurs spécialistes pour des pathologies consécutives avant de se tourner vers un confrère généraliste :
M27 : « l'expérience que j'ai eu d'avoir plusieurs pathologies successives qui euh comment dirais-je… qui n'ont pas été prises en compte très précocement, parce que peut-être justement ce, ce regard était un petit peu trop focalisé sur l'appareil concerné à chaque fois »

- La culpabilité : le médecin qui consulte se sent parfois coupable, par exemple face au laisser-aller dont il a fait preuve vis-à-vis de santé :
M5 : « et puis il va m'engueuler »

C'est aussi suite à une erreur diagnostique que naît ce sentiment de culpabilité. Dans cet exemple, l'erreur concerne l'enfant du médecin :
M11 : « il a été opéré le lendemain et c'était pas l'appendicite […] je m'en suis voulu »

4.3.4.4. Points communs aux deux acteurs de la relation

- En tant que patient qui va consulter un confrère, le médecin peut émettre des critiques sur la prise en charge proposée, en s'appuyant sur ses propres connaissances et en comparant le travail du soignant au sien :
M5 : « Le médecin généraliste qui fait le même métier que nous il va nous dire des trucs et dans notre tête on va dire tiens, je l'aurais pas fait comme ça (…) Ouais moi j'aurais pas fait ça comme ça»
M6 : « Je n'aimais pas la manière dont il le faisait, dont il gérait sa consultation, je suis allée

voir quelqu'un d'autre […] J'ai préféré changer parce que je trouvais que c'était pas ce que j'aurais fait »

Il remet en question le travail du médecin soignant en faisant valoir ses propres compétences :
M5 : « Si je considère que cet avis euh j'aurais pas fait ça (...) je vais pas le faire alors que si ça se trouve son avis aurait été bon »
M6 : « D'avoir un médecin généraliste en face de soi, on a des a priori parce qu'on se dit qu'on pourrait faire mieux que lui ou pas »

Il regarde d'un œil critique la prise en charge proposée et porte dessus un jugement :
M25 : « tu vas porter un jugement sur ce qu'on va te proposer »

Vis-à-vis de lui-même et de la surveillance de sa santé, le médecin malade porte aussi un regard critique et éprouve un sentiment d'insatisfaction par rapport à sa prise en charge :
M23 : « Je suis mon médecin traitant, et je consi… Effectivement je trouve que ce médecin-là, il est pas très disponible, il est pas compétent, il est pas très sérieux, il fait à peu près n'importe quoi »

La survenue d'un problème de santé grave a d'ailleurs obligé un des participants à se remettre en question et à améliorer son suivi médical :
M9 : « Je peux plus avoir la même opinion aujourd'hui que celle que j'avais y a 3, 4 ans »

Enfin, lorsqu'il se place en position de soignant, l'influence du patient médecin le pousse à considérer ses demandes et propos de manière différente que ceux d'un patient non médecin. Il est alors plus enclin à suivre son avis :
M20 : « Tu seras plus orienté », « Je pense qu'on est beaucoup plus influencé et peut-être qu'on risque d'être moins critique »
M20 : « quand un patient vient nous voir et nous dit « faites-moi une coloscopie, j'ai un cancer du côlon » tout de suite on est quand même beaucoup plus critique »

- L'ambivalence du statut : Une des difficultés du médecin malade soulevée par les médecins interrogés est la transition de médecin à patient :
M12 : « On se place tellement en soignant qu'on a du mal à inverser, à se retrouver soigné »
M25 : « c'est pas simple »
M24 : « c'est difficile »

L'un évoque même que c'est un choix à faire et que les deux statuts ne sont pas compatibles :
M23 : « il a choisi à 18 ans, où t'es malade où t'es médecin »

Cette confusion des rôles peut parfois causer une réelle souffrance chez le médecin qui n'arrive pas à trouver sa place au sein de la relation soignant / soigné :
M15 : « à la fois un peu devant et derrière le bureau »
M15 : « elle était le cul entre deux chaises quoi elle était à la fois médecin euh médecin et patient »
M15 : « elle se torturait »

Le fait d'être un malade qui sait qu'il a et ce dont il a besoin, mais qui va demander de l'aide, est un véritable paradoxe :
M2 : « Je vais être le patient qui demande conseil (…) Et en même temps je vais être celui qui va réfléchir… Non »

Alors qu'un médecin considère que cette ambivalence de statut est un frein à la consultation d'un confrère :
M20 : « ce qui nous empêche de déclarer un médecin traitant c'est parce qu'on est chef d'orchestre »

Ces deux autres participants pensent au contraire que c'est justement un motif qui devrait pousser à déclarer un médecin traitant, car celui-ci éviterait les pièges du déni et du retard diagnostic et déchargerait le malade de la responsabilité de sa propre santé :
M23 : « c'est aussi un élément qui participe du déni et aussi du retard au diagnostic »
M27 : « c'est trop lourd d'être les deux à la fois »

En tant que soignant, le fait d'être choisi par un confrère comme médecin traitant, peut également mettre le médecin dans une position singulière, ni confortable, ni désagréable :
M2 : « J'ai soigné des médecins hospitaliers (…) j'ai été surpris au départ »
M15 : « c'était très, très curieux »
M27 : « flatté et emmerdé » « c'est un peu ambivalent »

- Dans son exercice et sa vie quotidienne, le médecin peut être confronté à des angoisses. Celles-ci sont décuplées par l'analyse qu'il peut faire du moindre symptôme, en dressant rapidement une liste de tous les problèmes pouvant y correspondre, en général par gravité décroissante :

M16 : « j'ai des symptômes qui me semblent préoccupants »
M12 : « Plein de fois je me fous les jetons toute seule »
M27 : « sans être nécessairement tout à fait hypocondriaque, on a quand même quelques inquiétudes résiduelles ou récurrentes »

Ses angoisses peuvent le pousser à surconsommer des examens complémentaires :
M2 : « On a mal on est angoissé et on dort très mal (...) On va se faire notre radio pulmonaire »

Elles peuvent également le tromper dans son auto diagnostic. C'est l'exemple de ce médecin qui avait consulté un des participants pour une douleur du membre inférieur, et qui avait le souvenir d'un patient sur lequel il avait fait un mauvais diagnostic :
M13 : « "je me suis trompé, j'ai pris euh j'ai pris pour une lombalgie, une sciatalgie"... C'était une artérite et ça lui était resté en tête »

Ces angoisses pouvant difficilement être calmées par celui qui en souffre, elles pourraient sans doute être l'objet d'une prise en charge par un confrère :
M12 : « On peut pas se rassurer tout seul »
M27 : « la crainte prend le dessus »
M27 : « je crois que c'est nécessaire d'avoir un médecin traitant quand on est un peu débordé par euh par ses propres pathologies »

Certaines pathologies expérimentées par les participants sont plus anxiogènes que d'autres :
M15 : « Un jour j'ai consulté un gastro, et bah je… Maintenant j'ai un souvenir de d'avoir eu typiquement le discours de l'anxieuse qui tournait en boucle, qui répondait pas à la question et ainsi de suite voilà… bon, j'avais rien hein mais voilà»

Dans sa relation avec son médecin traitant, les angoisses du médecin malade peuvent pousser celui-ci à intervenir dans la décision thérapeutique :
M27 : « surtout dans les périodes aiguës où il peut y avoir un peu de d'inquiétudes excessives qui, qui pourraient pousser euh le médecin patient à, à d'autres exigences que celles qui sont légitimes »

Plus intense encore, le sentiment d'anxiété a été signalé par un des médecins participants :
M15 : « je suis une grande bordélique un peu compulsive (...) c'est une forme d'anxiété »

Ce médecin note cependant que si cette anxiété la gêne parfois, elle fait partie d'elle-même et a pu parfois être un moteur :
M15 : « on peut regarder, accepter cette anxiété comme quelque chose d'intrinsèque »
M15 : « L'anxiété (...) ça m'a fait bosser pour les examens »

Les médecins malades ne sont pas les seuls concernés par ces sentiments d'angoisse et d'anxiété. Les patients non médecins en souffrent aussi et sont parfois très demandeurs de prise en charge, au point de multiplier les consultations chez leur médecin :
M20 : « Le patient qui a mal au bide trois jours, il consulte trois fois »

En position de soignant, le médecin a des raisons d'être angoissé lui aussi, comme le font remarquer ce médecin qui, malade, a consulté un confrère. Il évoque alors l'angoisse de celui-ci en réalisant qu'il va devoir soigner un autre médecin et entre en empathie avec lui :
M23 : « il va peut-être un peu stresser »

Ces angoisses peuvent enfin être transmise d'un sujet à l'autre de la consultation, comme dans ce cas où le médecin avoue le stress qu'elle aurait éprouvé à prendre en charge un de ses patients, sachant qu'il était médecin :
M16 : « je lui aurais peut-être transmis mes craintes, mes peurs, et lui-même n'aurait peut-être pas été rassuré »

- Une autre des spécificités du médecin malade qui l'empêchent d'aller consulter un confrère est la peur qu'il éprouve.
Il a tout d'abord peur de déranger un confrère avec ses problèmes et se sent gêné d'avoir besoin d'exprimer son mal être :
M19 : « ça m'embêterait d'aller consulter un autre »
M20 : « par moment l'impression d'embêter et qu'on va raconter sa vie, qu'on va se plaindre »

Au-delà de la gêne inspirée par la consultation d'un confrère, le médecin a surtout peur de la maladie :
M3 : « On est un peu dans la crainte de tout ce qu'on pourrait avoir et qu'on n'a heureusement pas »
M25 : « j'ai peur d'être malade (...) j'ai peur de de d'avoir des pathologies »

Pour un des participants, cette peur de la maladie date du début des études médicales où le jeune étudiant, novice en matière de santé, doit apprendre toutes les maladies dont il pourrait potentiellement être victime :
M20 : « Quand on était à la fac et qu'on apprenait toutes les pathologies, en sortant de cours on avait toujours l'impression d'avoir eu cette pathologie », « Quand je sortais de mon cours de gastro, j'avais mon ulcère »

Dans la crainte d'une maladie qu'il pourrait avoir, le médecin malade peut alors faire des erreurs diagnostiques :
M13 : « il avait peur de faire de l'artérite en fait c'était une cruralgie »

C'est cette peur d'avoir une maladie, et surtout une maladie grave, qui empêche le médecin de consulter et l'enferme dans son déni :
M10 : « La pétoche qu'il me trouve quelque chose », « la trouille »
M6 : « Tant qu'on ne sait pas, on n'est pas malade »

Comme le souligne un médecin, c'est cette peur de la maladie qui altère l'objectivité du médecin et l'empêche de bien se soigner :
M20 : « il est difficile d'être son propre médecin traitant (...) il y a des choses qu'on, qu'on,... qu'on évite de voir (...) qu'on n'ose pas aborder avec soi-même »

Enfin, l'appréhension du jugement et du regard du médecin soignant est un frein à la consultation d'un confrère, du fait de la conscience commune des difficultés du métier et du partage des connaissances médicales. Le malade a peur du jugement sur ses compétences et sur son mode de vie :
M7 : « On aurait pas envie de se livrer par peur d'être jugé aussi étant donné que c'est quelqu'un qui fait la même profession (...) il va obligatoirement juger ce que je vais lui dire (...) sur le mode de vie (...) sur une certaine prise en charge »

De l'autre côté du bureau, le médecin soignant est également victime de certaines peurs. Il craint par exemple de faire une erreur diagnostique, d'autant plus qu'il a en face de lui quelqu'un qui sait :
M5 : « On a entre guillemets envie de moins se louper sur celui-là que sur un autre », « j'ai pas envie de me louper sur une infirmière non plus »

M27 : « dans le cas où il s'agit justement de, d'un médecin ou on peut avoir quelques inquiétudes de se tromper, ou de voilà, de ne pas donner la bonne mesure »

Il garde en souvenir la consultation et se demande s'il a agi de la bonne manière :
M1 : « Là je suis pas sûre que je passe à quelque chose d'autre, ça me reste dans la tête, c'est plus stressant peut-être »

Il éprouve lui aussi la peur du jugement de la part de son patient, et ressent une forme de pression de performance vis-à-vis de celui-ci :
M5 : « Peut-être parce que tu te mets une pression supplémentaire aussi euh la peur d'être jugé par la suite », «… Par les parents qui eux aussi sont médecins »
M20 : « le médecin qui reçoit peut aussi être mal à l'aise »
M25 : « lui il va savoir que tu vas avoir un œil critique »

Chez ce médecin qui a été consulté de façon anonyme, c'est d'apprendre rétrospectivement que son patient était médecin qui a déclenché la peur, en pensant à ce qu'elle avait ou n'avait pas fait :
M16 :« J'ai été effrayée […] j'avais eu un moment de recul »

- La négligence est un travers de plus pour le médecin par comparaison au patient non médecin qui montrerait presque un excès de zèle :
M9 : « On est tous (…) Un peu laxiste »
M23 : « Quand on est médecin et quand on a un problème, on se dit ça va passer et l'histoire du médecin qui a mal au ventre, qui a mal au bide, pendant 15 jours,… Le patient qui a mal au bide trois jours, il consulte trois fois, le médecin il a mal au bide 15 jours il va attendre trois mois »

Un des médecins reconnaît que le fait d'avoir un médecin autre que soi a d'ailleurs pallié à cette négligence :
M26 : « "il faut passer un scanner, il faut faire ci, il faut faire ça" […] peut-être quelque chose que je n'aurais jamais fait si si… »

Quand il se suit lui-même, le médecin ne suit pas les recommandations et se prescrit des examens de façon irrégulière :
M27 : « sans protocole et sans pertinence nécessairement »
M27 : « une fois de temps en temps »

Lorsqu'il soigne sa famille, le médecin peut être autant négligent et laxiste qu'envers lui-même :
M20 : « c'est toujours ou on botte en touche ou prend ça vite fait »

Enfin il arrive parfois que le médecin malade soit conforté dans cette forme de nonchalance par ses confrères qui considèrent qu'il peut très bien se débrouiller tout seul. Ils font alors eux-mêmes preuve de négligence en ne voulant pas considérer ce patient comme les autres :
M5 : « Vous savez vous surveiller »

- Face à son soignant, le médecin malade peut éprouver deux formes de pudeur.
D'une part, la pudeur au sens physique du terme, comme l'ont expérimenté ces deux médecins, lors d'interventions chirurgicales ou d'examens médicaux :
M9 : « Tu sais quand tu es à poil devant tout le monde (…) Tu es rasé complètement »
M10 : « Je me fous à poil quand il faut (…) Mais devant René ça me faisait chier »

D'autre part, il peut s'agir d'une mise à nu de l'esprit, de l'âme. Le médecin doit alors réussir à se livrer à son médecin traitant. C'est ce qui semble le plus difficile aux médecins interrogés :
M10/M9 : « Il faut savoir se déshabiller entre guillemets » « dans tous les sens du terme »
M2 : « Cette notion d'aller se livrer à quelqu'un d'autre c'est vraiment pas dans nos habitudes »
M1 : « C'est une immense partie de notre vie qu'on refusait de livrer aux autres »

C'est là que les mécanismes de résistances du médecin malade entrent en jeu et fait que cette pudeur devient un obstacle aux soins et à l'avis d'un confrère :
M2 : « Peut-être que je me lâche pas assez vis-à-vis d'un autre médecin »
M1 : « C'est tout le côté psychique, le côté souffrance, (…) qu'on n'a pas du tout envie d'aborder avec quelqu'un qui nous ressemble »
M21 : « d'aller voir quelqu'un d'autre que soi et d'exposer ses problèmes »

Ce n'est que de manière informelle, entre associés par exemple, qu'une partie de cette pudeur est levée et que le médecin malade arrive à se confier en partie :
M20 : « On n'arrive pas justement à verbaliser tout ça… on le verbalise de temps en temps entre nous »

Parfois la peur de la divulgation du secret médical est la raison de la retenue du médecin malade :

M23 : « aller se confier à un confrère c'est très compliqué, donc effectivement… Loin, anonyme et anonymisé, pour être certain que effectivement il n'y ait pas de fuites »

La pudeur du patient s'exprime également face au pharmacien, notamment lorsqu'il doit aller chercher un traitement à caractère intime :
M20 : « les gens qui prennent du Viagra dans notre clientèle, ils vont rarement dans leur propre pharmacie »

En tant que soignant, le médecin peut aussi mettre un obstacle, une limite aux révélations que pourrait lui faire son patient médecin. Il peut alors prendre du recul en occultant la partie de la consultation qui le gêne :
M10 : « Il y a une barrière peut-être que c'est moi qui la mets »
M10 : « C'est plutôt une fainéantise, j'ai pas envie de m'emmerder à aller dans ses affaires »

Le problème peut enfin se poser lorsque le patient est déjà connu du médecin et que la pathologie pour laquelle il consulte nécessite un examen clinique particulier :
M12 : « C'était une coxalgie », « en plus c'était quelqu'un qui a fait toutes ses études avec nous »

- Le refus : La peur de la maladie pousse le médecin à mettre en place des mécanismes de protection. Il pose une barrière qui l'isole de la maladie lorsqu'il franchi le seuil de sa maison :
M9 : « Il y a le refus de la maladie »
M10 : « On a tellement de maladie, de patients malades […] Quand je rentre chez moi, c'est fini quoi »

Ce refus d'être malade vient de l'impression, née dès le début des études, que le médecin ne pouvait pas tomber malade, que cela n'était pas son rôle :
M20 : « On a été confronté à la maladie à l'âge de 18 ans donc euh au bout d'un moment, au bout de 8, 9 ans, on s'est convaincu qu'on pouvait pas être malade »
M23 : « nous on est médecin et puis les malades c'est les autres »

Les études médicales forgent le système immunitaire du médecin. C'est parce-ce qu'il a choisi d'être un médecin qu'il ne peut pas être un malade, les deux sont incompatibles, sauf en cas de problème grave :
M20 : « petit à petit on s'est habitué à ce discours et on se dit que bah non c'est parce qu'on

s'écoute un peu trop qu'on est malade »
M14 : « pendant 7 ans tu t'es exercé à relativiser »
M23 : « les médecins sont d'abord médecins, d'abord très très médecins, malades euh vraiment quand ça va très très mal »

Comme il considère qu'il ne peut pas tomber malade, le médecin refuse d'être suivi par ses confrères :
M1 : « Le médecin généraliste c'est le médecin de la globalité (...) On la refuse pour nous »

Il refuse également les maladies chroniques qui impliquent un suivi régulier et un traitement contraignant :
M9 : vous pensez que les médecins acceptent moins les pathologies chroniques « Je pense qu'on accepte moins »

Il peut s'opposer aux examens de dépistage, même s'il a des antécédents familiaux qui devraient le pousser à être plus vigilant :
M10 : « Il faudra peut-être qu'un jour j'y passe (...) on y pense mais pour l'instant… »
M8 : « Un médecin qui ne veut pas un toucher rectal, on ne va pas lui courir après », « il veut pas même le PSA »

Un des médecins interrogé souligne que les médecins salariés ne font pas exception à cette règle et sont peu suivis par leur médecin du travail :
M24 : « Les seuls participants à l'entreprise médicale hospitalière qui ne vont pas chez le médecin du travail, ce sont les médecins »

Quand malgré tout il est malade et se voit dans l'obligation de prendre un traitement, le médecin est encore opposant :
M10 : « Pour me faire soigner, prendre des médicaments, me faire opérer, ah non »
M12 : « Je déteste prendre des médicaments »

Un des médecins note qu'en ce sens, les patients non médecins peuvent aussi refuser certaines prises en charge, comme le traitement de la douleur par exemple :
M9 : « Comme nous on peut l'être vis-à-vis de nous-mêmes, on est toujours réticent »
M2 : « Il va me dire bah il faut vivre avec ta douleur bah je vais je vais avoir du mal à accepter »

Et comme les autres patients, le médecin se protège contre d'éventuelles critiques et procédures si le malade refuse un traitement nécessaire :
M9 : « ah vous voulez pas ? Je le marque sur le dossier »

Par excès de pudeur, le médecin malade peut refuser de se livrer complètement et de donner au médecin soignant des informations qui pourrait lui être utile pour mieux soigner son patient :
M2 : « Je vais pas non plus à l'abattoir me faire agresser »

C'est aussi parce qu'il refuse de s'arrêter de travailler que le médecin repousse le plus possible la maladie et s'oppose à des traitements. Il le fait souvent par devoir envers ses patients :
M27 : « la difficulté, c'est qu'on tombe malade le week-end et puis… c'est une vieille habitude de médecin ça, on doit être prêt le lundi matin »

C'est aussi par peur de la retraite qu'un des participants continue de travailler malgré son âge, refusant de mettre fin à son activité :
M10 : « J'ai peur de la retraite »

Enfin, lorsqu'il doit s'occuper d'un confrère malade, le médecin se trouve confronté à ce refus de soins qui rend difficile son travail de soignant :
M9 : « Je le secouais même un peu par ce que à la limite le pire ce sont les confrères […] à soigner »

Parfois la volonté du médecin malade de prendre le contrôle de la consultation peut pousser le médecin soignant à refuser de le soigner :
M8 : « J'ai envoyé bouler un patient qui était médecin et qui prétendais commander (…) Tu te calmes parce que sinon tu vas te faire soigner ailleurs »

- En plus des résistances dont il a conscience sans pouvoir les éviter, le médecin malade exprime des <u>réticences</u> à se faire soigner :
M2 : « On a beaucoup de réticences en fait et que les réticences et elles viennent vraiment de nous »
M20 : « on est peut-être un peu trop réticent »
M14 : « on a quand même une grande réticence »

C’est un pas difficile à franchir que de changer son statut de médecin, qui soigne, contre celui de malade, qui a besoin de soins :
M10 : « Peut-être qu'on n'est pas tout prêt encore à le faire »
M16 : « J'ai eu beaucoup de difficultés à aller voir un spécialiste »

En tant que soignant, un médecin explique qu’il est plus facile pour lui de ne pas aborder certains sujets avec ses patients médecins :
M10 : « J'ai pas envie de le titiller sauf si… Non j'ai pas envie »
M10 : « Allez savoir pourquoi il a une contracture musculaire (…) À la limite je me dis que c'est pas mon problème »

Il profite alors de la pudeur du malade pour accomplir son travail sans aller trop loin dans l’interrogatoire :
M10 : « C'est pas mon problème, c'est plus facile pour moi d'ailleurs »

4.3.5. Caractéristiques de la relation médecin soignant-médecin malade

4.3.5.1. Déroulement d’une consultation

- La relation médecin-malade débute dès l’entrée du cabinet du praticien. C’est le lieu où chacun se sent légitime dans son rôle :
M9 : « Quand il vient me voir, il vient au cabinet »
M23 : « il faudrait un lieu où les médecins puissent s'autoriser à être des patients »

Entre confrères, les consultations sont souvent informelles, et les avis donnés sans examen clinique :
M25 : « si ils viennent me voir entre deux portes ou entre deux rendez-vous, comme ça à la sauvette, là je leur dis non écoute j'ai pas le temps, ou c'est pas le bon moment »
M6 : « Son associé s'était fait faire sa bio et (...) A quand même demandé à ses deux associés « Mon LDL est à 2 g, est-ce qu'il faut que je me traite ? » (...) Tu te mets une statine »

Dans le cadre d’un service de médecine du travail, le médecin prend le temps de voir le médecin patient, de l’examiner et de prescrire si besoin des examens complémentaires :
M1 : « La première fois que j'ai eu le médecin du travail il m'a dit votre profession ? Donc j'ai dit médecin et il m'a gardé trois quarts d'heure dans son bureau par ce qu'il m'a dit vu comme tu dois être suivi je vais tout faire et j'ai eu droit à tout. Et à chaque fois tous les deux ans c'est

trois quarts d'heure et j'ai tout »
M4 : « Il prend beaucoup le temps »

- Entre le patient et son patient, un dialogue se crée, la communication s'établit :
M9 : « Si je suis bien avec les gens bon, par contre si ça va pas j'en parle »
M16 : « y a un dialogue qui s'est instauré mais un dialogue tout à fait simple »

Le médecin patient, du fait de ses connaissances, tient à garder une certaine emprise sur la consultation et sur les prescriptions qui en découlent :
M8 : « Tu me soignes bon, ça n'empêche pas qu'on peut discuter »
M27 : « si moi, médecin, enfin médecin patient je je j'ai des craintes sur l'innocuité ou je ne sais pas quoi du traitement, peut-être que j'en discuterai un peu plus »

Le lien qui né entre le médecin et le malade se fait de manière instinctive, sans mensonges, sans artifices :
M9 : « C'est comme au bridge (...) on a un fit ou on l'a pas »

Une bonne communication entre les deux acteurs de la relation permet d'éviter les malentendus et la rupture entre le soignant et le patient :
M9 : « je leur dis si vous avez un problème vous m'en parlez, parce que le pire c'est euh de d'un seul coup on se dit tient untel on le voit plus, on sait pas ce qui s'est passé bon souvent, c'est pour toujours des petits détails »

- A la différence d'un patient non médecin, le médecin malade va employer le même vocabulaire que le médecin soignant :
M7 : « De pas leur balancer du jargon médical tout le temps, je vais leur parler en termes que, comme les autres patients peuvent comprendre »

Pour le médecin soignant, le fait que son patient utilise le même langage trahit son appartenance aux professionnels de santé :
M26 : « j'ai déjà été consulter de façon très anonyme, mais à un moment on est trahi, on est trahi par le vocabulaire »
M4 : « Au bout de trois minutes je sens qu'ils sont du métier dans la manière de s'exprimer d'utiliser certains termes »

Le médecin soignant peut alors s'affranchir de certaines explications et avoir un vocabulaire plus spécifique sans que cela gêne le malade :
M9 : « Le dialogue est différent, le fait qu'il soit médecin (…) quand on a une infirmière, quand on a une sage-femme (…) Je vais être plus technique »
M27 : « on n'explique pas du tout les mêmes choses, les choses de la même façon qu'avec un patient ordinaire… donc le discours est différent »

Le problème est que, lorsqu'il comprend que le patient est lui aussi médecin, la capacité d'abstraction du médecin soignant est nettement altérée :
M27 : « on fait pas nécessairement abstraction parce qu'on parle forcément différemment avec un médecin qu'avec un non médecin »

A l'inverse du patient médecin, le patient non médecin va utiliser un langage non médical, plus démonstratif :
M19 : « il te demandera pas il faut me faire passer le tuyau, le patient lambda il te dira « j'ai mal au ventre »

4.3.5.2. Bénéfices de la coopération médecin-malade

- Au fur et à mesure des consultations, une confiance s'instaure entre le médecin et son patient :
M15 : « ça se perçoit si l'on est en confiance ou pas »
M8 : « il y a une confiance qui s'installe euh à distance au début, un petit plus proche après, et puis ça convient, ça convient pas, et puis on a vite fait de comprendre en tant que soignant si la confiance est établie ou pas, ça devient élastique ou alors au contraire, ça devient très rapproché comme confiance »

C'est une façon de s'en remettre entièrement au soignant :
M13 : « je vous remets les clés »
M13 : « j'ai confiance, je fais confiance »

Faire confiance à son soignant permet au patient médecin de se livrer sans retenue :
M2 : « Faudrait qu'à un moment donné j'arrive à faire confiance pour ma santé à quelqu'un […] Si je me libère un petit peu et je me dis je fais confiance, je vais voir »
M10 : « Quand on est malade (…) On se confie corps et âme à quelqu'un »

C’est souvent par confiance que le médecin traitant a été choisi :
M6 : « J'ai confiance en elle »
M27 : « c'est un homme qui… à qui je fais confiance »

La confiance est un des fondements de la relation médecin-malade :
M4 : « Je pense pas que je pourrais tenir une relation avec un autre médecin sans soit carrément en annonçant un autre métier non je je me vois pas je trouve que ça met tout de suite quand même un frein à la sincérité ou à la confiance »
M25 : « Il va être d'accord ou pas d'accord, dans la majorité des cas ils sont d'accord parce qu'ils sont néophytes et donc ils se fient à ce que tu proposes »

Cette confiance est d’autant plus indispensable quand un médecin est consulté par un confrère :
M6 : « Vous savez ce qu'il faut faire oui OK d'accord je vais savoir ce qu'il faut faire »

- La confiance permet aussi de fidéliser le médecin patient :
M9 : « moi je me permets, je suis très fidèle »

Et le fait de pas avoir consulté son médecin traitant depuis des années génère chez un des médecins interrogés un sentiment de culpabilité et d’infidélité :
M12 : « J'ose plus retourner voir mon médecin »

- Après qu’une communication entre les deux acteurs de la relation s’est installée et qu’un sentiment de confiance est apparu, une interaction dynamique se crée entre le soignant et le patient :
M3 : « je dis pas que j'y réfléchis pas, qu’il n'y a pas un dialogue interactif »
M9 : « C'est pas une question de non confiance (…) On peut comparer au contraire, ce serait agréable même »

C’est à la demande du médecin patient que cet échange se fait, c’est une forme de complémentarité entre le médecin et le malade :
M20 : « qu'en retour on ait un échange par rapport à ça »
M19 : « pour attendre quelque chose en retour »

- La collaboration médecin-malade est l'intervention de chaque partenaire dans la relation :
M9 : « la collaboration médecin-patient et patient-médecin est importante »

La coopération et l'aide du patient viennent parfois au secours du médecin soignant :
M10 : « Les patients nous empêchent de faire des bêtises »
M8 : « ils nous aident »

Ce partenariat est favorisé par l'établissement d'une bonne relation, fondée sur la confiance du patient pour son médecin :
M23 : « munis de sa confiance et de mes compétences professionnelles, on va pouvoir faire quelque chose »
M9 : « On trouve pas, on cherche, on le fait ensemble »

La collaboration médecin-malade est réciproque :
M8 : « c'est réciproque »
M23 : « ce serait un comment dire… une alliance thérapeutique »

- La complicité entre professionnels de santé est implicite :
M8 : « Il y a forcément une complicité professionnelle même avec une infirmière », « même une aide-soignante »

Parfois, cette coopération n'est pas tout de suite évidente car elle est aussi liée à la personnalité de chacun :
M8 : « ça convient, ça convient pas, on a vite fait de comprendre (…) de voir si on se convient l'un l'autre »
M12 : « On s'en rend compte très vite, de voir si le contact passe »

Pour un médecin, ce partenariat et cet échange de compétences est plus facile avec le spécialiste, qui apporte un regard plus spécifique sur une pathologie en particulier :
M3 : « C'est assez rare d'avoir besoin d'un avis (…) complémentaire »

4.3.5.3. Rôle du médecin soignant dans la relation

- Le rôle du médecin ne se borne pas à une prise en charge somatique. Une fonction importante est d'être à l'écoute des patients :

M9 : « À l'écoute des gens, c'est la règle d'or »

M5 : « Il y a une histoire familiale un peu difficile (...) Donc j'y parle un petit peu de ce côté-là aussi »

C'est parfois ce qui manque le plus aux médecins qui se sont auto proclamés, où qui s'occupent de leurs proches :

M12 : « J'aimerais bien avoir quelqu'un à qui justement euh parler »

M20 : « je ne suis pas à l'écoute de mes enfants, de ma femme »

- L'empathie est la faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent. C'est l'une des qualités humaines dont le médecin a besoin pour bien prendre en charge son patient.

En tant que soignant, le médecin peut entrer en empathie avec son confrère malade, du fait du partage des connaissances scientifiques :

M4 : « Je pense que c'est quelqu'un qui s'intéresse (...) Donc je vais essayer de d'approfondir plus »

Parfois la souffrance du confrère est telle que la difficulté est de ne pas entrer en sympathie là où le professionnel doit n'être qu'empathique :

M23 : « parce que c'est un confrère, je m'identifie un peu à lui » « il me fait partager le poids de sa pathologie »

M23 : « ça génère chez moi une gêne, une difficulté à aborder sa souffrance qu'il me masque en partie »

Face à un confrère généraliste, le médecin soignant a le sentiment de contempler son propre reflet :

M15 : « Je me suis dit en effet miroir »

En tant que patient, le médecin peut entrer en empathie avec son confrère en tentant de calmer ses appréhensions :

M13 : « j'aime bien le mettre à l'aise », « je me mets à sa place »

Il recherche sa propre image au travers de son médecin référent :
M5 : « À moins qu'on tombe sur un médecin traitant qui soit complètement d'accord avec la médecine que moi je fais aussi, ça m'étonnerait beaucoup »

- Le déchargement psychologique : se soigner seul peut parfois se révéler être un fardeau que le médecin voudrait pouvoir donner à quelqu'un :
M26 : « ça fait du bien nous en tant que médecin d'être euh d'être pris en charge par quelqu'un d'autre, psychologiquement »
M20 : « c'est quand même bien pratique de pouvoir en parler à quelqu'un d'autre (...) de pouvoir évacuer »

Principalement en cas de pathologies graves :
M27 : « d'être son propre médecin oui… Dans ces cas, dans ces circonstances là c'est trop lourd »
M26 : « au moment où ça peut devenir sérieux […] on est content d'être bercé par quelqu'un d'autre qui va nous prendre en charge »

Le médecin traitant choisi est alors responsable de la santé de son patient et prend les décisions à sa place :
M9 : «Ça peut être confortable d'avoir un médecin parce que on reporte un petit peu les responsabilités »
M26 : « on prend notre santé en mains »

Le fait de se livrer psychologiquement aurait un intérêt dans la création d'un service de soins dédié aux libéraux :
M4 : « J'aurais peut-être trouvé ça intéressant dans le cadre de cette association […] d'avoir des entretiens comme ça au niveau plutôt psychologique ou psychothérapeutique »

4.3.5.4. Difficultés de la relation médecin-médecin malade

- la comparaison avec une relation médecin-patient non médecin : qu'elle fasse appel à la collaboration du patient, qu'elle soit fondée ou non sur la confiance, ou qu'elle permette au patient de se déresponsabiliser vis-à-vis de sa santé, la relation entre un médecin et un patient médecin n'est pas une relation habituelle :

M23 : « On n'est pas dans une relation médicale classique »
M26 : « je pense qu'il faut faire un distinguo »

Pourtant, les médecins s'appliquent à soigner leurs confrères de la même manière que tous les autres patients :
M7 : « Je considère que c'est des patients comme les autres »
M26 : « On les soigne comme chaque patient »
M5 : « J'ai eu le sentiment que j'aurais fait exactement la même chose »

Ce serait donc en étant considéré comme un patient non médecin, que le médecin malade pourrait prendre conscience du bienfait d'un suivi médical régulier :
M1 : « On fait suffisamment de commentaires à nos patients mais le fait que quelqu'un nous le dise »

- Pour asseoir son rôle directif dans la relation médecin-malade, le médecin soignant doit davantage se justifier auprès du confrère qui vient le consulter :
M4 : « Je donne plus d'explications (…) Je dois me justifier »
M20 : « il faut qu'elles soient un peu justifiées, qu'elles soient expliquées et documentées »

Il doit même parfois apporter des preuves du bien-fondé de sa démarche de soins :
M11 : « Des fois, on est même obligé de prouver que ce n'est pas ça »

- L'influence subie ou exercée par le patient : l'entourage du médecin peut le pousser à se soigner ou à se faire suivre par un confrère :
M12 : « J'ai une maman […] Qui me pousse d'ailleurs dans les examens et dans les prises de sang »
M10 : « j'ai consulté Koning l'année dernière sous la poussée de mes enfants qui voulaient à tout prix que je vois un cardio (…) pour faire plaisir à mon gendre »

Le médecin malade lui-même peut exercer une influence sur son médecin traitant, influence que ce dernier peut ressentir :
M20 : « qu'un médecin qui va venir et qui va dire non écoute là je crois qu'il faut faire une coloscopie peut-être qu'on risque d'être beaucoup moins critique et se fier effectivement »

Le malade peut user de ce pouvoir sur son médecin traitant pour la réalisation d'examens complémentaires ou pour la prise en charge d'une pathologie chronique :
M12 : « Je lui ai dit OK si tu penses qu'il faut faire une I.R.M.»
M8 : « Il voulait tous les six mois et puis qu'on se voit à la limite en dépannage comme ça »

Il tente parfois d'influencer le médecin soignant dans sa démarche diagnostic :
M9 : « parfois le patient il aimerait bien que ce soit ça alors il détourne (...) On peut se faire avoir de toute façon »

- Instrumentalisation du médecin patient : Parfois le médecin patient use du médecin soignant comme d'une marionnette, qu'il tente de diriger :
M8 : « c'est moi qui me soigne, tu m'aides, je me sers de toi, c'est moi qui commande »
M8 : « Avec celui-là je suis moins à l'aise parce que je sens qu'il m'utilise à des fins… »
M15 : « j'ai probablement eu une sensation d'être instrumentalisée »

Les rôles sont alors inversés, le patient reprend le contrôle de la consultation et le médecin soignant cède à sa volonté :
M15 : « cette sensation aussi que euh que on se laisse porter »
M15 : « y a des moments où sous la pression on fait tous des choses »

- Mise à l'épreuve du médecin soignant : C'est une période où le médecin et son patient s'évaluent de part et d'autre :
M8 : « il y a un round d'observation […], pas une période d'essai mais une phase d'acclimatation »

Le médecin soignant ressent cette mise à l'épreuve lorsque son avis est indirectement confronté à l'avis d'un confrère :
M20 : « On l'entend même dans notre propre patientèle (...) bah oui j'ai un copain médecin »

- La négociation fait partie de la relation médecin-malade :

M25 : « la médecine c'est souvent une négociation entre 2 »

Le médecin traitant est d'ailleurs souvent sollicité pour être un intermédiaire entre les différents acteurs du système de santé :
M8 : « Un intermédiaire pour lui permettre des démarches qu'il a pas envie de faire »
M8 : « Quand on est médecin traitant, on décroche son téléphone, j'ai besoin d'un rendez-vous rapide (...) ce médecin-là, il m'a pris pour ces démarches-là »

- En tant que patient, le médecin peut ressentir une pression lorsqu'il va consulter un confrère :
M1 : « Il y a pas seulement la relation du médecin qui va soigner un de ses pairs (...) mais il y a aussi l'inverse je crois que en tant que médecin patient on met une certaine pression (...) on n'est pas un patient lambda »
M3 : « Un peu comme nous on va le faire de notre côté, elles vont se mettre parfois une petite pression »

En tant que soignant, le médecin a parfois l'impression d'être jaugé, évalué par son patient :
M2 : « C'est vrai que ça met une certaine pression t'es pas t'es pas très à l'aise, surtout quand le gastro-entérologue vient te parler de son colon »
M19 : « Consulté par de la famille de médecin (...) on a l'impression de… de passer un examen »

Cette pression peut être à l'origine de prescriptions faites à la demande du patient, comme si le médecin soignant était sous sa contrainte :
M27 : « qui pourraient pousser euh le médecin patient à, à d'autres exigences que celles qui sont légitimes »
M12 : « il venait pour une prescription d'I.R.M. et j'avoue que j'ai fait la prescription d'I.R.M. sans l'examiner à fond »

C'est une sensation que ressent le médecin soignant même s'il accorde les mêmes soins à ses patients non médecins :
M1 : « Même si on essaye d'être cadré etc. voilà je trouve que ça me… enfin ça me traîne dans la tête longtemps, voilà c'est un signe qu'il y a la pression »

Un des médecins pense d'ailleurs que c'est toujours le patient qui a le dernier mot, qu'il soit médecin ou non :
M15 : « C'est plutôt le patient qui est chef d'orchestre »

- Mise en scène de la relation : Parlant de la relation inhabituelle médecin soignant-médecin patient, un des médecins interrogés à utiliser un vocabulaire très scénique et théâtral. Il décrit une pièce où chaque acteur de la relation a son rôle à jouer :
M23 : « il faut que le médecin endosse son costume de médecin et que le malade accepte de prendre son costume de malade »
M23 : « je me persuade que je suis médecin et je ne sors pas de ce rôle » « Je suis un comédien qui fait le docteur mais avec son expérience et ses connaissances »

L'attitude de chaque personnage est déterminante :
M23 : « dans une relation médicale il y a une question de posture »

Le rôle du malade est le plus difficile à jouer :
M23 : « on refuse ce rôle, d'endosser ce rôle de malade »

4.3.5.5. Biais dans la relation médecin-médecin

- Dans la relation entre un médecin et son patient médecin, il existe invariablement une confraternité, qui rend parfois les soins difficiles :
M9 : « Le pire ce sont les confrères ou les copains à soigner »

Pourtant, dans la plupart des cas, cette confraternité n'est pas un obstacle à la relation médecin-malade, mais un atout puisqu'elle met en rapport deux sujets partageant de nombreux points communs :
M8 : « Il y a un côté grande famille »

La confraternité peut justifier certains privilèges dont jouit le médecin malade, comme l'accès direct au spécialiste où le partage du secret médical :
M3 : «je pensais (…) que le fait d'être médecin je n'avais pas besoin de m'autoproclamer ou de déclarer un médecin traitant (…) que ça pouvait suffire pour justifier une consultation spécialisée »
M8 : « Ça n'empêche pas […] De passer un coup de fil »

- L'affectivité : avoir connu son médecin traitant avant d'avoir recours à lui pour des soins ou

avoir des liens d'amitié avec lui est le point commun de plusieurs participants :
M9 : « On est copains »
M20 : « c'est mon associé et que c'est en plus mon ami »

Cette affection du malade pour son médecin et inversement peut perturber la relation médecin-malade :
M15 : « une camarade de lycée, elle-même médecin », « ça m'a bouleversée »
M2 : « il y a des choses très compliquées effectivement quand on quand on connaît la profession et puis qu'on travaille avec […] il y a quelque chose qui va pas il y a trop d'affect très certainement»
M5 : « On soigne mal les gens qu'on aime ou qu'on apprécie »

- La confidentialité et le respect du secret médical : même si les règles de déontologie et de respect du secret professionnel s'appliquent aux patients médecins au même titre qu'aux non médecins, les personnes interrogées ont émis des réserves à ce sujet. Avec ses associés ou sa famille, le médecin soignant peut parler du cas du confrère qu'il soigne, sans citer de nom. C'est souvent dans le but de se décharger émotionnellement :
M19 : « on en parle à ses très proches mais sans citer de nom »
M23 : « je vais être amené éventuellement en parler à mes associés par exemple, avec qui il y a une confidentialité (…) y a une libération de l'information », « comme son problème est lourd à porter, je me soigne, je me libère en en parlant à un associé »

Pourtant, le secret peut être trahi et le nom du médecin malade être dévoilé :
M24 : « On sait malheureusement tout dans notre métier »
M20 : « il y a des médecins (…) aux alentours que j'ai jamais vus et je suis au courant de leurs pathologies »

Ce secret peut être divulgué de diverses manières, par diverses personnes. Ce peut être par le malade lui-même :
M25 : « t'es pas sans parler de de ta pathologie (…) tu dévoiles toi même un peu de ce que tu as »

D'autres fois, c'est l'entourage du malade qui parle :
M22 : « parfois c'est les patients »

M14 : « c'est les patients ou le personnel hospitalier »
M14 : « il se peut que vous ayez des patients qui vont voir que vous avez un médicament particulier et euh… Après ça s'ébruite »

Enfin, ce peut être par l'entourage du médecin patient que le secret est divulgué :
M24 : « par la salle d'attente »
M20 : « dans le cabinet y a une secrétaire (…) la secrétaire va peut-être le dire à une copine »

Le pharmacien peut créer un dossier pharmaceutique sur lequel apparaissent les informations médicales personnelles du patient. En apprenant l'existence de cet outil, les médecins se sont interrogés sur le respect de la confidentialité au sein de la pharmacie :
M14 : « le dossier pharmaceutique c'est un dossier général, c'est partagé »
M14 : « il ne doit être en principe ouvert qu'à la demande du patient et avec l'accord du patient »
M14 : « tous les pharmaciens le voient »
M25 : « il est consultable partout »

- La gratuité des soins : pour des médecins, le fait de ne pas faire payer les confrères qui viennent consulter relève d'un devoir confraternel :
M26 : « lorsqu'il arrive le paiement, on arrive dans une confraternité (…) donc je ne fais pas payer »
M21 : « je pense que c'est une démarche, on a prêté serment, on fait pas payer de confrères, c'est confraternel »
M23 : « si le médecin veut me payer je lui dis non parce que c'est la règle, c'est une règle, c'est une règle de bienséance, une règle entre confrères »

La gratuité des soins fait partie aussi de la singularité de la relation médecin soignant-médecin patient :
M26 : « je ne suis pas choqué par le fait qu'il ne me fasse pas payer par ce que… Et d'ailleurs j'irai le reconsulter, ça va pas être pour moi quelque chose de gênant, par ce que c'est quelque chose que je fais également »
M19 : « une relation médecin/médecin qui, de ce fait, n'est pas payante »

Cette règle de confraternité existe entre tous les médecins libéraux, généralistes ou spécialistes d'organe:
M26 : « ils me font pas payer »

Ce droit aux actes gratuits s'étend souvent aux amis et à la famille :
M21 : « les amis je suis incapable de les faire payer »

Pour ces médecins qui ne payent pas leurs consultations ou ne font pas payer leurs confrères, cela ne remet pas en cause leur intégrité et leur façon de prendre en charge les malades :
M25 : « je pense pas qu'il y a besoin d'un paiement pour, pour que il y ait un travail effectué sérieusement »
M25 : « c'est pas le paiement qui va euh qui va faire en sorte que je vais les prendre différemment »
M17 : « ça me gêne pas tant que ça par ce que j'ai je… enfin… j'estime être bien soignée et euh je reviens le voir »

Pour un des médecins, il existe une autre situation pour laquelle il ne demande pas d'honoraires, ce sont les constats de décès :
M8 : « Je fais pas payer les morts et les médecins »

Pour d'autres médecins, il peut y avoir une gêne chez le patient qui n'a pas payé et qui hésitera à venir consulter de nouveau :
M20 : « Des amis que je ne faisais pas payer euh avaient du mal à revenir par ce qu'ils avaient peur de me déranger »

La gratuité des soins peut être source de retard diagnostic :
M14 : « Est-ce que ton ami qui justement a un problème, il osera se dire je vais oh je vais encore le déranger »

D'autres médecins vont éprouver un sentiment de dette :
M8 : « je n'insiste pas lourdement pour qu'ils ne payent pas (…) Je crois que ça les rend mal à l'aise »
M13 : « on se sent un peu redevable »

Enfin le fait de ne pas payer introduit un biais dans la relation médecin-malade :
M14 : « je trouve que tu as un rapport de médecin à médecin là, t'es plus tellement en position

de malade »
M8 : « On il va se dire non c'est malsain (…) Je parle dans la relation »

- Le règlement des honoraires : les honoraires sont, dans la relation médecin soignant-médecin patient, un moyen de conforter chacun à sa place :
M19 : « ça instaure une relation malade/médecin »
M9 : « J'ai quelques médecins jeunes… », « Qui d'emblée annonçaient la couleur, je viens mais je paye alors j'insiste pas parce que à la limite la relation elle est claire elle est nette » M27 : « que ce soit un médecin traitant qui soit dans cette situation comme avec n'importe quel autre patient »

Ils servent à rémunérer le soignant qui a rendu un service, qui a pris son temps pour le patient, et sont l'aboutissement de la consultation :
M5 : « Ça fait partie des soins », « ça fait partie du jeu »
M6 : « C'est son boulot (...) sur ses horaires de travail, on ne travaille pas gratuitement »
M20 : « pour ce créneau horaire ils vont régler et donc ils ont le droit d'être écoutés »
M5 : « Chaque travail mérite salaire »

Le fait de régler donne une légitimité au médecin malade :
M23 : « en étant moi dans mon rôle de médecin, je l'autorise à être dans son rôle de malade jusqu'au bout, jusqu'au moment où il me paye »
M20 : « le fait de payer c'est aussi le fait d'avoir eu l'impression d'avoir été écouté, d'avoir été pris au sérieux »

A l'instar de certains spécialistes qui ne font pas régler leurs patients médecins, d'autres demandent le règlement des honoraires comme pour tous leurs patients. C'est le cas dans les établissements hospitaliers et les cliniques privées :
M9 : « Quand je vais en cardio à Saint-Hilaire moi je paye »
M20 : « tu payes à l'hôpital, tu payes tout »
M26 : « elle est allé à l'hôpital elle a payé c'est normal, c'est une structure »

D'après les médecins interrogés, les spécialistes ayant en charge la santé mentale de leurs patients font systématiquement payer la consultation :

M8 : « C'est le coup du psy aussi qu'on paye »
M15 : « Le psychiatre ne se pose même pas la question de ne pas faire payer »

Pour éviter gêne et malentendus, les patients médecins qui sont pris en charge dans le cadre d'une affection de longue durée proposent au praticien qu'ils consultent de se faire régler directement par la caisse d'assurance maladie :
M20 : « Quand je vais voir SP je donne ma carte vitale […] Quand je vais à l'hôpital, je donne ma carte vitale »
M10 : « Si ils sont à 100 % c'est plus facile, tu te fais payer directement par la sécu »

Pour les médecins, le règlement des honoraires est aussi une manière de responsabiliser le soignant. C'est une preuve de confiance :
M19 : « c'est une manière de donner les clés »
M8 : « C'est pas une relation d'argent du tout, c'est pour montrer qu'il est responsable »

C'est aussi une façon de garantir son objectivité :
M20 : « C'est déjà difficile de soigner des amis et… Il faut rester objectif »
M27 : « ça fait partie aussi de l'objectivation »

Le malaise d'être un médecin malade se trouve en partie dissipé en fin de consultation lorsque vient le paiement :
M14 : « je me sens mieux d'avoir payé »
M17 : « on est plus à l'aise quand ils acceptent le paiement »
M7 : « C'est moi qui lui proposai de la régler et j'ai pris cette habitude-là »

Régler la consultation fait aussi du médecin malade un patient comme les autres, sans statut privilégié :
M20 : « c'est pas parce qu'on est… enfin médecin qu'on ne doit pas payer le médecin »
M2 : « Nous des a priori la preuve c'est qu'on n'en assure l'argent puisqu'on se pose la question (…) mes gamins jouent avec le boulanger je vais payer mon pain tous les jours à un moment donné je ne suis jamais dit parce qu'il habite à côté de chez moi qu'il a pas à me faire payer son pain »

Comme lorsque le médecin ne fait pas payer, en cas de règlement des honoraires, la prise en charge est la même qui que soit le patient. Le médecin est alors perçu comme un professionnel dans son domaine et tout lien affectif ou confraternel disparaît :

M20 : « il ne faut pas qu'il y ait un rapport d'argent »
M5 : « tiens il m'a pas fait payer euh en gros j'ai pas payé donc il m'a mal soigné »
M23 : « l'ami il te paye parce que le médecin il est médecin et c'est pas un copain »

Parfois, les médecins tentent de trouver des compromis à ce problème des honoraires entre confrères, comme le paiement de la moitié des consultations pour un suivi régulier, ou des règlements sous forme de cadeaux :
M9 : « Il fait (payer) une fois sur deux »
M10 : « Ça coûte plus cher en bouteilles de champagne »
M9 : « des chocolats, une bouteille de pinard »

4.3.6. Définition d'un médecin traitant idéal

Au fil de leurs discussions, les médecins interrogés ont donné des indications sur ce que pourrait être leur médecin traitant idéal.

Nous avons regroupés ces idées en sous-catégories : les qualités professionnelles et les qualités humaines. Nous nous sommes également attachés à décrire le médecin patient idéal, tel que l'ont évoqué les participants.

4.3.6.1. Qualités professionnelles du médecin traitant idéal

- Sur un plan logistique et pratique, ce médecin devrait être facile d'accès :
M2 : « Il faut pas qu'il soit trop loin (...) qu'il soit relativement pratique d'accès »

Selon les médecins, la distance géographique par rapport à leur domicile serait variable, tantôt éloignée, tantôt proche :
M5 : « Je pense que le bon médecin c'est celui où il y a une certaine distance et qu'on se connaît pas à la base »
M2 : « Il faut qu'il soit à côté de chez moi »

- Il devrait se rendre disponible pour ses patients, et les respecter si possible ses horaires de consultation :
M24 : « la rapidité du rendez-vous »

M19 : « oui la disponibilité »
M2 : « Qu'il me fasse pas trop attendre »

- Il sera le plus compétent possible pour réaliser des actes techniques et prendre en charge les confrères qui ne se sentent pas suffisamment compétents pour eux-mêmes ou pour leurs proches :
M10 : « Qui soit opérationnel au point de vue technique »
M5 : « Je ne remets absolument pas en cause vos compétences médicales mais je ne suis pas convaincu que vous seriez un médecin pour elle et que M1 serait un bon médecin pour M2 »
M8 : « Je suis de moins en moins jeunes (…) On est moins performant (…) Il faudra bien que je confie ma santé un médecin traitant »

Il devra également avoir des compétences en psychologie, et savoir comprendre et prendre en charge la souffrance morale de ses patients :
M7 : « Il faudrait qu'il soit aussi très fin psychologue »
M10 : « Capable d'assumer un transfert », « Un soulageur de souffrance »
M20 : « une certaine réponse par rapport même à certaines angoisses »
M7 : «qu'il arrive à sentir les choses, à sentir un peu le mal être même si on n'ose pas l'exprimer », « qui cherche les non-dits en dessous finalement d'un symptôme »

En ce sens, le médecin traitant idéal pourrait être pour un des participants un psychiatre, alors qu'un autre évoque la possibilité d'avoir un médecin traitant pour la prise en charge des pathologies organiques et un psychiatre traitant pour la santé mentale :
M4 : « On pourrait avoir besoin d'un… Peut-être même vraiment d'un psychologue la dans le terme de la profession peut-être même plus que d'un autre médecin généraliste »
M4 : « C'est ça qui nous manque le plus […] Il y a de l'anxiété, ou il y a un début de burn out, ou un autre stress etc. là on pourrait avoir besoin d'un… peut-être même vraiment d'un psychologue »
M1 : « après un psy à côté pour je sais pas moi, les souffrances autres il nous faudrait plus »

Pour un médecin, les compétences supérieures du spécialiste pourrait amener à le choisir comme médecin traitant :
M5 : « le spécialiste dépasse entre guillemets notre domaine de compétence et donc du coup

on va le suivre parce que là, pour le coup, il est meilleur que nous dans cette spécialité là et en rapport avec le problème de santé que j'ai »

- Il aura été choisi pour son expérience et le respect des recommandations de bonne pratique médicale :

M2 : « J'aimerais qu'il soit qu'il soit suffisamment entraîné aussi »

M2 : « Pour nous prendre en charge comme médecin traitant faut certainement que ce soit quelqu'un qui réfléchisse », « quelqu'un qui réfléchit aux problèmes avant de me prendre en charge »

M2 : « Je voudrais qu'il soit bien au courant des recommandations »

- Comme certains des participants tentent de le faire lorsqu'un confrère vient les consulter, ce médecin idéal devra être capable de faire abstraction de la profession du malade, de manière à le considérer comme tous les autres patients :

M4 : « au début quand je ne les connais pas je lui dis enfin je demande vous faites quoi (...) après ça ne pose pas de problème »

M1 : « On est capable de faire la part des choses entre ce qui est professionnel [...] et ce qui est patient »

M5 : « Faire abstraction de son métier donc on n'en parle pas de son métier »

M9 : « Je fais abstraction qu'ils sont médecins »

M5 : « En étant plutôt neutre et il faudrait qu'il soit le moins possible influencé par ma propre profession »

M10 : « Qu'il me dise pas tu sais ça, (...) Tu sais ce que ça va faire »

M7 : « Qui fasse comme vous disiez complètement abstraction de notre profession »

Le médecin consulté saura en outre faire abstraction de ses propres difficultés :

M20 : « qu'on se trouve en aussi en face d'une patientèle et des gens qui vont se plaindre et on se rend compte que certaines plaintes ne sont pas égales à ce qu'on peut ressentir nous et qu'on est obligé de faire face »

M20 : « il faut pas vous plaindre »

- L'appartenance au même milieu professionnel ne devra pas altérer son objectivité :

M8 : « Il faut qu'elle soit là aussi la complicité mais qu'en aucun cas elle n'influence notre acte médical »
M26 : « elle a peut-être un regard objectif sur certaines choses »
M18 : « quitte à prendre un médecin traitant, qu'il nous considère comme un patient pas comme un médecin »
M1 : « Il pourrait être tout à fait objectif »

Son objectivité aurait un intérêt pour le médecin malade qui se sentirait plus à l'aise à sa place de patient :
M6 : « C'était bien aussi de mettre les choses au point dès le début et d'oublier justement le côté répondant médical »
M2 : « Je crois que elle me donnerait une autre vision que celle que j'ai euh en tant que médecin »
M27 : « j'attends de l'autre c'est qu'il ait la même qualité d'objectivité professionnelle »
M3 : « En essayant de prendre le recul qui permet de voir l'autre quand même comme patient »
M23 : « en me parlant et en me traitant comme un patient »

Le fait de le choisir en dehors de son cercle habituel de correspondant serait un avantage pour le patient puisque celui-ci serait considéré d'une manière impartiale :
M2 : « Je vais pour qu'il me prenne comme je suis »
M19 : « d'un regard neutre et totalement naïf »
M27 : « un regard extérieur »

- Il serait donc objectif, lucide et neutre, pour permettre au patient d'aborder ses problèmes de santé avec moins de pudeur et ne pas laisser l'affectivité entraver la prise en charge :
M5 : « Il reste lucide le plus possible »
M18 : « prendre quelqu'un d'extérieur à notre cercle »
M19 : « quelqu'un qui ne nous connaisse pas »
M2 : « Rencontrer un collègue pour lequel on est il n'y a pas d'affect »
M20 : « il y a des choses qu'on, qu'on,... qu'on évite de voir et qu'on, qu'on,... qu'on n'ose pas aborder avec soi-même donc on les aborde plus facilement devant un étranger »
M5 : « On soigne mal les gens qu'on aime ou qu'on apprécie (...) Je suis convaincu que c'est pas quelqu'un qui nous aime ou qui nous apprécie ou quelqu'un de proche »

- Le médecin idéal décrit par ses confrères serait responsable entièrement de la santé de son patient médecin et permettrait à celui-ci de moins souffrir du poids de sa maladie :
M8 : « C'est une bonne attitude quand on est médecin de dire […] C'est toi qui te démerdes »
M27 : « oui, c'est clair ça »
M9 : « Ça peut être confortable d'avoir un médecin parce que on reporte un petit peu les responsabilités »

Choisir un autre médecin traitant pour ses proches serait également une façon de déresponsabiliser les médecins et de remettre leur santé entre les mains d'un confrère :
M8 : « C'est vous qui êtes responsables, c'est votre patient »
M27 : « généralement c'est pas le médecin lui-même qui amène ses enfants »

- Il faudrait que ce médecin fasse preuve d'autorité et de fermeté pour se faire respecter de son confrère malade :
M5 : « Non pas mou », « pas autoritairement non plus »
M2 : « Il m'écoute mais qu'il sache m'arrêter »
M5 : « qu'il soit cadrant »
M7 : « Faut qu'on puisse lui obéir »

- Il devrait faire preuve de vigilance, être attentif à chaque problème du médecin patient pour ne rien négliger :
M26 : « elle va être beaucoup plus vigilante »
M26 : « maximiser les choses »

- Malgré toutes ses qualités, ce médecin resterait un être humain et c'est à ce titre que les participants lui accorderaient le droit à l'erreur :
M8 : « je demanderai pas à mon futur médecin traitant d'être parfait », « On est en État d'alerte… Faire une connerie c'est à tout âge »

Au contraire, un médecin trop sûr de lui aurait plutôt tendance à faire fuir les médecins malades :
M10 : « Qu'il me dit […] Je ne me trompe pas […] Je me tire ailleurs »

En contrepartie, ses patients attendraient de lui de l'honnêteté et de la transparence :
M12 : « J'attends vraiment de la transparence […] Qu'on me dise tout, vraiment qu'on me cache rien »

- Les patients souhaiteraient également que ce médecin fasse preuve de confidentialité et de discrétion à leur égard, en ne divulguant pas les informations médicales les concernant :
M19 : « moi je suis très confiante en un médecin que je pourrais consulter »
M23 : « la discrétion », « la confidentialité »

- Il considérera que son confrère est un patient comme les autres et ne lui donnera aucun privilège. C'est un droit que revendiquent les participants à notre étude :
M11 : « Il faut lutter justement contre une prise en charge spécifique »
M8 : « je crois aussi, il faut que ce soit pareil »
M25 : « tous les patients sont dans le même… sont comme ça »
M8 : « on est pareil que les patients en fait »
M5 : « Il me fait pas passer avant les autres, il me considérait en effet comme un patient »

Il lui parlera de la même manière, sans utiliser de termes techniques et donnera les mêmes explications qu'à un patient non médecin :
M23 : « Je voudrais qu'il me parle comme un patient (…) Et qu'il me dise pas oh tu sais c'est ça »

- Il pourrait avoir reçu une formation spécifique pour prendre en charge ses confrères. Cette formation pourrait être délivrée au cours des études médicales, même si les occasions de soigner d'autres médecins sont rares. La formation pourrait être soldée par l'obtention d'un diplôme :
M27 : « ce serait intéressant de… effectivement au moins d'aborder la question avant que ça nous tombe sur le nez », « en effet au cours des études ça pourrait sans doute être abordé »
M2 : « D'aborder un problème complexe qui est la consultation de son confrère (…) On apprend bien la prise en charge de maladies qui sont somme toute pas si fréquentes »
M5 : « un DES »

Plus tard, le sujet du confrère malade pourrait être abordé en formation continue :
M2 : «faudrait que MG Form fasse ça »

D'après les participants, le contenu de cette formation serait le suivant :

1/ Apprendre à être à l'écoute du malade :
M16 : « la formation pour apprendre euh être à l'écoute »

2/ Respecter le secret professionnel comme avec tout autre patient :
M25 : « le respect de la confidentialité »

3/ Augmenter sa capacité d'abstraction et son objectivité face aux connaissances du patient, et à mieux gérer la consultation :
M14 : « qu'il considère son patient comme un patient, pas comme un médecin »
M16 : « la formation pour apprendre […] à gérer son stress par rapport à cette situation inhabituelle »
M5 : « La formation permettrait d'appréhender, de savoir comment recevoir les confrères »
M27 : « comment est-ce qu'on maintient l'objectivité dans une relation qui est quand même très différente de celles qu'on a l'habitude de gérer »

4/ Assumer sa position de soignant dans la relation médecin-malade et garder le contrôle de la consultation en termes de démarche diagnostique et de choix thérapeutique :
M27 : assumer plus facilement la relation qui est, qui est sans doute peut-être un peu difficile parfois »
M20 : « ne pas se fier au jugement du médecin qui consulte […] c'est important aussi dans la formation d'un médecin »
M12 : « de ne pas tomber dans le piège du diagnostic tout fait »

5/ Cette formation aurait également pour but de rassurer le médecin soignant, qui se sentirait légitime dans son rôle :
M2 : « Qu'il ait fait une formation spécifique ou pas ça le rassurera surtout lui »

6/ Pour deux des participants, les médecins devraient non seulement apprendre à soigner leurs confrères, mais aussi à accepter d'être eux-mêmes malades et pris en charge par un tiers :
M24 : « il y a une chose qu'on ne nous a pas appris du tout pendant nos études de médecine

c'est à être malade »
M23 : « voilà c'est ça qu'il faut apprendre », « former les médecins à devenir des malades »

- Ce médecin traitant idéal serait en quelque sorte un spécialiste des médecins libéraux :
M3 : « Former des médecins généralistes pour soigner des médecins généralistes »
M2 : « Faire une formation exprès pour être médecin traitant de médecin traitant »
M2 : « Un véritable créneau de formation de prendre en charge ses confrères malades »

Cette spécialisation satisferait les médecins généralistes qui considèrent qu'aller consulter un confrère généralistes n'a pas d'intérêt puisqu'ils ont la même formation :
M4 : « On retrouve le petit plus qui nous va »
M5 : « Il a le petit plus que nous »

Cependant un spécialiste des médecins traitants seraient limités dans leur exercice à une « spécialité », au même titre que les spécialistes d'organes auquel est reproché le manque de prise en charge globale :
M5 : « Mais il ferait que ça », « mais spécialiste des médecins traitants »

- Pour être connu des médecins malades à la recherche d'un médecin traitant, ce médecin idéal pourrait, à l'issu de cette formation, être inscrit sur un répertoire de médecins agréés :
M4 : « Il faudrait être identifié quoi, comme un médecin qui prendrait en charge », « d'autre médecin pourrait nous identifier (…) là je pense que ça peut être intéressant »

L'identification des professionnels prenant en charge leurs confrères faciliterait l'adhésion aux soins des médecins libéraux :
M3 : « C'est une meilleure façon (…) de mener des confrères à aller consulter un confrère généraliste qui serait médecin traitant », « Je pense qu'il faut le faire savoir (…) Ça peut aider à l'accès aux soins des généralistes »
M1 : « plus oui… c'est sûr »
M7 : « plus oui… C'est clair »
M5 : « bah oui plus parce que il a eu cette formation justement »

- Qu'il appartienne à un service de médecine du travail ou de médecine préventive serait

également un atout pour les médecins malades en demande de soin :
M5 : « Je me demande si ça serait pas un médecin du travail de la médecine libérale (...) qui s'occupe des médecins généralistes en fait », « Un médecin du travail de la médecine libérale (...) qui ferait tout le travail de prévention » « pour la prévention, le global »
M1 : « Il nous faudrait peut-être un médecin du travail »
M3 : « pourquoi on n'aurait pas un médecin de prévention ou un médecin du travail un peu spécialisé pour tout ce qui est dépistage »

La structure de médecine préventive serait davantage rassurante pour le médecin patient qui se sentirait mieux encadré :
M5 : « J'ai eu le sentiment (...) Que j'écouterai beaucoup plus euh le genre de médecin de prévention, du travail »

4.3.6.2. Qualités humaines du médecin traitant idéal

- Le médecin qui contentera ses confrères malades devra être <u>authentique</u>, par opposition à l'auto proclamation où être son propre médecin relève d'une sorte d'imposture :
M2 : « Avoir un vrai médecin traitant »
M23 : « je vais peut-être en déclarer un autre... un vrai »

- Pour une des participantes à l'étude, l'<u>attrait physique</u> peut être un atout dans la relation médecin-malade :
M15 : « il est charmant »

L'âge du médecin et la perspective de ne pas être obligé d'en trouver un autre après son départ à la retraite a son importance :
M8 : « Jeune », « pour le garder »

- Ce médecin doit inspirer <u>confiance</u> à son malade, surtout en cas de pathologie grave ne pouvant relever de l'auto surveillance :
M5 : « Le médecin traitant idéal on le trouvera pas du premier coup nous », « en le voyant une fois, deux fois, trois fois, peut-être que il y a une confiance qui s'instaurera »
M2 : « Je voudrais lui faire confiance »

M2 : « Y a un manque de confiance vis-à-vis de cet autre médecin généraliste ou cet autre médecin traitant sauf si t'es malade vraiment»

Cette confiance pourrait être en rapport avec la popularité du médecin :
M10 : « Je l'aurais choisi par ouï-dire »

- Il devra entrer en empathie avec son patient, et se concentrer uniquement sur les problèmes de celui-ci sans en faire une généralité de la profession :
M1 : « Il pourrait être tout à fait […] empathique »
M2 : « J'aimerais pas qu'il me parle boulot (…) je veux qu'il se renseigne vraiment sur ce que je fais moi et pas sur notre difficulté, dans notre métier, notre surmenage »

- Il sera là pour réconforter le médecin patient en cas de doute diagnostic ou de craintes excessives :
M3 : « Un médecin traitant qu'on pourrait saisir en cas de doute […] on a des peurs […] on est un peu dans la crainte de tout ce qu'on pourrait avoir »
M27 : « une réassurance »
M8 : « Celui qui est anxieux »

- Les participants seraient à la recherche d'une personne humble, qui reconnaisse ses limites et ne se croit pas omniscient. Cette humilité lui permettrait de prendre du recul sur la prise en charge de ses patients :
M10 : « Qu'il me dit Monsieur vous êtes bien tombés, je suis meilleur […] Je me tire ailleurs », « un mec sûr de lui, qui sait tout, c'est pas possible »
M8 : « On met de côté ces choses-là, on est humble », « cette humilité me décomplexe quelque part »

Il serait souhaitable que ce médecin se remette en question à travers le regard de son patient :
M27 : « l'interlocuteur est en mesure de comprendre le raisonnement que l'on suit, et éventuellement de le mettre en question par euh, par pertinence ou par crainte euh enfin donc voilà… Donc c'est c'est c'est aussi, ça remet un peu en question aussi je pense le médecin soignant »

- Il devra respecter l'intimité du patient et ses moments de pudeur :
M10 : « Je vais pas le chercher plus loin, je respecte son choix »

- Il serait choisi par son caractère de médecin de famille, qui a une valeur pour les familles suivies depuis plusieurs générations :
M8 : « Nous on est le médecin traitant de son entourage parce qu'on est le plus proche et que c'est pratique »
M6 : « Mon médecin traitant de famille en fait quand j'étais petite »
M7 : « qui pour moi était aussi mon médecin depuis que je suis ado »

- Enfin, de façon presque consensuelle, les médecins choisiraient de confier leur santé à un médecin généraliste, puisque c'est celui qui prend en charge le patient dans son ensemble et quelles que soit les pathologies développées :
M23 : « un généraliste qui finalement à une vision très large de la pathologie, de la médecine, de la souffrance »
M10 : «ça serait le médecin généraliste le médecin traitant, ça recouvre quand même plus une… tout un échantillonnage de maladies »
M27 : « quelqu'un qui puisse porter un regard sur l'ensemble de ces pathologies donc le médecin de famille, le médecin généraliste était le mieux indiqué »

Le médecin généraliste est celui qui organise une prise en charge globale du malade, il est au centre du système de santé :
M1 : « Le médecin généraliste c'est le médecin de la globalité »
M9 : « Le médecin généraliste c'est quand même le plus à même d'être le référent dans la globalité du système de santé »

Il a d'après les participants la plus grande capacité en termes d'écoute, d'empathie, de réconfort et d'information du patient :
M8 : « Le généraliste est quand même très habitué à recevoir des confidences »
M8 : « Être là pour le renseigner »
M9 : « nous, notre rôle aussi, on à besoin de rassurer, on a besoin d'expliquer »

La relation qu'il a avec son patient est plus tournée vers l'être humain par rapport à celle du spécialiste :
M27 : « c'est pas du tout la même chose dans un cabinet médical en ville où on commence par discuter »

Enfin, il est le reflet du médecin malade et renvoie à celui-ci une image qui lui correspond :
M7 : « Je dirais que si on va voir généraliste on a l'impression d'avoir un miroir en face, […] avoir un généraliste en face ce notre propre reflet »
M10 : « On fera toujours quelqu'un à son image »
M8 : « Je choisirai plutôt un généraliste (…) pour partager ma personnalité »

- Sur ce médecin traitant idéal, les participants ont émis quelques doutes, notamment concernant l'intérêt d'une formation spécifique qui serait limité par le faible nombre de médecins malades qui iraient consulter :
M4 : « La prise en charge d'autre médecin (…) C'est trop rare, toi tu en a un (à M5), d'autres ils n'en ont pas du tout »
M1 : « est-ce qu'on aurait des confrères qui viendraient nous voir ? »

Cette formation serait secondaire par rapport à d'autres diplômes proposés en formation continue, et n'aurait que peu d'utilité en pratique courante :
M4 : « J'aurais d'autres priorités sur lesquelles je dois me former pour être utile à ma patientèle »
M11 : « C'est vrai que de se poser la question c'est important mais (…) Quand on est devant le fait accompli, qu'on a notre confrère en face de nous, je sais pas si ça changerait quelque chose en soi »

Le fait d'être formé à la prise en charge des confrères serait en outre un argument supplémentaire pour dire que les médecins ne sont pas des patients comme les autres :
M9 : « La prise en charge pour moi elle n'est pas spécifique parce qu'il est médecin »
M9 : « Ce sera notre formation tout court (…) Qu'il soit médecin ou qu'il soit le patient lambda »

Finalement, les attentes concernant le médecin traitant idéal sont telles que les participants sont sceptiques quant à son existence :

M7 : « On mettrait trop de critères (…) Il y en a tellement que c'est introuvable »
M2 : « Je sais pas si il existe »

4.3.6.3. Définition du médecin patient idéal

Les échanges des médecins participants nous ont mis sur la piste du médecin patient idéal, dont la prise en charge ne présenterait pas de difficultés pour le soignant.

- L'anonymat : pour remédier au manque d'objectivité éventuel de son médecin soignant, ce médecin patient idéal ne lui dirait pas qu'il est médecin :
M23 : « l'anonymat »

- Il serait compliant en acceptant la prise en charge proposée :
M19 : « on peut être aussi compliant »
M5 : « J'avais prescrit des examens pour l'épaule il les a faits […] Il a suivi ce que je lui ai dit »

Il serait en accord avec son médecin en cas de pathologie grave et lui ferait confiance, surtout si ce médecin est un spécialiste dans son domaine :
M15 : « le jour où j'ai un cancer euh si on me dit le protocole c'est ça et bah si ça me semble cohérent et bah OK on y va »
M3 : « Je pars du principe que ça dépasse ça […] mon rôle et donc […] je suis ce qu'on me demande de faire sans… sans trop de réflexion »

La compliance du malade serait augmentée dans le milieu hospitalier et en cas de participation active à la décision thérapeutique :
M27 : «dans un cadre hospitalier on est beaucoup plus… On est sans doute beaucoup plus compliant »
M25 : « est-ce qu'il pense que c'est une bonne, une bonne solution de façon à ce qu'il puisse adhérer »

- Ce patient idéal serait obéissant et se laisserait aller dans la relation avec le soignant :

M6 : « Elle pouvait dire tout ce qu'elle voulait je l'écoutais (…) tout coulait quoi »
M26 : « je me suis exécuté »

Il ferait en sorte d'adhérer à la prise en charge proposée en faisant taire son ego :
M3 : « Essayer d'écouter ce qu'on nous dit même si on n'est pas forcément d'accord »
M15 : « si on est patient (…) on suit la direction »
M15 : « j'acquiescerai à ce qu'on me dira »
M2 : « Pour moi je suis un bon élève »

- Il ferait preuve d'observance en respectant ses propres prescriptions le cas échéant :
M25 : « je suis discipliné avec moi-même », « je suis mon traitement régulièrement »

Mais également en suivant les prescriptions délivrées par son médecin traitant :
M15 : « je suis un traitement qui a été initié par quelqu'un d'autre »
M20 : « mon suivi au niveau hospitalier euh que je suis à la lettre »

Certaines pathologies connues pour être à risques cardio-vasculaires et à fort potentiel de morbi-mortalité encourageraient les médecins à être des patients plus observants :
M23 : « je serai convaincu de la nécessité de le faire donc je serai aussi pour des pat… enfin pour des pathologies enfin pathologies ou des choses comme l'hypercholestérolémie ou le diabète ou l'hypertension euh je crois que… convaincu de la nécessité de prendre un traitement euh j'écouterai, je suivrai scrupuleusement les prescriptions »

- Pour être un bon patient, le médecin devrait donc respecter son médecin traitant dans son travail quotidien et dans ses décisions thérapeutiques :
M5 : « Si il y a trois quarts d'heure de retard ben moi aussi j'attends trois quarts d'heure »
M20 : « ne pas juger les décisions prises par le médecin qu'on consulte, les respecter »

Il resterait à sa place de malade et accepterait la hiérarchie de la relation médecin-malade :
M20 : « effectivement il faut respecter les règles »
M27 : « je trouve que ça peut être tout à fait légitime »

- Il garderait pour lui son jugement et ses critiques malgré ses propres connaissances et son

interprétation des symptômes :
M20 : « éviter d'être critique »
M15 : « garder son esprit critique »
M1 : « Comment il peut se dépatouiller de quelqu'un qui va être quand même très… Pas forcément critique mais qui va mesurer ce qu'il dit »

- Pour un des participants, le spécialiste d'organe serait le plus à même de se comporter comme un patient comme les autres, surtout face à un confrère généraliste :
M23 : « c'est plus facile pour un spécialiste de reprendre une place de patient »

- Une meilleure prise en charge de la santé des médecins passe par l'acceptation du statut de malade et l'abandon du rôle de soignant :
M26 : « on se met de l'autre côté de la barrière »
M16 : « lui n'était plus le médecin […] il était redevenu le patient »

Cette acceptation de la place de patient dans la relation médecin-malade renforce la légitimité de chacun :
M8 : « C'est une bonne attitude quand on est médecin de dire je suis médecin mais là je suis pas médecin »
M23 : « le malade, du coup, il se sent légitime dans son rôle de malade, de patient »

Se sentir plus malade que médecin aiderait également le médecin à prendre conscience de ses problèmes de santé et à mieux les résoudre :
M1 : « Le fait que quelqu'un nous le dise peut-être que voilà ça peut déclencher quelque chose »

Comme cela a été soulevé plusieurs fois, c'est la gravité de la maladie qui contraindrait les médecins au rôle de malade :
M26 : « notre attitude change en fonction du degré de maladie dans lequel on est […] tout dépend de la sévérité de la maladie, de la pathologie »

Pour être un meilleur malade, le médecin doit accepter sa fragilité et sa vulnérabilité face à la maladie et à la souffrance :

M10 : « Il peut m'arriver un coup de pépin ça c'est évident j'en suis tout à fait conscient »
M9 : « Bah quand on est en souffrance »

Il doit en outre respecter le travail et la parole du médecin qui le soigne et ne pas remettre en question ses décisions. Il doit tout simplement lui faire confiance, comme les patients non médecins font confiance à celui qu'ils ont désigné pour prendre leur santé en mains :
M1 : « On répond à ses questions et ça nous semble logique »
M25 : « tu vas proposer des choses et lui il va accepter ton diagnostic, il va accepter ta prise en charge »

Enfin, pour que le médecin soit un patient à part entière, son médecin doit accepter son rôle de médecin qui doit prendre en charge un confrère et s'affranchir des difficultés qui en découlent :
M23 : « on réintègre notre rôle de médecin en disant moi je soigne des médecins »
M16 : « « moi j'étais le médecin, mais lui il ne l'était plus quoi, il était redevenu le patient »

5. DISCUSSION

5.1. Les limites de l'étude

5.1.1. Limites liées au thème

Le thème choisi pour l'étude est vaste. Nous avons décidé d'aborder le problème du médecin malade sous plusieurs angles :

Le premier est le médecin malade lui-même, ses pathologies et ses difficultés à se prendre en charge. C'est une question délicate à traiter puisqu'elle implique que les médecins vont se dévoiler totalement, d'autant plus que ces médecins ont pris la parole devant des consœurs et confrères qu'ils n'avaient pour la plupart jamais vu. Le fait d'avoir un public a pu mettre un frein à leurs propos et les empêcher de se livrer totalement. On peut se demander si ces médecins auraient été plus sincères encore et donner plus de détails sur leurs problèmes de santé s'ils avaient été interrogés de façon individuelle.

Le deuxième est le médecin malade à travers le regard de celui qui le soigne, et les problèmes que pose la relation médecin soignant-médecin patient. Il est toujours difficile d'aborder ses méthodes de travail devant d'autres médecins, d'autant plus si ces méthodes s'appliquent à des confrères. Comparer leurs façons de voir la médecine et leur aptitude à gérer leurs patients a pu gêner certains participants et les pousser à moins parler que d'autres.

Le troisième enfin est celui qui correspond à notre question de recherche en tentant de proposer une définition du médecin traitant idéal pour aborder le médecin malade dans son ensemble. Ce point de vue a posé moins de problèmes puisque l'on demandait aux participants de décrire un médecin idéal et non de rapporter leurs propres expériences.

Dans un souci de réunir un maximum de données et de fournir un travail le plus complet possible, nous avons pu nous égarer et faire des digressions sans rapports avec la question initiale. Peut-être ses sujets aurait-il pu être traités séparément, comme c'est le cas dans la littérature où les thèses concernant le médecin malade et la prise en charge du médecin malade par autrui font l'objet de travaux indépendants.

5.1.2. Limites liées au recrutement des participants

Nous avons tenté de recruter des médecins volontaires par différents moyens et avons finalement sollicité des médecins de notre connaissance. Ils se sont montrés intéressés par le sujet mais certains ont pu se mettre à disposition du chercheur principalement pour le satisfaire. Par ailleurs, le fait qu'il connaissait le chercheur a pu entraver leur franchise et leur honnêteté.

Nous avons interviewé 6 maîtres de stages, dont un est également enseignant auprès du département universitaire de médecine générale. Leur intérêt pour la formation et leur implication dans la formation des étudiants peut aussi avoir influencé leur participation.

Alors qu'il est recommandé de travailler avec des groupes de 6 à 10 participants, nous avons vu notre deuxième groupe réduit à cinq personnes, alors que le troisième était constitué de quatorze personnes, appartenant toutes au même groupe qualité. Il nous était difficile de limiter le nombre de participants de ce groupe dans la mesure où ils avaient accepté de choisir notre thème d'étude ce soir-là en remplacement de la réunion qui était initialement prévue.

5.1.3. Limites liées à la méthode

5.1.3.1. Critique de la réalisation des entretiens

Nous avons vu que le nombre de participants par focus group n'était pas celui qui était initialement prévu. Il est possible notamment pour le troisième groupe que le nombre de personnes présentes ait été à l'origine d'une disparité dans la prise de parole. Bien que le modérateur ait tenté de distribuer la parole à tour de rôle, il a paru évident que certains médecins étaient très à l'aise pour parler en public tandis que d'autres n'ont fait que peu de remarques.

En revanche, le fait d'être plusieurs personnes à être interrogées dans le même temps a sans doute diminuer l'impact de l'enregistrement et l'appareil a vite été oublié des participants.

Ce n'est pas le cas pour le médecin interrogé en entretien individuel. Cet entretien a été mené par le chercheur lui-même et les éléments déjà tirés des focus group l'a sans doute poussé à influencer les réponses de ce médecin. Même s'il était seul face au chercheur, ce médecin n'a pas mentionné la raison du suivi médical chronique dont il était l'objet. Il a enfin souhaité que l'entretien ne figure pas dans la rédaction finale de la thèse.

5.1.3.2. Critique de l'analyse

L'exercice de la recherche qualitative est habituellement mené par des professionnels entraînés. Nous n'avons pas la prétention d'avoir réalisé une enquête et une analyse parfaite malgré le soin que nous lui avons apporté.

Pour limiter les erreurs d'interprétation des données, nous avons eu recours à la méthode de triangulation des chercheurs. Une partie des données a été codées par un second chercheur afin d'en augmenter la pertinence et la crédibilité.

Nous aurions pu donner une autre valeur à cette étude en alliant à l'analyse des données brutes l'analyse du matériel non verbal tiré des entretiens, mais notre qualité de débutant en recherche qualitative aurait sans doute été une limite.

5.2. Le médecin malade

« Il n'est pas nécessaire au médecin d'avoir eu une maladie pour en connaître les éléments, mais cela en aiguise la perception… (…) on acquiert une vision approfondie de l'immense différence qu'il y a entre donner et recevoir » Maurice Thibault [11].

Nous ne pouvions pas écrire un sujet sur la définition du médecin traitant idéal pour ses confrères sans s'interroger au préalable sur le cas du médecin malade et sur les barrières qu'il met entre lui et le système de soins.

Il y a de nombreux écueils sur le chemin du médecin malade. De la découverte de la maladie à sa prise en charge éventuellement par un confrère, en passant par l'auto diagnostic et la difficile acceptation du statut de patient, ce n'est pas un parcours habituel.

5.2.1. Perception de la maladie

5.2.1.1. Caractéristiques psychologiques du médecin malade

La raison principale de cette constatation est que les médecins sont victimes d'une anxiété démesurée par rapport aux autres patients.
M15 : « on a tous de l'anxiété »

Dès le début des études médicales est instillée une image machiste [17]. La perspective de développer une des nombreuses pathologies enseignées est source d'anxiété. Au moindre symptôme évoquant une maladie en particulier, le médecin développe un scénario catastrophe en imaginant la pire issue possible de cette maladie.

M20 : « Quand on était à la fac et qu'on apprenait toutes les pathologies, en sortant de cours on avait toujours l'impression d'avoir eu cette pathologie », « Quand je sortais de mon cours de gastro, j'avais mon ulcère »

A l'idée du retentissement économique et social de sa maladie, le médecin consulte le plus tard possible. Même lorsqu'il finit par demander de l'aide, il préfère minimiser ses symptômes voire en omettre certains qui pourraient orienter son confrère vers un diagnostic qu'il appréhende [14, 18, 20].

M25 : « j'ai peur d'être malade (...) j'ai peur de de d'avoir des pathologies »

M9 : « On prend ça un peu ou à la légère »

M1 : « Quand je veux voir un médecin est ce que ce que je suis sûre d'avoir envie d'entendre ce qu'il va me dire ? »

La profession médicale elle-même est à l'origine de la difficulté des médecins à se considérer comme des malades potentiels. Les emplois du temps difficiles à l'origine de fatigue chronique laissent peu de place aux distractions. Le médecin ressent un sens accru des responsabilités envers ses patients qu'il fait passer au premier plan. Il doit souvent faire face à des patients exigeants et angoissés. Pour rester objectif dans la prise en charge de ces derniers, le médecin doit faire abstraction de ses propres préoccupations. C'est souvent épuisé émotionnellement qu'il termine sa journée de travail et il reste alors peu de place pour lui-même ou pour ses proches [18, 20].

M10 : « On a tellement de maladie, de patients malades »

« La maladie on la voit tellement qu'on n'a pas envie, c'est fini quoi, on la pousse »

C'est un travailleur compulsif [20]. La culpabilité, le sens du devoir et l'illusion d'être indispensable [13, 18] sont à l'origine des négligences dont fait preuve le médecin vis-à-vis de lui-même et de ses proches.

M9 : « On est tous (...) Un peu laxiste »

M20 : « c'est toujours ou on botte en touche ou prend ça vite fait »

Enfin la perspective de la maladie et ses conséquences sur leur carrière pour des médecins dont la profession est un mode de vie à part entière est particulièrement dévastatrice [19].

Le médecin doit avoir conscience qu'il peut être malade comme n'importe quel autre patient [17] et qu'il peut demander de l'aide [18].

5.2.1.2. Rôle de l'entourage

La santé du médecin est souvent l'objet d'un déni de la part de son entourage.

D'une part, le conjoint du médecin malade, par peur des difficultés sociales, économiques ou professionnels engendrées par sa maladie, va fermer les yeux sur certaines conduites à risque. La crainte de nuire à la réputation du médecin guérisseur, tout-puissant et immunisé vis-à-vis des maladies qu'il soigne chaque jour est plus forte que la volonté de venir en aide [20].

D'autre part, les confrères et collègues de travail du médecin malade sont souvent négligents vis-à-vis de leurs pairs et n'interviennent pas, même s'ils ont pleinement conscience d'un problème d'alcool par exemple [17, 18, 20].

L'intimité partagée avec le conjoint et la confraternité entre médecins sont souvent responsables de cette situation de déni.
M1 : « C'est vrai que je me suis rendu compte que ce sont des choses que dans un couple par exemple on vit au quotidien mais qu'on ne va pas forcément (...) en parler »
M2 : « il y a des choses très compliquées effectivement quand on quand on connaît la profession et puis qu'on travaille avec [...] il y a quelque chose qui va pas il y a trop d'affect très certainement »

Enfin, les patients eux-mêmes peuvent être choqué d'apprendre que leur médecin et participent à la propagation de la rumeur d'invincibilité dont les médecins sont les premières victimes [19,20].
M12 : « Pourquoi est-ce que on se dit toujours que nous ça va aller ? »

L'entourage joue donc également un rôle dans le déni de la maladie et le retard diagnostic.

5.2.2. Conséquences de la maladie

5.2.2.1. Déni, retard diagnostic et culpabilité

De nombreux médecins sont passés maîtres dans l'art du déni de leur maladie [12, 13, 14, 18, 19, 20, 40] et ignorent les signes d'alarme dont ils font pourtant part à leurs patients [19]. Ils sont fait pour soigner les autres et ne s'autorisent pas à être malades [19].

M10 : « Je suis essoufflé, je me dis ah faudrait peut-être faire quelque chose et puis oh laisse tomber »

M23 : « nous on est médecin et puis les malades c'est les autres »

Persister dans le déni de ses symptômes et poursuivre le même mode de vie peut conduire à la consommation voire à l'abus d'alcool, de drogues et d'autres substances psychoactives [14, 17, 18, 20]. C'est le cas pour les psychotropes, dont l'usage par les médecins est 30% plus important que dans la population générale [20]. Les pathologies psychiatriques secondaires aux addictions cumulées à un haut degré de stress peuvent retentir sur les performances intellectuelles et professionnelles du médecin, de la même manière que sur un non médecin [19].

Les connaissances qu'il de la maladie et des inconvénients de certains traitements (effets secondaires, risques de la chirurgie, pronostic vital) sont une inégalité de plus par rapport au patient non médecin. Le savoir médical qui est tant utile au médecin pour soigner ses patients se retourne contre lui lorsqu'il s'agit de se soigner lui-même. La naïveté du patient non médecin peut alors être considérée comme une armure contre l'angoisse de la maladie [20].

M23 : « Je suis pas naïf »

M27 : « on en sait trop »

Quand ils finissent par admettre qu'ils sont malades et ont besoin d'aide, les médecins ont le sentiment d'avoir échoué dans leur mission et se sentent coupables [12, 19].

M16 : « C'est très désagréable, on se retrouve en difficulté »

M3 : « Parfois il faut les déculpabiliser (...) Qu'elles arrivent en disant " je sais que je ne devrais pas venir parce que je connais un certain nombre de choses"»

Le médecin malade craint la ruine professionnelle et financière suite à l'annonce de sa maladie. Il veut protéger sa réputation, cette image de puissance et de force véhiculée par la société [20, 21]. On trouve des traces de cette image dans la littérature, par exemple chez Gustave Flaubert qui compare le médecin à un dieu lorsqu'il vient au chevet de Madame Bovary empoisonnée

[11]. Le médecin est un héros qui n'a pas le droit d'être fatigué [10].
Quand cela lui arrive malgré tout, le médecin a l'impression que la maladie fait de lui un homme faible et hypochondriaque [20].
M1 : « est-ce que on ne se croit pas un peu super héros »
M20 : « On a été confronté à la maladie à l'âge de 18 ans donc euh au bout d'un moment, au bout de 8, 9 ans, on s'est convaincu qu'on pouvait pas être malade »

Ainsi, ces notions de déni, retard diagnostic et culpabilité qui ont été débattues dans les groupes sont le reflet de ce que nous avons retrouvé dans la littérature.

5.2.2.2. Arrêt de travail et difficultés financières

Une autre conséquence de la maladie est que les médecins ne s'autorisent que peu d'arrêt de travail [14, 18, 20]. Par excès de professionnalisme peut-être, ils sont malades pendant leurs temps de repos [21]. Quand ils n'ont finalement plus le choix, c'est souvent sur de longues périodes qu'ils doivent s'absenter [16].
M27 : « la difficulté, c'est qu'on tombe malade le week-end et puis… c'est une vieille habitude de médecin ça, on doit être prêt le lundi matin »

Ils ne sont pas égaux devant leurs patients puisque dans 81% des cas, ils auraient prescrits un arrêt de travail là où eux vont continuer d'exercer [10, 11].

L'argument principal est l'absence de revenus pour le professionnel libéral qui s'arrête de travailler. La CARMF ne verse des indemnisations journalières qu'à partir du 91è jour d'arrêt, et s'ils n'ont pas souscrit en plus une garantie de revenus auprès d'un organisme privé, c'est 90 jours sans aucune rentrée d'argent. Pendant cette période le médecin doit pourtant continuer de payer les charges diverses inhérentes à son activité [55].
Il faudrait encourager les médecins à souscrire à une de ses assurances privées afin de les prémunir au mieux des difficultés professionnelle et financières résultant d'un arrêt de travail. Il est évident qu'avec ce confort supplémentaire, les médecins s'autoriseraient plus de congés maladie.

Cette situation difficile l'est encore plus du fait de la difficulté à trouver un remplaçant, surtout au dernier moment [10, 16]. Des plateformes de mise en relation entre médecins installés et remplaçants existent pour favoriser la prise de contact. Le gain de temps pour trouver un

remplaçant, l'assurance de confier sa patientèle et de pouvoir payer une partie de ses charges professionnelles, rendraient les médecins malades plus sereins pendant leur convalescence.

5.2.3. Se soigner seul

5.2.3.1. Avantages

Les connaissances du médecin et la facilité qu'il a de s'auto prescrire examens complémentaires et soins sont autant de profits qu'il met au service de santé. Selon les études, entre 71% et 93% ont recours à l'auto prescription [9, 10, 13, 14, 16, 40].

M8 : « La facilité avec laquelle on va se faire une ordonnance […] c'est une évidence »

Dans sa thèse sur les déterminants de l'auto-prescription en Haute-Normandie, C. Marette remarque que l'auto-prescription initiale concerne principalement les pathologies ostéoarticulaires, digestives et neurologiques, contrairement aux problèmes cardio-vasculaires qui sont préférentiellement initiés par un confrère [9].

L'auto prescription passe souvent par la prise d'échantillons médicaux [10].

M4 : « Tu regardes tout ce que tu as comme boîtes encore dans ta pharmacie »

L'auto surveillance peut être faite de manière inconsciente. Les médecins ont alors l'impression de faire pour eux-mêmes ce qu'ils feraient pour leurs patients [13].

M20 : « on fait exactement la même chose avec nos propres patients »

M19 : « on se soigne comme les autres », « on n'en fera ni plus ni moins »

En tant qu'auto prescripteur, le médecin reste le seul à décider de ce qui convient le mieux pour sa santé. Il peut choisir l'abstention ou le traitement, l'introspection ou le recours à un confrère [13, 16].

M24 : « nous réfléchissons depuis déjà de nombreuses années, avec beaucoup d'éléments, d'arguments, et donc on peut, on peut avoir une bonne expertise »

M3 : « On peut interpréter ces symptômes et si besoin en référer à un spécialiste »

Souvent, lorsqu'il prend un premier contact avec le spécialiste, il ne demande pas un second avis mais une confirmation diagnostic [13]. L'accès au spécialistes est d'ailleurs facilité pour le médecin par rapport au patient non médecin [13, 39].

M3 : « Ça à confirmer un diagnostic et donc je suis allé voir le spécialiste et après la prise en charge s'est faite »

Le médecin malade préfère se soigner seul car ainsi il garde le contrôle de la consultation, il reste libre. Il est volontiers observant, malgré cet isolement décrit par les médecins de notre étude [10, 11, 12 13] :

M23 : « j'ai un peu le pouvoir, j'ai un peu la main (...) je suis un peu le patron »

M10 : « Qu'on me laisse libre », « On peut aussi diriger notre santé »

M9 : « On se débrouille tout seul »

M25 : « je suis discipliné avec moi-même »

5.2.3.2. Limites

Comme le souligne E. Fromme dans son étude sur les médecins atteints de cancers, *« un médecin compétent ne fait pas forcément un bon patient »* [13], bien au contraire.

Les connaissances médicales sont pour le médecin un outil à double tranchant. S'il peut s'en servir pour s'auto diagnostiquer ou savoir immédiatement quelle doit être à la conduite à tenir et vers qui il doit se tourner, il peut aussi ressentir tout le poids que cela implique. Il a également à sa disposition une littérature médicale complète qu'il peut consulter, ce qui fait qu'il aura parfois tendance à dramatiser ses symptômes [13, 39].

M12 : « Plein de fois je me fous les jetons toute seule »

Le manque d'objectivité dont il fait preuve est également un des risques de l'auto surveillance [13]. Le médecin ne peut pas facilement se retrouver en même temps en position de soignant et de patient, et les prescriptions de cette personnalité complexe peuvent être dangereuses.

M6 : « Je pense qu'on n'est pas bon juge de notre santé ni de nos examens complémentaires »

M12 : « On n'est pas très objectif... Avec soi-même et avec son entourage »

Dans le rapport de la CNP, le M. Biencourt est pour le « ré assainissement » de la prise en charge des médecins malades, au moyen de l'encadrement de l'auto prescription et de la déclaration d'un médecin traitant autre que soi-même [2].

5.2.3.3. Manque de temps et burn out

L'épuisement professionnel est un sujet qui intéresse de plus en plus ces dernières décennies et qui a conduit à la mise en place, en France et dans le reste du monde, de dispositifs d'alerte et de prise en charge des confrères en difficultés.
Il a été défini par Maslach et Jackson en 1986 de la manière suivante : *« syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui »* [5].

Nous passerons brièvement sur ce phénomène puisque ce n'est pas le sujet de notre étude. On peut cependant noter que les médecins interrogés dans l'étude y ont plusieurs fois fait allusion, ce qui démontre l'importance qu'il y aurait à une meilleure détection de ce problème. En effet, il est souvent difficile pour les médecins de voir et d'admettre qu'un de leur confrère a besoin d'aide [15, 17].
M9 : « On est une des premières professions pour le burn out », « on est tout seul, on assume tout, on sature, on bosse beaucoup »
M2 : « notre surmenage »

Le problème du temps revient souvent dans les discussions des médecins de notre enquête. Ils parlent de leurs emplois du temps surchargés, du manque de temps pour faire d'autres choses et de la contrainte que représente l'attente de l'heure de sa consultation [16]. Il semble même qu'ils éprouvent un sentiment d'immuabilité, comme si cette course contre le temps était une fatalité et qu'ils ne pouvaient pas faire autrement que de la subir [15, 18, 39].
M6 : « On n'a pas le temps on fera ça plus tard (...) On trouve jamais le temps d'aller voir quelqu'un »
M2 : « On a le nez dans le guidon (...) Ce sentiment d'être coincé »

Il reste peu de disponibilités au médecin qui est fatigué et vidé émotionnellement. Le risque est de voir apparaître des difficultés conjugales, des addictions et des pathologies psychiatriques. Or ce sont ces pathologies en particulier qui sont le plus souvent l'objet de retard diagnostic et de résistance au traitement [20].

5.2.4. Du médecin au médecin malade

La transition du rôle de médecin dont la fonction principale est de guérir, à celui de patient, malade, qui va demander des soins, est de l'avis de tous les médecins interrogés dans l'étude, très difficile [14, 20].

En devenant un malade, le médecin n'a plus le contrôle de la consultation. Il n'est plus en position de force. Il ne choisit pas, il subit : *« l'un subit et ne comprend pas ; l'autre tâche de comprendre et ne peut que subir »* [11]. C'est ce sentiment de perte de contrôle qui les gêne le plus. C'est pour cela aussi que le médecin malade se distingue des autres patients. Il va tenter de discuter, d'orienter le diagnostic voire de prendre les décisions thérapeutiques telles qu'il l'aurait fait avec un autre malade [12, 19, 20]. Ce penchant pour la domination de la relation est plus important si la maladie nécessite des soins dont doute le médecin malade, ou si elle se rapporte à un domaine dans lequel le médecin malade est spécialisé [13, 18].

M20 : « ce qui nous empêche de déclarer un médecin traitant c'est parce qu'on est chef d'orchestre »

M10 : « On est un peu macho dominateur, j'ai pas envie que quelqu'un d'autre s'occupe de ma santé »

Le sentiment de vulnérabilité et de dépendance vis-à-vis de la maladie et du médecin soignant peut être à l'origine d'exigences excessives de la part du patient.

M27 : « qui pourraient pousser euh le médecin patient à, à d'autres exigences que celles qui sont légitimes »

La confusion des rôles médecin-malade est en général mal vécue par le médecin. Au cours de ses études, il a inconsciemment mis des barrières entre lui et les maladies apprises. La confrontation quotidienne au cours de son exercice professionnelle à renforcé ce système de défense [13, 20]. Quand il devient malade, le médecin prend brusquement conscience qu'il n'est en fait pas plus protégé qu'un autre, et c'est seulement à ce moment-là qu'il peut se comporter comme un patient, en acceptant son sort : *« Cela m'a frappé… j'étais devenu pour la première fois un patient »* [12]. Ce statut ambigu a posé problème aux médecins que nous avons interrogés.

M15 : « elle était le cul entre deux chaises quoi elle était à la fois médecin euh médecin et patient »

M2 : « Je vais être le patient qui demande conseil (…) Et en même temps je vais être celui qui va réfléchir… Non »

Ainsi, pour être un bon patient, le médecin doit s'autoriser à devenir malade [13], il fait abstraction de sa profession: *« le médecin fait un très bon patient à condition qu'il fasse abstraction du fait d'être médecin »* [11].

M20 : « il faut oublier qu'on est médecin »

M23 : « il faut que le médecin endosse son costume de médecin et que le malade accepte de prendre son costume de malade »

Il a souvent l'impression de déranger mais doit surmonter ses angoisses à l'idée de consulter un confrère et d'exposer ses symptômes, son propre diagnostic, les traitements éventuellement pris de sa propre initiative. Il s'offre au regard du soignant en risquant son jugement [10, 21].

M20 : « par moment l'impression d'embêter et qu'on va raconter sa vie, qu'on va se plaindre »

Tout en l'acceptant, le médecin se sent déstabilisé à cette place de malade et, dès les soins terminés, il s'empresse de reprendre son rôle de soignant, dans lequel il se sent en sécurité [11, 12].

M15 : « ça change forcément un peu la vie d'être malade »

M9 : « Je peux plus avoir la même opinion aujourd'hui que celle que j'avais y a 3, 4 ans »

Nous avons noté qu'un des médecins dans le troisième groupe avait comparé la relation médecin-médecin malade à une pièce de théâtre ou chacun tente de tenir son rôle sans usurper l'identité de l'autre. D'une certaine manière, chaque protagoniste de la relation doit accepter et assumer sa fonction au moment où le dialogue commence. Puis à la fin de la scène, le malade redevient médecin, ce « costume » qui lui sied le mieux.

M23 : « Inconsciemment, tous autant que nous sommes nous réintégrons notre rôle, nos habits de médecin (...) ce costume de médecin »

5.2.5. La place du médecin malade dans le système de santé

5.2.5.1. Accès aux services dédiés aux médecins malades

De façon consensuelle, les médecins pensent que leur position favorise l'accès aux soins. C'est le cas pour la rédaction d'ordonnances de traitements et pour la prise de rendez-vous rapide chez le spécialiste.

M20 : « t'as mal au ventre et que un jour ça passe pas (...) ta démarche c'est d'aller taper chez le copain gastro »

Ils sont pourtant nombreux à demander la mise en place de structures de santé dédiées à leur prise en charge. Selon les études faites en France, ils seraient entre 68.9% et 80% à y être favorables [8, 41, 42]. Pourtant, en France comme à l'étranger, l'expérience de ces centres de soins n'est guère encourageante et on peut se demander ce qui motiverait réellement les médecins à se faire soigner par autrui.

Après 2 ans d'existence, en octobre 2011, l'association Imhotep ne comptait que 114 adhérents. Ainsi, sur les environ 450 médecins qui s'étaient dit désireux d'être pris en charge dans un centre qui leur soit entièrement consacré, seuls 25% en avaient franchi le seuil [8].
En Grande-Bretagne, 11% seulement des médecins généralistes avaient recours aux services de santé au travail contre 95% des spécialistes [16].
En Norvège, deux-tiers des médecins interrogés en 2001 répondaient connaître l'existence des services de santé à leur disposition, ainsi que des professionnels, psychiatres ou médecins généralistes, spécialement formés à la prise en charge de leurs confrères. Seuls 11% d'entre eux avaient consulté un de ces « docteurs de docteurs » [56].

Dans notre échantillon un seul médecin avait eu recours à une structure spécifique de soin, et il n'a pas eu l'impression d'en tirer un quelconque bénéfice.
M4 : « j'étais déçue par ce que ça n'a abouti à rien, je n'ai rien appris »

Cette absence de suivi et ce laxisme de la part des médecins seraient liés en grande partie à un manque de temps en dehors de leur profession et à la contrainte que représenterait le fait d'avoir un médecin autre que soi.
M14 : « je pense que ça peut être utile mais il faut faire la démarche d'y aller »
M8 : « C'est presque indispensable d'être son propre médecin traitant »

5.2.5.2. Le médecin malade à l'hôpital

Le médecin malade n'est de toute évidence pas un patient comme les autres. Il a les mêmes connaissances, ou presque, que le confrère qui le soigne et peut donc critiquer la prise en charge qui lui est proposée.
M24 : « nous réfléchissons depuis déjà de nombreuses années, avec beaucoup d'éléments, d'arguments, et donc on peut, on peut avoir une bonne expertise »

Il a des résistances psychiques qui le poussent à contrer son médecin soignant. Il est souvent dans l'opposition.
M1 : « Je me vois mal dans l'éducation thérapeutique par exemple je me vois mal avoir un médecin qui m'explique quelque chose, je crois que je vais faire de l'opposition quoi je serais malade mon oppositionnel »

Lorsqu'il est seul face à son médecin traitant dans un cabinet de ville, le médecin patient est plus livré à lui-même et a plus de liberté pour garder le contrôle de sa santé. La relation instaurée avec le soignant repose beaucoup sur la confiance qui favorise l'adhésion aux soins du malade.

En milieu hospitalier, le médecin malade est également considéré différemment des autres. Il bénéficie souvent d'un statut particulier de VIP [11, 18, 20] ce qu'il ne revendique pas forcément.
M11 : « En étant soigné en tant que médecin on a l'impression des fois d'avoir des droits supérieurs (...) d'être un peu plus considéré alors qu'on ne demande pas forcément ça»

Il en tire parfois des avantages comme l'obtention plus facile de certains traitements psychoactifs [20] ou la réduction du temps d'hospitalisation [11].
Il peut aussi en être victime en déclenchant une réaction hostile de la part du personnel hospitalier. En réaction à cette hostilité, le médecin malade peut faire des demandes excessives menant à une escalade thérapeutique parfois inutile, et pouvant conduire à des erreurs. D'un autre côté, le personnel soignant peut avoir tendance à infantiliser le médecin malade, à le « patientaliser ». Plus que d'autres patients, le médecin malade peut s'opposer aux traitements et aux soins proposés et sort souvent de l'hôpital contre avis médical [20].

5.2.6. Être un meilleur patient

5.2.6.1. Choisir un médecin traitant

Choisir et déclarer un autre médecin que soi apparaît comme une évidence. Le médecin traitant doit être choisi pour ses compétences, son sens de l'impartialité et de la compassion et pour sa disponibilité [18]. La confiance qu'il inspire au patient médecin est primordiale. Toutes les discussions doivent pouvoir être abordées avec ce médecin traitant, sans pudeur ni réticences [13, 17]. Le patient médecin aurait tout intérêt à ne pas choisir un confrère de même compétence, ni un ami ou un associé, car cela pourrait fausser la relation [14, 16, 17, 18]. Au contraire, la déclaration d'un médecin soignant éloigné, extérieur au cercle de relations professionnelles du patient, et de spécialité différente, serait profitable au patient [17, 18, 20].

Choisir un médecin traitant éviterait enfin au médecin malade de recevoir des conseils informels de confrères souvent pressés et les erreurs diagnostiques et thérapeutiques pouvant en résulter.

C'est pourtant souvent pour de mauvaises raisons que les médecins choisissent de déclarer un médecin traitant. Ainsi, dans notre étude, les médecins se sont sentis obligés de le faire vis-à-vis de l'administration. Le principal argument avancé est financier : c'est la volonté d'être remboursé le mieux possible. La prise en charge de leur santé passerait donc au second plan.
M5 : « on peut ne pas déclarer le médecin traitant mais on est mal remboursé ça c'est un libre choix c'est-à-dire qu'on l'a fait plus d'un point de vue administratif et financier que finalement pour notre santé à nous »

En effet, l'assuré se trouve hors du parcours de soins coordonnés s'il n'a pas déclaré de médecin traitant ou s'il consulte un autre médecin sans être orienté par son médecin traitant. Il n'est alors remboursé que de 30% du tarif de la consultation, soit 5€90 pour un généraliste conventionné de secteur I. A la différence, s'il se trouve dans le parcours de soins coordonnés, il est remboursé de 70% du tarif de la consultation, soit 15€10 [53].

Pour d'autres, ça a été au moment où la convention recommande le choix du médecin traitant, lorsque l'assuré prend 16 ans. Selon l'article L162-5-3 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie [54], *« tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans ou plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci. Le choix du médecin traitant suppose, pour les ayants droit mineurs, l'accord de l'un au moins des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale. »*
M6 : « Je pensais que c'était sur le coup au passage de mes 16 ans ma mère l'avait déclaré elle m'a dit oui c'est bon c'est fait »

Lorsqu'ils ont choisi leur conjoint, ils se posent des questions sur la pertinence de ce choix et sur les lacunes de leur suivi médical. En effet, on peut se demander si le conjoint d'un médecin souffrant de troubles mentaux serait l'interlocuteur privilégié et s'il ferait preuve de la même objectivité qu'avec ses patients. Le recul nécessaire à la prise en charge de certaines pathologies est difficile au sein d'un couple, même formé à la détection des pathologies en question.
M1 : « C'est vrai que je me suis rendu compte que ce sont des choses que dans un couple par exemple on vit au quotidien mais qu'on ne va pas forcément (...) en parler »

Se sentant parfaitement apte à prendre en charge leur propre santé, les médecins interrogés ont manifesté de sérieux doutes quant à l'utilité d'avoir un médecin traitant. Le questionnement principal était de savoir si ses connaissances seraient suffisamment supérieures à celles du patient pour qu'il y ait un quelconque intérêt.

Parmi les raisons qui les pousseraient à choisir un autre médecin traitant que celui qu'ils ont actuellement, les participants à l'étude ont insisté sur l'accompagnement humain et psychologique dont ils pourraient bénéficier, ainsi que le soulagement tiré de la transmission au soignant du poids de la maladie. C'est principalement pour des pathologies graves ou des symptômes préoccupants qu'ils iraient consulter un confrère, pouvant ainsi être conseillés et soutenus.

Dans tous les groupes focus, la question de l'anonymat du médecin est également souvent venue se poser, souvent sans intervention de la part du modérateur. Taire sa profession semblerait faciliter la mise en place de la relation médecin-malade, ce qu'a confirmé un des médecins a posteriori.
M16 : « il ne s'est pas présenté comme étant médecin et je ne le connaissais pas, donc anonyme », « ça m'a permis de bien gérer la situation »

Ainsi, le malade accepte mieux d'être malade et le médecin assume mieux d'être médecin.

Même si la question de recherche en a étonné certains, les médecins ayant participé aux groupes se sont dit, après la fin de l'enregistrement, intéressés par le sujet. Le débat soulevé a remis en question quelques-unes de leurs certitudes et les a amené à réfléchir à l'intérêt qu'ils auraient de déclarer un médecin traitant autre qu'eux même.
M8 : « Finalement, à la réflexion, pourquoi pas », « voilà une soirée utile »
M2 : « Je changerai de médecin traitant (...) C'est quelque chose qui fait chemin »

5.2.6.2. Règles de bonne conduite du médecin patient

Pour que la relation médecin soignant – médecin patient soit fondée et sincère, le médecin patient doit observer certaines conditions. Sa nécessaire connaissance de la science médicale fait évidemment de lui un patient spécial et nous avons vu dans notre étude qu'elle pouvait être un avantage comme un inconvénient lorsque le médecin se retrouve à la place du malade, de l'autre côté du bureau. Lorsqu'il consulte un confrère, le patient devrait faire totalement

abstraction de sa profession et de ses connaissances. Il devrait prendre conscience de sa place de malade, c'est un prérequis indispensable [16].
M26 : « on se met de l'autre côté de la barrière »

Une fois qu'il a accepté le fait d'être malade, le médecin est devenu un patient à part entière. Il devrait alors se comporter comme tout autre patient et se dégager du temps libre pour prendre sa santé en charge [16]. Il se plierait aux contraintes des règles de la consultation médicale en prenant rendez-vous auprès de son médecin traitant et éviterait ainsi les risques des consultations de couloir où les avis médicaux sont donnés rapidement, sans examen clinique, entre deux portes [17].
M27 : « je prends rendez-vous comme un patient, comme pour un patient ordinaire »

Le médecin patient devrait également respecter le parcours de soins habituel en consultant d'abord son médecin traitant, avec qui il discutera de l'intérêt de prendre un avis spécialisé. Au retour de sa consultation chez le spécialiste, le médecin malade retrouverait en son médecin traitant l'interlocuteur idéal pour discuter des différentes alternatives thérapeutiques [16, 17]. Sur ce point, les médecins interrogés reconnaissent qu'ils ont plutôt tendance à aller directement consulter le spécialiste, sans passer par un médecin référent. Ils auraient encore une fois tout intérêt à faire pour eux ce qu'ils font pour leurs patients.
M1 : « C'est vrai qu'on a plus recours aux spécialistes »
M2 : « j'ai une hypertension compliquée chez un de mes patients (...) si ils (les spécialistes) sont en contradiction (...) je vais aider le patient dans sa prise de décision »

Le médecin malade devrait respecter les recommandations en termes de traitements et de protocoles de soins comme tout autre patient, et accepter l'idée que les médecins n'échappent pas forcément aux complications par exemple post-chirurgicales ou aux effets indésirables de certains traitements. Il devrait s'engager à ne prendre aucun traitement sans l'avis de son médecin traitant, surtout s'il s'agit d'un médicament récent dont l'innocuité n'est pas sûre. Le dernier échantillon médical apparu sur le marché n'est pas forcément celui qu'il lui faut [17].
M20 : « ne pas juger les décisions prises par le médecin qu'on consulte, les respecter »
M3 : « Essayer d'écouter ce qu'on nous dit même si on n'est pas forcément d'accord »

Le médecin patient devrait se laisser à une relation médecin-malade classique où le patient se laisse guider par le soignant et s'en remet entièrement à lui en le laissant prendre seul les décisions thérapeutiques nécessaires [13]. Il devrait apprendre à faire confiance, cette confiance

étant au cœur de la relation soignant-soigné [22, 40].

M13 : « je vous remets les clés »

M26 : « on prend notre santé en mains »

M8 : « quand je prendrai un médecin traitant, c'est lui qui me soignera »

En plus des propositions trouvées dans la littérature, les médecins de notre étude ont insisté sur la nécessaire obéissance et la compliance dont ils feraient preuve en tant que malade. Ils ont en outre proposé que le médecin consulte de manière anonyme, de manière à mettre à l'aise le médecin consulté. Sur ce point, les avis divergeaient car certains d'entre eux pensaient que le fait d'omettre leur véritable profession introduirait un biais à la relation médecin-malade.

M4 : « Je pense pas que je pourrais tenir une relation avec un autre médecin sans soit carrément en annonçant un autre métier non je je me vois pas je trouve que ça met tout de suite quand même un frein à la sincérité ou à la confiance »

M8 : « Je ne me sens pas capable de bâtir une relation dans le mensonge »

5.3. Le médecin face à son confrère malade

5.3.1. Spécificités de la relation médecin-médecin

5.3.1.1. Le regard du médecin soignant

A l'analyse des observations des participants à l'étude, nous avons noté que les médecins trouvaient qu'il était difficile de soigner ses confrères.

M9 : « Je le secouais même un peu par ce que à la limite le pire ce sont les confrères […] à soigner »

M27 : « on est très démuni au départ »

En effet, le médecin soignant se heurte aux connaissances qu'a le patient et au jugement qu'il peut porter sur le soignant, à sa volonté de garder les commandes de la consultation, à la peur de faire une erreur diagnostique et parfois à son refus de soins.

M27 : « en sachant que l'interlocuteur est en mesure de comprendre le raisonnement que l'on suit »

M8 : « J'ai envoyé bouler un patient qui était médecin et qui prétendais commander (…) Tu te calmes parce que sinon tu vas te faire soigner ailleurs »

M5 : « On a entre guillemets envie de moins se louper sur celui-là que sur un autre »

M9 : « ah vous voulez pas ? Je le marque sur le dossier »

La prise en charge d'un confrère malade risque de bouleverser le médecin qui le soigne. Il aura en effet face à lui la preuve que les médecins peuvent être malades [11, 19, 20]. Cela peut l'incommoder en lui rappelant sa propre vulnérabilité et sa propre mortalité. En voyant son confrère souffrant, il perd en quelque sorte son « manteau d'immunité » contre les maladies. Il peut alors avoir l'impression que son confrère, en devenant un malade, a commis une trahison envers le « club » de ceux qui soignent [20].

M8 : « Il y a un côté grande famille »

Il peut éprouver de la colère parce qu'il estime que sa charge de travail sera accrue du fait de l'absence de son confrère ou que celui-ci lui faire perdre du temps parce qu'il pourrait très bien se soigner seul [19].

M9 : « Il avait qu'à se faire son ordonnance lui-même »

Le médecin soignant va alors prendre ses distances vis-à-vis de son patient médecin. Les conséquences pour le malade sont des investigations incomplètes, un examen clinique succinct, un retard diagnostic, surtout si un examen peut se révéler douloureux ou embarrassant pour le patient, ou encore des consignes incomplètes données sur la foi des connaissances médicales du patient [14, 18, 19, 20].

M20 : « il est médecin donc il doit bien savoir »

Dans d'autres circonstances, le médecin soignant peut se sentir honoré d'avoir été choisi comme référent, bien qu'ils en ressentent une certaine pression de performance, principalement quand le patient médecin est plus âgé, plus expérimenté ou reconnu par ses pairs [19, 20]. Malgré le temps et les efforts que cela représente, c'est pour certains soignants une expérience digne d'intérêt [18].

M2 : « C'est vrai que ça met une certaine pression t'es pas t'es pas très à l'aise, surtout quand le gastro-entérologue vient te parler de son colon »

M27 : « flatté et emmerdé » « c'est un peu ambivalent »

5.3.1.2. Des consultations informelles

Dans leur article paru en 1983, A. Stoudemire et J. Rhoads citent le cas d'un jeune médecin de 30 ans qui a sollicité un confrère de façon informelle, dans un couloir, pour une douleur épigastrique évolutive. Ce confrère avait suggéré la prise d'antiacides pour un éventuel ulcère duodénal et la consultation d'un gastro-entérologue en cas de persistance des symptômes. Ce

que fit le jeune médecin, encore une fois de façon informelle. Vingt-quatre heures après avoir obtenu un rendez-vous avec le spécialiste, il décédait brutalement d'une rupture d'anévrysme. S'il avait vu le spécialiste dans des conditions appropriées, ce médecin n'aurait sans doute pas omis d'évoquer cet antécédent de coarctation aortique pour lequel il avait été opéré 16 ans plus tôt et le pire aurait été évité [20].

Les consultations ou plutôt les demandes d'avis faites de manière informelles auprès des confrères sont malheureusement fréquentes et peuvent être à l'origine de retard et d'erreurs diagnostiques potentiellement très graves comme le montre cet exemple. Les informations sont insuffisantes voire inexistantes, sur la seule foi de l'auto diagnostic et de la perception des symptômes d'un médecin dont les facultés et l'objectivité peuvent être altérées par l'angoisse ou la peur de certaines maladies. La conséquence pour le patient médecin est que ces informations, parfois contradictoires, peuvent exacerber cette peur et le pousser dans des traitements ou examens non fondés voire dangereux [14, 18].

Les médecins interrogés dans notre étude ont reconnu avoir recours à cette forme de prise en charge, même s'ils n'admettraient pas de soigner leurs patients ainsi.
M23 : « on se soigne de manière informelle »
M25 : « si ils viennent me voir entre deux portes ou entre deux rendez-vous, comme ça à la sauvette, là je leur dis non écoute j'ai pas le temps, ou c'est pas le bon moment »

Ils ont d'ailleurs admis que le médecin se sentirait plus patient dans un climat de consultation habituel, dans un lieu et pendant un temps qui leur serait consacré.
M23 : « il faudrait un lieu où les médecins puissent s'autoriser à être des patients »

5.3.1.3. Maîtrise des informations médicales et accompagnement du malade

Un des enjeux du soignant dans la relation médecin-médecin malade est de garder le contrôle de la consultation et la conduite des soins. Par peur d'effrayer leur patient, certains soignants peuvent être tentés de délivrer des informations plus succinctes concernant un symptôme ou un résultat d'examen [19]. Pourtant, l'arrangement qui unit le médecin et son patient stipule que le médecin est dans l'obligation d'informer son patient afin que celui-ci puisse décider de la conduite à tenir en connaissance de cause. C'est le consentement éclairé [24].

Des anthropologues se sont intéressés à la question et ont démontré que l'information délivrée au patient est souvent partielle, parce que le patient n'interroge pas son médecin. Celui-ci minore certaines informations parce qu'il suppose que les informations médicales ne sont pas à la portée du malade ou dans le but de modérer ses angoisses. Toutefois, le mieux serait de *« donner la juste information, celle qui semble nécessaire au malade pour s'adapter, tout en permettant au soignant de rester dans son rôle professionnel et en accord avec ses propres perceptions individuelles »* [37].

Dans l'étude, un médecin a fait part de ses attentes en termes de délivrance de l'information et d'honnêteté de la part de son médecin traitant.

M12 : « J'attends vraiment de la transparence [...] Qu'on me dise tout, vraiment qu'on me cache rien »

Par ailleurs, le médecin soignant peut être poussé à pratiquer de nombreux examens complémentaires, pensant que c'est ce que le médecin patient souhaite, à la fois pour conforter son diagnostic et pour éviter les erreurs médicales [19]. Les médecins de notre enquête ont reconnu être plus souvent consommateurs d'examens complémentaires que les patients non médecins.
M4 : « je crois que les médecins généralistes dans les études qui ont été faites sont plutôt consommateurs d'examens complémentaires »
M27 : « l'examen il sert aussi à rassurer le médecin »

Il peut avoir des doutes sur sa propre compétence et inviter le médecin patient dans sa réflexion thérapeutique :
M25 : « qu'est-ce qu'il en pense, est-ce qu'il serait d'accord, est-ce qu'il pense que c'est une bonne, une bonne solution »

Se heurtant à la résistance du médecin patient et à son vécu de prescripteur, le médecin soignant peut se sentir intimidé par l'expérience de celui-ci. Il peut aussi se sentir manipulé et poussé dans des décisions thérapeutiques qu'il n'aurait pas forcément prises de lui-même [19].
M15 : « j'ai probablement eu une sensation d'être instrumentalisée »

Le médecin se fait souvent une idée fausse de la capacité du médecin patient à supporter et à gérer les contraintes de la maladie, parce que c'est justement son travail de la faire pour chacun de ses patients. Cette supposition est risquée pour le médecin patient qui, dépourvu de tout soutien psychologique, peut se sentir débordé et livré à lui-même avec ses angoisses et ses

peurs [19]. Cet accompagnement dans la maladie est pourtant important aux yeux des médecins que nous avons interrogés, puisque c'est justement en cas de pathologie grave, nécessitant une prise en charge lourde et psychologiquement dure, qu'ils auraient besoin de se tourner vers un confrère.

M17 : « Si c'est quelque chose dont on suspecte que ça pourrait être grave c'est facile d'aller voir un un confrère »

M26 : « ça fait du bien nous en tant que médecin d'être euh d'être pris en charge par quelqu'un d'autre, psychologiquement »

Dans sa manière de lui parler, le médecin soignant va également singulariser le médecin patient. Puisqu'ils utilisent tous les deux le même discours, le soignant donnera plus ou moins d'explications [40], et n'essaiera pas toujours de rassurer sur les inconvénients de tel examen ou les risques de tel traitement prescrits.

M27 : « on n'explique pas du tout les mêmes choses, les choses de la même façon qu'avec un patient ordinaire… donc le discours est différent »

Encore une fois, il fait confiance à son patient, mais sa bonne volonté empêche encore une fois le médecin de sentir qu'il est un patient parmi d'autres [19].

M10 : « Je voudrais qu'il me parle comme un patient (…) Et qu'il me dise pas oh tu sais c'est ça »

M23 : « le malade, du coup, il se sent légitime dans son rôle de malade, de patient »

5.3.2. Le respect du secret médical

Ce point précis de la confidentialité entre confrères a été l'occasion d'un débat prolongé entre les participants du troisième groupe focus. En effet, certains ont émis un doute sur le respect du secret médical entre confrères.

M14 : « le secret médical à mon avis n'est pas appliqué au sens strict notamment pour les médecins »

La préservation de la confidentialité et de la vie privée du patient est pourtant une condition indispensable à la relation médecin-malade. Le médecin est en effet depuis toujours une figure importante au sein de la société. Il est davantage exposé au regard des autres et surtout de ses propres patients, qui n'hésitent parfois pas à faire incursion dans son intimité.

M8 : « Quand je me suis installé, je tondais ma pelouse, les gens « ah docteur mon cholestérol

» il fallait que j'éteigne le moteur de la tondeuse », « c'était infernal, ils te parlaient de leur santé au moindre truc, là je me cachais »

Etre malade est pour le médecin une épreuve déjà difficile, elle l'est d'autant plus si ce médecin est dans la crainte que ses problèmes de santé soit révélés aux personnes qu'il côtoie quotidiennement. Par peur et par pudeur, le médecin malade risque alors de solliciter tardivement l'aide d'un confrère, plus encore s'il s'agit d'un problème psychiatrique [18].

Il arrive que la vie privée ou la maladie d'un médecin soit dévoilée par le médecin soignant à ses confrères auprès desquels il cherche une réassurance, un autre avis ou simplement pour satisfaire leur curiosité [19].
M24 : « à discuter à bâtons rompus dans certaines soirées rouennaises ou autres, on finit par savoir tellement de choses » « toutes les histoires médicales croustillantes »

Non seulement les droits du patient sont alors violés par le non-respect du secret mais les décisions pluridisciplinaires et contradictoires qui en découlent sont autant de pièges pour la prise en charge du malade [19].

5.3.3. Les honoraires

M1 : « oui c'est le problème c'est vrai que quand on va voir des confrères (...) souvent on paye pas quoi »

Suite à cette réflexion spontanée qu'avait faite l'un des médecins présents dans le premier groupe focus, nous avons posé cette question qui ne figurait pas à ce moment-là dans le guide d'entretien. C'est l'importance du débat soulevé et les réactions contradictoires qui en sont provenues, qui nous ont poussés à approfondir nos recherches bibliographiques et à interroger systématiquement les participants sur ce sujet. Or nous n'avons trouvé que très peu de recommandations concernant le règlement des honoraires d'un médecin à un confrère.

Une étude américaine publiée en 1993 [57] a interrogé 4800 médecins de soins primaires sur leurs habitudes et leur opinion concernant les honoraires. Sur les 2224 praticiens ayant répondu, 96% ont dit couramment offrir les soins dispensés à leurs confrères ainsi qu'à leurs familles. En pratique, ils étaient 75% à ne faire payer que la part prise en charge par les assurances, 49% à ne rien facturer, et 23% à offrir des réductions substantielles. Pour la grande majorité, la gratuité des soins était une façon de consolider les liens confraternels (79%) et ne perturbait pas la

relation médecin-patient (62%). Pour d'autres au contraire, cette pratique avait un effet néfaste dans la relation médecin-patient (14%) ou était impossible en raison de difficultés financières (12%).

On peut en effet supposer que la confraternité suffit à elle seule à justifier la dispense de règlement. Ces « rapports amicaux entre confrères » [52] naissent sur les bancs de la faculté où, dans un premier temps adversaires, les étudiants vont ensuite partager les difficultés de l'apprentissage d'un métier pour lequel l'investissement personnel et professionnel est primordial. Le fait d'avoir traversé les mêmes épreuves puis de rencontrer les mêmes problèmes quotidiens pousse les médecins à resserrer leurs liens et à se protéger. Ainsi, dispenser gratuitement des soins à ses confrères malades, et donc dans l'embarras, est une façon de s'entraider. C'est une sorte de pacte, scellé par le serment d'Hippocrate.

M21 : « je pense que c'est une démarche, on a prêté serment, on fait pas payer de confrères, c'est confraternel »

M4 : « Je croyais que c'était habituel que entre confrères on se faisait pas payer »

Comme les 96% de l'étude américaine, plusieurs des médecins interrogés ont dit ne pas faire payer leurs confrères.

M26 : « lorsqu'il arrive le paiement, on arrive dans une confraternité (...) donc je ne fais pas payer »

D'autres sont plus réticents et estiment que le non-paiement de la consultation met en danger l'équilibre déjà fragile de la relation médecin-médecin malade. En effet, ils peuvent avoir l'impression d'une prise en charge sacrifiée, moins sérieuse. La gratuité renforce chez le médecin patient le sentiment d'être « spécial ». La générosité bienveillante du médecin soignant est perçue comme une faveur et culpabilise le médecin patient qui a encore plus l'impression d'avoir déranger son confrère. Pire encore, le patient se sent redevable envers son médecin soignant et l'empêche de le quitter si toutefois il n'était pas en accord avec la prise en charge proposée [14, 20].

M11 : « Du coup c'est vrai qu'on est réticent à y retourner »

M13 : « on se sent un peu redevable »

Les médecins de notre étude sont plusieurs à penser que le règlement des honoraires est une condition indispensable au bon fonctionnement de la relation. Qu'il soit ou non médecin, le malade est un patient, un client mais aussi un consommateur. Il consulte une personne qui a

l'obligation de le soigner et en contrepartie, il s'engage à payer les soins. Cette disposition fait l'objet d'un article de droit privé en médecine libérale, l'article 1101 du code civil [24].

M19 : « ça instaure une relation malade/médecin »

M5 : « Chaque travail mérite salaire »

M27 : « Je pense que il faut payer le service »

Pour pallier à la gêne occasionnée par cette dispense de paiement, certains praticiens ont trouvé des solutions comme le règlement direct par l'assurance maladie lorsque le médecin bénéficie d'une prise en charge à 100%, ou l'alternance de consultations payantes et gratuites en cas de suivi régulier.

M23 : « je prends sa carte vitale »

M9 : « Il fait (payer) une fois sur deux »

Bien que les références bibliographiques soient pauvres à ce sujet, elles vont dans le même sens. Il est nécessaire de payer son confrère pour les soins qu'il a dispensé pour légitimer la relation médecin-malade et des propositions devraient être faites par les pouvoirs publics pour clarifier cette question.

5.3.4. Mieux soigner ses confrères

5.3.4.1. Règles de bonne conduite du médecin soignant

Aider ses confrères sous-entend qu'il faut en premier lieu avoir connaissance de leurs problèmes. Il est nécessaire d'améliorer la détection des confrères en difficulté [6]. En 2008, le conseil de l'ordre évoquait déjà la création de cellules de soutien qui permettraient aux médecins malades de prendre contact avec des confrères *« connus pour leurs qualités humaines, leurs compétences médicales mais aussi par leurs capacités à réagir rapidement à tous signalements de difficultés médicales chez un médecin en activité »* [2].

En Grande-Bretagne, le General Medical Council (GMC), équivalent du CNOM français recommande fortement aux médecins de dénoncer un confrère malade qui persiste dans le déni de ses symptômes et refuse toute aide. Beaucoup de praticiens anglais, au moment de s'installer dans un groupe d'associés, trouvent dans leur contrat une clause stipulant qu'ils peuvent obliger un confrère à se faire soigner si le comportement de ce dernier ou ses performances intellectuelles étaient perturbés par un problème de santé [17].

Michel Balint a été un précurseur dans la formation à la relation médecin-patient. Il a préconisé que le médecin apprenne à se prescrire lui-même, définissant la notion du « remède médecin » [38]. Les objectifs de ces groupes de formation était de *« permettre aux praticiens d'analyser les implications affectives et émotionnelles dans le travail avec les patients »* [25]. Ces conseils pourraient parfaitement s'appliquer à la relation médecin-médecin malade.

Pour bien prendre en charge ses confrères, le médecin doit se sentir relativement à l'aise. En cas d'anxiété excessive à l'idée de se tromper, le mieux est encore d'éviter cette situation, sans pour autant refuser de les soigner. Il est tout à fait possible d'aider ses confrères en les orientant vers une personne ou une structure appropriée à leur problème [14, 18].

Le médecin soignant devrait impérativement éviter les consultations de couloir et inviter le confrère malade à revenir consulter à un moment et en un lieu approprié [17].
M18 : « un lieu de consultation »

Dès le début de la consultation, la place de chaque acteur de la relation devrait être bien déterminée et le médecin soignant devrait affirmer sa position de meneur pour se faire son propre jugement et l'imposer au médecin patient [18, 20].
M7 : « Faut qu'on puisse lui obéir »
M23 : « il faut que le médecin endosse son costume de médecin et que le malade accepte de prendre son costume de malade »

C'est en outre le moment d'aborder la question des honoraires et d'assurer le médecin patient du respect du secret médical le concernant [14, 18].

Si le médecin patient n'a pas déclaré de médecin traitant, c'est au médecin soignant de l'encourager à trouver cette personne de confiance [17].
M2 : « Je voudrais lui faire confiance »

Le médecin soignant devrait s'enquérir des habitudes de vie du patient, de ses antécédents et procéder à un interrogatoire complet tel qu'il le fait avec les autres patients [18]. Il devrait en particulier demander si le médecin patient a déjà fait son propre diagnostic et s'il a déjà entrepris un traitement [14, 17]. Il devrait se renseigner sur les angoisses du patient et tenter de les apaiser au moyen d'une information claire, loyale et appropriée [17, 18, 23].
M3 : « Un médecin traitant qu'on pourrait saisir en cas de doute […] on a des peurs […] on est un peu dans la crainte de tout ce qu'on pourrait avoir »

Tout cela prend du temps et implique une grande disponibilité de la part du médecin soignant [18].

M24 : « la disponibilité »

Le diagnostic et la conduite à tenir devraient être exposés en détail et le médecin patient devrait être autorisé à participer à la décision thérapeutique. Les connaissances médicales du patient ne doivent pas dispenser le médecin soignant de donner ces informations à ce malade qu'il devrait considérer comme les autres, en faisant abstraction de sa profession [14].

M20 : « il faut qu'elles soient un peu justifiées, qu'elles soient expliquées et documentées »

M5 : « En étant plutôt neutre et il faudrait qu'il soit le moins possible influencé par ma propre profession »

Le médecin malade ne devrait pas être un patient privilégié ni relever d'une prise en charge spécifique [18].

M11 : « Il faut lutter justement contre une prise en charge spécifique »

Pour cela, le médecin soignant devrait s'opposer à toute dérogation aux protocoles habituels qui ont pour fonction de protéger les patients, comme par exemple la convalescence post-chirurgicale. Les médecins étant aussi susceptible que d'autres de faire des complications, il serait stupide d'ignorer ces dispositions [17].

Des étudiants de l'université de Bordeaux ont été interrogés sur les qualités d'un bon médecin attendues par ses patients. Ils ont cités en premier lieu son authenticité, ses compétences et sa bienveillance [36].

Bernard Guiraud-Chaumeil prône le retour aux *« valeurs du médecin idéal : compétence, éthique, esprit d'équipe, sens du devoir, disponibilité, responsabilité, présence et générosité »* et soutien que l'avenir de la médecine et de la relation médecin-malade nécessite le retour de la confiance [27]. Selon le Dr Jonhston, médecin de famille canadien, *« la profession médicale* [sera] *sauvée, non pas par ses organisations, mais bien par la somme totale de bon sens et d'humanité de ses membres individuels en pratique active »* [26].

Lorsque nous avons interrogé les médecins sur les caractéristiques de leur éventuel médecin traitant, leurs réponses ont été proches de ce que la littérature propose à ce sujet. Ils attendent principalement de ce médecin qu'il soit disponible, expérimenté et compétent. Voire plus

compétent qu'eux afin de leur apporter ce qu'ils n'ont pas avec l'auto surveillance.
Ils espèrent une profonde empathie et un soutien psychologique, surtout en cas de survenue de pathologies graves. Ils éprouvent le besoin de se décharger du poids de la maladie et surtout de la responsabilité qu'implique l'auto diagnostic et l'auto prescription.
Ils le veulent objectif et impartial, et qu'il fasse abstraction de leur profession, pour être considérés comme des patients ordinaires. Selon eux, pour remplir cet objectif d'impartialité, le médecin idéal doit être en dehors de leur cercle habituel et ne pas les connaître au préalable.
Ils n'attendent un médecin parfait et sans défaut et l'autorise à se tromper ; ils veulent en revanche qu'il reste humble, capable de se remettre en question et authentique, *« un vrai médecin traitant »***.**
Certains le préfèreraient jeune et physiquement attirant.
Enfin ils pensent qu'un médecin généraliste seraient le plus capable de les prendre en charge, en raison de la grande étendue de son champ d'action, de la vision globale qu'il a sur différentes pathologies, de sa place d'interlocuteur privilégié pour le patient dans le système de santé. Il accompagne le malade et sa famille tout au long de sa vie, là où le spécialiste ne fait que de brèves incursions pour un problème et à temps donnés [27]. Le côté réconfortant, rassurant et humain du médecin généraliste est également pour eux une nécessité, gage d'un engagement dans la prise en charge du malade. Connaissant leur métier et partageant leurs difficultés, il serait enfin plus à même de les comprendre et de les soigner.
*M10 : « on fera toujours quelqu'un à son image »***.**

5.3.4.2. Une formation pour soigner ses confrères ?

Pour prendre en charge les médecins généralistes qui sont *« une population un peu particulière »*, un participant a proposé que ce soit *« quelqu'un qui réfléchit aux problèmes avant de me prendre en charge »*, et qui soit entraîné à soigner ses confrères.
En effet, au cours des études médicales, l'étudiant apprend que la médecine est une science des maladies, une science humaine et une science éthique et déontologique. Il est confronté aux malades au cours de ses stages hospitaliers puis, lorsqu'il choisit d'exercer en ville, il rencontre les malades au cabinet ou à leur domicile, là où ils sont les plus vulnérables. Le médecin généraliste est formé pour être proche de ses malades et pour les accompagner. Il fait face à des patients de caractères différents, de réaction inégale face à la maladie, et il est en constante adaptation pour les traiter le mieux possible. Hors, à l'idée de voir un confrère faire irruption dans le cabinet pour y être soigné, les médecins se sentent désarmés, incompétents, angoissés

et maladroits. Ils ont peur de ne pas être à la hauteur. Ils craignent plus l'erreur médicale. Parce qu'ils ne pensaient pas être confrontés à cette situation car un médecin ne peut pas tomber malade. Parce qu'eux-mêmes se soignent seuls quand il le faut. A l'université de médecine, on n'apprend pas à être un malade.
M20 : « On a été confronté à la maladie à l'âge de 18 ans donc euh au bout d'un moment, au bout de 8, 9 ans, on s'est convaincu qu'on pouvait pas être malade »

Savoir que l'on peut être malade ou être amené à soigner des médecins malades serait sans doute un sujet à aborder au cours des études médicales, comme le suggère certains auteurs [18]. Il faudrait apprendre à gérer ces consultations en abordant le patient médecin sous un angle différent du patient non médecin, puisqu'il est différent. Le contenu de la formation pourrait être centré sur les difficultés relationnelles et non sur les compétences purement techniques, puisque le soignant est supposé traiter tous ses patients avec le même savoir-faire. Apprendre à être à l'écoute du patient, respecter le secret médical et garder son esprit critique et son objectivité pourrait faire partie de cette formation. Savoir que le patient médecin peut porter un jugement sur ce qu'on lui propose, mais ne pas en tenir compte ou en discuter avec lui dans le but d'imposer son raisonnement.

Savoir que leur médecin traitant a suivi cette formation et s'est engagé dans cette voie du soutien confraternel encouragerait les médecins généralistes à mieux se faire suivre.
M3 : « Je pense qu'il faut le faire savoir (...) Ça peut aider à l'accès aux soins des généralistes »

Un des médecins du premier groupe a même suggéré que le nom des médecins formés soit disponible sur une liste accessible aux médecins qui auraient besoin d'aide.
M4 : « Il faudrait être identifié quoi, comme un médecin qui prendrait en charge »

L'expérience personnelle de cette situation peut suffire à mieux prendre en charge ses confrères, mais des exemples étrangers montrent qu'il est possible de former des médecins à soigner leurs confrères, comme c'est le cas en Norvège, où des médecins généralistes et psychiatres sont spécifiquement entraînés à la prise en charge d'autres médecins [18, 56].

En Catalogne, les médecins appartenant au réseau de prise en charge sont formés au sein du PAIMM, dans la clinique Galatea [49].

Au Québec, il s'agit d'un système pyramidal où des psychiatres et des médecins des réseaux de soutien agissent au niveau de chaque Provinces et bénéficient d'une formation plus technique [50].

Nous avons joint par téléphone le Dr Yves Leopold, vice-président de la CARMF et trésorier de l'APSS. En France, la réflexion sur la santé des soignants et leur prise en charge date de plusieurs années. En 2011, des psychiatres hospitaliers ont été invités à venir se former sur les soins aux confrères. Plus récemment, à Avignon, une rencontre de médecins habitués à soigner d'autres médecins a été organisée pour confronter les avis et les expériences. Un projet de diplôme universitaire pour les soignants de soignants serait à l'étude.

5.4. Suggestions pour l'avenir des médecins malades

1/ On ne peut pas obliger les médecins à se faire soigner lorsqu'ils en ont besoin. La solution est peut-être d'agir en amont au moyen du développement et de la promotion de structures comme Imhotep, qui permet au praticien de consulter quand ils le souhaitent, même en dehors de tout problème de santé. Bien qu'ils pensent le contraire (*M19 : « au niveau de la prévention (...) non je pense que c'est inutile »*), des actions en termes de prévention et de dépistage pourraient être l'occasion d'un premier contact entre le médecin « pouvant être malade » et son médecin référent. Les médecins de notre étude, notamment dans le premier groupe, ont insisté sur la notion de médecin de prévention, qui pourrait être consulté de façon régulière. Ces consultations régulières pourraient déboucher à plus long termes sur le dépistage de certaines pathologies que le médecin malade n'aurait pas cherché seul, et sur l'orientation vers un spécialiste ou une structure de soins adaptée à ces pathologies.

Les autres réseaux de soutien déjà en place comme l'APSS méritent d'être plus connus et d'autres projets du même ordre devraient être développés. Le problème du financement de telles structures et de leurs indépendances vis-à-vis des organismes officiels est évident. Les médecins seraient-ils prêts à s'engager financièrement pour leur santé ?

Ces structures spécifiques ont l'avantage d'augmenter l'expérience de la relation avec ce patient si particulier, médecin et auto prescripteur, mais ont le défaut d'un coût qui impose une réflexion politique qui, sauf dans quelques régions, n'est pas à l'ordre du jour.

2/ Il serait bon également d'inciter les médecins à désigner un médecin traitant autre qu'eux même et à le consulter régulièrement. Cette solution impose une sensibilisation et une réflexion d'ordre éthique sur l'obligation du médecin de prendre soin de lui, notamment pour pouvoir mieux prendre en charge ses patients. Nous avons vu que la désignation d'un médecin traitant représentait plusieurs inconvénients, dont des problèmes de temps, de déni, de peur de l'indiscrétion. Si le médecin traitant est déjà désigné, la difficulté est de jouer le jeu d'une relation soignant-soigné.

3/ Le conseil de l'Ordre suggérait en 2008 la mise en place de visites médicales imposées, sur le modèle de la médecine du travail, arguant que la seule consultation obligatoire dans la vie d'un médecin était celle qu'il faisait avant ses premiers stages hospitaliers. Mais en ville les médecins sont trop attachés à la liberté d'action qui leur reste pour s'en passer sans se révolter. La force n'est certainement pas la bonne solution…

4/ Il est peut-être aussi possible de sensibiliser les étudiants au cours de l'externat et leur faire prendre conscience du fait qu'ils peuvent être aussi malades que les patients qui se trouvent dans les services hospitaliers et qu'eux aussi un jour auront besoin d'un médecin référent sur qui compter. Le reconnaître au plus tôt permettrait aux jeunes médecins encore en bonne santé de prendre les mesures nécessaires à traverser au mieux la maladie et ses épreuves, le jour où celle-ci se présente, comme par exemple la souscription à un régime de prévoyance.

Choisir un médecin traitant et le consulter régulièrement sont deux solutions indispensables et complémentaires pour augmenter la probabilité qu'un médecin accepte de confier le suivi de sa santé. Les thèmes de prévention et d'importance de la participation d'un tiers devraient apparaitre dans les enseignements et formations continues.

5.5. Réflexion sur l'ensemble de l'étude

Dans cette enquête, nous avons retrouvé les différentes idées exprimées dans la littérature, mis à part ces quelques détails :

Alors que D. Portalier-Gay a noté dans sa thèse [21] qu'un des motifs de refus de consulter un confrère était la peur d'être arrêté et de voir son aptitude à exercer la médecine remise en question, de même que l'évoque le CDOM dans son rapport [2], aucun des participants à cette étude n'en a parlé.

Les médecins interrogés n'ont que très peu évoqué le problème du brun out alors que c'était le premier point d'intéressement des différents auteurs. Est-ce parce que nous n'avons volontairement pas orienté nos questions dans ce sens ou parce que le sujet est délicat à aborder devant témoins ?

La prise en charge des médecins malades en France et ailleurs dans le monde se limite principalement à la détection des problèmes d'épuisement professionnel, d'addictions et de troubles de la santé mentale. Les médecins de notre étude ont évoqué leur préférence pour une structure où la prise en charge serait mixte, alliant soutien moral, conseils en matière de prévention et de dépistage. Certains ont souligné l'importance d'une forme d'encadrement afin de motiver et de discipliner les récalcitrants, alors que d'autres s'obstinaient dans leur conduite d'auto diagnostic, revendiquant une certaine liberté d'agir et d'obéir.

Le médecin ou la structure idéale pour accueillir les médecins malades se situe sans doute quelque part entre les deux, entre l'incitation bienveillante mais ferme à mieux se soigner et le droit à garder une indépendance et un esprit critique sur les soins proposés.

6. CONCLUSION

Etre un malade est souvent une situation inédite pour le médecin. Il se retrouve bien plus dans la notion de « soignant » que dans celle de « soigné ». Pourtant, lorsque la réalité de la nature humaine, biologique, le rattrape, il doit s'efforcer de faire face. Dans sa lutte contre sa maladie, le médecin est souvent seul et de nombreux écueils se dressent entre lui et une bonne prise en charge. L'auto diagnostic et l'auto prescription, par leur caractère pratique, sont un des obstacles qui l'empêchent de demander de l'aide auprès d'autres médecins. Pourtant, être un praticien compétent pour les autres ne signifie pas nécessairement l'être pour soi-même.

L'acceptation de la maladie et du statut de malade est une autre difficulté. Pour y parvenir, le médecin doit apprendre à se livrer, à se débarrasser des préjugés anciens qui lui interdisaient de se plaindre. Il doit accepter qu'être malade n'est pas une punition. Il doit dépasser sa pudeur, sa peur et son refus de la maladie, et surmonter son appréhension à l'idée de consulter un confrère, car il sait qu'il peut y avoir un jugement. Lorsqu'enfin il est passé de l'autre côté de la barrière, il doit faire preuve de compliance et réserver ses critiques à l'envers de son médecin traitant puisque celui-ci ne cherche qu'à le soigner de la même manière qu'il soigne ses autres patients. Du moins s'y efforce-t-il...

Car de son côté, le médecin soignant s'efforce de considérer ce patient « spécial » comme un patient normal. Il est celui qui le comprend le mieux puisqu'il partage, ou à peu de choses près, son quotidien. Le piège réside pourtant en ce jeu de miroir. Pour mieux soigner son confrère, le médecin va mettre de côté sa crainte du jugement de l'autre et oublier toute confraternité. Son objectivité sera maintenue grâce à la capacité qu'il aura de considérer son confrère malade comme un patient ordinaire.

Nous avons appris au cours de nos études à soigner des malades et non des maladies. A soulager des symptômes et non des résultats d'examens pathologiques. La médecine est avant tout une science humaine où chaque patient a le droit d'être soigné comme les autres. Le médecin malade a le droit de revendiquer ce statut de malade comme les autres. Son médecin traitant a le devoir de le considérer comme ses autres patients. L'accès aux soins des médecins n'est pas plus difficile que pour les autres patients. Il suffit de se donner du temps et des moyens pour se faire soigner.

Il n'existera sans doute pas de médecin traitant idéal pour les médecins malades de la même manière qu'il n'existera pas de médecin patient idéal. Tant que les médecins malades n'auront pas pris conscience des pièges et des risques de l'auto diagnostic, ils continueront à se prendre en charge seuls. Au moins ce médecin traitant sera disponible et discret.

7. ANNEXES

ANNEXE 1

Un test standardisé de repérage des problèmes d'alcoolisation : le test DETA

Diminuer, **E**ntourage, **T**rop, **A**lcool

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
2. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation de boissons alcoolisées ?
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

Le test DETA est positif si le sujet répond par oui à au moins deux questions.

ANNEXE 2

Courriel de recrutement adressé aux interviewés et aux lecteurs de la newsletter du CDOM

Chères consœurs, chers confrères,

Je prépare actuellement ma thèse de médecine générale, ayant pour thème global la santé des médecins généralistes hauts-normands.

Plusieurs études ont démontré le peu voire l'absence totale d'attention que les médecins généralistes portent à leur propre santé. Les raisons invoquées sont le manque de temps, pour bien se soigner et choisir le bon médecin traitant, le manque de disponibilité de la part des confrères, ou encore le mythe qu'un médecin se doit d'être toujours en bonne santé.

Le but de ma recherche est de trouver quels sont les freins à la consultation d'un confrère, de comprendre les attentes et les besoins des généralistes en matière de médecin traitant et de proposer enfin un moyen de les former à aborder ces consultations délicates où le patient est lui-même médecin.

Existe-t-il un médecin idéal capable de prendre en charge ses confrères ?

J'ai choisi de recruter des médecins volontaires pour participer à des groupes focus dont le premier aura lieu le jeudi 13 septembre 2012.

Si mon projet vous intéresse et que vous êtes disponible, contactez-moi par mail !

Bien confraternellement,

Marie-Hélène GONTHARET-MARIETTE
mariegontharet@yahoo.fr

ANNEXE 3

Guide pour la réalisation des entretiens

Tour de table avec prénoms et lieu d'activité.

QUESTIONS	RELANCE 1	RELANCE 2
1. Avez-vous déclaré un médecin traitant ?	**Oui** - Pourquoi ? - Comment l'avez-vous choisi ?	**Non** - Pourquoi ? - Avez-vous pensé à déclarer un médecin spécialiste d'organe ?
2. Dans quelles circonstances allez-vous voir votre médecin traitant ?		Iriez-vous dans le cadre de la prévention/dépistage de masse ?
3. Qu'attendez-vous de votre médecin traitant ?	En termes de soins ? Qualités humaines ?	Quels seraient vos attentes/besoins vis-à-vis de votre médecin traitant ?
4. Avez-vous des médecins (généralistes/spécialistes) parmi vos patients ?	- Pour quels motifs viennent-ils vous consulter ? - A quelles difficultés avez-vous été confrontés lors de ces consultations ? Pièges ? - Honoraires entre médecins ?	
5. Pensez-vous qu'une formation serait utile pour apprendre à aborder ces consultations ?	- Au cours des études médicales (cursus universitaire) ? - En FMC ?	

Tour de table : Avez-vous une dernière chose à ajouter ?

ANNEXE 4

Grilles des codes sous forme thématique

THEME 1 : ETAT DE SANTE ET SUIVI ACTUEL DES MEDECINS GENERALISTES			
SUIVI			
Suivi régulier	Suivi des maladies chroniques	« soucis de santé qui nous imposent d'avoir un suivi régulier »	M6, L450, page 36
	Renouvellement d'ordonnance	« C'est un bon argument pour voir les gens comme les autres quoi, qu'ils soient médecins ou pas »	M8, L551, page 30
	Certificat médical	« il ne s'est jamais produit que des renouvellements de traitement en cours »	M27, L108, page 6
	Pathologies courantes	« une aptitude au sport »	M27, L38, page 2
	Permet d'éviter les erreurs médicales	« Les patients qu'on voit comme ça (…) Tous les 2 ans (…) Pour faire du sport »	M11, L105, page 7
	Donne un rythme à la consultation	« on est quand même aussi dans un suivi relativement calme donc euh il n'y a pas eu de pathologies mystérieuses »	M27, L192, page 10
	Permet d'organiser la prise en charge de façon optimale	« ce sont des pathologies simples, courantes, ordinaires »	M27, L138, page 7
	Gage d'une bonne prise en charge	« Il faut se côtoyer un minimum pour ne pas passer à côté de… »	M8, L551, page 30
	Evoqué dans l'avenir	« les gens qu'on voit pas souvent on passait une heure à les voir », « moi je suis fatigué au bout d'une heure »	M8, L551-553, Page 30
	Suivi d'une pathologie au long cours	« Si on le voit souvent (…) On se dit on verra la fois d'après »	M8, L555, page 31
		« Si on le voit tous les trois ans euh ça va pas, ils sont mal suivis ces gens-là »	M8, L555, page 31
		« peut-être qu'un jour j'aurais besoin de de d'un suivi plus régulier »	M19, L51, page 3
		« pour euh le suivi euh post thérapeutique »	M27, L4, page 1
		« J'ai un petit contrat avec le conseil général donc de ce fait je suis salariée »	M1, L24, page 3

	Rendu obligatoire par l'exercice salarié de la médecine Souhait d'un spécialiste Par un médecin du travail, en prévention Suivi régulier organisé par le médecin soignant Par le conjoint Auto surveillance Caractère pratique de l'auto surveillance Dépend de la volonté du médecin qui l'exerce	« C'est une pédiatre (…) Qui m'avait dit j'aimerais bien un jour voir un médecin »	M5, L87, page 7
		« S'astreindre […] tous les deux ou trois ans […] à une surveillance »	M3, L240, page 21
		« Je l'ai déjà revu trois, quatre fois »	M5, L291, page 25
		« Nous nous voyons régulièrement, tous les trois mois pour son traitement »	M16, L324, page 18
		« On se suit régulièrement l'un l'autre depuis des années »	M2, L14, page 2
		« elle surveille certaines choses »	M26, L53, page 3
		« Déjà je me vois souvent du coup je me surveille »	M5, L11, page 2
		« Si on est son médecin traitant, on peut très bien se suivre correctement si on a envie de bien faire comme avec ses patients », « et faire ses examens spéciaux »	M8, L557-563, page 31
Suivi spécialisé	Dépistage Grossesse Inaccessible à l'auto surveillance Relâchement du suivi médical par les spécialistes chez leurs patients médecins Manque d'assiduité suite à l'acquisition des connaissances scientifiques du médecin patient	« Lors de ma première échographie pour ma grossesse »	M6, L12, page 2
		« Les personnes que je vois c'est le gynéco parce que j'y pense et puis le suivi de grossesse au cas où quoi mais c'est tout »	M6, L32, page 4
		« C'est une question toute bête c'est un truc basique mais on regarde pas forcément ça et puis euh après pour les suivis je crois quand il y a des grossesses etc. il y a un suivi médical mais c'est vrai qu'après… »	M1, L78, page 6
		« Des suivis de grossesses »	M11, L80, page 5
		« L'obligation des grossesses pour un suivi un peu plus régulier »	M6, L450, page 36
		« Un peu comme nos suivis, nous les femmes, gynécologiques »	M3, L244, page 21

		« Elle me dit […] je te prends la tension systématiquement parce qu'elle sait qu'elle est la seule à me contrôler »	M12, L85, page 5
		« j'ai une gynéco »	M19, L45, page 3
		« le seul médecin que je voyais régulièrement c'était ma gynécologue »	M22, L118, page 7
		« Elle sait qu'elle est la seule à me contrôler »	M12, L85, page 5
		« C'est même vicieux parce que à ma première grossesse (…) J'étais encore interne donc voilà elle m'a fait bien son suivi […] mais là je suis enceinte d'une deuxième grossesse elle m'a dit […] vous verrez l'obstétricien dans deux mois… oui enfin logiquement il faut que je vous revois dans un mois aussi »	M6, L79, page 6
		« Je suis beaucoup moins assidu pour la deuxième que pour la première »	M6, L79, page 6
Suivi spécialisé	En cardiologie	« Par Bernard Dequidt »	M9, L48, page 3
	Par obligation	« avec l'aide de de confrères spécialistes quand même »	M25, L73, page 4
	Prise en charge hospitalière	« je suis un traitement qui a été initié par quelqu'un d'autre »	M15, L75, page 4
	Pathologie lourde	« J'ai dû retourner le voir, bien piteusement »	M16, L111, page 7
	Antérieur à la prise en charge en urgence	« j'ai un suivi euh assez euh régulier vu ma pathologie (…) par rapport à mon suivi au niveau hospitalier »	M20, L107, page 6
		« c'est que c'était une pathologie qui ne pouvait pas relever d'une prise en charge en médecine de ville »	M27, L70, page 4
		« j'ai un suivi régulier » « avec les médecins hospitaliers »	M27, L174-176, page 9
		« Je le savais, j'étais suivi », « j'avais pas de médecin traitant mais j'étais suivi »	M9, L40-44 Page 3
	Spécialiste limité	« le patient est endormi donc on lui parle pas »	M10, L217, page 13

	Manque de dialogue Manque de psychologie Manque de soutien Manque d'humilité	« C'est un côté psychologique que ce type de médecin »	M10, L217, page 13
		« Quand je posais la question à René ou à n'importe qui […] Démerdes-toi, tu as ton traitement, on n'essaye pas de savoir »	M9, L251, page 15
		« Quelle que soit la spécialité de chirurgie ou je coupe (…) Et vous êtes guéri »	M10, L215, page 13
Spécialiste médecin traitant	Possibilité non connue et absurde pour médecin patient Le gynécologue fait office de médecin traitant non déclaré car les compétences sont proches de celles d'un médecin généraliste Choix secondaire après auto proclamation Compétences du spécialiste limitées à un domaine, dépassé par les problèmes concernant d'autres organes que celui qu'il soigne Limite technique Pas de prise en charge globale par opposition au généraliste Retard diagnostic Consultation en urgence plus difficile dans le cas d'un spécialiste que d'un généraliste	« Je sais pas si on peut prendre un médecin référent spécialiste »	M9, L50, page 3
		« Je pensais même pas qu'on pouvait mettre un spécialiste » « moi non plus je savais pas »	M11, L80, M12, L81, page 5
		« C'était pas logique dans ma tête »	M11, L82, page 5
		« je le savais mais, mais je trouve que c'est une aberration complète »	M27, L228, page 12
		« J'ai quand même une gynécologue donc euh en fait, finalement, c'est un peu elle qui me sert de médecin traitant »	M11, L80, page 5
		« Les gynécos (…) Il peut y avoir je dirais un petit travail de médecine générale »	M9, L118, page 8
		« mon médecin traitant c'est ma gynéco »	M22, L118, page 7
		« je la vois que pour euh de la gynéco (…) je sais pas ce que ça donnerait si j'avais des soucis de santé qui sortent de ce domaine-là»	M22, L118, page 7
		« "je n'ai que deux patients qui m'ont déclaré, mon mari et toi"»	M22, L118, page 7
		« au départ j'étais mon médecin traitant et après ça a été le spécialiste »	M16, L115, page 7
		« au départ j'avais déclaré l'hématologue comme médecin traitant »	M27, L284, page 15
		« je m'imagine pas je sais pas aller voir un psychiatre ou un neurologue pour lui dire "tu veux être mon médecin traitant ? " euh… en	M2, L193, page 18

		plus je me dis Il va être mon médecin traitant (…) De mon esprit de mes reins mon hypertension mais le reste le reste il va absolument pas s'en occuper »	
		« je peux prendre un cardiologue comme médecin traitant mais qui c'est qui va regarder mes grains de beauté »	M5, L195, page 18
		« si j'ai une pneumopathie, si j'ai une sinusite, bon euh c'est pas René Koning ou Bernard Dequidt qui va me servir de médecin référent, de toute façon c'est pas leur problème ils sont pas enfin…» « pas compétent pour ça »	M9, L114, M8, L115, page 7
		« La gynéco, si on a une pneumopathie, c'est pareil »	M11, L121, page 8
		« par rapport aux spécialistes qui sont évidemment tous focalisés sur un appareil »	M27, L30, page 2
		« J'ai des amis qui sont spécialistes pour leur fille des fois ils me demandent des conseils » « je pense que chacun sa spécialité »	M6, L199, page 18
		« j'étais un peu le médecin de ses enfants parce que il me dit moi, en dehors de la cardio euh… quand les gamins avaient une otite euh bah il savait pas »	M9, L116, page 7
		« un spécialiste téléphone à un généraliste pour dire (…) qu'est-ce que tu ferais toi ? »	M23, L329, page 18
		« quand ça c'est compliqué et qu'il s'est avéré d'autres pathologies ultérieurement »	M27, L284, page 15
		« Un spécialiste à mon avis il est technique »	M9, L251, page 15
		« je pensais que c'était une chose dont on ne bénéficiait pas suffisamment dans le milieu hospitalier »	M27, L8, page 1
		« qui n'ont pas été prises en compte très précocement, parce que peut-être justement ce, ce regard était un petit peu trop focalisé sur l'appareil concerné à chaque fois »	M27, L34, page 2
		« Dans l'urgence on peut pas la voir »	M12, L83, page 5

	Suivi psychiatrique Source d'intérêt pour le soignant Exhaustif, non limité au domaine somatique Habitudes de vie, santé mentale et psychique par opposition à la santé physique	« la psychiatrie c'est un terrain qui m'intéresse »	M15, L386, page 22
		« mon médecin traitant je le vois pas que au niveau des pathologies organiques »	M20, L178, page 10
		« Effectivement y a toute une partie non organique qu'on est pas qu'on va pas suivre quoi » « On se suit je dirais point de vue organes (…) Voilà on est dans l'organique uniquement »	M1, L15-24, pages 2-3
Suivi médical / Pharmacien	Dossier pharmaceutique, source de diffusion du secret médical, droits du patient, accès à l'information médicale	« le dossier pharmaceutique doit être fait sur la demande du patient »	M14, L256, page 14
		« le pharmacien brutalement va voir… » « … que vous avez tel traitement »	M14, L258-260, page 14
		« le dossier pharmaceutique c'est un dossier général, c'est partagé »	M14, L277, page 15
		« il ne doit être en principe ouvert qu'à la demande du patient et avec l'accord du patient »	M14, L279, page 15
		« tous les pharmaciens le voient » « il est consultable partout »	M14, L281 M25, L282, page 15
		« c'est rétroactif sur 4 mois »	M14, L284, page 15
ABSENCE DE SUIVI			
Absence de suivi	A partir de la fin du deuxième cycle des études médicales Pas de surveillance particulière Recherche de prétexte pour justifier un mauvais suivi médical Conscience du mauvais suivi des médecins Paradoxe entre le manque d'objectivité dans le médecin	« Je dirai qu'actuellement je vois jamais un médecin »	M7, L28, page 4
		« J'ai jamais vu mon médecin depuis 15 ans »	M12, L69, page 4
		« J'ai pas vu de médecin depuis 15 ans »	M5, L87, page 7
		« Depuis que je suis interne j'ai pas vu mon médecin généraliste »	M6, L450, page 36
		« il y a 25 ans que je traîne derrière de jamais avoir vu de médecin (…) à partir du moment c'est vrai où je suis devenu soignant, prescripteur, interne, là j'ai plus eu de médecin de médecin traitant »	M2, L436, page 35
		« J'ai quand même déclaré ce médecin généraliste que je ne vois jamais bien évidemment »	M6, L12, page 2

	conscience et le fait qu'il refuse de se faire soigner par un autre constaté par le médecin du travail Examen clinique rare chez les médecins malades Justifié par une bonne santé	« je me soigne pas »	M24, L8, page 1
		« Puisque effectivement on n'est pas examiné fréquemment, qu'on a tous les moyens de ne pas le faire »	M3, L244, page 21
		« Donc non, on n'est pas bien suivi »	M12, L562, page 31
		« J'estime qu'on peut pas se suivre mais d'un autre côté je vais pas chez le médecin pour autant »	M6, L81, page 7
		« Il m'a dit vu comment tu dois être suivi je vais tout faire »	M1, L24, page 3
		« Qui m'a pas examinée de puis je dirais pareil l'internat »	M7, L449, page 36
		« J'ai la chance d'avoir rien eu pour l'instant »	M10, L55, page 4
	Sentiment de manque	« Ça me manque de pas avoir de médecin en fait »	M12, L69, page 4
HORS PARCOURS DE SOINS			
Hors parcours de soins administratif	Déclaration médecin traitant non faite	« Moi j'ai pas déclaré de médecin référent »	M10, L55, page 4
		« tu ne l'a pas déclaré »	M25, L23, page 1
	Accès aux soins rendu plus difficile en l'absence de déclaration d'un médecin traitant	« Suite à ses difficultés là »	M4, L10, pages 1
	Rébellion	« Par esprit sûrement de soixante-huitard attardé »	M10, L55, page 4
	Libéralisme	« j'ai pas de rapport particulier avec l'assurance maladie »	M24, L4, page 1
PRISE EN CHARGE			
Prise en charge d'un confrère	Prise en charge de médecins spécialistes d'organes	« J'ai soigné des médecins hospitaliers c'est voilà qui m'avaient pris comme médecin traitant »	M2, L88, page 7
		« j'ai dans mes patients un médecin spécialiste »	M16, L324, page 18
		« C'est un médecin hospitalier en service de soins de suite de réadaptations »	M5, L291, page 25
	Prise en charge d'étudiants et médecins installés spécialiste ou généralistes	« J'ai pas mal d'internes (…) Je suis les enfants de pédiatres et de médecins généralistes »	M1, L295, page 26

	Prise en charge d'un médecin du travail	« c'est un médecin du travail »	M27, L128, page 7
	Prise en charge d'un médecin retraité	« je suis le médecin traitant d'un médecin qui est à la retraite »	M13, L122, page 8
	Prise en charge de professionnels paramédicaux	« J'ai des patients pas médecins mais par exemple infirmières »	M4, L96, page 8
		« on a soigné des médecins nous tous » « j'en ai encore vu un juste avant de venir »	M8, L156 M9, L157, page 9
	Suivi pédiatrique des enfants d'un confrère Prise en charge professionnelle	« Il vient pour ses gamins aussi »	M5, L291, page 26
		« des enfants oui ça m'est arrivé »	M27, L116, page 6
		« suffisamment professionnel »	M27, L118, page 6
	Prise en charge hospitalière Avantage pour les soignants dans la prise en charge des malades Evite les erreurs médicales	« les décisions qui sont pluridisciplinaires ou qui sont en comité thérapeutique enfin, donc ça, ça facilite leurs décisions en tout cas leur travail »	M27, L186, page 10
		« à l'hôpital il y a une autre modalité qui est… qui facilite le travail des médecins, c'est le travail en équipe »	M27, L186, page 10
		« d'être en groupe est certainement un garde-fou »	M27, L188, page 10
Prise en charge spécifique	Non spécifique au patient médecin Ni privilège, ni négligence	« on n'en fera ni plus ni moins »	M19, L91, page 5
	Adapté à chaque patient	« Les patients c'est différent, les uns les autres sont différents en fonction de leur appréhension, de de leur façon d'aborder les les choses »	M25, L561, page 30
PATHOLOGIES			
Pathologies suivies	Pathologies lourdes	« il vient pas consulter pour un rhume, il vient consulter parce qu'il a une pathologie compliquée, lourde »	M23, L317, page 17
	Pathologies compliquées	« c'est jamais des choses simples n'est-ce pas, ils viennent pas nous voir pour une rhinopharyngite »	M27, L274, page 15

	Poussent le médecin malade à consulter		
		« il y a des pathologies qui sont assez graves »	M20, L107, page 6
	Poly pathologies	« sur le plan neuro, sur le plan cardiaque, sur le plan pulmonaire, sur le plan… oui, non, non il a sa part »	M9, L355, page 20
	Pathologies cardio-vasculaires	« Il avait fait un infarctus »	M2, L178, page 16
		« Je lui dis t'es en arythmie »	M9, L368, page 21
	Pathologies ostéo-articulaires Ostéopathie	« Il est venu me voir pour une histoire d'épaule »	M5, L291, page 25
		« il avait peur de faire de l'artérite en fait c'était une cruralgie »	M13, L122, page 8
		« Dans un cadre bien précis, l'ostéopathie », « c'est un acte technique »	M10, L314-319, page 18
	Troubles de coagulation	« je lui ai confirmé qu'il avait une phlébite, très probablement, mais euh je lui ai proposé d'aller consulter rapidement aux urgences parce que il avait une dyspnée d'effort depuis quelques jours donc je l'ai fait hospitaliser, il avait effectivement une embolie pulmonaire » « il avait une maladie de coagulation»	M16, L324, page 18
	Soins non organiques, écoute	« Il y a une histoire familiale un peu difficile (…) Donc j'y parle un petit peu de ce côté-là aussi »	M5, L291, page 25
Pathologies vécues	Poly pathologies	« avec l'expérience que j'ai eu d'avoir plusieurs pathologies successives »	M27, L34, page 2
	Pathologies cardio-vasculaires Avec complications graves, nécessitant un suivi	« J'ai une cardiomyopathie non obstructive (…) J'ai fait une mort subite »	M9, L22, page 2
		« J'avais un QT long »	M9, L37, page 2
	Trouble du rythme Avec antécédents familiaux	« Mon père est décédé comme ça hein donc je le savais », « Mon père avait une cardiomyopathie, il est mort à 62 »	M9, L40, page 3 M9, L404, page 23
	Hypertension artérielle	« elle est pas très bonne euh 14 »	M15, L28, page 2

	Pathologies neurologiques Traumatisme crânien avec complication Malaise	« je me suis assommé sur une maison, j'ai fait une perte de connaissance »	M26, L61, page 3
		« j'ai été médecin sapeur-pompier (…) j'ai fait un malaise »	M16, L111, page 7
	Pathologie digestive avec prise en charge chirurgicale	« J'ai eu l'appendicite »	M13, L341, page 19
	Pathologies cancéreuses avec antécédents familiaux	« Mon père est atteint d'un cancer de la prostate »	M10, L396, page 22
		« Il est mort à 95 ans mon grand-père… Et en fait je pense qu'il avait un cancer de la prostate »	M10, L398, page 22
		« quand un médecin va mal, ou il a un cancer ou il a un problème psychiatrique »	M23, L164, page 9
	Pathologies psychiatriques Obstacle à la consultation d'un confrère	« J'ai passé cinq ans de ma vie un jour sur un divan d'analyse (…) Il m'en reste toujours quelque chose euh… Une culture »	M10, L135, page 9
		« quand un médecin va mal, ou il a un cancer ou il a un problème psychiatrique »	M23, L164, page 9
		« un médecin qui a des problèmes psychiatriques »	M14, L381, page 21
	Prise en charge difficile ou inhabituelles Induit un état de stress parmi les soignants	« quand on était interne dans les services hospitaliers, enfin dès qu'il y a un médecin qui arrive comme patient dans un lit d'hôpital, c'est la panique à bord, parce qu'on sait bien que ça va être très compliqué ou qu'il va y avoir des des des cas particuliers quoi, voilà, bien entendu c'était mon cas aussi évidemment » « souvent, on a des formes particulières »	M27, L146, page 8
		« la particularité aussi avec les médecins, c'est qu'ils font jamais tout comme les autres »	M27, L138, page 7
	Pathologies border line	« c'est souvent des choses qui sont un petit peu sur les marges de ce qu'on sait »	M27, L140, page 7
	Auto prescription facile en cas de pathologies bénignes, courantes	« Soigner une angine se soigner des choses comme ça (…) Voilà on peut le faire »	M2, L88, page 8
		« si t'as des choses un peu bénignes, tu vas pas consulter »	M17, L106, page 6
		« pour une angine ou n'importe quoi je vais pas voir M23 »	M20, L107, page 6

		« quand y a un problème banal euh on va le gérer »	M20, L368, page 20
		« Si j'ai un petit bobo je me débrouille toute seule »	M7, L28, page 4
ADDICTIONS			
Addictions	Tabagisme Implication de par l'expérience personnelle Aide au sevrage tabagique et à la prise de conscience d'un risque par un confrère	« j'ai fumé pendant 30 ans »	M23, L92, page 5
		« je connais intimement l'addiction tabac »	M23, L92, page 5
		« Je suis vraiment très très concerné par le tabagisme et par le sevrage tabagique »	M23, L92, page 5
		« Je fume »	M5, L144, page 14
		« mes confrères et médecins généralistes que je connais qui fumes, souvent fumes beaucoup et tard »	M23, L92, page 5
	Consommation de toxiques Excès, mettant en danger la santé	« par rapport aux addictions (…) qui sont accros à des… à des médicaments »	M23, L92, page 5
		« Tabac, alcool, cocaïne »	M5, L232, page 20
		« Les interrogatoires concernant (…) mes toxiques éventuellement »	M1, L24, page 3
	Obstacle à la consultation d'un autre médecin	« c'est extrêmement difficile d'aller consulter… »« des problèmes d'addictions ou des problèmes… y a en plus, on a… Je pense que ce médecin il est d'autant plus l'impression d'un jugement »	M14, L381-383, page 21
PRÉVENTION			
Prévention	Fait partie du suivi médical	« Pour la prévention oui »	M10, L595, page 32
	Service de médecine préventive	« on en revient dans la prévention, c'était de la prévention »	M25, L514, page 28
	Surveillance régulière	« la prévention c'est se soigner »	M21, L12, page 1
	Suivi général	« pour de la prévention »	M27, L38, page 2
	Satisfaisante pour les médecins qui se soignent eux-même	« tout le monde semble être d'accord de se… de bien se prendre en charge au niveau de la prévention »	M25, L514, page 28

	Capacités suffisantes pour assurer soi-même son suivi en termes de prévention	*en termes de prévention vous vous sentez sup… suffisamment expert* « moi » « oui oui » « oui à peu près »	*Question du modérateur :* M24, L131 M19, L133 M15, L134, page 8
	Auto-mesures	« je vais faire une auto-mesure »	M15, L28, page 2
	Conscience de la nécessité d'un suivi minimum recommandé	« on sait qu'il faut surveiller certaines choses et on le fait ça »	M19, L91, page 5
Vaccinations	Vaccinations	« Pour ses premiers vaccins j'étais allé voir mon ancien médecin généraliste (…) », « on va la voir essentiellement pour les vaccins »	M6, L311-313, page 27
	Acte de prévention	« Est-ce que vous savez ou vous en êtes de vos vaccinations ? »	M1, L76, page 6
	Protection de l'entourage	« Sur les autres vaccins je suis à cheval là euh quand on a eu notre bébé il y a eu le rappel coqueluche à faire »	M5, L155, page 14
	Incertitude quant à l'intérêt de le faire	« Par contre la grippe je suis pas convaincu »	M5, L155, page 14
	Auto vaccination	« je me vaccine moi-même »	M17, L124, page 8
		Qui vous fait le vaccin de la grippe ? « moi-même »	M4, L149, page 14
	Participation du conjoint	« C'est mon conjoint qui n'est pas médecin qui me le fait » (le vaccin antigrippal)	M3, L157, page 14
	Respect du calendrier vaccinal	« qui se souvient de son dernier rappel de tétanos par exemple ? » *7 mains levées*	M20, L141, page 9
		« il a un mois »	M24, L142, page 9
	Rappel vaccinal incertain	« je sais que je suis à jour mais je sais pas quand »	M19, L143, page 9
		« Quand tu vois le dernier vaccin, la moitié sait, l'autre moitié sait pas »	M20, L515, page 28

	Vaccination hépatite B	« l'hépatite B on est vacciné c'est obligatoire » « au cours de nos études on nous a demandé de façon obligatoire de nous vacciner contre l'hépatite B »	M15, L518 M19, L522, page 28
	Suivi	« je suis allé le voir pour des vaccinations »	M27, L36, page 2
	Meilleure éducation en matière de prévention vaccinale que les professions paramédicales	« lors de la grippe H1N1 (…) À l'hôpital (…) ceux qui se sont fait le plus vacciner ce sont les médecins »	M25, L539, page 29
DÉPISTAGE			
Dépistage organisé	Cancer du sein Dépistage de masse Suivi gynécologique	« On reçoit EMMA pour la mammographie »	M1, L78, page 6
		« c'est l'EMMA »	M15, L43, page 3
		« je fais une analyse, des frottis »	M19, L40, page 3
		« mammo tout ça »	M20, L41, page 3
	Respect des recommandations professionnelles	« je fais des mammographies, je fais les dépistages de KCR »	M17, L124, page 8
	Test Hémoccult Dépistage de masse	*qui fait le dépistage Hemoccult ?* *6 mains levées*	*Question du modérateur*
		« la plupart font leur dépistage colorectal »	M25, L516, page 28
		« j'en ai fait oui mais je, je ne pense pas avoir fait ça dès le début » « de l'instauration de ce… de ce dépistage »	M27, L50-52, page 3
	Age requis	« j'ai 50 ans »	M19, L42, page 3
		« je viens juste d'avoir 50 ans »	M19, L147, page 9
IMHOTEP			
Imhotep	Aide à la réflexion	« Depuis qu'on a parlé d'Imhotep depuis 2, 3 ans maintenant »	M2, L436, page 35
	Prestation décevante par rapport à l'attente	« Je m'y attendais aussi à la prise de sang à le et il n'y a rien eu » « j'étais déçue par ce que ça n'a abouti à rien, je n'ai rien appris »	M4, L212-215, page 19
	Prise en charge générale	« c'était un bilan », « pour une prise en charge médicale »	M14, L511-513, page 28

	Association de médecine préventive pour les médecins libéraux	« Ça fait penser à IMHOTEP ? »	M2, L120, page 11
	Service de médecine pour les médecins libéraux	« Imhotep »	M23, L506, page 28
	« Abonnement » à un suivi médical	« tu peux t'inscrire sur l'année et tu bénéficies d'une consultation… générale »	M14, L507, page 28
	Service de médecine préventive	« on en revient dans la prévention, c'était de la prévention »	M25, L514, page 28
	Manque d'information des professionnels de santé concernant l'offre de médecine préventive	« Moi je ne sais pas ce que c'est »	M3, L238, page 21
	Confusion avec Imhotep	« Innohep »	M22, L505, page 28
	insuffisant en médecine du travail	« c'était pas assez cadré finalement »	M5, L227, page 20
	Médecin préventive dédiée aux médecins libéraux	« un système de médecine », « au CHU… Pour les médecins libéraux »	M14, L499-501, page 27
	À l'idée d'une prise en charge par un médecin du travail	« Oui pourquoi pas ça rejoint le médecin du travail dont on parlait »	M3, L240, page 21
SURMENAGE			
Surmenage	Emploi du temps surchargé	« on court plus ou moins »	M20, L178, page 10
		« On bosse beaucoup »	M10, L267, page 16
	Concernant les médecins généralistes	« notre surmenage »	M2, L271, page 24
	Surmenage des médecins	« On est une des premières professions pour le burn out » « on est tout seul, on assume tout, on sature, on bosse beaucoup »	M9, L259, page 15 M9, L261, page 16
		« le harcèlement c'est pas que chez les autres, ça peut être aussi chez nous, et que l'impatience c'est pas que chez les autres ça peut être aussi chez nous »	M20, L172, page 10

	Isolement face à la souffrance morale	« on dit toujours ça va passer (…) sauf que ça reste »	M20, L178, page 10
	Saturation morale	« Un certain ras-le-bol par rapport à cert… certaines journées »	M20, L174, page 10
	Cumul d'activités professionnelles	« il va falloir que tu arrêtes tu en fais trop »	M16, L111, page 7
	Surestimation de ses propres capacités	« tu as craqué »	M16, L111, page 7
	Epuisement émotionnel par l'absorption des problèmes d'autrui	« au niveau de ma pratique y a des gens qui viennent pour se plaindre par rapport à beaucoup de choses »	M20, L172, page 10
		« quand ils en ont ras-le-bol ils viennent nous voir pour en (…) parler »	M20, L174, page 10
		« ils changent même de trottoir pour pas vous dire bonjour euh et vous savez pas pourquoi… alors ça même au bout de 36 ans de métier de temps en temps… l'ingratitude si vous voulez »	M9, L193, page 12
MORTALITÉ			
Mortalité	En médecine libérale	« Au cours le nombre de médecins (…) qui sont décédés de façon brutale »	M1, L138, page 12
	Réalité brutale évidente	« Mourir d'un cancer du sein métastasé pour un médecin généraliste c'est pas une fois que j'en ai rencontré c'est beaucoup (…) C'est quand même effrayant »	M1, L138, page 12
	Fréquente	« c'est pas une fois que j'en ai rencontré c'est beaucoup »	M1, L138, page 12
	En période d'activité professionnelle	« mourir d'un cancer du rein métastasé et travailler jusqu'au 30 juin et mourir 15 jours après c'était le cas de mon gynéco »	M1, L138, page 12
	De la population médicale	« Des médecins qui sont décédés il n'y a pas si longtemps que ça et qui ont 50 55 ans (…) c'est quand même extrêmement fréquent autour de nous »	M1, L138, page 12
	Malaise / Choc	« C'est quand même effrayant » « ça me choque »	M1, L138, page 12

SUICIDE			
Suicide	En nombre supérieur à celui de la population générale	« Il y a plus de suicides chez les médecins »	M10, L267, page 16
	À la découverte d'une maladie grave	« Il s'est foutu un coup de fusil dans le ventre par ce qu'il pensait qu'il était atteint de je ne sais plus trop quoi »	M10, L390, page 22
	Suite à une erreur de diagnostic	« Il s'est foutu un coup de fusil (…) Et puis en fait il s'était planté dans son diagnostic »	M10, L390, page 22
	Fréquence supérieure à la moyenne	« Des gens qui mettent fin à leurs jours je trouve que c'est extrêmement fréquent dans notre profession et autour de nous »	M1, L138, page 12
		« le suicide des médecins est quand même trois fois la moyenne des suicides de la population générale dans une tranche d'âge donnée »	M23, L380, page 21

THEME 2 : DETERMINANTS DE LA DECLARATION D'UN MEDECIN TRAITANT			
ÂGE			
Âge	Déclaration devant être faite à l'âge de 16 ans	« Je pensais que c'était sur le coup au passage de mes 16 ans ma mère l'avait déclaré elle m'a dit oui c'est bon c'est fait »	M6, L32, page 4
	Âge auquel le patient doit faire son choix de médecin traitant	« C'était à l'époque où nos enfants ont eu 16 ans et ont eu leur propre papier et il fallait qu'ils déclarent »	M1, L15, page 2
OBLIGATION ADMINISTRATIVE			
Obligation administrative	Résignation	« je me suis résignée à faire remplir ce papier pour moi-même »	M4, L10, pages 1
	Régularisation administrative auprès de la caisse d'assurance maladie	« Nous on s'est déclaré réciproquement médecin traitant (…) Je pense dès le début des médecins traitants parce que pour moi je suis un bon élève donc euh on me demande de déclarer des choses euh donc je déclare un médecin traitant »	M2, L14, page 2
	Convention de l'assurance-maladie juillet 2004	« Au vu de la nouvelle convention »	M11, L76, page 5
	Déclaration obligatoire	« parce que c'est obligatoire mais c'est tout »	M7, L22, page 3
	Formalité administrative obligatoire	« On a tous déclarés un médecin traitant par ce que l'administration nous l'impose »	M5, L65, page 6
	Déclaration obligatoire pour l'assurance-maladie	« Vis-à-vis de la sécu », « comme je suis à 100 %, il me fallait un médecin traitant »	M9, L24-27 Page 2
	Déclaration de médecin traitant	« il faut sur le le papier que ce soit stipulé »	M25, L31, page 2
	Obligation	« à l'époque où il a fallu faire le choix d'un médecin traitant »	M22, L118, page 7
	Du médecin traitant dans le cadre du parcours de soins	« J'ai dû déclarer mon médecin traitant je pensais que je l'avais fait depuis que c'était obligatoire »	M6, L12, page 2
	Par la déclaration médecin traitant	« c'est satisfaisant pour la sécu »	M19, L51, page 3
	Attestation de carte vitale	« Il faut que ce soit marqué sur l'attestation de carte vitale »	M7, L46, page 5
	Déclaration non nominative Visible au passage de la carte vitale	« À partir du moment où sur l'attestation sécu c'est marqué " a déclaré un médecin traitant " ce n'est pas nommé le nom du médecin qu'on a déclaré »	M7, L50, page 5

		« Là sur votre carte ça ne passe pas »	M4, L10, pages 1
		« C'est au passage de la carte vitale ou le médecin traitant étant pas déclaré à la sécu »	M6, L39, page 4
	Contexte dans lequel la déclaration médecin traitante a été faite	« Oui mais dans l'urgence moi »	M9, L18, page 1
INCITATION ADMINISTRATIVE			
Incitation administrative	Par le secrétariat/suivi coordonné	« à l'accueil on m'a dit que je n'avais pas de médecin traitant »	M3, L16, page 3
	Accès à des soins spécialisés habituellement sur demande du médecin traitant	« Je me suis déclaré (…) À l'occasion d'une demande de consultation spécialisée »	M3, L16, page 3
	Occasion administrative	« plusieurs fois ça a été lors de la prescription d'examens complémentaires ou d'un suivi très particulier que l'on s'est mis à choisir un médecin traitant »	M2, L139, page 13
	Accès aux spécialistes facilité par la déclaration d'un médecin traitant	« Je me suis résignée (…) Pour aller voir des spécialistes en fait »	M4, L10, pages 1
	Consultation spécialisée sur conseil du médecin traitant	« Dans le cas où voir tu veux aller voir un spécialiste »	M4, L52, page 5
INSTALLATION			
Installation	Immatriculation obligatoire du professionnel de santé auprès de la CPAM dont dépend son lieu d'exercice	« Quand je suis revenu de Paris j'ai été faire mon inscription à la sécu de Rouen changement d'adresse (…) Et après je me suis installé dans l'Eure »	M5, L11, page 2
	Site en ligne/réseau professionnel	« Je me suis déclaré médecin traitant en ligne sur le réseau pro de la sécurité sociale »	M11, L72, page 5
DÉMOGRAPHIE MEDICALE			
Démographie médicale	Départ à la retraite/décès sans reprises de la patientèle	« moi depuis très peu de temps je suis mon médecin traitant… parce que avant j'avais le médecin traitant qui était le médecin traitant de ma famille comme M12 euh… depuis que je suis toute petite sauf que il est décédé y a 5 ou 6 ans je pense donc je suis restée sans médecin traitant », « Il avait pas de successeur »	M11, L70-72, page 5
REMBOURSEMENT			
Remboursement		« On l'a fait plus d'un point de vue administratif et financier»	M5, L67, page 6

	Déclaration faite pour éviter les pénalités financières Accorde les différents protagonistes de la relation médecin / malade Complémentaire santé	« Ce qui est nécessaire et suffisant pour être indemnisé »	M8, L75, page 5
		« Pour que ce soit correctement prise en charge » « pour les radios, les examens médicaux… »	M12, L30, M9, L31, page 2
		« tout le monde est remboursé »	M20, L452, page 25
		«Il y ait un petit remboursement »	M4, L10, pages 1
		« j'ai une mutuelle, je suis remboursé »	M14, L465, page 26
	Examen non remboursé en l'absence de déclaration d'un médecin traitant Remboursement moindre	« Du moment où on n'a pas déclaré de médecin traitant (…) On n'était pas remboursé »	M6, L35, page 4
		« Quand j'ai reçu le déremboursement de mon écho j'ai fait non c'étais pas fait »	M6, L32, page 4
		« J'ai pas été remboursée donc du coup on me fait vous avait pas déclaré votre médecin traitant »	M6, L12, page 2
		« y a des problèmes purement de remboursement, donc purement administratifs » « qui sont gênants »	M25, L31, page 2
		« Même si tu avais déclaré le médecin traitant du moment qu'il a pas fait l'ordonnance pour l'écho ça te donnait rien pour le remboursement »	M4, L34, page 4
	Déterminant de la déclaration MT Frais de santé lourds	« on peut ne pas déclarer le médecin traitant mais on est mal remboursé ça c'est un libre choix c'est-à-dire qu'on l'a fait plus d'un point de vue administratif et financier que finalement pour notre santé à nous »	M5, L67, page 6
		« Comme j'étais hospitalisé et que j'ai eu un bilan »	M9, L35, page 2
	Demande écrite du médecin traitant pour la consultation spécialisée permettant la prise en charge par l'assurance-maladie	« Je ne suis pas sûre ben j'ai pas fait de courrier d'ailleurs »	M1, L58, page 5
		« Oui je pense que là il faudra un courrier de mon médecin traitant ouais déclaré quoi »	M6, L53, page 5
		« Pour rembourser correctement il a besoin d'une ordonnance du médecin traitant »	M8, L512, page 28

		« et puis pour mes remboursements »	M19, L51, page 3
RÉSIGNATION			
Résignation	déroulement des choses accepté par le médecin	« je peux pas faire autrement »	M2, L181, page 17
	Acceptation du statut de malade pour son propre bien	« arrêter quelque chose qui me plaisait bien mais bon, c'était nécessaire »	M16, L111, page 7
	Accepter les limites à la capacité à se soigner seul	« quand il y a un problème qui apparaît, et important, il faut savoir passer la main »	M16, L113, page 7
	Par la gravité de la maladie	« Quand on est malade on n'a pas le choix »	M15, L337, page 19
CHOIX			
Choix du médecin traitant	Choix administratif	« j'ai déclaré un médecin traitant purement administratif »	M25, L31, page 2
		« on m'a demandé de déclarer un médecin traitant administrativement donc je l'ai fait »	M19, L38, page 2
		« Comme ça ce sera fait administrativement on est peinard »	M5, L11, page 2
		« C'est aujourd'hui mon associé et mon médecin traitant sur le papier »	M7, L22, page 3
	Choix de confort Conjoint, associé	« Nous on s'est déclaré réciproquement médecin traitant puisque on est en couple et on est médecin tous les 2 »	M2, L14, page 2
		« j'ai désigné comme médecin traitant ma femme »	M26, L53, page 3
		« J'ai déclaré un médecin traitant qui n'est autre que mon associé et il a fait la même chose avec moi »	M7, L20, page 3
		« C'est aujourd'hui mon associé »	M7, L22, page 3
		« c'est mon associé qui est mon médecin traitant »	M20, L107, page 6
		« Là c'est un médecin traitant de substitution, de confort, là c'est mon conjoint, mais quand c'est eux, c'est aussi une solution de facilité »	M2, L433, page 35
	Connaissance antérieure au suivi médical (non professionnelle)	« on se connaissait oui »	M27, L98, page 5
	Choix au hasard, tirage au sort	« Ils ont tirés au sort pour savoir qui (…) allait être le médecin traitant »	M1, L15, page 2

	Choix du spécialiste Par relation familiale Relation amicale	« Il y a des femmes qui ont pris leur gynécologue comme médecin traitant »	M2, L191, page 18
		« au départ j'avais déclaré l'hématologue comme médecin traitant »	M27, L284, page 15
		« J'ai été voir René qui est copain avec mon gendre »	M10, L55, page 4
		« J'avais Bernard Dequidt, avec qui j'avais fait mes études, qui me suivait quoi »	M9, L48, page 3
		« J'aurais pris un copain »	M9, L27, page 2
		« après ça a été le spécialiste »	M16, L115, page 7
		« mon médecin traitant c'est ma gynéco »	M22, L118, page 7
		« Les gynécos (…) Il peut y avoir je dirais un petit travail de médecine générale »	M9, L118, page 8
	Choix du généraliste, en dehors du circuit des spécialistes d'organe	« j'avais pas forcément envie de voir chaque fois les différents spécialistes que j'avais du consulté auparavant »	M27, L4, page 1
	Lié au patient	« Ça dépend du patient »	M3, L249, page 22
ACCOMPAGNEMENT			
Accompagnement	Ouverture d'esprit Réconfort	« le spécialiste que j'ai rencontré m'a… m'a un petit peu ouvert l'esprit »	M16, L111, page 7
		« C'est peut-être important aussi d'avoir rempli un questionnaire et eu un médecin en face qui t'a donné l'image que toi-même tu te donnais de ta santé»	M1, L229, page 20
		« me redonner une certaine envie, un certain élan »	M20, L178, page 10
		« c'est un confrère qui m'a ouvert les yeux (…) c'est grâce à un confrère que j'ai arrêté de fumer finalement »	M23, L95, page 5
	Prise en charge de pathologies graves ou nécessitant un suivi particulier	*si un jour il y a une pathologie dans laquelle euh avoir besoin d'être accompagné* « oui tout à fait »	*Question du modérateur :* M19, L136, page 8
	Suivi d'une pathologie lourde / soutien psychologique	« Si c'est quelque chose dont on suspecte que ça pourrait être grave c'est facile d'aller voir un un confrère »	M17, L104, page 6

	Aide à la prise de décision, sans contraindre le patient Pour répondre aux incertitudes des médecins libéraux quant à leur santé Aide le médecin malade à choisir les examens les plus pertinents	« j'ai une hypertension compliquée chez un de mes patients (…)si ils *(les spécialistes)* sont en contradiction (…) je vais aider le patient dans sa prise de décision »	M2, L178, page 16
		« On pourrait aller voir voilà, effectivement voilà, pour en discuter et voir la pertinence d'aller plus loin, de s'arrêter là »	M3, L246, page 22
		« Il m'a pas apporté des réponses supplémentaires »	M4, L234, page 21
		« Il me conseille ça en me disant que je fais ce que je veux mais que lui il me conseille ça »	M5, L270, page 24
		« Pour nos interrogations »	M7, L376, page 31
		« Chacun a ses bonnes raisons, ça peut être pour ne pas se disperser non plus dans de… à tout-va dans des examens »	M8, L88, page 6
	Guide	« m'a réorientée vers une voie que moi je n'avais pas vu moi, toute seule »	M16, L111, page 7
	Gardien	« je me vois plus comme sentinelle et comme aiguillant un peu une guidance du chemin »	M15, L369, page 20
ANONYMAT			
Anonymat du patient	Recherche du médecin traitant en dehors du cercle connu	« T'es pas obligé nécessairement de dire que t'es médecin »	M19, L187, page 11
		« Moi je pense qu'il faut aller voir quelqu'un qu'on ne connaît pas du tout très loin et quand il nous demande notre profession on lui dit qu'on fait autre chose… Je suis plombier »	M5, L87, page 7
		«je choisirai quelqu'un qui ne me connaisse pas et je ne lui dirai pas que je suis médecin»	M10, L271, page 16
		« effectivement je lui dirai pas que je suis médecin »	M19, L183, page 11
	Souhaité par le médecin spécialiste vis-à-vis de son confrère	« il ne s'est pas présenté comme étant médecin et je ne le connaissais pas, donc anonyme »	M16, L324, page 18
		« Il voulait peut-être justement passer incognito, ne pas se présenter »	M12, L515, page 28

	Par pudeur	« je préfère me confier ou… ou exposer mes… mes pathologies à quelqu'un que je ne connais pas »	M19, L311, page 16
		« Ça le gêne vis-à-vis du corps médical, soit parce qu'il les connaît »	M8, L438, page 24
	Par soucis de confidentialité	« en consultant un minimum de personnes on… On protège au maximum son jardin secret »	M14, L249, page 13
Conséquences sur la relation MM	Comme moyen de faciliter la relation soignant / soigné Moyen de mettre à l'aise le soignant Permet de pallier au manque d'objectivité	« C'est pour ça que le l'anonymat c'est intéressant aussi »	M20, L181, page 10
		« l'anonymat […] le fait de ne pas présenter sa profession dès le départ c'est peut-être un moyen aussi de, de mettre à l'aise tout le monde »	M20, L554, page 30
		« D'influencer le chirurgien (…) et d'influencer l'interne qui était persuadé, qui l'a hospitalisé, et c'est vrai que je me dis il faut pas le dire »	M11, L283, page 17
		« ça m'a permis de bien gérer la situation »	M16, L556, page 30
	Obstacle à une bonne relation médecin/malade Multiplication des avis	« Je ne me sens pas capable de bâtir une relation dans le mensonge »	M8, L302, page 18
		« j'aurais tendance à… » « … aller à droite à gauche sans être connue »	M19, L183-185, page 11

THEME 3 : DETERMINANTS DE L'AUTO SURVEILLANCE MEDICALE			
AUTO PROCLAMATION			
Auto proclamation	Choisir d'être son propre médecin traitant	« J'ai déclaré un médecin traitant moi-même »	M4, L10, page 1
		« Moi aussi je suis mon propre médecin traitant »	M3, L16, page 3
		« Ça c'est pas passé comme ça mais du coup j'ai remis mon nom voilà »	M5, L11, page 2
		« Je me suis déclaré oui » « moi aussi »	M8, L14 M9, L16, page 1
		« je suis mon propre médecin traitant »	M19, L35, page 2
		« Un jour ou l'autre j'aurais sûrement besoin d'un médecin référent et ce sera moi »	M10, L55, page 4
		« mais j'ai un médecin traitant hein c'est moi »	M24, L6, page 1
		« je suis mon médecin traitant »	M23, L30, page 2
		« c'est moi-même »	M13, L339, page 19
	Seule alternative possible	« C'est presque indispensable d'être son propre médecin traitant »	M8, L51, page 3
		« le fait d'être son propre médecin traitant ou pas c'est pas lié à la peur (…) c'est par nécessité aussi »	M19, L91, page 5
PARCOURS DE SOINS			
Parcours de soins coordonné	Non adapté pour les médecins malades	« Passer par un autre médecin généraliste finalement pour moi ça n'a pas été utile »	M4, L234, page 21
	Négligé par le médecin patient	« t'as pas besoin d'un autre généraliste pour consulter un spécialiste »	M22, L48, page 3
	Accès aux spécialistes possible par une ordonnance n'émanant pas du médecin déclaré	« Moi j'aurais plus tendance à aller voir directement les spécialistes (…) Ça ne me manque pas de passer par la case médecin traitant »	M4, L140, page 13
	Auto prescription possible avec un médecin traitant autre que soi-même	« ça m'empêche pas de consulter des spécialistes »	M19, L38, page 2
		« tu peux te faire tes ordonnances sans être ton médecin traitant »	M22, L36, page 2
	Relation administrative	« soi-même continuer à se faire ses prescriptions en mettant médecin de substitution »	M8, L86, page 6

	Cotation administrative concernant le parcours de soins	« t'es dans le parcours de soins »	M22, L50, page 3
		« je suis dans un parcours de soins administratif »	M19, L51, page 3
		« Aujourd'hui du coup on va vous passer comme urgence »	M4, L10, pages 1
	Orientation par le médecin soignant ou par le médecin du travail Pathologies inhabituelles ou requérant une prise en charge spécifique Auto diagnostic	« on fait exactement la même chose avec nos propres patients »	M20, L368, page 20
		« Il faudrait peut-être voir avec le cardio, il faudrait peut-être aller voir le dermato »	M4, L215, page 20
		« je savais à qui m'adresser » « à qui j'aurai adressé un patient qui aurait présenté ce type de résultat, je, j'ai fait la même chose pour moi-même »	M27, L70, page 4
		« quand il s'agit d'un problème aigu, on sait où aller »	M20, L368, page 20
ACCÈS AUX SOINS			
Libre accès aux soins	Accès aux soins illimité dans le parcours de soins	« c'est pas limitatif »	M19, L38, page 2
		« c'est pas restrictif »	M19, L45, page 3
		« on peut être son médecin traitant et et faire tout ce qu'on a besoin de faire »	M19, L45, page 3
		« ça m'empêche pas de consulter qui je veux, quand je veux, où je veux »	M19, L51, page 3
		« ça m'empêche pas de consulter des spécialistes quand j'ai besoin »	M19, L38, page 2
Accès au spécialiste	Accès direct Demandé en premier lieu, autre domaine de compétence	« On peut interpréter ces symptômes et si besoin en référer à un spécialiste »	M3, L 137, page 12
		« t'as mal au ventre et que un jour ça passe pas (…) ta démarche c'est d'aller taper chez le copain gastro »	M20, L368, page 20
		« C'est vrai qu'on a plus recours aux spécialistes »	M1, L141, page 14
		« c'est pour des raisons pratiques parce que ça m'arrive de consulter pour des accès directs »	M15, L26, page 2

		« si il faut aller voir un uro, un gastro, j'irai »	M19, L47, page 3
	Facilités de consultation	« Ça a confirmé un diagnostic et donc je suis allé voir le spécialiste et après la prise en charge s'est faite »	M3, L159, page 15
		« j'ai été voir le chirurgien rapidement »	M13, L343, page 19
	Multiplication des avis	« On va en voir un troisième » *(spécialiste)*	M7, L170, page 15
		« J'avais quand même plusieurs personnes parce que ça à merdé dans le traitement »	M9, L114, page 7
	Problèmes des délais de rendez-vous	« Dans l'urgence on peut pas la voir »	M12, L83, page 5
Accès aux médicaments	Accès aux médicaments Échantillons médicaux Pharmacie	« Avant on avait son stock d'antibiotiques »	M10, L416, page 23
		« on n'a plus tellement de médicaments par les labos »	M19, L35, page 2
		« Se faire une ordonnance pour aller chercher à la pharmacie, ça me fait royalement chier »	M10, L416, page 23
		« je vais juste à côté de chez moi »	M20, L262, page 14
	Sous couvert d'anonymat	« Je vais à côté de chez moi, qui est pas à côté de mon cabinet » « j'ai un copain qui est pas à côté et puis j'y vais de temps en temps »	M11, L422, page 23 M8, L426, page 24
		« moi c'est ma femme qui va à Rouen » « à la pharmacie à côté, soit moi soit ma femme » « quand j'envoie mon mari s'est bien »	M10, L425, page 23 M8, L426, page 24 M11, L429, page 24
		« si je prenais un antidépresseur ou des anxiolytiques, j'irais les prendre… loin », « à 50 km de chez moi » « dans une autre pharmacie » « Allô New York ? J'arrive »	M23, L267-271 M16, L272

			M20, L275, page 14
	Prises médicamenteuses	« on a tous quelquefois besoin de… » « … de traitements »	M14, L256-258, page 14
Accès aux soins à la retraite	Médecin retraités	« J'aimerais bien savoir combien il y a de médecins retraités qui consultent un médecin traitant par rapport aux médecins qui ne sont pas retraités… Moi je suis certain que après 60 ans ou après l'âge de la retraite on y va plus facilement parce que justement on n'est plus médecin, on n'exerce plus »	M20, L610, page 33
AUTO PRESCRIPTION			
Auto prescription	Pratique	« je trouve ça assez pratique de se faire soi-même ses ordonnances »	M19, L35, page 2
	Facile	« J'ai abandonné, je pense que c'était parce que je trouvais que c'était plus facile pour moi de me traiter tout seul »	M2, L436, page 35
		« La facilité avec laquelle on va se faire une ordonnance […] c'est une évidence »	M8, L51, page 3
		« Il se la renouvelle tout seul »	M8, L574, page 32
	Opportuniste	« On se soigne soi-même (…) On va mettre un petit coup d'amoxicilline », « un coup d'augmentin qu'on piquait à l'hôpital » « nous on mettait de la josacine »	M5, L437-439 M2, L438, page 36
		« J'ai fait toutes les ordonnances euh avec les ordonnances de l'hôpital (…) quand j'étais interne »	M12, L69, page 4
	Empirique	« Tu regardes tout ce que tu as comme boîtes encore dans ta pharmacie »	M4, L440, page36
EXAMENS COMPLÉMENTAIRES			
Examens complémentaires	Auto prescription logique et plus facile	« Il avait qu'à se faire son ordonnance lui-même »	M9, L507, page 28
		« un examen symptomatique »	M20, L368, page 20

	Dans un but préventif Non systématique	« On sait prescrire des examens complémentaires »	M2, L139, page 13
		« Pour rien que psychologiquement c'est plus facile de se prescrire des examens complémentaires (…) Ça me semble plus facile de faire cette démarche là que d'aller voir un autre médecin généraliste »	M4, L140, page 13
		« je me prescris des examens, je fais des mammographies »	M17, L124, page 8
		« j'ai l'exemple de la personne à côté de moi qui, même un examen complémentaire ne se le prescris pas »	M6, L143, page 14
	Auto prescription anxiolytique	« je me faisais un bilan sanguin euh qui me rassurait, jusqu'au dernier, qui m'a révélé une pathologie »	M27, L46, page 3
		« l'examen il sert aussi à rassurer le médecin »	M27, L214, page 11
		« y a tout un appareil, y a tout aussi derrière un ensemble d'examens qui sont, qui sont pratiqués et qui font tour de la question »	M27, L266, page 14
	Bilan biologique	« son associé qui lui pour le coup s'était fait faire sa bio »	M6, L143, page 14
	Surconsommation pour soulager les inquiétudes éventuelles Prescriptions justifiées ou demandées par le médecin patient	« Je vais me faire faire tous les examens possibles et imaginables toute seule »	M12, L69, page 5
		« je crois que les médecins généralistes dans les études qui ont été faites sont plutôt consommateurs d'examens complémentaires »	M4, L140, page 13
		«On ne veut pas effectivement sur consommer des examens complémentaires »	M3, L246, page 22
		« qu'il me fasse pas non plus des examens complémentaires (…) plus que la normale »	M2, L346, page 30
		« L'ECG que ça aurait été effectivement sympa de l'avoir là »	M4, L224, page 20
LIBERTÉ			
Liberté	Liberté de choisir ou non un médecin référent En fonction des qualités recherchées	« Qu'on me laisse libre »	M10, L55, page 4
		« Sans que ce soit non plus un médecin traitant choisi, attitré »	M3, L246, page 22
		« Pour les raisons qu'on veut, de confiance, ou de nécessité etc. »	M8, L86, page 6

	De consulter ou non son médecin	« Ce qui ne voudraient pas, entre guillemets estimeraient, ne pas devoir aller, n'iraient pas »	M3, L246, page 22
		« Je leur impose pas de me revoir (…) j'ai mon côté anar qui ressort de temps en temps mais les gens sont libres »	M10, L570, page 31
		« Je propose le revoir mais c'est à lui après de… » « Je t'ai fait l'ordonnance pour trois mois, salut à dans trois mois, donc il vient ou il vient pas »	M10, L576, M9, L579, page 32
	Liberté de se soigner Rôle dans la décision thérapeutique Le soignant conseille son patient, à qui revient la décision de se soigner ou non	« on décide ou pas de le faire »	M26, L53, page 3
		« On est un peu macho dominateur, j'ai pas envie que quelqu'un d'autre s'occupe de ma santé »	M10, L59, page 4
		« On peut aussi diriger notre santé »	M10, L228, page 14
		« si je n'étais pas d'accord je pense que ça n'est pas… Ça dépend la proposition » « Pour un examen je pense que je m'y plierai, pour un traitement je pense que je discuterai »	M27, L208, page 11
		« elle a fait des choix »	M15, L337, page 19
		« j'ai une patiente qui a un kyste au niveau du foie, on lui dit faut l'enlever (…) elle dit eh on se calme »	M15, L222, page 12
		« Si les gens ne veulent pas se faire suivre ou soignés, ils sont libres (…) Je lui ai donné mon conseil technique après il faisait ce qu'il voulait avec »	M10, L568, page 31
PATIENTÈLE MÉDICALE			
Patientèle médicale	Profil psychologique particulier Médecins généralistes de même compétence Patients différents des autres	« On prend des patients anxieux des patients voilà et là on commence à se rapprocher éventuellement un petit peu de nous »	M2, L281, page 24
		« Pour soigner des médecins généralistes qui sont une population un peu particulière »	M3, L246, page 22
		« t'es quand même un peu différent, t'es pas pareil quand même »	M25, L606, page 32

		« t'as en face de toi un patient qui est différent des autres patients […] c'est pas le patient lambda »	M25, L558, page 30
	Peu représentée par rapport aux patients non médecins	« y en aurait pas forcément beaucoup »	M5, L420, page 34
		« je ferai pas franchement une formation sur la prise en charge d'autres médecins puisque c'est trop rare »	M4, L379, page 32
OBSERVANCE			
Observance	Respect de ses propres prescriptions	« je suis discipliné avec moi-même »	M25, L73, page 4
		« pour les choses importantes oui »	M23, L68, page 4
		« Tu commences d'abord par un traitement	M20, L368, page 20
	Traitement régulier	« je suis mon traitement régulièrement »	M25, L73, page 4
	Obligation de prendre le traitement prescrit	« Je m'astreins au traitement »	M25, L73, page 4
	Respect des prescriptions du soignant	« je suis un traitement qui a été initié par quelqu'un d'autre »	M15, L75, page 4
	Dans un cadre hospitalier	« mon suivi au niveau hospitalier euh que je suis à la lettre »	M20, L107, page 6
OBÉISSANCE			
Obéissance	Fait de se laisser aller dans la relation de confiance instaurée par le soignant	« Elle pouvait dire tout ce qu'elle voulait je l'écoutais (…) tout coulait quoi »	M6, L409, page 34
		« je me suis exécuté »	M26, L64, page 4
		« J'étais obéissante j'y allais tous les mois »	M6, L79, page 6
SATISFACTION			
Satisfaction	Retirée de l'auto surveillance	« je suis assez satisfaite »	M19, L35, page 2
		« pour l'instant ça me satisfait bien »	M19, L51, page 3
	Retirée de la prise en charge de leur santé par un autre médecin	« j'y trouve mon compte »	M15, L75, page 4
		« il est revenu en étant satisfait »	M20, L554, page 30

		« ça se passe très bien »	M27, L180, page 9
	Enrichissement personnel	« s'occuper de… de la santé des autres gens je sais pas, moi j'y trouve plein de satisfaction »	M15, L386, page 22
THEME 4 : OBSTACLES A LA CONSULTATION D'UN CONFRERE			
PERSONNAGE PUBLIQUE			
Personnage publique	La notoriété du médecin empiète sur sa vie privée	« Quand je me suis installé, je tondais ma pelouse, les gens « ah docteur mon cholestérol » il fallait que j'éteigne le moteur de la tondeuse », « c'était infernal, ils te parlaient de leur santé au moindre truc, là je me cachais »	M8, L430-432, Page 24
	Incompatible avec une vie privée	« j'ai beaucoup de confrères qui me disaient " il faut pas qu'on voit ta voiture " oh j'allais pas construire un garage exprès, il y a eu une époque où il fallait quand même se préserver un peu »	M8, L432, page 24
	La notoriété est responsable de la divulgation du secret médical	« c'est de notoriété publique »	M24, L238, page 13
	Icône publique Pathologies peu banales, graveleuses	« c'est parce que il y a une certaine notoriété du médecin (…) Regarde les stars on sait toujours ce qu'elles ont »	M20, L248, page 13
		« à discuter à bâtons rompus dans certaines soirées rouennaises ou autres, on finit par savoir tellement de choses »	M24, L290, page 15
		« toutes les histoires médicales croustillantes »	M24, L163, page 9
SYNDROME VIP			
Syndrome VIP	Vécu par le médecin patient à son insu	« En étant soigné en tant que médecin on a l'impression des fois d'avoir des droits supérieurs (…) d'être un peu plus considéré alors qu'on ne demande pas forcément ça»	M11, L280, page 16
		« Donc on n'est pas considéré de la même manière »	M12, L318, page 18
	D'être privilégié par rapport aux autres patients	« il y a pas de raison que moi je sois privilégié par rapport à un autre »	M13, L446, page 25
CONNAISSANCES			
Connaissances propres à chacun	Variable en fonction des médecins	« Chacun fait un peu sa médecine aussi et c'est carré sans être complètement carré non plus, surtout en médecine de ville »	M5, L105, page 9

	Qualité de l'auto surveillance	« T'as une vision qui est peut-être voilà très juste de ta santé »	M1, L231, page 20
	Connaissances médicales mises à profit de sa propre santé	« t'avais déjà réfléchi sur les dangers du tabac en tant que professionnel »	M24, L98, page 5
		« en tant que professionnel je l'avais totalement conscientisé »	M23, L99, page 6
	Connaissances scientifiques nécessaires et suffisantes	« nous réfléchissons depuis déjà de nombreuses années, avec beaucoup d'éléments, d'arguments, et donc on peut, on peut avoir une bonne expertise »	M24, L129, page 8
	Source de l'auto surveillance	« Quand j'étais petit j'avais un médecin (…) à partir du moment c'est vrai où je suis devenu soignant, prescripteur, interne, là j'ai plus de médecin »	M2, L436, page 35
	Du médecin patient par rapport à ses problèmes de santé tels qu'ils peuvent être rencontrés chez les patients non médecin	« Il me semble qu'on peut interpréter ses symptômes (…) ou faire nos propres démarches diagnostiques (…) Sur vraiment des problèmes sémiologiques des problèmes médicaux qu'on peut nous rencontrer dans les consultations au cabinet »	M3, L137, page 12
	Médecin détenteur du savoir médical	« j'ai un peu le pouvoir, j'ai un peu la main (…) je suis un peu le patron »	M23, L319, page 17
	Résiste à la pression du malade	« j'ai des opinions, je les défends »	M15, L371, page 20
	Déculpabiliser le patient qui a l'impression de venir pour rien	« Parfois il faut les déculpabiliser (…) Qu'elles arrivent en disant " je sais que je ne devrais pas venir parce que je connais un certain nombre de choses"»	M3, L338, page 29
Partage des connaissances médicales	Echange non verbal, empathie	« Je suis pas naïf »	M23, L319, page 17
	Complexité de la relation médecin malade/médecin patient	« Quand il va nous demander notre profession […] On va se retrouver dans quelque chose d'un petit peu voilà ça va être compliqué »	M2, L83-85, page 7
	Egalité des statuts et connaissances médicales, déséquilibre de la relation médecin / malade	« la relation entre ce médecin qui vient me consulter et moi, elle est biaisée, parce que ce médecin justement il est médecin, et qu'il s'adresse à un médecin »	M23, L319, page 17
		« il est médecin donc il doit bien savoir »	M20, L557, page 30

	Se reposer sur les connaissances médicales du patient, pas de prise de risque	« il s'adresse à quelqu'un qui connaît bien le domaine médical »	M20, L322, page 17
	Handicapé dans sa prise en charge par les connaissances médicales qu'il partage avec le patient	« tu auras en face de toi quelqu'un qui aura un jugement à apporter par rapport à ce que tu lui proposes et que donc tu peux pas imposer »	M25, L558, page 30
		« On sait ce que sait l'autre quoi »	M27, L82, page 5
	Connaissance des protocoles médicaux	« on sait ce qu'on peut avoir et où il faut aller »	M20, L368, page 20
	Aidé dans son diagnostic clinique par ses propres connaissances médicales	« il est médecin, il a déjà fait son propre interrogatoire, il connait ses signes cliniques »	M20, L566, page 31
	Obstacle à la possibilité d'être considéré comme un patient non médecin	« on en sait trop »	M27, L92, page 5
ISOLEMENT			
Isolement	Peur de partager ses problèmes	« on est trop renfermé sur soi-même »	M20, L178, page 10
	Des médecins sur le plan géographique	« On est tout seul »	M9, L261, page 16
	Aptitude innée chez le médecin à se sortir d'affaire	« On se démerde comme on peut et on fait tout nous-même »	M6, L450, page 36
	Malgré le suivi régulier par un médecin traitant	« je continue aussi à me débrouiller tout seul »	M27, L58, page 3
	Du médecin malade face à sa maladie	« On se débrouille tout seul »	M9, L251, page 15
		« Je me débrouille toute seule quoi »	M7, L28, page 4
TEMPS			
Temps	Manque de temps Emploi du temps surchargé	« on court plus ou moins »	M20, L178, page 10
		« Aller attendre dans une salle d'attente […] ça me semble difficile »	M8, L51, page 3
		« On a le nez dans le guidon (…) Ce sentiment d'être coincé »	M2, L181, page 17
		« je me trouve pas assez disponible… pour moi »	M15, L26, page 2
		« Manque de temps »	M8, L53, page 3

		« On n'a pas le temps on fera ça plus tard (…) On trouve jamais le temps d'aller voir quelqu'un »	M6, L450, page 36
		« C'est aussi un problème de, d'avoir du temps pour aller le voir »	M2, L433, page 35
	Durée de consultation trop courte en médecine générale pour la prise en charge d'un confrère	« Un médecin généraliste […] Que je vais voir un quart d'heure comme ça »	M5, L207, page 19
	Disponibilité du médecin pour soigner son entourage, gain de temps pour eux	« Ça évite d'aller attendre dans une salle d'attente »	M8, L51, page 3
	Métaphore du garagiste	« d'avoir du temps pour aller le voir aussi, on en trouve pour aller emmener sa voiture au garagiste »	M2, L433, page 35
	Pathologie grave seul cas nécessitant la consultation d'un confrère	« le jour où on aura vraiment un gros souci de santé là on trouvera le temps de le faire »	M6, L450, page 36
DIFFICULTÉS			
Difficultés dans la prise en charge des médecins malades	Difficultés liées au statut inhabituel de médecin malade	« C'est très désagréable, on se retrouve en difficulté »	M16, L111, page 7
	Rencontrées dans la prise en charge des enfants des confrères	« Ça c'est compliqué, je suis les enfants de pédiatres et de médecin généraliste, c'est compliqué »	M1, L295, page 26
	Souvenirs persistants de la consultation du médecin patient	« Les soucis engendrés par la consultation nous restent plus longtemps dans la tête (…) C'est un peu plus polluant »	M1, L318, page 28
		« C'est certainement légèrement complexe »	M2, L275, page 24
	Manque de sincérité du patient	« Comment il peut se dépatouiller de quelqu'un qui (…) va pas être dans une spontanéité une sincérité vraie quoi enfin je suis pas sûre »	M1, L104, page 9
Difficultés dans la prise en charge de ses proches	Face aux problèmes de santé de ses proches	« c'est déjà pas facile de soigner sa famille »	M22, L118, page 7
CONTRAINTES			
Contraintes		« le plus dur c'est pourtant d'aller voir un autre médecin »	M21, L103, page 6

	Difficulté à consulter un autre médecin Contrainte de la consultation / résistances intrinsèques	« Faire la démarche pour aller voir un médecin traitant et pour être soigné au long cours »	M11, L594, page 32
		« je pense que ça peut être utile mais il faut faire la démarche d'y aller »	M14, L526, page 28
	Relation strictement administrative avec le médecin traitant désigné	« Il faudrait se faxer les ordonnances »	M8, L51, page 3
	Recherche du médecin en dehors de son milieu professionnel	« On connaît nos collègues on travaille dans un milieu relativement clos il faudrait qu'on fasse l'effort d'aller loin en fait rencontrer un collègue »	M2, L83, page 7
	Contrainte administrative	« cette démarche de prendre un rendez-vous »	M21, L103, page 6
		« je prends rendez-vous comme un patient, comme pour un patient ordinaire »	M27, L220, page 12
CRITIQUE			
Critique du travail du médecin soignant	Critique de la prise en charge s'appuyant sur ses propres habitudes professionnelles Remise en question des connaissances du médecin soignant	« On n'est pas un patient lambda on peut être extrêmement plus critique »	M1, L102, page 9
		« Le médecin généraliste qui fait le même métier que nous il va nous dire des trucs et dans notre tête on va dire tiens, je l'aurais pas fait comme ça (…) Ouais moi j'aurais pas fait ça comme ça»	M5, L105, page 9
		« Il me dit de faire ça mais non je vais pas le faire c'est une bêtise ça sert à rien »	M5, L133, page 12
		« D'avoir un médecin généraliste en face de soi, on a des a priori parce qu'on se dit qu'on pourrait faire mieux que lui ou pas »	M6, L199, page 18
		« Je n'ai pas la manière dont il le faisait, dont il gérait sa consultation, je suis allée voir quelqu'un d'autre […] J'ai préféré changer parce que je trouvais que c'était pas ce que j'aurais fait »	M6, L313, page 27
		« Ça se trouve il en sait moins que moi (…) j'aurais peut-être pas fait ça comme ça »	M5, L126, page 11
		« Si je considère que cet avis euh j'aurais pas fait ça (…) je vais pas le faire alors que si ça se trouve son avis aurait été bon »	M5, L130, page 11

		« Si ça se trouve il aurait raison de me faire cette prescription là mais je ne l'aurais pas fait quand même »	M5, L133, page 12
	Regard critique sur la prise en charge proposée	« tu as le porte-clés »	M25, L360, page 20
		« tu vas porter un jugement sur ce qu'on va te proposer »	M20, L221, page 12
Critique de l'auto surveillance	Manque de compétences pour soi-même	« je trouve pas ça très satisfaisant »	M15, L26, page 2
	Manque de sérieux dans le suivi Désorganisation dans le suivi, non-respect des recommandations	« Je suis mon médecin traitant, et je consi… Effectivement je trouve que ce médecin-là, il est pas très disponible, il est pas compétent, il est pas très sérieux, il fait à peu près n'importe quoi »	M23, L30, page 2
	Critique après la survenue d'un problème de santé aigu	« Je peux plus avoir la même opinion aujourd'hui que celle que j'avais y a 3, 4 ans »	M9, L110, page 7
Critique de l'influence du patient sur le soignant	Tendance à suivre plus facilement l'avis du patient médecin	« Tu seras plus orienté », « Je pense qu'on est beaucoup plus influencé et peut-être qu'on risque d'être moins critique »	M20, L562-585, page 31
	Critique de l'avis des patients non médecins	« quand un patient vient nous voir et nous dit « faites-moi une coloscopie, j'ai un cancer du côlon » tout de suite on est quand même beaucoup plus critique »	M20, L557, page 30
DÉNI			
Déni	Des symptômes ressentis	« on a tendance à squeezer les choses en disant c'est pas grave »	M1, L138, page 12
		« On trouve toujours un argument, je pense, pour nous dire non c'est pas ça »	M11, L383, page 21
		« Je suis essoufflé, je me dis ah faudrait peut-être faire quelque chose et puis oh laisse tomber »	M10, L102, page 6
		« tu commences à avoir un Parkinson (…) C'est pas évident par ce que il faut l'accepter »	M9, L381, page 21
		« sur des choses qu'on n'a pas envie d'entendre même si on le sait mais qu'on n'a pas envie qu'on nous le dise en face »	M7, L111, page 10
	Du médecin malade face à sa propre santé	«il faut que je le secoue plus qu'un patient (…) normal »	M9, L373, page 21

		« je ne l'ai pas fait, par ce que euh parce que ça allait bien » « que je ne voulais pas voir »	M16, L111, page 7
	Risques du tabagisme Sentiment d'invulnérabilité	« pour moi je effectivement je minimisai complètement les risques euh cancer, BPCO c'est pas pour moi »	M23, L92, page 5
		« y avait un déni »	M23, L99, page 6
	De la maladie, échéance repoussée Malgré un antécédent familial Déni de la maladie par devoir envers les patients Lassitude professionnelle	« Mon père avait une cardiomyopathie, il est mort à 62 (…) C'est l'individu tout bête je me disais jusqu'à 62 »	M9, L404, page 23
		« ça me passait un peu au-dessus et puis euh… alors que je connaissais un petit peu la finalité parce que je savais l'antécédent de mon père »	M9, L108, page 7
		« la difficulté, c'est qu'on tombe malade le week-end et puis… c'est une vieille habitude de médecin ça, on doit être prêt le lundi matin »	M27, L64, page 4
		« La maladie on la voit tellement qu'on n'a pas envie, c'est fini quoi, on la pousse »	M10, L392, page 22
DOUTE			
Doute sur la qualité de la relation médecin / malade	Domination du médecin	« le médecin généraliste chef d'orchestre hein… mon œil »	M15, L367, page 20
	Doute sur le caractère désintéressé de la profession médicale	« est-ce que c'est forcément naturel d'être… de s'occuper de… de la santé des autres gens »	M15, L386, page 22
	Faussée par l'intimité qui existe entre les deux acteurs de cette relation	« c'est pas la même relation qu'avec un patient médecin traitant »	M1, L15, page 2
	Sur la confiance accordée par les patients à leur médecin	« Qu'est-ce que font les patients (…) est-ce qu'ils viennent se livrer complètement »	M2, L106, pages 9-10
	Sur sa capacité à faire changer un médecin malade sur le plan de ses habitudes de vie	« je ne sais pas si je le traiterai, je ne sais pas si j'essaierai pas de lui faire changer son comportement, de le mettre à faire du sport »	M2, L181, pages 16-17
		« Changer un de ses collègues dans ses pratiques de vie ça, ça va être beaucoup moins facile (…) Je peux pas faire autrement »	
	Sur ses propres compétences	« peut-être une inquiétude sur la, sur la compétence qu'on peut avoir »	M27, L274, page 15

		« Il risque de rester sur ses interrogations en se disant bon il m'a imposé ça mais est-ce que… Est-ce que c'est vraiment ça qu'il faut faire »	M25, L558, page 30
	Sur sa capacité à considérer le patient médecin comme un patient non médecin	« il se serait présenté comme étant médecin je n'aurais peut-être pas eu l'abord que j'ai eu avec lui initialement »	M16, L556, page 30
		« oui enfin c'est un peu illusoire ça »	M27, L80, page 5
	Sur la gestion de la consultation et du problème du médecin malade	« est-ce que j'ai bien fait, est-ce que j'ai bien géré le problème »	M16, L324, page 18
		« qu'est-ce qu'il en pense, est-ce qu'il serait d'accord, est-ce qu'il pense que c'est une bonne, une bonne solution »	M25, L558, page 30
		« j'aurais peut-être eu un… Peut-être un recul, peut-être l'appréhension que je n'aurais pas su gérer »	M16, L556, page 30
Doute de l'immunité des médecins face à la maladie	Mythe qui veut que le médecin ne soit jamais malade	« Mourir d'un cancer du rein métastasé (…) c'était le cas de mon gynéco » « est-ce que on ne se croit pas un peu super héros » « Est-ce qu'on ne va pas trop loin dans la sensation de se connaître aussi bien que ça »	M1, L138, page 12
		« Pourquoi est-ce que on se dit toujours que nous ça va aller ? »	M12, L374, page 21
Doute de la pertinence de l'auto surveillance	Doute de ses propres compétences et de la capacité du médecin à se prendre en charge seul	« ça me paraissait pas très logique d'être son propre médecin (…) se soigner soi-même ça me paraît impossible »	M22, L118, page 7
		« C'est quelque chose qu'on peut pas évidemment pas se donner soi-même et entre conjoints ou associés »	M4, L289, page 25
		« Je pense qu'on n'est pas bon juge de notre santé ni de nos examens complémentaires »	M6, L143, page 14
		« Je trouve ça moins bien (…) Il y a toujours des trucs qu'on oublie »	M6, L81, page 7
		« On n'est pas sûr »	M24, L129, page 8
		« Je pense que je me soigne très mal »	M5, L443, page 36
		« Non on peut pas tout faire »	M11, L560, page 31

		« J'avais quelques petites questions, questionnement que je me posais à propos ordonnance de ma santé »	M4, L215, page 20
		« Je la trouvais toujours en atermoiements un petit peu partout un petit peu partout »	M15, L230, page 13
	Doute diagnostic suite à analyse de ses symptômes	« je lui ai confirmé qu'il avait une phlébite, très probablement, mais euh je lui ai proposé d'aller consulter rapidement aux urgences parce que il avait une dyspnée d'effort depuis quelques jours donc je l'ai fait hospitaliser, il avait effectivement une embolie pulmonaire… Ce dont il se doutait aussi… Donc il était venu pour confirmer ce dont il avait peur »	M16, L324, page 18
	Doute diagnostique par rapport aux antécédents familiaux	« Tu crois que dans 20 ans j'ai un cancer de la prostate ? »	M10, L409, page 23
	Examen clinique difficile à faire sur soi-même	« On peut pas d'abord s'examiner objectivement »	M9, L255, page 15
		« Déjà on peut pas bien s'examiner »	M12, L94, page 6
		« si je m'auto examine entre guillemets, je vais me dire qu'objectivement je trouve tel et tel symptômes qui sont compatibles avec tel diagnostic, mais je sais bien que ça reste subjectif »	M27, L84, page 5
	Doute de la pertinence de l'auto prescription	« On sait se prescrire des examens complémentaires (…) D'abord sont-ils les bons ? »	M2, L139, page 13
		« Mon LDL est à 2 g, est-ce qu'il faut que je me traite ? »	M6, L143, page 14
	Doute sur l'observance du médecin en tant patient	« Je pense qu'on n'est pas bon juge (…) De nos examens complémentaires, déjà faut qu'on aille les faire »	M6, L143, page 14
	De l'acceptation du message délivré lors de la consultation avec son médecin traitant	« Quand je veux voir un médecin est ce que ce que je suis sûre d'avoir envie d'entendre ce qu'il va me dire ? »	M1, L102, page 9
Doute sur le bon choix du médecin traitant	Doute de la pertinence de sa prise en charge médicale	« On se suit régulièrement l'un l'autre depuis des années c'est peut-être pas la meilleure solution »	M2, L14, page 2

	Habitudes de vie partagées avec son conjoint qui est son médecin traitant	« C'est vrai que je me suis rendu compte que ce sont des choses que dans un couple par exemple on vit au quotidien mais qu'on ne va pas forcément (…) en parler »	M1, L24, page 3
	prise en charge non exhaustive	« On est dans l'organique uniquement je suis pas sûre qu'on soit parfaitement adapté pour se suivre autrement »	M1, L15, page 2
Doute de l'intérêt d'avoir un médecin traitant	illogique, surprenant	« Ça me semble aberrant »	M8, L51, page 3
	Non ressenti	« Je ne me suis jamais posé la question »	M7, L253, page 23
		« j'ai jamais (…) vraiment réfléchi à la question »	M18, L16, page 1
		« le peu de de ce que j'ai besoin pour l'instant »	M19, L38, page 2
		« Ce qu'il y a c'est que je ressens pas le besoin de de me faire suivre dans l'état actuel […] je changerai pas d'attitude »	M5, L443, page 36
	L'avis d'un médecin traitant généraliste est jugé inutile	« Est-ce qu'on a besoin effectivement d'un médecin traitant, nous en étant généralistes ?»	M3, L135, page 12
	Doute sur l'utilité	« Est-ce qu'on a besoin d'un médecin traitant au sens premier du terme tel qu'on l'est nous pour nos patients »	M3, L73, page 6
		« sur vraiment des problèmes sémiologiques (…) qu'on peut, nous, rencontrer dans les consultations au cabinet je ne suis pas persuadée d'un intérêt absolu »	M3, L137, page 12
		« Qu'est-ce qu'il peut m'apporter ? » « ça ne me manque pas de passer par la case médecin traitant »	M4, L140, page 13
		« est-ce que le fait de déclarer un médecin traitant ça va changer notre façon de se soigner »	M25, L31, page 2
	En pratique quotidienne	« ça n'a rien changé dans ma pratique »	M19, L38, page 2
	Du médecin du travail	« Il était dans la même interrogation que moi »	M4, L226, page 20
		« au niveau de la prévention (…) non je pense que c'est inutile »	M19, L524, page 28

	Aide pour la prise en charge en médecine préventive jugée inutile	« si t'avais un autre médecin traitant tu arrêterais plus facilement de fumer ? »	M23, L95, page 5
Doute sur les compétences du soignant	connaissances supérieures à celles du patient Doute sur la prise en charge proposée si le soignant ne lui demande pas son accord	« Qu'est-ce qu'il va savoir de plus que moi ? (…) Qu'est-ce qu'il peut m'apporter ? »	M4, L140, page 13
		« Si ça se trouve il aurait raison de me faire cette prescription là mais je ne l'aurais pas fait quand même »	M5, L133, page 12
		« bah oui bah il m'a donné ça »	M9, L193, page 12
		« C'est bon, il sait pas, on va en voir un autre »	M9, L178, page 11
Doute sur la confidentialité	Doute sur la confidentialité Remise en question du secret médical quand le malade est un médecin Divulgation de l'information médicale	« ça c'est pas gagné »	M23, L161, page 9
		« toutes les histoires médicales croustillantes dans un périmètre sont relativement connues dans les cercles bien informés »	M24, L163, page 9
		« le secret médical à mon avis n'est pas appliqué au sens strict notamment pour les médecins »	M14, L234, page 13
	De la divulgation du secret médical de la part du médecin soignant	« Je suis assez étonné que l'on puisse reprocher à un médecin traitant », « de divulguer certaines pathologies concernant un de ses confrères (…) qu'il suivrait ou serait amené à suivre »	M19, L296-298, page 16
		« je me libère en en parlant à un associé, et après effectivement, je ne maîtrise plus l'information… » « ça reste anonyme »	M23, L317-319, page 17
JUGEMENT			
Jugement	Jugement sur la conduite proposée par le soignant	« on a un jugement »	M25, L366, page 20
		« en sachant que l'interlocuteur est en mesure de comprendre le raisonnement que l'on suit »	M27, L260, page 14
MINIMISATION			
Minimisation	Banalisation des problèmes, des symptômes Atténuations des risques	« c'est des choses qu'on n'arrive jamais à verbaliser ou qu'on verbalise effectivement qu'entre nous et comme tout le monde est d'accord avec tout le monde »	M20, L174, page 10
		« je pense oui »	M15, L84, page 4

		« On prend ça un peu ou à la légère ou… »	M9, L255, page 15
NAÏVETÉ			
Naïveté	Face à sa propre santé	« Tu te mets une statine ouvres tes yeux quoi »	M6, L143, page 14
	Patient naïf de tout savoir médical	« j'ai en face de moi quelqu'un… », « … qui ne sait pas »	M23, L319-321, page 17
		« naïf »	M19, L320, page 17
MANQUE D'OBJECTIVITÉ			
Manque d'objectivité envers soi-même	Manque d'objectivité vis-à-vis de soi-même	« On n'est pas très objectif quand même »	M12, L94, page 6
	Introspection difficile en cas de problèmes psychologiques	« D'avoir un avis objectif par rapport à celui que l'on peut avoir si l'on se prend comme réfèrent »	M9, L253, page 15
	Recul insuffisant sur sa propre santé	« Psychologiquement on ne peut pas être objectif »	M8, L258, page 15
	Altérée par la maladie et ses conséquences	« Nous, tant que ça touche à l'organe on est d'accord mais il ne faut surtout pas que ça dépasse l'organe »	M1, L141, page 14
		« Alors qu'il est médecin et que sa femme était du métier aussi et bah ils n'avaient pas trouvé (…) Il y a une fibrillation là »	M8, L551, page 30
		« Je pense qu'on n'est moins conscient de notre propre santé on n'a pas la même vision »	M6, L81, page 7
		« à partir d'un certain degré de… comment dirais-je… de déstabilisation par la, par la… la gravité de l'état ou la, ou l'incertitude sur tout un tas de choses euh… on on on n'a plus suffisamment d'objectivité »	M27, L232, page 12
Manque d'objectivité envers ses proches	Conduit à les confier à un autre médecin	« Ils attendent effectivement qu'on fasse notre boulot et qu'on est un regard objectif par ce que n'ont pas le regard objectif par rapport à leurs enfants (…) C'est l'objectivité qui compte »	M1, L405, page 34
		« Je pense qu'on n'est pas lucide avec soi-même qu'on n'est pas lucide non plus avec des gens qui sont proches de nous »	M5, L87, page 7

		« Je ne voulais pas […] le suivre » « En tant que médecin pour notre fils (…) C'est difficile »	M6, L311-313, page 27
		« On n'est pas très objectif… Avec soi-même et avec son entourage »	M12, L94, page 6
ANGOISSE / ANXIETÉ			
Angoisse du patient	Du médecin face à ses propres symptômes	« On a mal on est angoisse et on dort très mal (…) On va se faire notre radio pulmonaire »	M2, L139, page 13
		« j'ai des symptômes qui me semblent préoccupants »	M16, L331, page 18
		« une certaine angoisse »	M20, L107, page 6
		« Plein de fois je me fous les jetons toute seule »	M12, L69, page 4
		« "je me suis trompé, j'ai pris euh j'ai pris pour une lombalgie, une sciatalgie"… C'était une artérite et ça lui était resté en tête »	M13, L122, page 8
		« sans être nécessairement tout à fait hypocondriaque, on a quand même quelques inquiétudes résiduelles ou récurrentes »	M27, L74, page 4
	Demandant à être calmée par un médecin traitant Échappe à l'autodiagnostic Prend le pas sur l'objectivité	« J'aurais envie d'être rassurée »	M12, L69, page 4
		« On peut pas se rassurer tout seul »	M12, L69, page 5
		« c'est entaché de toutes mes craintes »	M27, L84, page 5
		« la crainte prend le dessus »	M27, L234, page 12
		« il était inquiet »	M13, L122, page 8
	Demande de réassurance Fragilisation du médecin patient par la maladie	« je crois que c'est nécessaire d'avoir un médecin traitant quand on est un peu débordé par euh par ses propres pathologies »	M27, L280, page 15
		« à partir d'un certain degré de… comment dirais-je… de déstabilisation par la, par la… la gravité de l'état ou la, ou l'incertitude sur tout un tas de choses euh… on on on n'a plus suffisamment d'objectivité »	M27, L232, page 12

	Peur de la mort et d'une maladie grave	« ils ont l'angoisse de la souffrance et de la mort et qu'ils pensent que quelqu'un d'autre va être meilleur »	M10, L195, page 12
		« Quand il y a une épidémie de méningite, le premier gamin qui a 37°5 et qui a mal à la tête on te le ramène au cabinet »	M20, L607, page 33
	Pathologie digestive anxiogène, source d'hypochondrie	« Un jour j'ai consulté un gastro, et bah je… Maintenant j'ai un souvenir de d'avoir eu typiquement le discours de l'anxieuse qui tournait en boucle, qui répondait pas la question et ainsi de suite voilà… bon, j'avais rien hein mais voilà»	M15, L390, page 22
	Celles du médecin patient peuvent perturber le soignant et le pousser à prendre part à la décision thérapeutique Contre-transfert	« surtout dans les périodes aiguës ou il peut y avoir un peu de d'inquiétudes excessives qui, qui pourraient pousser euh le médecin patient à, à d'autres exigences que celles qui sont légitimes »	M27, L264, page 14
Anxiété du patient	Manifestations psychiatriques Moteur qui permet de se surpasser Fait du patient médecin un malade comme les autres Motif de consultation	« je suis une grande bordélique un peu compulsive (…) c'est une forme d'anxiété »	M15, L386, page 22
		« ça montrait beaucoup son anxiété (…) on a tous de l'anxiété »	M15, L206, page 12
		« L'anxiété (…) ça m'a fait bosser pour les examens »	M15, L386, page 22
		« on peut regarder, accepter cette anxiété comme quelque chose d'intrinsèque »	M15, L390, page 22
		« c'est la nature humaine »	M14, L387, page 22
		« je m'inquiétais de temps en temps »	M27, L46, page 3
		« Le patient qui a mal au bide trois jours, il consulte trois fois »	M23, L380, page 21
Angoisse du soignant	Du soignant pour la santé des patients Ressentie par le médecin patient	« on craint le risque pour nos patients »	M15, L75, page 4
		« il va peut-être un peu stresser »	M13, L350, page 19
		« je lui aurais peut-être transmis mes craintes, mes peurs, et lui-même n'aurait peut-être pas été rassuré »	M16, L556, page 30
PEUR			

Peur de déranger	Peur de déranger Gêne occasionnée	« ça m'embêterait d'aller consulter un autre »	M19, L38, page 2
	Avoir les plaintes d'un patient comme les autres	« par moment l'impression d'embêter et qu'on va raconter sa vie, qu'on va se plaindre »	M20, L107, page 6
Peur de la maladie	Erreur de diagnostic, peur d'une pathologie plus grave, ou fondée sur l'expérience personnelle du médecin Hypocondrie	« il avait peur de faire de l'artérite en fait c'était une cruralgie »	M13, L122, page 8
		« On est un peu dans la crainte de tout ce qu'on pourrait avoir et qu'on n'a heureusement pas »	M3, L246, page 22
		« Quand on était à la fac et qu'on apprenait toutes les pathologies, en sortant de cours on avait toujours l'impression d'avoir eu cette pathologie » « Quand je sortais de mon cours de gastro, j'avais mon ulcère »	M20, L597-599, page 32
		« J'ai aucune envie qu'on me trouve quelque chose »	M10, L100, page 6
		« j'ai peur d'être malade (…) j'ai peur de de d'avoir des pathologies »	M25, L87, page 5
		« La pétoche qu'il me trouve quelque chose », « la trouille »	M10, L63-65, page 4
		« Tant qu'on ne sait pas, on n'est pas malade »	M6, L147, page 14
		« il est difficile d'être son propre médecin traitant (…) il y a des choses qu'on, qu'on,… qu'on évite de voir (…) qu'on n'ose pas aborder avec soi-même »	M20, L107, page 6
Peur du jugement du médecin soignant	Peur du jugement du médecin soignant En tant qu'individu Sur son mode de vie	« On aurait pas envie de se livrer par peur d'être jugé aussi étant donné que c'est quelqu'un qui fait la même profession (…) il va obligatoirement juger ce que je vais lui dire (…) sur le mode de vie (…) Sur une certaine prise en charge »	M7, L107-109-111, page 10
		« On n'a pas envie d'être jugé »	M2, L120, page 11
		« ce médecin il est d'autant plus l'impression d'un jugement peut être aussi de son interlocuteur »	M14, L383, page 21

Peur du jugement du médecin patient	Peur de l'erreur médicale Lors de la prise en charge d'un confrère malade/d'un autre professionnel de santé Engendre une inquiétude résiduelle après la consultation	« On a entre guillemets envie de moins se louper sur celui-là que sur un autre », « j'ai pas envie de me louper sur une infirmière non plus »	M5, L325-331, page 28
		« dans le cas où il s'agit justement de, d'un médecin ou on peut avoir quelques inquiétudes de se tromper, ou de voilà, de ne pas donner la bonne mesure »	M27, L188, page 10
		« Là je suis pas sûre que je passe à quelque chose d'autre, ça me reste dans la tête, c'est plus stressant peut-être »	M1, L303, page 26
	Peur du jugement et des critiques éventuelles Regard des parents médecins sur la prise en charge de leurs enfants par le médecin soignant	« J'ai été effrayée […] j'avais eu un moment de recul »	M16, L324, page 18
		« Peut-être parce que tu te mets une pression supplémentaire aussi euh la peur d'être jugé par la suite », «… Par les parents qui eux aussi sont médecins »	M5, L304-306, page 27
		« la question de la maîtrise »	M15, L208, page 12
		« le médecin qui reçoit peut aussi être mal à l'aise »	M20, L322, page 17
		« on pense que il peut y avoir un jugement »	M20, L365, page 20
		« lui il va savoir que tu vas avoir un œil critique »	M25, L360, page 20
		« en sachant que l'interlocuteur est en mesure de comprendre le raisonnement que l'on suit »	M27, L260, page 14
		« on sait quelles idées il peut avoir dans la tête »	M27, L82, page 5
		« J'aurais peur de me sentir jugée »	M11, L327, page 19
Peur de la retraite		« J'ai peur de la retraite »	M10, L4, page 1
NÉGLIGENCE			
Négligence	Vis-à-vis de sa propre santé	« On est tous (…) Un peu laxiste »	M9, L108, page 7
	Source de retard diagnostic	« Quand on est médecin et quand on a un problème, on se dit ça va passer et l'histoire du médecin qui a mal au ventre, qui a mal au bide, pendant 15 jours,… Le patient qui a mal au	M23, L380, page 21

		bide trois jours, il consulte trois fois, le médecin il a mal au bide 15 jours il va attendre trois mois »	
	Négligence par rapport aux examens prescrits ou nécessaires Suivi irrégulier	« “il faut passer un scanner, il faut faire ci, il faut faire ça” […] peut-être quelque chose que je n’aurais jamais fait si si… »	M26, L64, page 4
		« sans protocole et sans pertinence nécessairement »	M27, L46, page 3
		« une fois de temps en temps »	M27, L48, page 3
Négligence du soignant	L'assurance de pouvoir se soigner seul est renforcée par les confrères	« Vous savez vous surveiller »	M5, L87, page 7
Négligence vis-à-vis de ses proches	Prise en charge non satisfaisante de ses proches	« c'est toujours ou on botte en touche ou prend ça vite fait »	M20, L107, page 6
PUDEUR			
Pudeur du patient	Gêne physique face au médecin soignant Mise à nu difficile à accepter par le médecin patient Refus de se livrer Retenue Peur de la divulgation de l’information Traitement à caractère intime	« Tu sais quand tu es à poil devant tout le monde (…) Tu es rasé complètement »	M9, L603, page 33
		« Je me fous à poil quand il faut (…) Mais devant René ça me faisait chier »	M10, L63, page 4
		« Il faut savoir se déshabiller entre guillemets » « dans tous les sens du terme »	M10, L586, M9, L587, page 32
		« Cette notion d'aller se livrer à quelqu'un d'autre c'est vraiment pas dans nos habitudes »	M2, L106, page 10
		« C'est une immense partie de notre vie qu'on refusait de livrer aux autres »	M1, L141, page 14
		« Peut-être que je me lâche pas assez vis-à-vis d'un autre médecin »	M2, L120, page 11
		« C'est tout le côté psychique, le côté souffrance, (…) qu'on n'a pas du tout envie d'aborder avec quelqu'un qui nous ressemble »	M1, L141, pages 14-15
		« J'aurais du mal à confier des choses un autre médecin généraliste »	M7, L107, page 10

		« On n'arrive pas justement à verbaliser tout ça… on le verbalise de temps en temps entre nous »	M20, L172, page 10
		« d'aller voir quelqu'un d'autre que soi et d'exposer ses problèmes »	M21, L103, page 6
		« aller se confier à un confrère c'est très compliqué, donc effectivement… Loin, anonyme et anonymisé, pour être certain que effectivement il n'y ait pas de fuites»	M23, L164, page 10
		« les gens qui prennent du Viagra dans notre clientèle, ils vont rarement dans leur propre pharmacie »	M20, L262, page 14
Pudeur du soignant	Peur de connaître l'intimité du médecin malade	« Il y a une barrière peut-être que c'est moi qui la mets »	M10, L325, page 19
	Permet au médecin soignant de prendre du recul par rapport à ses devoirs vis-à-vis du médecin malade	« C'est plutôt une fainéantise, j'ai pas envie de m'emmerder à aller dans ses affaires »	M10, L330, page 19 7
	Gêne à l'examen clinique du fait de l'organe touché et de l'existence d'un lien confraternel	« C'était une coxalgie », « en plus c'était quelqu'un qui a fait toutes ses études avec nous »	M12, L499-501, page 2
REFUS			
Refus de la maladie	Mécanismes de protection Immunité conférée par les études Barrière infranchissable entre le médecin et la maladie Volonté de rester en bonne santé Prépondérance de l'état de médecin sur celui de malade	« On a tellement de maladie, de patients malades […] Quand je rentre chez moi, c'est fini quoi »	M10, L102, page 6
		« Il y a le refus de la maladie »	M9, L377, page 21
		« petit à petit on s'est habitué à ce discours et on se dit que bah non c'est parce qu'on s'écoute un peu trop qu'on est malade » « pendant 7 ans tu t'es exercé à relativiser »	M20, L599, page 32 M14, L605, page 32
		« On a été confronté à la maladie à l'âge de 18 ans donc euh au bout d'un moment, au bout de 8, 9 ans, on s'est convaincu qu'on pouvait pas être malade »	M20, L607, page 33

		« nous on est médecin et puis les malades c'est les autres »	M23, L378, page 21
		« les médecins sont d'abord médecins, d'abord très très médecins, malades euh vraiment quand ça va très très mal »	M23, L380, page 21
		« le médecin il veut pas être malade »	M23, L385, page 21
Refus de suivi médical	D'une prise en charge globale, générale	« Le médecin généraliste c'est le médecin de la globalité (…) On la refuse pour nous »	M1, L200, page 19
		vous pensez que les médecins acceptent moins les pathologies chroniques « Je pense qu'on accepte moins »	M9, L385, page 21
Refus de dépistage	Malgré les antécédents familiaux	« Il faudra peut-être qu'un jour j'y passe (…) on y pense mais pour l'instant… »	M10, L398, page 22
	De l'examen clinique/du dépistage	« Un médecin qui ne veut pas un toucher rectal, on ne va pas lui courir après », « il veut pas même le PSA »	M8, L580-584, Page 32
		« J'ai aucune envie… comme de me foutre un doigt dans le cul pour ma prostate »	M10, L67, page 4
		« J'ai aucune envie de m'examiner »	M10, L97, page 6
	Les médecins hospitaliers vont peu voir le médecin travail	« Les seuls participants à l'entreprise médicale hospitalière qui ne vont pas chez le médecin du travail, ce sont les médecins »	M24, L532, page 29
Refus de soins	Par négligence / réticences Refus de suivre un traitement Par provocation Le refus de soins est compris, mais il ne peut être reproché au médecin	« Je le secouai même un peu par ce que à la limite le pire ce sont les confrères […] à soigner »	M9, L366, page 21
		« Comme nous on peut l'être vis-à-vis de nous-mêmes, on est toujours réticent »	M9, L368, page 21
		« Pour me faire soigner, prendre des médicaments, me faire opérer, ah non »	M10, L402, page 23
		« Je déteste prendre des médicaments »	M12, L415, page 23
		« le rebelle »	M25, L9, page 1
		« ah vous voulez pas ? Je le marque sur le dossier » « je le marque »	M9, L571, M10, L572, page 31
	Refus de se faire psychanalyser	« Je vais pas non plus à l'abattoir me faire agresser »	M2, L285, page 25

Refus de l'arrêt de travail	Par devoir envers les patients	« la difficulté, c'est qu'on tombe malade le week-end et puis… c'est une vieille habitude de médecin ça, on doit être prêt le lundi matin »	M27, L64, page 4
Refus de donner des soins		« J'ai envoyé bouler un patient qui était médecin et qui prétendais commander (…) Tu te calmes parce que sinon tu vas te faire soigner ailleurs »	M8, L443, page 25
RÉSISTANCES			
Résistances	Mécanisme inconscient de résistance à un médecin traitant potentiel	« Le médecin traitant ça nous pose vraiment un problème d'aller le voir on on a du mal à exprimer en plus le pourquoi on veut pas »	M2, L120, page 11
		« Si dans mon esprit j'arrive à débloquer quelque chose, j'arriverai peut-être à aller voir un médecin traitant »	M2, L433, page 35
	Obstination dans la poursuite du même mode de vie	« De toute façon ça sert à rien de nous faire changer donc on ne veut pas aller toucher à ce domaine-là »	M2, L181, page 17
	Recherche de prétexte pour ne pas se faire suivre par un tiers	« On est de mauvaise foi »	M6, L450, page 36
	Difficulté à franchir la barrière soignant/soigné	« entre la déclaration médecin traitant et se prendre en charge » … « c'est deux choses tout à fait différentes »	M25, L31-33, page 2
	Remise en question du travail du médecin traitant	« Je suis pas sûre que euh je ne remette pas en question ce qu'il va me dire ou en cause ce qu'il va me dire »	M1, L102, page 9
	Opposition à la prise en charge proposée	« Je me vois mal dans l'éducation thérapeutique par exemple je me vois mal avoir un médecin qui m'explique quelque chose, je crois que je vais faire de l'opposition quoi je serais malade mon oppositionnel »	M1, L102, page 9
		« d'essayer d'écouter ce qu'on nous dit même si on n'est pas forcément d'accord, un peu comme les patients finalement, nos patients ne nous écoutent pas, on n'a pas la même façon de travailler avec tous les patients »	M3, L246, page 22
		« On peut lui mettre des bâtons dans les roues (…) Est-ce qu'on va suivre ce qu'il nous dit est-ce qu'on va faire ce qu'il nous dit »	M5, L105, page 9
	Résistances endogènes	« Le problème c'est nous en fait c'est nous en tant que patients »	M1, L340, page 30

	Désaccord avec le spécialiste que le médecin patient tente d'influencer	« Si il me donne une abstention thérapeutique (…) je vais avoir du mal à accepter si j'ai fait la démarche d'aller le voir c'était pour qu'il me donne une solution »	M2, L183, page 17
	Position défensive/combat Guerre psychologique	« On se sert on se resserre sur nous-même et on est très sur la défense, sur la défensive »	M2, L106, page 10
RÉTICENCES			
Réticences en tant que patient	Renforcées par le partage de savoir entre médecin malade médecin soignant Face au médecin soignant A se faire suivre par un autre	« On a beaucoup de réticences en fait et que les réticences et elles viennent vraiment de nous »	M2, L106, page 9
		« Peut-être qu'on n'est pas tout prêt encore à le faire »	M10, L589, page 32
		« on est peut-être un peu trop réticent »	M20, L178, page 10
		« On a des réticences personnelles »	M2, L120, page 11
		« on a quand même une grande réticence »	M14, L234, page 13
		« J'ai eu beaucoup de difficultés à aller voir un spécialiste »	M16, L111, page 7
Réticences en tant que soignant	À inviter le confrère patient à se confier	« J'ai pas envie de le titiller sauf si… Non j'ai pas envie »	M10, L316, page 18
	À aborder le confrère malade dans son intimité	« Allez savoir pourquoi il a une contracture musculaire (…) À la limite je me dis que c'est pas mon problème »	M10, L321, page 19
	Affranchissement du travail d'investigation	« C'est pas mon problème, c'est plus facile pour moi d'ailleurs »	M10, L321, page 19
DOULEUR			
Douleur	Douleur physique appréhendée par le médecin patient	« Il va me dire bah il faut vivre avec ta douleur bah je vais je vais avoir du mal à accepter »	M2, L183, page 17
	Réaction vaccinale entraînant un refus par la suite Appréhendée par le médecin patient en rapport avec un acte biologique	« J'ai été très malade, j'ai eu une sorte de syndrome grippal »	M5, L155, page 14
		« J'ai peur des piqûres »	M5, L146, page 14
		« j'aime pas les prise de sang »	M5, L209, page 19
SOUFFRANCE			

Souffrance	Souffrance morale	« c'était à une époque où y avait une grande souffrance »	M10, L137, page 9
	Minimisation de la souffrance par pudeur, orgueil Exutoire à la souffrance Plaintes liées au quotidien	« il veut pas se mettre à poil devant moi, va minimiser sa souffrance, ces symptômes, parce que justement il est médecin et que moi j'en suis pas… Je suis pas naïf, et je sais très bien que sa souffrance elle est, elle est, elle est plus… plus importante que ce qu'il veut bien m'en dire »	M23, L319, page 17
	Identification aux problèmes rencontrés par ses propres patients	« Le médecin il est là pour soulager déjà »	M10, L232, page 14
		« au niveau de ma pratique y a des gens qui viennent pour se plaindre par rapport à beaucoup de choses »	M20, L172, page 10
		« quand ils en ont ras-le-bol ils viennent nous voir pour en (…) parler »	M20, L174, page 10
		« le harcèlement c'est pas que chez les autres, ça peut être aussi chez nous, et que l'impatience c'est pas que chez les autres ça peut être aussi chez nous »	M20, L172, page 10
	Médecin déçu, trahit par ses patients	« ils changent même de trottoir pour pas vous dire bonjour euh et vous savez pas pourquoi… alors ça même au bout de 36 ans de métier de temps en temps… l'ingratitude si vous voulez »	M9, L193, page 12
AMBIVALENCE			
Expérience du patient	Choix difficile à faire entre le rôle de malade et le rôle de soignant	« On se place tellement en soignant qu'on a du mal à inverser, à se retrouver soigné »	M12, L593, page 32
		« il a choisi à 18 ans, où t'es malade où t'es médecin »	M23, L385, page 21
		« c'était plus facile à la fois d'y échapper ou d'y rester »	M24, L100, page 6
		« c'est pas simple » « c'est difficile »	M25, L203 M24, L204, page 11
	Confusion des rôles	« à la fois un peu devant et derrière le bureau »	M15, L230, page 13
		« elle était le cul entre deux chaises quoi elle était à la fois médecin euh médecin et patient »	M15, L206, page 12
	Torture mentale	« elle se torturait »	M15, L206, page 12

	Mal vécu par le médecin patient objet/acteur de la prise en charge	« Je vais être le patient qui demande conseil (…) Et en même temps je vais être celui qui va réfléchir… Non »	M2, L178, page 16
	Volonté de diriger la consultation	« ce qui nous empêche de déclarer un médecin traitant c'est parce qu'on est chef d'orchestre »	M20, L368, page 20
	Fardeau psychologique pour le malade	« c'est trop lourd d'être les deux à la fois »	M27, L238, page 13
	Intervient dans le déni et le retard diagnostic	« c'est aussi un élément qui participe du déni et aussi du retard au diagnostic »	M23, L378, page 21
Expérience du soignant	Position ambivalente lors de la consultation d'un confrère Surprise, Désarroi	« J'ai soigné des médecins hospitaliers (…) j'ai été surpris au départ »	M2, L88, page 7
		« c'était très, très curieux »	M15, L208, page 12
		« on est pris, on est pris de cours »	M27, L270, page 15
		« on est très démuni au départ »	M27, L270, page 15
		« flatté et emmerdé » « c'est un peu ambivalent »	M27, L102-104, page 6
CONSÉQUENCES			
Conséquences	De la maladie sur les habitudes de vie	« ça change forcément un peu la vie d'être malade »	M15, L337, page 19
	Arrêt de travail	« tu vas être absent de de travail »	M25, L171, page 10
RISQUES			
Risques de l'auto proclamation	Ne pas savoir reconnaître ses erreurs	« il faut être lucide, que si y a une erreur il faut savoir la reconnaître »	M24, L129, page 8
	Peut nuire à la santé du médecin	« être son propre médecin ça peut avoir un côté euh très néfaste »	M23, L92, page 5
	Auto prescription dangereuse	« Périmées »	M1, L441, page 36
	Prescriptions erronées liées à l'angoisse de la maladie	« les prescriptions qui peuvent en découler sont à côté sans aucun doute »	M27, L234, page 12
	Minimisation des problèmes, négligence	« je minimise pas une hypertension, je minimise pas un diabète, une	M25, L87, page 5

		hypercholestérolémie ou un euh ou un traumatisme crânien (…) pour moi-même »	
	Conduites à risque	« le risque (…) on l'aime pour nous »	M15, L75, page 4
RETARD DIAGNOSTIC			
Retard diagnostic	Retard diagnostic par rapport aux patients non médecins	« sur un patient il aurait fait le diagnostic immédiatement »	M14, L349, page 19
		« des pathologies organiques ou des pathologies psychiatriques qui auraient été prises en charge beaucoup plus vite chez des patients lambda non médecins »	M23, L378, page 21
	Imputé au manque de globalité de la prise en charge spécialisée	« l'expérience que j'ai eu d'avoir plusieurs pathologies successives qui euh comment dirais-je… qui n'ont pas été prises en compte très précocement, parce que peut-être justement ce, ce regard était un petit peu trop focalisé sur l'appareil concerné à chaque fois »	M27, L34, page 2
CULPABILITÉ			
Culpabilité	sentiment en rapport avec l'absence de prise en charge	« et puis il va m'engueuler »	M5, L209, page 19
Culpabilité	face à l'erreur diagnostique	« il a été opéré le lendemain et c'était pas l'appendicite […] je m'en suis voulu »	M11, L280, page 16

THEME 5 : CARACTERISTIQUES DE LA RELATION MEDECIN SOIGNANT-MEDECIN MALADE			
CONSULTATION			
Lieu de consultation	Lieu et temps dédiés à la consultation	« qui viennent me voir à mon cabinet »	M25, L424, page 24
		« si ils viennent me voir entre deux portes ou entre deux rendez-vous, comme ça à la sauvette, là je leur dis non écoute j'ai pas le temps, ou c'est pas le bon moment »	M25, L444, page 25
	Consultation formelle dans un lieu dédié	« Quand il vient me voir, il vient au cabinet »	M9, L359, page 20
	Distinction entre espace personnel et espace professionnel	« Chez moi j'examine jamais personne »	M25, L424, page 24

	Lieu dédié à la consultation des médecins malades	« il faudrait un lieu où les médecins puissent s'autoriser à être des patients » « un lieu de consultation »	M23, L528 M18, L529, page 28
	Lieu dédié à la consultation des médecins libéraux, en dehors de l'hôpital	« C'est pas dans un cadre hospitalier qu'il faut programmer notre propre prise en charge »	M20, L531, page 29
	Favorisé par l'environnement de travail du médecin soignant	« quand elles sont malades et qu'elles viennent au cabinet »	M7, L337, page 29
Consultation informelle	Consultation informelle Avis des confrères pris rapidement entre deux consultations	« Son associé s'était fait faire sa bio et (…) A quand même demandé à ses deux associés « Mon LDL est à 2 g, est-ce qu'il faut que je me traite ? » (…) Tu te mets une statine »	M6, L143, page 14
		« on se soigne de manière informelle »	M23, L412, page 23
Consultation appronfondie	Consultation approfondie jugée nécessaire par le médecin du travail en regard de la profession du patient	« La première fois que j'ai eu le médecin du travail il m'a dit votre profession ? Donc j'ai dit médecin et il m'a gardé trois quarts d'heure dans son bureau par ce qu'il m'a dit vu comme tu dois être suivi je vais tout faire et j'ai eu droit à tout. Et à chaque fois tous les deux ans c'est trois quarts d'heure et j'ai tout »	M1, L24, page 3
		« Il prend beaucoup le temps »	M4, L215, page 20
		« ça prenait des heures le tout »	M4, L228, page 20
	Par souci de comparaison avec un patient non médecin	« il avait pris un rendez-vous »	M16, L324, page 18
DIALOGUE			
Dialogue	Nécessaire à une bonne relation médecin/malade	« Si je suis bien avec les gens bon, par contre si ça va pas j'en parle »	M9, L186, page 11
		« y a du dialogue »	M15, L367, page 20

	Égalité des interlocuteurs sur le plan scientifique	« Le dialogue est pas forcément tout à fait le même mais il peut être dans la réciprocité quand même »	M3, L95, page 8
		« y a un dialogue qui s'est instauré mais un dialogue tout à fait simple »	M16, L324, page 18
	Le médecin patient garde sa capacité de juger librement ce qui concerne sa santé	« On peut discuter »	M8, L304, page 18
		« Pour en discuter »	M3, L246, page 22
		« Tu me soignes bon, ça n'empêche pas qu'on peut discuter »	M8, L304, page 18
		« pour un traitement je pense que je discuterai »	M27, L212, page 11
		« si moi, médecin, enfin médecin patient je je j'ai des craintes sur l'innocuité ou je ne sais pas quoi du traitement, peut-être que j'en discuterai un peu plus »	M27, L216, page 11
COMMUNICATION			
Communication	Comparaison avec le milieu du jeu	« C'est comme au bridge (…) on a un fit ou on l'a pas »	M9, L171, page 10
	Fondement de la relation médecin/malade, permet d'éviter les malentendus	« je leur dit si vous avez un problème vous m'en parlez, parce que le pire c'est euh de d'un seul coup on se dit tient untel on le voit plus, on sait pas ce qui s'est passé bon souvent, c'est pour toujours des petits détails »	M9, L189, page 11
VOCABULAIRE			
Vocabulaire médical	Particularité du médecin malade	« De pas leur balancer du jargon médical tout le temps, je vais leur parler en termes que, comme les autres patients peuvent comprendre »	M7, L337, page 29
	Rend difficile l'abstraction de la profession du médecin patient	« on fait pas nécessairement abstraction parce qu'on parle forcément différemment avec un médecin qu'avec un non médecin »	M27, L202, page 10
	Entre les 2 acteurs de la relation	« qu'on utilise le même vocabulaire, on parle même chose, on parle de molécules, on parle de pathologies »	M27, L204, page 11
	Termes techniques	« Le dialogue est différent, le fait qu'il soit médecin (…) quand on a une infirmière, quand on a une sage-femme (…) Je vais être plus technique »	M9, L544, page 30
	Le contenu de l'information délivrée prend en compte les	« on n'explique pas du tout les mêmes choses, les choses de la même façon qu'avec un patient ordinaire… donc le discours est différent »	M27, L204, page 11

	connaissances du patient		
	Partagé par les professionnels de santé Élément trahissant la profession du malade	« j'ai déjà été consulter de façon très anonyme, mais à un moment on est trahi, on est trahi par le vocabulaire »	M26, L576, page 31
		« On se fait rapidement… » « On se fait dépister »	M12, L276, M8, L277, page 16
		« Il suffit qu'on dise un mot »	M8, L278, page 16
		« Au bout de trois minutes je sens qu'ils se sont du métier dans la manière de s'exprimer d'utiliser certains termes »	M4, L96, page 8
	Langage non médical, démonstratif	« il te demandera pas il faut me faire passer le tuyau, le patient lambda il te dira « j'ai mal au ventre »	M19, L569, page 31
		« un patient il va te dire moi j'ai mal là »	M26, L581, page 30
CONFIANCE			
Confiance du patient pour le soignant	Instinctive, réciproque	« ça se perçoit si l'on est en confiance ou pas »	M15, L224, page 12
		« c'est basé sur la confiance, une espèce de feeling, d'instinct »	M8, L160, page 10
		« qui va me, me donner sa confiance »	M23, L321, page 17
	Médecin soignant propriétaire de la santé du patient	« je vous remets les clés »	M13, L350, page 19
		« j'ai confiance, je fais confiance »	M13, L357, page 19
	Fait de se livrer entièrement, sans retenue	« Faudrait qu'à un moment donné j'arrive à faire confiance pour ma santé à quelqu'un […] Si je me libère un petit peu et je me dis je fais confiance, je vais voir »	M2, L256, page 23
		« Quand on est malade (…) On se confie corps et âme à quelqu'un »	M10, L143, page 9
	Moteur du choix du soignant	« J'ai confiance en elle »	M6, L409, page 34
		« c'est un homme qui… à qui je fais confiance »	M27, L22, page 2
		« Un spécialiste comme René j'ai absolument confiance »	M10, L65, page 4

	En d'autres professionnels dont on ne partage pas les connaissances et la formation professionnelle	« Quand notre voiture est en panne on la porte chez le garagiste on n'y connaît rien et on va suivre ce que fait le garagiste »	M5, L105, page 9
	Entre le médecin soignant et l'enfant suivi d'une part, et le médecin soignant et les parents d'autre part	« Les parents ont été très très bien c'est-à-dire d'emblée ils m'ont… ils m'ont dit que voilà ils n'interviendraient pas », « il y a une relation de confiance »	M1, L297-299, page 26
	Installée progressivement	« il y a une confiance qui s'installe euh à distance au début, un petit plus proche après, et puis ça convient, ça convient pas, et puis on a vite fait de comprendre en tant que soignant si la confiance est établie ou pas, ça devient élastique ou alors au contraire, ça devient très rapproché comme confiance »	M8, L158, page 10
	Nécessaire à la construction d'une bonne relation médecin malade	« Je pense pas que je pourrais tenir une relation avec un autre médecin sans soit carrément en annonçant un autre métier non je je me vois pas je trouve que ça met tout de suite quand même un frein à la sincérité ou à la confiance »	M4, L93, page 8
		« je pense que la relation de mes patients, j'ai des patients depuis 35 36 ans c'est pareil euh c'est bon les gens, y a une fibre »	M9, L184, page 11
		« Il va être d'accord ou pas d'accord, dans la majorité des cas ils sont d'accord parce qu'ils sont néophytes et donc ils se fient à ce que tu proposes »	M25, L558, page 30
	Confiance mutuelle entre le médecin soignant et le médecin patient	« Vous savez ce qu'il faut faire oui OK d'accord je vais savoir ce qu'il faut faire »	M6, L79, page 6
FIDELITÉ			
Infidélité	Sentiment d'infidélité vis-à-vis du médecin traitant déclaré	« J'ose plus retourner voir mon médecin »	M12, L69, page 4
Fidélité	Du patient pour son médecin	« moi je me permets, je suis très fidèle »	M9, L184, page 11
ÉCHANGE / INTERACTION			

Échange/interaction	Avec le médecin spécialiste	« je dis pas que j'y réfléchis pas, qu'il n'y a pas un dialogue interactif »	M3, L163, page 15
	Discussions avec son médecin traitant interaction dynamique	« Avoir envie de parler d'autre chose euh on que peut se parler tout seul dans la glace le matin ou se parler avec son conjoint mais voilà il y a il y a quelque chose qui va pas »	M2, L88, page 8
		« C'est pas une question de non confiance (…) On peut comparer au contraire, ce serait agréable même »	M8, L53, page 3
	Complémentarité	« qu'en retour on ait un échange par rapport à ça »	M20, L172, page 10
		« pour attendre quelque chose en retour »	M19, L205, page 12
		« qu'il y ait un échange »	M18, L180, page 10
		« ça peut être interactif »	M8, L158, page 10
COLLABORATION			
Collaboration	Intervention des 2 partenaires Aide du patient dans la démarche diagnostic	« la collaboration médecin-patient et patient-médecin est importante »	M9, L176, page 11
		« Les patients nous empêchent de faire des bêtises »	M10, L162, page 10
		« Combien de fois les patients nous aident » « ils nous aident »	M10, L164 M8, L165, page 10
	Partenariat favorisé par la bonne relation établie entre les deux partenaires	« munis de sa confiance et de mes compétences professionnelles, on va pouvoir faire quelque chose »	M23, L321, page 17
		« On trouve pas, on cherche, on le fait ensemble »	M9, L176, page 11
	Intérêt réciproque dans la relation médecin malade Échange mutuel	« Les deux c'est réciproque » « c'est réciproque »	M9, L168 M8, L169, page 10
		« ce serait un comment dire… une alliance thérapeutique »	M23, L71, page 4
		« C'est pas rien, je trouve, de pouvoir partager »	M8, L123, page 8
		« ça convient, ça convient pas, on a vite fait de comprendre (…) de voir si on se convient l'un l'autre »	M8, L158, page 10

	Relation différente en fonction de la personnalité de chacun	« On n'a pas ce contact avec tous les patients […] y a des patients privilégiés […] avec qui on n'a jamais de problèmes »	M9, L 171, page 10
		« On s'en rend compte très vite, de voir si le contact passe »	M12, L153, page 9
	Par opposition à l'avis spécialisé, domaine de compétence identique au médecin malade et au médecin soignant	« C'est assez rare d'avoir besoin d'un avis (…) complémentaire »	M3, L 137, page 12
COMPLICITÉ			
Complicité	Implicite soignant/soigné	« voir si y a une complicité »	M8, L158, page 10
	Gage de complicité dans la relation	« Il y a forcément une complicité professionnelle même avec une infirmière », « même une aide-soignante »	M8, L545-547, Page 30
ÉCOUTE			
Ecoute	Soins non organiques, écoute	« Il y a une histoire familiale un peu difficile (…) Donc j'y parle un petit peu de ce côté-là aussi »	M5, L291, page 25
	Ressenti en tant que malade	« il y a une écoute »	M20, L107, page 6
	Qualité demandée au Médecin traitant idéal	« À l'écoute »	M10, L147, page 9
		« Faut qu'il m'écoute »	M2, L265, page 23
		« Être à l'écoute »	M9, L166, page 10
		« au niveau de l'écoute »	M20, L172, page 10
		« J'aimerais bien avoir quelqu'un à qui justement euh parler »	M12, L69, page 4
	Manque de disponibilité pour ses proches	« je ne suis pas à l'écoute de mes enfants, de ma femme »	M20, L107, page 6
		« il n'y a pas une écoute »	M20, L107, page 6
	Qualité essentielle de la relation médecin/ malade	« À l'écoute des gens, c'est la règle d'or »	M9, L178, page 11
		« l'écoute »	M20, L547, page 29

EMPATHIE			
Empathie du soignant pour le malade	Entre en empathie avec son confrère malade	« il l'a bien compris et ça a pas posé de problème »	M13, L446, page 25
	Par les connaissances scientifiques partagées avec le malade	« Je pense que c'est quelqu'un qui s'intéresse (…) Donc je vais essayer de d'approfondir plus »	M4, L335, page 29
	La retenue du médecin malade entrave la bonne marche des soins	« ça génère chez moi une gêne, une difficulté à aborder sa souffrance qu'il me masque en partie »	M23, L319, page 17
	Contre-transfert, alliance thérapeutique	« parce que c'est un confrère, je m'identifie un peu à lui » « il me fait partager le poids de sa pathologie »	M23, L318, page 17
		« Je me suis dit en effet miroir »	M15, L218, page 12
		« je trouve qu'elle a raison »	M15, L222, page 12
Empathie du malade pour le soignant	Le médecin malade recherche sa propre image au travers du médecin soignant	« À moins qu'on tombe sur un médecin traitant qui soit complètement d'accord avec la médecine que moi je fais aussi, ça m'étonnerait beaucoup »	M5, L105, page 9
	Comprend la difficulté du soignant	« je me mets à la place du spécialiste »	M13, L446, page 25
	Transfert	« j'aime bien le mettre à l'aise » « je me mets à sa place »	M13, L350, page 19
DÉCHARGEMENT PSYCHOLOGIQUE			
Déchargement psychologique	Déchargement psychologique	« ça fait du bien nous en tant que médecin d'être euh d'être pris en charge par quelqu'un d'autre, psychologiquement »	M26, L102, page 6
	Prise de décision, confiance	« on prend notre santé en mains »	M26, L102, page 6
	Maternalisme	« c'est rassurant (…) sentiment de protection »	M26, L102, page 6
	Déresponsabilisation, déchargement psychologique	« c'est quand même bien pratique de pouvoir en parler à quelqu'un d'autre (…) de pouvoir évacuer »	M20, L107, page 6
	Soulagement psychologique	« donner ça à quelqu'un d'autre »	M20, L172, page 10
	Dans le cadre d'une association pour les médecins libéraux	« J'aurais peut-être trouvé ça intéressant dans le cadre de cette association […] d'avoir des entretiens comme ça au niveau plutôt psychologique ou psychothérapeutique »	M4, L289, page 25

	Exutoire surmenage professionnel	« On aurait peut-être besoin aussi de pouvoir se confier »	M10, L267, page 16
	Accepter d'être soigné par un autre libère le médecin malade	« au moment où ça peut devenir sérieux […] on est content d'être bercé par quelqu'un d'autre qui va nous prendre en charge »	M26, L609, page 33
		«Ça peut être confortable d'avoir un médecin parce que on reporte un petit peu les responsabilités »	M9, L112, page 7
	Fardeau pour le patient quand la maladie est grave	« d'être son propre médecin oui… Dans ces cas, dans ces circonstances là c'est trop lourd »	M27, L240, page 13
COMPARAISON			
Comparaison	Patients médecins/patients non médecin Pas de différence	« On fait suffisamment de commentaires à nos patients mais le fait que quelqu'un nous le dise »	M1, L233, page 21
		« On a des patients comme ça, tu me rappelles des gens »	M8, L101, page 6
		« J'ai eu le sentiment que j'aurais fait exactement la même chose » *(avec un autre patient)*	M5, L293, page 26
		« Je considère que c'est des patients comme les autres »	M7, L337, page 29
		« On les soigne comme chaque patient »	M26, L426, page 24
	Disparition du colloque singulier quel que soit le patient	« on est aussi à un tournant (…) la relation a beaucoup évoluée aussi avec nos patients »	M15, L367, page 20
		« On n'est pas dans une relation médicale classique »	M23, L319, page 17
DISTINCTION			
Distinction	Patient médecin / patient non médecin	« je pense qu'il faut faire un distinguo »	M26, L426, page 24
	Professionnel / personnel	« Je pense qu'il y a des contrastes »	M1, L340, page 30
CONFRATERNITÉ			
Confraternité	Autorisation acquise en tant que médecin à consulter en dehors du parcours de soins sans être sanctionné	«je pensais (…) que le fait d'être médecin je n'avais pas besoin de m'autoproclamer ou de déclarer un médecin traitant (…) que ça pouvait suffire pour justifier une consultation spécialisée »	M3, L73, page 6
	Peut être une gêne à la prise en charge médicale	« Le pire ce sont les confrères ou les copains à soigner »	M9, L366, page 21

	Clan des professionnels de santé	« Il y a un côté grande famille »	M8, L547, page 30
	Entre le médecin soignant et le confrère dont il soigne les proches	« Ça n'empêche pas […] De passer un coup de fil »	M8, L292-294, page 17
	Pharmacien	« Par rapport au préparateur ou préparatrice, et au pharmacien, j'ai pas de retenue »	M8, L430, page 24
AFFECTIVITÉ			
Affectivité	Entre le médecin soignant et son patient médecin	« On est copains »	M9, L359, page 20
	Relation affective	« c'est mon associé et que c'est en plus mon ami »	M20, L107, page 6
	Interaction dans la relation médecin malade	« il y a des choses très compliquées effectivement quand on quand on connaît la profession et puis qu'on travaille avec […] il y a quelque chose qui va pas il y a trop d'affect très certainement »	M2, L88, page 8
	Perturbe la relation médecin/malade	« ça m'a bouleversée » « une camarade de lycée, elle-même médecin »	M15, L206, page 12
	Interaction avec la nécessité d'une prise en charge professionnelle	« j'avais forcément mes souvenirs de lycée aussi par rapport à elle »	M15, L208, page 12
	Facteur compliquant la relation médecin soignant/médecin patient	« On soigne mal les gens qu'on aime ou qu'on apprécie (…) Je suis convaincu que c'est pas quelqu'un qui nous aime ou qui nous apprécie ou quelqu'un de proche » *(parlant du médecin traitant idéal)*	M5, L316, page 2
INFLUENCE			
Influence de l'entourage sur le médecin malade	De la famille du médecin Intervention dans la prise en charge du médecin patient en matière de prévention L'entourage pousse le médecin à se soigner	« J'ai une maman […] Qui me pousse d'ailleurs dans les examens et dans les prises de sang »	M12, L237, page 14
		« j'ai consulté Koning l'année dernière sous la poussée de mes enfants qui voulaient à tout prix que je vois un cardio (…) Pour faire plaisir à mon gendre »	M10, L55, page 4
		« J'ai été poussé par mes enfants, par tout le monde pour le faire »	M10, L100, page 6

	Contrôle médical dans le but de rassurer, de faire plaisir à sa famille Exerce une pression		
	Du médecin sur le diagnostic qui concerne un de ses proches	« Ça m'est arrivé avec mon fils (…) Je suis arrivée aux urgences en disant c'est l'appendicite (…) L'interne dit oui c'est l'appendicite »	M11, L280, page 16
	Confusion des rôles médecin/parent	« T'es pas médecin, je vais te parler comme à une maman (…) Tu oublies ton métier là »	M6, L409, page 34
Influence sur le soignant	Confiance accordée au médecin qui consulte pour la prise en charge demandée	« qu'un médecin qui va venir et qui va dire non écoute là je crois qu'il faut faire une coloscopie peut-être qu'on risque d'être beaucoup moins critique et se fier effectivement »	M20, L557, page 30
	Doute sur l'impartialité face au patient non médecin	« Est-ce que tu, tu prendras pas plus de recul avec euh quelqu'un d'autre qu'avec le médecin qui vient te dire ce qu'il a »	M20, L562-585, page 31
	Pour la prescription d'examens médicaux	« Je lui ai dit OK si tu penses qu'il faut faire une I.R.M.»	M12, L503, page 28
	De la personnalité et du vécu du médecin soignant sur la prise en charge du patient	« On réagit en tant qu'individu (…) C'est différent »	M11, L531, page 29
	Du médecin soignant à la suggestion du médecin patient	« parfois le patient il aimerait bien que ce soit ça alors il détourne (…) On peut se faire avoir de toute façon »	M9, L290, page 17
	Facilités de consultation demandée par le médecin patient	« Il voulait tous les six mois et puis qu'on se voit à la limite en dépannage comme ça »	M8, L551, page 30
JUSTIFICATION			
Justification de la part du patient	Explication non médicale aux symptômes ressentis	« On trouve toujours des excuses… »	M10, L102, page 6
Justification de la part du soignant	Du projet thérapeutique face à un professionnel de santé	« Je donne plus d'explications (…) Je dois me justifier »	M4, L333, page 28
	A l'extrême de la prise en charge proposée	« il faut qu'elles soient un peu justifiées, qu'elles soient expliquées et documentées »	M20, L322, page 17

	Du bien-fondé de la prise en charge proposée par le médecin soignant	« Des fois, on est même obligé de prouver que ce n'est pas ça »	M11, L291, page 17
MISE A L'ÉPREUVE			
Mise à l'épreuve	Test	« Ça doit nécessiter une période de transition »	M8, L156, page 9
	Evaluation de part et d'autre	« il y a un round d'observation […], pas une période d'essai mais une phase d'acclimatation »	M8, L158, page 10
	Prélude à la relation médecin/malade	« il y a une période d'essai »	M8, L182, page 11
	Confrontation de leur avis à celui du soignant	« On l'entend même dans notre propre patientèle (…) bah oui j'ai un copain médecin »	M20, L202, page 11
INSTRUMENTALISATION			
Instrumentalisation	Du médecin soignant par son patient	«c'est moi qui me soigne tu m'aide je me sers de toi c'est moi qui commande »	M8, L222, page 13
	Dans un but de faire le lien avec les spécialites	« Je le soupçonne fort de m'avoir pris pour intervenir (…) auprès des spécialistes, de l'hôpital »	M8, L436, page 24
	Introduit un biais dans la relation médecin soignant/médecin malade	« Avec celui-là je suis moins à l'aise parce que je sens qu'il m'utilise à des fins… »	M8, L440, page 25
	Instrument du médecin patient	« j'ai probablement eu une sensation d'être instrumentalisée »	M15, L333, page 18
		« cette sensation aussi que euh que on se laisse porter »	M15, L337, page 19
	Inversion des rôles / le médecin devient l'outil du patient	« y a des moments où sous la pression on fait tous des choses »	M15, L373, page 20
MISE EN SCÈNE			
Mise en scène	Pièce de théâtre avec 2 acteurs principaux	« il faut que le médecin endosse son costume de médecin et que le malade accepte de prendre son costume de malade »	M23, L495, page 27
		« je monte sur scène »	M23, L495, page 27
	Dualité de la relation médecin / malade Chaque individu a un rôle distinct	« une relation duelle où le médecin est médecin et le malade est malade »	M23, L495, page 27

	Savoir scientifique du médecin comme accessoires de scène Médecin perçu comme un comédien Malade déguisé en médecin	« Sacha Guitry disait « j'aime pas mon médecin ce soir, il joue mal » »	M23, L495, page 27
		« je me persuade que je suis médecin et je ne sors pas de ce rôle » « Je suis un comédien qui fait le docteur mais avec son expérience et ses connaissances »	M23, L495, page 27
		«Inconsciemment, inconsciemment tous autant que nous sommes nous réintégrons notre rôle, nos habits de médecin (…) ce costume de médecin »	M23, L378, page 21
		« j'essaye de jouer le rôle de de jouer de jouer le jeu »	M26, L53, page 3
		« on refuse ce rôle, d'endosser ce rôle de malade »	M23, L378, page 21
	L'attitude du médecin est un des déterminants de la relation	« dans une relation médicale il y a une question de posture »	M23, L495, page 27
NÉGOCIATION			
Négociation	Rôle du médecin soignant Négociateur entre le médecin patient et le système de santé Administratif	« Un intermédiaire pour lui permettre des démarches qu'il a pas envie de faire »	M8, L438, page 24
		« des choses pratiques »	M15, L337, page 19
		« Quand on est médecin traitant, on décroche son téléphone, j'ai besoin d'un rendez-vous rapide (…) ce médecin-là, il m'a pris pour ces démarches-là »	M8, L436, page 24
Négociation	Entre le médecin et le patient	« la médecine c'est souvent une négociation entre 2 »	M25, L358, page 20
		« y a quand même de la négociation »	M15, L367, page 20
PRESSION			
Pression sur le patient	Ressentie par les deux protagonistes de la relation médecin malade/médecin soignant	« Il y a pas seulement la relation du médecin qui va soigner un de ses pairs (…) mais il y a aussi l'inverse je crois que en tant que médecin patient on met une certaine pression (…) on n'est pas un patient lambda »	M1, L102, page 9
		« Un peu comme nous on va le faire de notre côté, elles vont se mettre parfois une petite pression »	M3, L338, page 29
Pression sur le soignant	Pression de performance	« Consulté par un médecin, oui… Bien sûr »	M25, L363, page 20
		« Consulté par de la famille de médecin (…) on a l'impression de… de passer un examen »	M19, L363, page 20

		« C'est vrai que ça met une certaine pression t'es pas t'es pas très à l'aise, surtout quand le gastro-entérologue vient te parler de son colon »	M2, L88, page 7
	Exercée par le patient angoissé	« qui pourraient pousser euh le médecin patient à, à d'autres exigences que celles qui sont légitimes »	M27, L264, page 14
	Malgré une prise en charge identique	« Même si on essaye d'être cadré etc. voilà je trouve que ça me… enfin ça me traîne dans la tête longtemps, voilà c'est un signe qu'il y a la pression »	M1, L309, page 27
	Exercée par le médecin patient sur les prescriptions du soignant	« il venait pour une prescription d'I.R.M. et j'avoue que j'ai fait la prescription d'I.R.M. sans l'examiner à fond »	M12, L491, page 27
	Le patient cherche à prendre le contrôle de la relation	« C'est plutôt le patient qui est chef d'orchestre »	M15, L367, page 20
SECRET MEDICAL			
Secret médical	Divulgué au sein d'une confraternité Partage de la charge émotionnelle avec les confrères	« on en parle à ses très proches mais sans citer de nom »	M19, L316, page 16
		« je vais être amené éventuellement en parler à mes associés par exemple, avec qui il y a une confidentialité (…) y a une libération de l'information »	M23, L317, page 17
		« comme son problème est lourd à porter, je me soigne, je me libère en en parlant à un associé »	M23, L317, page 17
	Problèmes connus de tous par divulgation du secret médical	« On sait malheureusement tout dans notre métier »	M24, L165, page 9
		« il y a des médecins (…) aux alentours que j'ai jamais vus et je suis au courant de leurs pathologies »	M20, L237-239, page 13
		« quelque part il y a une fuite »	M20, L246, page 13
		« pour être certain que effectivement il n'y ait pas de fuites » « y a toujours des fuites »	M23, L164 M24, L165, page 9
	Divulgué par le malade lui-même	« t'es pas sans parler de de ta pathologie (…) tu dévoiles toi même un peu de ce que tu as »	M25, L171, page 10
		« parfois c'est les patients » « c'est les patients ou le personnel hospitalier »	M22, L243

	Divulgué par l'entourage du médecin malade Divulgué par l'entourage du médecin soignant		M14, L245, page 13
		« il se peut que vous ayez des patients qui vont voir que vous avez un médicament particulier et euh… Après ça s'ébruite »	M14, L260, page 14
		« les pharmaciens, les copains, les machins » « par la salle d'attente »	M19, L300 M24, L301, page 16
		« dans le cabinet y a une secrétaire (…) la secrétaire va peut-être le dire à une copine »	M20, L255, page 14
	Non divulgué au parent médecin	« J'aimerais pouvoir parler avec les parents et puis je me dis bah non… c'est les enfants viennent me voir »	M1, L303, page 26
GRATUITÉ			
Gratuité consentie	Devoir confraternel Règle de bienséance Fondée sur un prétexte	« Il y a des médecins qui refusent qu'on les paye »	M11, L469, page 26
		« Je choisis un prétexte pour pas faire payer »	M8, L479, page 26
		« lorsqu'il arrive le paiement, on arrive dans une confraternité (…) donc je ne fais pas payer »	M26, L426, page 24
		« je pense que c'est une démarche, on a prêté serment, on fait pas payer de confrères, c'est confraternel »	M21, L457, page 25
		« si le médecin veut me payer je lui dis non parce que c'est la règle, c'est une règle, c'est une règle de bienséance, une règle entre confrères »	M23, L495, page 27
		« a priori il, il n'avait pas l'intention de me demander d'argent »	M27, L158, page 8
		« Je croyais que c'était habituel que entre confrères on se faisait pas payer »	M4, L365, page 31
		« je ne suis pas choqué par le fait qu'il ne me fasse pas payer par ce que… Et d'ailleurs j'irai le reconsulter, ça va pas être pour moi quelque chose de gênant, par ce que c'est quelque chose que je fais également »	M26, L492, page 27
		« J'ai pas payé », « oui c'est le problème c'est vrai que quand on va voir des confrères (…) Souvent on paye pas quoi »	M1, L61-63, page 5-6
		« une relation médecin/médecin qui, de ce fait, n'est pas payante »	M19, L415, page 23

	Chez le spécialiste	« ils me font pas payer »	M26, L464, page 26
		« je lui ai proposé et puis comme elle a dit non »	M4, L367, page 31
	Sans lien avec la qualité des soins donnés ou reçus	« je pense pas qu'il y a besoin d'un paiement pour, pour que il y ait un travail effectué sérieusement »	M25, L417, page 23
		« eux est-ce qu'ils ont l'impression que je les soigne moins bien par ce qu'ils me payent pas ? »	M25, L424, page 24
		« c'est pas le paiement qui va euh qui va faire en sorte que je vais les prendre différemment »	M25, L424, page 24
		« ça me gêne pas tant que ça par ce que j'ai je… enfin… j'estime être bien soignée et euh je reviens le voir »	M17, L475, page 26
	Par amitié	« J'ai plein d'amis que je soigne que je fais pas payer et j'ai pas l'impression de moins bien les prendre en charge »	M25, L420, page 23
		« les amis je suis incapable de les faire payer »	M21, L457, page 25
	Selon le profil de patients	« Je fais pas payer les morts et les médecins »	M8, L449, page 25
		« Les médecins médecins ? Non… Les enfants oui »	M1, L356, page 30
Gratuité « douteuse »	Source d'embarras et de retard diagnostic Peur de déranger Dette Introduit un biais dans la relation	« Des amis que je ne faisais pas payer euh avaient du mal à revenir par ce qu'ils avaient peur de me déranger »	M20, L435, page 24
		« tes amis… […] avant de t'appeler, ils vont y réfléchir à chaque fois »	M20, L441, page 24
		« Est-ce que ton ami qui justement a un problème, il osera se dire je vais oh je vais encore le déranger »	M14, L447, page 25
		« Des amis que je ne fais pas payer ont plus de mal à me demander conseil ou à venir parce que ils veulent pas m'embêter »	M20, L452, page 25
		« Du coup c'est vrai qu'on est réticent à y retourner » « je n'insiste pas lourdement pour qu'ils ne payent pas (…) Je crois que ça les rend mal à l'aise »	M11, L472, M8, L477, page 26
		« on se sent un peu redevable »	M13, L446, page 25
		« Ça me met mal à l'aise moi de pas la régler »	M7, L369, page 31
		« Je pense que la relation est faussée à ce moment-là »	M10, L451, page 25

		« je trouve que tu as un rapport de médecin à médecin là, t'es plus tellement en position de malade »	M14, L419, page 23
		« On il va se dire non c'est malsain (…) Je parle dans la relation »	M8, L479, page 26
HONORAIRES			
Honoraires réglés	Donne une légitimité à la relation médecin soignant / médecin malade Authentifient la relation de service en remettant chacun sa place, le malade et le soignant En conséquence du temps passé et les soins procurés Salaire du médecin Pour la prise en charge psychiatrique, l'écoute, le réconfort apporté Nécessaire au bon fonctionnement de la relation médecin/patient	« ça entérine la consultation »	M18, L414, page 23
		« ça instaure une relation malade/médecin »	M19, L415, page 23
		« J'ai quelques médecins jeunes… », « Qui d'emblée annonçaient la couleur, je viens mais je paye alors j'insiste pas parce que à la limite la relation elle est claire elle est nette »	M9, L456-458, page 25
		« ça soit bien clarifié dès le départ »	M20, L439, page 24
		« que ce soit un médecin traitant qui soit dans cette situation comme avec n'importe quel autre patient »	M27, L160, page 8
		« Ça fait partie des soins », « ça fait partie du jeu »	M5, L358, pages 30-31
		« C'est son boulot (…) sur ses horaires de travail, on ne travaille pas gratuitement »	M6, L370, page 31
		« pour ce créneau horaire ils vont régler et donc ils ont le droit d'être écoutés »	M20, L439, page 24
		« si t'as patient qui a besoin de te voir trois fois dans une semaine, il va te prendre trois rendez-vous, il va payer trois rendez-vous »	M14, L447, page 25
		« tu passes du temps »	M20, L452, page 25
		« tout un travail mérite salaire »	M13, L446, page 25
		« Chaque travail mérite salaire »	M5, L358, page 30
		« ton ami c'est pareil (…) il fait des choses que qui vont être euh qui ne sont pas gratuites »	M20, L469, page 26
		« Je pense que il faut payer le service »	M27, L170, page 9
		« C'est important de payer quand on va se faire soigner »	M5, L358, page 31

		« le fait de payer c'est aussi le fait d'avoir eu l'impression d'avoir été écouté, d'avoir été pris au sérieux »	M20, L413, page 23
		« C'est le coup du psy aussi qu'on paye »	M8, L468, page 26
		« en étant moi dans mon rôle de médecin, je l'autorise à être dans son rôle de malade jusqu'au bout, jusqu'au moment où il me paye »	M23, L495, page 27
		« payer ça devrait être nécessaire »	M20, L413, page 23
		« c'est une nécessité »	M27, L164, page 9
		« c'est une condition »	M27, L172, page 9
	Chez le spécialiste Structure hospitalière	« Quand je vais en cardio à Saint-Hilaire moi je paye »	M9, L463, page 25
		« À chaque fois que j'ai eu besoin d'aller voir un spécialiste, j'ai jamais réglé, j'ai toujours proposé mais ils m'ont toujours dit non »	M21, L455, page 25
		« quand je vais voir le spécialiste je propose de payer systématiquement »	M26, L462, page 25
		« quand tu vas chez un spécialiste qui te fait pas payer, est-ce que tu as la même impression que quand le spécialiste te demande à la fin de la consultation »	M14, L431, page 24
		« Le psychiatre ne se pose même pas la question de ne pas faire payer »	M15, L486, page 26
		« tu payes à l'hôpital, tu payes tout » « elle est allé à l'hôpital elle a payé c'est normal, c'est une structure »	M20, L488 M26, L492, page 27
		« c'est un forfait »	CH, L490, page 27
	Règlement par l'assurance maladie	« je prends sa carte vitale »	M23, L410, page 23
		« Quand je vais voir SP je donne ma carte vitale […] Quand je vais à l'hôpital, je donne ma carte vitale »	M20, L416, page 23
		« Si ils sont à 100 % c'est plus facile, tu te fais payer directement par la sécu »	M10, L481, page 26
	Preuve de confiance	« c'est une manière de donner les clés »	M19, L415, page 23

	Responsabilise le médecin soignant	« C'est pas une relation d'argent du tout, c'est pour montrer qu'il est responsable »	M8, L466, page 26
	Garantie l'objectivité du médecin	« C'est déjà difficile de soigner des amis et… Il faut rester objectif »	M20, L452, page 25
		« ça fait partie aussi de l'objectivation »	M27, L168, page 9
	Soulagement	« je me sens mieux d'avoir payé »	M14, L472, page 26
	Devoir du patient Facilite la relation médecin malade du point de vue du médecin patient	« Je suis plus à l'aise quand ils me… quand ils acceptent » « on est plus à l'aise quand ils acceptent le paiement »	M14, L479 M17, L480, page 26
		« y a moins de gêne »	M20, L439, page 24
		« j'ai insisté pour payer »	M13, L446, page 25
		« j'ai insisté évidemment pour que ce soit clair »	M27, L158, page 8
		« C'est moi qui lui proposai de la régler et j'ai pris cette habitude-là »	M7, L369, page 31
		« C'est plus facile de payer »	M9, L475, page 26
	Pas de favoritisme Métaphore du boulanger	« c'est pas parce qu'on est… enfin médecin qu'on ne doit pas payer le médecin »	M20, L413, page 23
		« Nous des a priori la preuve c'est qu'on n'en assure l'argent puisqu'on se pose la question (…) mes gamins jouent avec le boulanger je vais payer mon pain tous les jours à un moment donné je ne suis jamais dit parce qu'il habite à côté de chez moi qu'il a pas à me faire payer son pain »	M2, L377, page 32
		« Quand notre boulanger qu'on voit tous les jours vient nous consulter, on le fait payer… C'est pas parce que c'est notre boulanger »	M20, L467, page 26
	La qualité de la consultation ne doit pas dépendre du règlement ni du statut du patient	« c'est pas une question de radinerie ou d'argent »	M20, L439, page 24
		« il ne faut pas qu'il y ait un rapport d'argent »	M20, L467, page 26

		« tiens il m'a pas fait payer euh en gros j'ai pas payé donc il m'a mal soigné »	M5, L358, page 30
	Le médecin est perçu en tant que professionnel	« l'ami il te paye parce que le médecin il est médecin et c'est pas un copain »	M23, L495, page 27
Honoraires variables	Compromis à trouver entre le médecin soignant et le médecin patient	« j'aurais un patient médecin effectivement je lui proposerai de pas payer, mais en tant que malade, aller voir un confrère, je trouve normal de payer »	M14, L470, page 26
		« Il fait *(payer)* une fois sur deux »	M9, L475, page 26
	Sous forme de cadeaux	« Ça coûte plus cher en bouteilles de champagne » « des chocolats, une bouteille de pinard »	M10, L470, M9, L471, page 26
	Par intérêt	« J'adore l'argent »	M5, L358, page 30

THEME 6 : DEFINITION D'UN MEDECIN TRAITANT IDEAL			
DISTANCE			
Distance géographique du médecin idéal	Eloignement	« Je pense que le bon médecin c'est celui où il y a une certaine distance et qu'on se connaît pas à la base »	M5, L87, page 7
		« Loin »	M23, L164, page 9
	Proximité	« Il faut pas qu'il soit trop loin (…) qu'il soit relativement pratique d'accès »	M2, L256, page 23
		« Il faut qu'il soit à côté de chez moi »	M2, L383, page 33
		« je l'ai choisi aussi pour la proximité de de mon domicile »	M27, L22, page 2
		« Moi je le vois juste tous les jours au boulot »	M7, L31, page 4
DISPONIBILITÉ			
Disponibilité du médecin idéal	Qualités attendues du médecin traitant	« la rapidité du rendez-vous » « oui la disponibilité » « la disponibilité »	M24, L156 M19, L157 M24, L158, page 9
TEMPS			
	Respect des horaires de consultation	« Qu'il me fasse pas trop attendre »	M2, L256, page 23
		« non-attente »	M24, L156, page 9
COMPÉTENCES			
Compétences	Discours pertinent	« ses propos sont pertinents »	M23, L95, page 5
	Ne suffisent pas à prendre correctement en charge ses proches	« Je ne remets absolument pas en cause compétences médicale mais je ne suis pas convaincu que vous seriez un médecin pour elle et que JC serait un bon médecin pour FG »	M5, L87, page 7
	Compétences techniques	« Tout ce qui est organique purement la médecine technique (…) On a l'impression de gérer à peu près pour nous-mêmes »	M4, L289, page 25
		« Qui soit opérationnel au point de vue technique »	M10, L141, page 9

	Diminution des performances intellectuelles	« Je suis de moins en moins jeunes (…) On est moins performant (…) Il faudra bien que je confie ma santé un médecin traitant »	M8, L129, page 8
	Auto diagnostic impossible par manque de connaissance ou de compétences	« Si un jour j'ai des problèmes de santé qui me dépassent »	M8, L86, page 6
	Métaphore du garagiste	« quand notre voiture est en panne on la porte chez le garagiste on n'y connaît rien et on va suivre ce que fait le garagiste »	M5, L105, page 9
		« c'est comme toi avec ton garagiste que t'en as plein le cul de ta voiture qui tombe toujours en panne, tu te dis c'est la faute du garagiste alors que c'est ta voiture finalement qui est naze, qui est voilà… et puis un beau jour fais tout le tour et puis tu reviens chez ton garagiste »	M10, L200, page 12
Compétences en psychologie	Compétences en psychologie	« Il pourrait être tout à fait […] fin psychologue »	M1, L340, page 30
		« Il faudrait qu'il soit aussi très fin psychologue »	M7, L282, page 24
	Psychologue/médecin généraliste	« On pourrait avoir besoin d'un… Peut-être même vraiment d'un psychologue la dans le terme de la profession peut-être même plus que d'un autre médecin généraliste »	M4, L289, page 25
	Lacune de l'auto diagnostic	« C'est ça qui nous manque le plus […] Il y a de l'anxiété, ou il y a un début de burn out, ou un autre stress etc. là on pourrait avoir besoin d'un… peut-être même vraiment d'un psychologue »	M4, L289, page 25
	Psychiatre/psychologue	« Moi j'ai pas envie d'un psychiatre » « non j'ai pas dit psychiatre, plutôt psychologue »	M2, L283, page 24 M7, L284, page 25
		« après un psy à côté pour je sais pas moi, les souffrances autres il nous faudrait plus »	M1, L206, page 19
	Psychanalyste Empathie exacerbée	« Capable d'assumer un transfert »	M10, L135, page 9
		« Très psy, parce que j'ai besoin de ça »	M10, L135, page 9

	Exutoire à la souffrance morale	« une certaine réponse par rapport même à certaines angoisses »	M20, L174, page 10
		« Quelqu'un qui va vous soulager »	M10, L143, page 9
		« Un soulageur de souffrance »	M10, L211, page 12
	Capable de ressentir les choses	« Qu'il arrive à sentir ce qu'on n'a pas envie de dire mais… Réussir un peu à nous pousser dans nos retranchements »	M7, L282, page 24
		«qu'il arrive à sentir les choses, à sentir un peu le mal être même si on n'ose pas l'exprimer » « qui cherche les non-dits en dessous finalement d'un symptôme »	M7, L286-288, page 25
Compétences du spécialiste	Supérieures à celle du généraliste dans un domaine particulier	« le spécialiste dépasse entre guillemets notre domaine de compétence et donc du coup on va le suivre parce que là, pour le coup, il est meilleur que nous dans cette spécialité là et en rapport avec le problème de santé que j'ai »	M5, L164, page 15
EXPÉRIENCE			
Expérience	Acquise avec l'âge, permet de gagner du temps	« on va à l'essentiel (…) Je perds plus mon temps avec des scrupules ou des choses qui sont pas justifiées »	M8, L335, page 19
	Maîtrise du savoir médical	« On sait ce qu'on peut faire et on sait ce qu'on peut pas faire »	M10, L341, page 20
Expérience du médecin idéal	dans la relation médecin soignant/médecin patient	« J'aimerais qu'il soit qu'il soit suffisamment entraîné aussi »	M2, L273, page 24
	Connaissance des recommandations professionnelles et de leurs mises à jour	« Je voudrais qu'il soit bien au courant des recommandations »	M2, L342, page 30
	Travail personnel sur la prise en charge des confrères malades	« Pour nous prendre en charge comme médecin traitant faut certainement que ce soit quelqu'un qui réfléchisse », « quelqu'un qui réfléchit aux problèmes avant de me prendre en charge »	M2, L275-277, page 24
ABSTRACTION			
Abstraction faite par le soignant	Permettant au médecin de considérer son confrère malade comme tout autre patient	« au début quand je ne les connais pas je lui dis enfin je demande vous faites quoi (…) après ça ne pose pas de problème »	M4, L98, page 9

		« On est capable de faire la part des choses entre ce qui est professionnel […] et ce qui est patient »	M1, L339, page 29
		« Faire abstraction de son métier donc on n'en parle pas de son métier »	M5, L291, page 25
		« Je vais faire comme un patient classique »	M7, L337, page 29
		« Je fais abstraction qu'ils sont médecins »	M9, L540, page 29
		« je crois que c'est possible »	M27, L198, page 10
	De la qualité du malade malgré l'appartenance à la même « famille »	« Il faut qu'elle soit là aussi la complicité mais qu'en aucun cas elle n'influence notre acte médical »	M8, L549, page 30
	Maintien l'objectivation	« Objectif »	M27, L122, page 7
	De la relation entre collègues et de la relation médecin/malade	« J'ai aussi bien des infirmières euh je dirais hospitalières j'ai même des infirmières libérales avec qui je travaille », « il y a le côté professionnel et le côté quand elles sont malades »	M7, L337, page 29
	Abstraction de la profession du patient	« En étant plutôt neutre et il faudrait qu'il soit le moins possible influencé par ma propre profession »	M5, L270, pages 24-25
		« Il met mon métier de côté quand il me soigne »	M5, L378, page 32
		« Qu'il me dise pas tu sais ça, (…) Tu sais ce que ça va faire »	M10, L279, page 16
	Demande de neutralité	« Qui fasse comme vous disiez complètement abstraction de notre profession »	M7, L282, page 24
	Abstraction de la relation éventuelle que le médecin a avec le patient (ami, confrère)	« Je fais mon job comme un médecin »	M23, L495, page 27
	Abstraction de ses problèmes personnels	« qu'on se trouve en aussi en face d'une patientèle et des gens qui vont se plaindre et on se rend compte que certaines plaintes ne sont pas égales à ce qu'on peut ressentir nous et qu'on est obligé de faire face »	M20, L107, page 6
		« il faut pas vous plaindre »	M20, L601, page 32

Abstraction faite par le patient (patient idéal)	Faire abstraction de sa propre profession, s'en remettre au soignant Mettre ses connaissances au second plan	« se considérer comme un patient comme tous les autres patients »	M20, L547, page 29
		« il faut oublier qu'on est médecin »	M20, L202, page 11
		« Il faut oublier qu'on est médecin quand on vient consulter, pour pas être critique »	M20, L322, page 17
OBJECTIVITÉ			
Objectivité du soignant	Positionnement difficile en tant que soignant	« c'est pas très facile pour celui qui est le médecin disons, euh de rendre crédible son objectivité »	M27, L82, page 5
	Intérêt reconnu par le médecin patient	« elle a peut-être un regard objectif sur certaines choses »	M26, L55, page 3
		« c'est le seul intérêt »	M26, L55, page 3
	Tranquillise le médecin qui consulte dans son rôle de parents	« C'était bien aussi de mettre les choses au point dès le début et d'oublier justement le côté répondant médical »	M6, L409, page 34
	Revendication d'un statut de patient comme les autres	« quitte à prendre un médecin traitant, qu'il nous considère comme un patient pas comme un médecin »	M18, L180, page 10
	Qualité demandée au médecin traitant idéal Prise en charge de l'individu en tant que tel Considérer le médecin malade comme un patient normal Impartialité	« Il pourrait être tout à fait objectif »	M1, L340, page 30
		« Je crois que elle me donnerait une autre vision que celle que j'ai euh en tant que médecin »	M2, L256, page 23
		« Je vais pour qu'il me prenne comme je suis »	M2, L285, page 25
		« Qui fasse la part entre le professionnel et le personnel »	M5, L353, page 30
		« et qui soit complètement objectif »	M19, L198, page 11
		« d'avoir un, un point de vue plus objectif que le sien »	M27, L74, page 4
		« j'attends de l'autre c'est qu'il ait la même qualité d'objectivité professionnelle »	M27, L86, page 5
		« On n'en revient à la notion d'objectivité (…) On est objectif de A à Z »	M5, L378, page 32
		« En essayant de prendre le recul qui permet de voir l'autre quand même comme patient »	M3, L95, page 8

		« d'un regard neutre et totalement naïf »	M19, L189, page 11
		« un regard extérieur »	M27, L74, page 4
	Par rapport aux patients non médecins	«Je reviens à nos patients […] il vient pour une radio pulmonaire par ce qu'il tousse depuis 8 jours euh il n'a pas de fièvre on va pas lui prescrire une radio pulmonaire »	M2, L139, page 13
	Donne au médecin patient sa légitimité	« en me parlant et en me traitant comme un patient »	M23, L95, page 5
LUCIDITÉ			
Lucidité	Qualité demandée au médecin traitant idéal	« Il reste lucide le plus possible »	M5, L378, page 32
		« Lucide »	M5, L353, page 30
NEUTRALITÉ			
Neutralité du médecin idéal	Un lien affectif est un facteur compliquant la relation médecin soignant/médecin patient Pas de lien préalable à la relation soignant/soigné	« C'est vrai que y a un médecin en face lambda qu'on connaît pas »	M1, L24, page 3
		« il y a des choses qu'on, qu'on,… qu'on évite de voir et qu'on, qu'on,… qu'on n'ose pas aborder avec soi-même donc on les aborde plus facilement devant un étranger »	M20, L107, page 6
		« On soigne mal les gens qu'on aime ou qu'on apprécie (…) Je suis convaincu que c'est pas quelqu'un qui nous aime ou qui nous apprécie ou quelqu'un de proche »	M5, L316, page 2
		« Rencontrer un collègue pour lequel on est il n'y a pas d'affect »	M2, L83, page 7
		« Anonyme »	M23, L164, page 9
		« prendre quelqu'un d'extérieur à notre cercle » « quelqu'un qui ne nous connaisse pas »	M18, L192 M19, L196, page 11
	Point de vue autre que celui que le médecin malade a sur lui-même	« mais qu'il soit bien extérieur à moi »	M27, L88, page 5
RESPONSABILITÉ			
Responsabilité du soignant	Transférée au médecin soignant	« oui, c'est clair ça »	M27, L244, page 13

	Implication totale du médecin soignant dans la prise en charge des proches d'un confrère	« C'est vous qui êtes responsables, c'est votre patient »	M8, L292, page 17
		« C'est une bonne attitude quand on est médecin de dire […] C'est toi qui te démerdes »	M8, L296, page 17
		« généralement c'est pas le médecin lui-même qui amène ses enfants »	M27, L122, page 7
	Déresponsabilisation du médecin malade envers lui-même	« Ça peut être confortable d'avoir un médecin parce que on reporte un petit peu les responsabilités »	M9, L112, page 7
ENCADREMENT			
Fermeté/Encadrement	Trait de caractère du médecin traitant idéal	« Non pas mou », « pas autoritairement non plus » « mou non » « ah non pas mou »	M6/M5, L261-261 M2, L263 M7, L264 Page 23
	Qualités demandées au médecin traitant idéal	« Il m'écoute mais qu'il sache m'arrêter » « qu'il soit cadrant » « cadrant »	M2, L265, M5, L266, M2, L267, page 23
	Nécessaire et suffisante au bon fonctionnement de la relation médecin malade/médecin soignant	« Faut qu'on puisse lui obéir »	M7, L350, page 30
	Qualité demandée au médecin traitant idéal	« Cadrant »	M1, L352, page 30
VIGILANCE			
Vigilance	Attention portée aux problèmes	« elle va être beaucoup plus vigilante »	M26, L59, page 3
	Pas de négligences	« maximiser les choses »	M26, L59, page 3
DROIT			
Droit à l'erreur	Accordé au soignant par le médecin malade	« je demanderai pas à mon futur médecin traitant d'être parfait »	M8, L158, page 10
		« Qu'il me dit […] Je ne me trompe pas […] Je me tire ailleurs »	M10, L205, page 12

		« On est en État d'alerte… Faire une connerie c'est à tout âge »	M8, L331, page 19
Droit à l'information/honnêteté	Demandée par le médecin patient	« J'attends vraiment de la transparence […] Qu'on me dise tout, vraiment qu'on me cache rien » « c'est important »	M12, L213, page 12 M8, L214, page 13
SECRET MEDICAL			
Secret médical par le médecin idéal	Respecté par le médecin soignant Demande de confidentialité	« moi je suis très confiante en un médecin que je pourrais consulter »	M19, L311, page 16
		« la discrétion », « la confidentialité »	M23, L159-161, page 9
FORMATION			
Formation initiale	De l'examen clinique	« Je décris, je dis une douleur (…) je ne donne jamais un diagnostic » « on a été élevé comme ça »	M8, L521, M10, L522, page 28
	Problématique des soins aux confrères intégrée en formation initiale comme la prise en charge d'autres pathologies	« D'aborder un problème complexe qui est la consultation de son confrère (…) On apprend bien la prise en charge de maladies qui sont somme toute pas si fréquentes »	M2, L380, page 32
Formation du médecin idéal	Formation donnant droit à un diplôme au cours des études de médecine	« en effet au cours des études ça pourrait sans doute être abordé »	M27, L252, page 13
		« Un spécialiste des médecins libéraux » « un DES »	M1, L372, page 31 M5, L373, page 31
	En amont de la pratique médicale	« ce serait intéressant de… effectivement au moins d'aborder la question avant que ça nous tombe sur le nez »	M27, L250, page 13
	À discuter par des associations de formation médicale continue	«faudrait que MG Form fasse ça »	M2, L377, page 32
	Confidentialité	« le respect de la confidentialité »	M25, L545, page 29

	Ecoute / empathie	« l'écoute »	M20, L547, page 29
		« la formation pour apprendre euh être à l'écoute »	M16, L556, page 30
	Impartialité, faire abstraction de la profession du patient	« qu'il considère son patient comme un patient, pas comme un médecin »	M14, L549, page 29
		« comme le patient d'avant ou d'après »	M20, L550, page 29
	Pour apprendre à mieux gérer la consultation	« moins d'appréhension »	M20, L550, page 29
		« la formation pour apprendre […] à gérer son stress par rapport à cette situation inhabituelle »	M16, L556, page 30
		« Pourquoi pas » « La formation permettrait d'appréhender, de savoir comment recevoir les confrères »	M7/M1/M3, L415 M5, L417 Page 34
	Suivre son propre raisonnement scientifique, garder le contrôle de la consultation	« ne pas se fier au jugement du médecin qui consulte […] c'est important aussi dans la formation d'un médecin »	M20, L557, page 30
	Maintien de l'objectivité	« comment est-ce qu'on maintient l'objectivité dans une relation qui est quand même très différente de celles qu'on a l'habitude de gérer »	M27, L260, page 14
	Assumer la relation avec le médecin malade, être conforté dans sa position de soignant	« assumer plus facilement la relation qui est, qui est sans doute peut-être un peu difficile parfois »	M27, L262, page 14
	Pour augmenter les résistances du médecin soignant	« de ne pas tomber dans le piège du diagnostic tout fait »	M12, L520, page 28
	Prise en charge du médecin malade comme d'un profil de patients spécifique	« Comment prendre en charge des gens qui professionnellement (…) nous posent problème… Les confrères entre autres… On apprend les gens difficiles, (…), les caractériels… »	M2, L380, page 32
	Acceptation de l'état de malade	« il y a une chose qu'on ne nous a pas appris du tout pendant nos études de médecine c'est à être malade »	M24, L588

		« voilà c'est ça qu'il faut apprendre », « former les médecins à devenir des malades » « à accepter d'être malade »	M23, L589-594 M24, L595, page 32
SPÉCIALISATION			
Spécialisation	À la prise en charge des confrères Se borne à la prise en charge des médecins malades	« Former des médecins généralistes pour soigner des médecins généralistes »	M3, L246, page 22
		« Faire une formation exprès pour être médecin traitant de médecin traitant »	M2, L273, page 24
		« Peut-être que ça, ça nécessite en effet une petite formation, une spécialisation »	M5, L378, page 32
		« Mais il ferait que ça » « mais spécialiste des médecins traitants »	M5, L278-280, page 24
	Rassurante pour le médecin soignant	« Qu'il ait fait une formation spécifique ou pas ça le rassurera surtout lui »	M2, L433, page 35
	Par comparaison à un profil particulier de patient	« Un véritable créneau de formation de prendre en charge ses confrères malades »	M2, L281, page 24
	Par rapport à la formation du médecin patient	« J'irai voir un spécialiste des médecins traitants »	M2, L275, page 24
		« On retrouve le petit plus qui nous va » « Il a le petit plus que nous »	M4, L392, page 33 M5, L393, page 33
PRISE EN CHARGE			
Prise en charge par le médecin idéal	Prise en charge appropriée de problèmes particuliers	« Des symptômes un peu atypiques »	M3, L246, page 22
		« Je voudrais qu'il ait pas une réponse systématiquement médicamenteuse à mes besoins »	M2, L346, page 30
RÉPERTOIRE			

Répertoire	Regroupant des médecins ayant reçu une formation pour la prise en charge de leurs confrères	« Il faudrait être identifié quoi, comme un médecin qui prendrait en charge », « d'autre médecin pourrait nous identifier (…) là je pense que ça peut être intéressant »	M4, L379, page 32
	Facilitant la rencontre médecin soignant/médecin patient	« C'est une meilleure façon (…) de mener des confrères à aller consulter un confrère généraliste qui serait médecin traitant »	M3, L426, page 35
		« Je pense qu'il faut le faire savoir (…) Ça peut aider à l'accès aux soins des généralistes »	M3, L428, page 35
	Adhésion des médecins patients potentiels	« plus oui… c'est sûr » « plus oui… C'est clair » « oui oui » « bah oui plus parce que il a eu cette formation justement »	M1, L386 M7, L387 M4, L388 M5, L389 Page 33
SERVICE DE MÉDECINE DU TRAVAIL			
Service de médecine du travail	Dédié à la médecine libérale Adapté à la prise en charge des médecins libéraux Pour la prévention	« Je me demande si ça serait pas un médecin du travail de la médecine libérale (…) qui s'occupe des médecins généralistes en fait »	M5, L115, page 10
		« Il nous faudrait peut-être un médecin du travail »	M1, L206, page 19
		« Il saurait qu'on est médecin libéral »	M5, L115, page 10
		« Un médecin du travail de la médecine libérale (…) qui ferait tout le travail de prévention » « pour la prévention, le global »	M5, L115-117, page 10
		« Un médecin de prévention je suis assez d'accord effectivement ça c'est là-dessus on va peut-être malheureusement pas être assidu »	M3, L137, page 12
		« pourquoi on n'aurait pas un médecin de prévention ou un médecin du travail un peu spécialisé pour tout ce qui est dépistage »	M3, L246, pages 21
	Relation avec un service de médecine du travail en tant que patient	« L'expérience que j'en ai sais que j'ai un petit contrat avec le conseil général donc de ce fait je suis salarié (…) Et dans ce sens-là je tous les deux ans je vais voir un médecin du travail »	M1, L24, page 3

	travail d'investigation	« Les interrogatoires concernant mes habitudes de vie mes habitudes alimentaires mes toxiques éventuellement »	M1, L24, page 3
Médecin de prévention, médecin idéal	Encadrement	« J'ai eu le sentiment (…) Que j'écouterai beaucoup plus euh le genre de médecin de prévention, du travail »	M5, L207, page 19
AUTHENTICITÉ			
Authenticité	Par opposition au fait de se prendre soi-même en charge	« Avoir un vrai médecin traitant »	M2, L433, page 35
		« je vais peut-être en déclaré un autre... un vrai »	M23, L30, page 2
ATTRAIT PHYSIQUE			
Attrait physique	Atout du médecin dans la relation médecin / malade	« il est charmant »	M15, L398, page 22
	Jeune âge	« Jeune », « pour le garder »	M8, L131-133, page 8
CONFIANCE			
Confiance dans le médecin idéal	Inspirée au médecin malade	« Le médecin traitant idéal on le trouvera pas du premier coup nous », « en le voyant une fois, deux fois, trois fois, peut-être que il y a une confiance qui s'instaurera »	M5, L268-270, page 24
		« Je voudrais lui faire confiance »	M2, L346, page 30
	Choix guidé par la popularité du soignant	« Je l'aurais choisi par ouï-dire »	M10, L145, page 9
	Manque de confiance En cas de problème de santé que le médecin patient ne peut prendre en charge seul	« Y a un manque de confiance vis-à-vis de cet autre médecin généraliste ou cet autre médecin traitant sauf si t'es malade vraiment»	M2, L120-122, page 11
EMPATHIE			
Empathie du médecin idéal	Qualité demandée au médecin traitant idéal	« Il pourrait être tout à fait […] empathique »	M1, L340, page 30
	Consultation centrée sur le médecin patient lui-même et non sur des difficultés professionnelles qu'il peut partager avec le médecin soignant	« J'aimerais pas qu'il me parle boulot (…) je veux qu'il se renseigne vraiment sur ce que je fais moi et pas sur notre difficulté, dans notre métier, notre surmenage »	M2, L271, page 24
RÉCONFORT			

Réconfort	Evite les erreurs diagnostiques dues à l'angoisse de la maladie	« Un médecin traitant qu'on pourrait saisir en cas de doute […] on a des peurs […] on est un peu dans la crainte de tout ce qu'on pourrait avoir »	M3, L246, pages 21-22
	Conforte le médecin patient dans son auto diagnostic	« une réassurance »	M27, L74, page 4
	Rassurer le patient	« je l'ai rassuré »	M13, L122, page 8
	Anxiolytique	« Celui qui est anxieux »	M8, L88, page 6
HUMILITÉ			
Humilité du soignant	Demandée au médecin traitant idéal	« Qu'il me dit Monsieur vous êtes bien tombés, je suis meilleur […] Je me tire ailleurs » « un mec sûr de lui, qui sait tout, c'est pas possible »	M10, L205, M10, L209, page 12
	Permet d'avoir du recul sur la prise en charge des patients	« On met de côté ces choses-là, on est humble » « cette humilité me décomplexe quelque part »	M8, L331-333, page 19
Humilité du patient	Par rapport à ses propres connaissances	« Il faut connaître ses limites »	M8, L88, page 6
	Du médecin patient vis-à-vis de ses propres compétences	« Je dis pas que je suis bon, j'en sais rien »	M10, L151, page 9
	Respect de la parole du soignant	« ne pas être critique par rapport à ce qu'on ce qu'on peut nous dire »	M20, L202, page 11
	Ne pas critiquer la prise en charge proposée	« sans apporter aucun jugement »	M20, L202, page 11
	Reconnaissance d'une certaine vulnérabilité	« on est des êtres humains »	M20, L172, page 10
REMISE EN QUESTION			
Remise en question du soignant	De la prise en charge par rapport aux connaissances ou aux angoisses que peut avoir le médecin patient	« l'interlocuteur est en mesure de comprendre le raisonnement que l'on suit, et éventuellement de le mettre en question par euh , par pertinence ou par crainte euh enfin donc voilà… Donc c'est c'est c'est aussi, ça remet un peu en question aussi je pense le médecin soignant »	M27, L260, page 14

Remise en question du patient	Autre regard sur soi Permise par la relation avec le soignant	« Ça peut faire du bien que quelqu'un nous le dise en face (…) mettre en cause en question nos certitudes »	M4, L185, page 17
		« je pense quelqu'un d'autre peut nous faire réfléchir là-dessus comment on peut s'organiser autrement et où de nous dire comment il fait lui »	M4, L185, page 17
	Confrontation brutale à la maladie, dans un contexte d'urgence vitale	« à part un cas comme le mien (…) T'as pas le choix de toute façon tu es dedans »	M9, L379, page 21
	Se comporter comme un patient comme les autres en cas de problème grave Intérêt d'un suivi médical reconnu par le médecin patient	« Si j'ai une merde voilà, on verra bien, je vais me faire soigner, je ferai confiance en mes soignants »	M8, L395, page 22
		« Un pépin ou une maladie un peu rare ou qu'il arrive pas… »	M8, L88, page 6
		« Finalement, à la réflexion, pourquoi pas », « voilà une soirée utile »	M8, L90-92, page 6
		« peut-être qu'un jour j'aurais besoin de de d'un suivi plus régulier si j'ai une pathologie plus particulière et à ce moment-là j'irai peut-être faire appel à quelqu'un d'autre »	M19, L51, page 3
		« quand je prendrai un médecin traitant, c'est lui qui me soignera »	M8, L220, page 13
	Travail à faire sur soi pour choisir un médecin autre que soi Conviction de l'aide que peut apporter un médecin traitant autre que soi	« Je changerai de médecin traitant (…) C'est quelque chose qui fait chemin »	M2, L436, page 35
		« j'en suis convaincu »	M23, L95, page 5
MÉDECIN DE FAMILLE			
Médecin de famille pour ses proches	Par commodité, pour rendre service	« Nous on est le médecin traitant de son entourage parce qu'on est le plus proche et que c'est pratiques »	M8, L51, page 3
Médecin de famille	Médecin généraliste consulté de génération en génération	« Mon médecin traitant de famille en fait quand j'étais petite »	M6, L12, page 2
	Suivi depuis l'enfance, l'adolescence	« qui pour moi était aussi mon médecin depuis que je suis ado »	M7, L20, page 3
		« C'est le médecin traitant j'ai déclaré à 16 ans (…) Elle me connaît plus »	M12, L69, page 4
MÉDECIN GÉNÉRALISTE			

Médecin généraliste	Définition	« C'est l'ensemble de toutes les spécialités »	M7, L205, page 19
		«ça serait le médecin généraliste le médecin traitant, ça recouvre quand même plus une… tout un échantillonnage de maladies »	M10, L119, page 8
	Vision globale	« un généraliste qui finalement à une vision très large de la pathologie, de la médecine, de la souffrance »	M23, L329, page 18
		« pour conserver ce, ce regard général sur, sur la personne que, qui est quand même très spécifique au médecin généraliste »	M27, L28, page 2
		« quelqu'un qui puisse porter un regard sur l'ensemble de ces pathologies donc le médecin de famille, le médecin généraliste était le mieux indiqué »	M27, L284, page 15
	Prise en charge globale Liaison entre les différents acteurs du système de soins	« Le référent dans la globalité du système de santé »	M9, L122, page 8
		« c'est une globalité du point de vue qui qui est importante »	M27, L280, page 15
		« Le médecin généraliste c'est le médecin de la globalité »	M1, L200, page 19
		« la globalité de la prise en charge »	M27, L32, page 2
		« Le médecin généraliste c'est quand même le plus à même d'être le référent dans la globalité du système de santé »	M9, L122, page 8
		« Sur tous les côtés, le médecin généraliste est quand même le mieux placé »	M9, L251, page 15
		« le caractère médecin généraliste »	M27, L24, page 2
	Légitime dans le rôle de médecin traitant	« ce médecin traitant doit être, à mon sens, un médecin généraliste »	M27, L280, page 15
	Confesseur Conseil	« Le généraliste est quand même très habitué à recevoir des confidences »	M8, L123, page 8
		« On est fait pour partager »	M8, L240, page 14
		« nous, notre rôle aussi, on a besoin de rassurer, on a besoin d'expliquer »	M9, L251, page 15
		« Être là pour le renseigner »	M8, L225, page 14

	Relation plus humaine qu'en milieu hospitalier/spécialisé	« c'est pas du tout la même chose dans un cabinet médical en ville ou on commence par discuter »	M27, L266, page 14
	Reflet du médecin malade Image de soi renvoyée par le médecin généraliste soignant	« On fera toujours quelqu'un à son image »	M10, L151, page 9
		« Je dirais que si on va voir généraliste on a l'impression d'avoir un miroir en face, […] avoir un généraliste en face ce notre propre reflet »	M7, L165, page 15
		« Je choisirai plutôt un généraliste (…) pour partager ma personnalité »	M8, L129, page 8
DOUTE			
Doute de l'intérêt d'une formation pour prendre en charge ses confrères	Limitée par le nombre minime de consultant	« La prise en charge d'autre médecin (…) C'est trop rare, toi tu en a un *(à M5)*, d'autres ils n'en ont pas du tout »	M4, L379, page 32
		« y en aurait pas forcément beaucoup » « est-ce qu'on aurait des confrères qui viendraient nous voir ? »	M5, L420, page 34 M1, L424, page 35
	Peu utile en pratique par rapport à d'autres formations proposées	« J'aurais d'autres priorités sur lesquels je dois me former pour être utile à ma patientèle »	M4, L379, page 32
	Applicabilité pour la pratique clinique	« C'est vrai que de se poser la question c'est important mais (…) Quand on est devant le fait accompli, qu'on a notre confrère en face de nous, je sais pas si ça changerait quelque chose en soi »	M11, L531, page 29
	Prise en charge similaire à celle du patient non médecin	« La prise en charge pour moi elle n'est pas spécifique parce qu'il est médecin »	M9, L534, page 29
		« Ce sera notre formation tout court (…) Qu'il soit médecin ou qu'il soit le patient lambda »	M9, L490, page 27
Doute de l'existence du médecin idéal	Sur la possibilité de trouver quelqu'un qui convienne	« Je sais pas si il existe »	M2, L346, page 30
		« On mettrait trop de critères (…) Il y en a tellement que c'est introuvable »	M7, L251, page 23
		« On lui demande beaucoup beaucoup de qualités »	M7, L341, page 30
ANONYMAT			
Face au médecin idéal	Du malade face au soignant	« l'anonymat »	M23, L159, page 9

COMPLIANCE			
Compliance	Possible malgré la profession de médecin	« on peut être aussi compliant »	M19, L91, page 5
	Bonne acceptation du suivi proposé	« je suis un patient compliant »	M27, L108, page 6
	Demandée au médecin patient	« J'avais prescrit des examens pour l'épaule il les a faits […] Il a suivi ce que je lui ai dit »	M5, L291, pages 25-26
	Accord thérapeutique avec le spécialiste pour des pathologies graves	« le jour où j'ai un cancer euh si on me dit le protocole c'est ça et bah si ça me semble cohérent et bah OK on y va »	M15, L218, page 12
		« Je pars du principe que ça dépasse ça […] mon rôle et donc […] je suis ce qu'on me demande de faire sans… sans trop de réflexion »	M3, L163, page 15
	Meilleure à l'hôpital	« dans un cadre hospitalier on est beaucoup plus… On est sans doute beaucoup plus compliant »	M27, L266, page 14
	Assurée par la participation active du patient à la décision	« est-ce qu'il pense que c'est une bonne, une bonne solution de façon à ce qu'il puisse adhérer »	M25, L558, page 30
OBÉISSANCE			
Obéissance	Fait de se laisser aller dans la relation de confiance instaurée par le soignant	« Elle pouvait dire tout ce qu'elle voulait je l'écoutais (…) tout coulait quoi »	M6, L409, page 34
		« je me suis exécuté »	M26, L64, page 4
		« J'étais obéissante j'y allais tous les mois »	M6, L79, page 6
Obéissance *(patient idéal)*	Adhésion à la prise en charge proposée	« Essayer d'écouter ce qu'on nous dit même si on n'est pas forcément d'accord »	M3, L246, page 22
	Le soignant a un rôle de guide	« si on est patient (…) on suit la direction »	M15, L206, page 12
	Aux directives du soignant	« j'acquiescerai à ce qu'on me dira »	M15, L218, page 12
	Soumission à la volonté du soignant	« On prend ce qu'on vous propose »	M15, L337, page 19
	En rapport avec la difficulté des études médicales	« Pour moi je suis un bon élève »	M2, L14, page 2
OBSERVANCE			

Observance	Respect de ses propres prescriptions	« je suis discipliné avec moi-même »	M25, L73, page 4
		« pour les choses importantes oui »	M23, L68, page 4
		« Tu commences d'abord par un traitement	M20, L368, page 20
	Traitement régulier	« je suis mon traitement régulièrement »	M25, L73, page 4
	Obligation de prendre le traitement prescrit	« Je m'astreins au traitement »	M25, L73, page 4
	Respect des prescriptions du soignant	« je suis un traitement qui a été initié par quelqu'un d'autre »	M15, L75, page 4
	Dans un cadre hospitalier	« mon suivi au niveau hospitalier euh que je suis à la lettre »	M20, L107, page 6
Observance *(patient idéal)*	Respect des prescriptions du soignant	« je serai convaincu de la nécessité de le faire donc je serai aussi pour des pat… enfin pour des pathologies enfin pathologies ou des choses comme l'hypercholestérolémie ou le diabète ou l'hypertension euh je crois que… convaincu de la nécessité de prendre un traitement euh j'écouterai, je suivrai scrupuleusement les prescriptions »	M23, L71, page 4
RESPECT			
Respect	Respect de l'intimité du médecin patient	« Je vais pas le chercher plus loin, je respecte son choix »	M10, L316, page 18
	Du temps de travail du médecin soignant	« Si il y a trois quarts d'heure de retard ben moi aussi j'attends trois quarts d'heure »	M5, L270, page 24
	Respecter les décisions prises par le soignant	« ne pas juger les décisions prises par le médecin qu'on consulte, les respecter »	M20, L547, page 29
		« Respecter ce que dit le médecin »	M20, L202, page 11
		« il faut écouter »	M20, L202, page 11
	De la hiérarchie soignant/soigné	« effectivement il faut respecter les règles »	M20, L202, page 11
	Du médecin en tant que soignant	« je trouve que ça peut être tout à fait légitime »	M27, L214, page 11
CRITIQUE			
Critique *(patient idéal)*		« éviter d'être critique »	M20, L547, page 29

	Ne pas porter de jugement sur la prise en charge proposée par le soignant	« garder son esprit critique »	M15, L206, page 12
	Adhésion au traitement et à la prise en charge plus aléatoire que pour un patient non médecin	« Comment il peut se dépatouiller de quelqu'un qui va être quand même très… Pas forcément critique mais qui va mesurer ce qu'il dit »	M1, L104, page 9
PATIENT COMME LES AUTRES			
Patient comme les autres	Revendication, lutte contre une prise en charge spécifique	« Il faut lutter justement contre une prise en charge spécifique » « je pense que c'est pareil qu'un autre » « je crois aussi, il faut que ce soit pareil »	M11, L535, M10, L536, M8, L538, page 29
	S'habituer à être un patient comme les autres	« C'est une question d'entraînement »	M9, L605, page 33
		« on se soigne comme les autres »	M19, L91, page 5
		« tous les patients sont dans le même… sont comme ça » « on est sur le même modèle que les autres »	M25, L602 M19, L603, page 32
		« on est pareil que les patients en fait »	M8, L160, page 10
	Respect des autres patients	« Il faudrait qu'il […] me fasse pas passer avant […] Il me considérerait pas comment un patient différent de du patient lambda »	M2, L259, page 23
		« Il me fait pas passer avant les autres, il me considérait en effet comme un patient »	M5, L270, page 24
	Impartialité	« Je voudrais qu'il me parle comme un patient (…) Et qu'il me dise pas oh tu sais c'est ça »	M10, L279, page 16
	Le spécialiste meilleur malade que le généraliste	« c'est plus facile pour un spécialiste de reprendre une place de patient »	M23, L329, page 18
ACCEPTATION			
		« le malade, du coup, il se sent légitime dans son rôle de malade, de patient »	M23, L495, page 27

Acceptation de la place de malade	Patient légitimé dans la relation avec l'aide du soignant	« C'est une bonne attitude quand on est médecin de dire je suis médecin mais là je suis pas médecin »	M8, L296, page 17
	Acceptation du rôle de malade	« Le fait que quelqu'un nous le dise peut-être que voilà ça peut déclencher quelque chose »	M1, L233, page 21
	Devient un patient comme les autres en cas de maladie grave	« notre attitude change en fonction du degré de maladie dans lequel on est […] tout dépend de la sévérité de la maladie, de la pathologie »	M26, L609, page 33
	Fait abstraction de sa profession	« on se met de l'autre côté de la barrière »	M26, L102, page 6
		« lui n'était plus le médecin […] il était redevenu le patient »	M16, L324, page 18
	Acceptation de la maladie, de la douleur et de la prise en charge	« c'est pas forcément le médecin qui est mauvais mais le malade »	M26, L53, page 3
		« Bah quand on est en souffrance »	M9, L387, page 21
	De la non-immunité des médecins vis-à-vis de la maladie	« C'est pas facile » « non c'est pas facile »	M10, L388, M9, L389, page 22
		« Il peut m'arriver un coup de pépin ça c'est évident j'en suis tout à fait conscient »	M10, L300, page 18
	Respect de la décision du soignant	« On répond à ces questions et ça nous semble logique »	M1, L24, page 3
		« Pour un examen je pense que je m'y plierai »	M27, L212, page 11
	Par comparaison aux patients non médecins	« tu vas proposer des choses et lui il va accepter ton diagnostic, il va accepter ta prise en charge »	M25, L558, page 30
		« ils auraient consulté et surtout ils auraient accepté »	M23, L380, page 21
Acceptation de la place de soignant	Du rôle de soignant dans la relation médecin-malade	« on réintègre notre rôle de médecin en disant moi je soigne des médecins »	M23, L378, page 21
		« moi j'étais le médecin, mais lui il ne l'était plus quoi, il était redevenu le patient »	M16, L324, page 18

8. BIBLIOGRAPHIE

1. CDOM de la Seine-Maritime et de l'Eure, Enquête sur la santé des médecins libéraux de Haute-Normandie, 2008

2. CNOM, Rapporteur LERICHE B. Le médecin malade. Rapport de la Commission nationale permanente, juin 2008

3. CNOM L'entraide ordinale. Rapport de la Commission nationale permanente, juin 2004

4. DESPRES P., GRIMBERT I., LEMERY B., BONNET C., AUBRY C., COLIN C. Santé physique et psychique des médecins généralistes. Etudes et résultats juin 2010 ; 731. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er731.pdf

5. BOURNOT M., GOUPIL M., LECLERE B., TALLEC A., TUFFREAU F., HERAULT T., Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Vie professionnelle, vécu du travail et état de santé des médecins généralistes des Pays de la Loire, Juin 2010.

6. GIRARDIER J. Le souci du confrère en difficulté - Une mission pour l'Ordre. Conseil Régional de l'Ordre des Médecins de Bourgogne http://www.bourgogne.ordre.medecin.fr/node/2351

7. GALAM E. *Burn out* des médecins libéraux. Médecine février 2008 ; 83-85

8. KUNTZ A. La santé des médecins libéraux en Normandie : analyse des besoins et mise en place de l'expérimentation d'un service de médecine préventive. Thèse de médecine du travail soutenu à l'université de Rouen, octobre 2011

9. MARETTE C. L'auto-prescription médicamenteuse des médecins généralistes et ses déterminants en Haute-Normandie. Thèse de médecine générale soutenue à l'Université de Rouen, février 2011

10. Comment les docteurs se soignent. Impact médecine 2003 ; 29 : 26-33

11. THIBAULT M. Le médecin malade. L'encyclopédie de l'Agora 2000 http://agora.qc.ca/Documents/Medecin

12. KREMER R. Le médecin malade : l'arroseur arrosé http://www.cardiologie-francophone.com/PDF/presentation/2005/lectures/malades-imagines.pdf

13. FROMME E., HEBERT R., CARRESE J. Self-doctoring: A qualitative study of physicians with cancer. The Journal of Family Practice 2004 ; 53 (4) : 299-306

14. ROSVOLD E. Doctor, Don't Treat Thyself. AHRQ web M&M 2004 http://www.webmm.ahrq.gov/case.aspx?caseID=71

15. CAUBET A., GOUYET T., CHAPRON A. Le médecin et sa santé : Regard du médecin du travail. Cours de l'université de Rennes, France. http://www.smsto.fr/public/uploads/actu/179_caubetd.pdf?PHPSESSID=1bc2df34b85d7db405a9fd263fc5c5fe

16. FORSYTHE M., CALNAN M., WALL B. Doctors as patients: postal survey examining consultants and general practitioners adherences to guidelines. BMJ 1999 ; 319 : 605-608

17. ANDERSON W. Doctoring doctors. BMJ 1999; 319 (7205) : S2-5

18. SCNECK S. "Doctoring" Doctors and Their Families. JAMA 1998 ; 280 : 2039-2042

19. MARZUK P. When the patient is a physician. The New England Journal of Medicine 1987 ; 317 (22) : 1409-1411

20. STOUDEMIRE A., RHOADS J. When the doctor needs a doctor: special considerations for the physician-patient. Annals of Internal Medicine 1983 ; 98 (part 1) : 654-659

21. PORTALIER GAY D. « Les médecins : des patients comme les autres ? » ou attitude et vécu des médecins devenus eux-mêmes patients. Etude qualitative auprès de 15 médecins généralistes en Rhône-Alpes. Thèse de médecine générale soutenue à l'Université de Lyon I, décembre 2008.

22. BIZOUARN P. Le médecin, le malade et la confiance. Ethique et santé 2008 ; 5 : 165-172

23. ROLAND J. La nouvelle relation médecin-patient et l'avènement de l'autodiagnostic. Bull. Acad. Natle Méd. 2007 ; 191 (8) : 1491-1496

24. KACK M., DEBART A., BLANCHARD F. La relation médecin-malade. La revue du praticien 2006 ; 56 (11) : 1255-1261

25. BONEL S. La formation à la relation médecin-patient. Thèse de médecine générale soutenue à l'université de Toulouse III, septembre 2009

26. ROURKE J. Le médecin de famille idéal. Allocution de W. Victor Johnston à l'occasion de la Collation des grades du Collège des médecins de famille du Canada, à Winnipeg, au Manitoba, en octobre 2007. Canadian Family Physician 2008 ; 54 : 20-21

27. GUIRAUD-CHAUMEIL B. La formation d'un médecin idéal. Presse Med. 2009 ; 38 : 863-868

28. AUBIN-AUGER I., MERCIER A., BAUMANN L., LEHR-DRYLEWICZ A., IMBERT P., LETRILLIART I. Introduction à la recherche qualitative. Exercer 2008 ; 84 : 142-145

29. GOVERS P., ABSIL G. Initiation à l'analyse des données qualitatives. Cours de l'Université de Liège, 2010 http://www.apes.be/documentstelechargeables/powerpoint/PPT%20Module%203.pdf

30. MOREAU A., DEDIANNE M., LETRILLIART L., LE GOAZIOU M., LABARERE J., TERRA J. S'approprier la méthode du focus group. La revue du praticien, médecine générale 2004 ; 18 (645) : 382-384

31. ALAMI S., DESJEUX D., GARABUAU-MOUSSAOUI I. Les méthodes qualitatives. Ed. PUF, janvier 2009

32. BLANCHET A., GOTMAN A. L'enquête et ses méthodes : l'Entretien. Ed. Armand Colin, 2è édition refondue, 2010

33. BEAUD S., WEBER F. Guide de l'enquête de terrain. Ed. La Découverte, nouvelle édition 2003

34. PASQUIER E. Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé dans un travail de recherche en Médecine Générale. Mémoire de médecine générale, Université de Lyon Nord, avril 2004

35. COTE L., TURGEON J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagogie médicale 2002 ; 3 : 81-90

36. HOERNI B., DE SOUBEYRAN P. Un bon médecin ? Médecine 2009 ; 5 (10) : 463-465

37. VEGA A. Information du patient. Des rapports médecin/malade compliqués. Médecine 2009 ; 5 (4) : 180-183

38. GALAM E. Relation médecin-malade : pour le meilleur et pour le pire. Médecine 2009 ; 5 (5) : 231-234

39. BONNEAUDEAU S. LE MEDECIN/MALADE : Un patient comme les autres ? Thèse de médecine générale soutenue à l'université de Paris 7, juillet 2011

40. LHOTE M. Soigner un médecin malade : quelles spécificités ? Etude qualitative auprès de médecins franciliens. Thèse de médecine générale soutenue à l'université de Paris 7, juillet 2011

41. VERJUS A. Médecins libéraux des Savoies et Isère : étude épidémiologique des besoins d'un système de soins dédié à leur propre santé. Thèse soutenue à l'université de Grenoble, novembre 2012

42. GOMBERT A. Les attentes des médecins généralistes concernant leur prise en charge sont-elles en adéquation avec les interventions proposées ? Thèse de médecine générale soutenue à l'université d'Angers, décembre 2012

43. WONCA EUROPE La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille. 2002
http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/WONCA%20definition%20French%20version.pdf

44. IMHOTEP Haute-Normandie, http://imhotephn.blogspot.com

45. Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux, www.aapml.fr

46. Association pour la Promotion des Soins aux Soignants, http://www.apss-sante.fr/

47. Médecins Organisation Travail Santé, MOTS
http://www.ordmed31.org/IMG/pdf/LES_SOLUTIONS_DR_ABOUT_.pdf

48. Réseau ASRA, association Aide aux Soignants de Rhônes-Alpes, http://www.reseau-asra.fr/

49. ARTEMAN A. Fundaçion Galatea Programme d'Aide Intégrale aux Médecins Malades en Catalogne (PAIMM), http://www.fgalatea.org

50. Programme d'Aide aux Médecins du Québec (PAMQ), www.pamq.org

51. Association Médicale Canadienne (AMC) La santé des médecins, ça compte. Une stratégie sur la santé mentale pour les médecins au Canada, février 2010, www.cma.ca/multimedia/CMA/.../Mentalhealthstrategy_f.pdf

52. Dictionnaire Larousse, www.larousse.fr

53. Le parcours de soins coordonnés. Assurance maladie, http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/feuilles-de-soins/le-parcours-de-soins-coordonnes.php
http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/consultations/les-consultations-en-metropole/hors-du-parcours-de-soins-coordonnes.php

54. Loi du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie.
http://www.legifrance.gouv.fr

55. Informations de la CARMF, décembre 2012, n° 60
http://www.carmf.fr/doc/publications/infocarmf/60-2012/Infocarmf60.pdf

56. TYSSEN R. Health problems and the use of health services among physicians: a review article with particular emphasis on Norwegian studies. Industrial Health 2007; 45, 599–610

57. LEVY et AL., Professional courtesy: Current practices and attitudes. The New England Journal of Medicine 1993 ; 329 (22) : 1627-1631

58. European Association for Health Physicians (EAPH) www.eaph.eu

RESUMÉ

Le médecin malade est souvent considéré, par les auteurs et par la société, comme un paradoxe. Soigner et être soigné sont deux situations aux antipodes l'une de l'autre. Pourtant le médecin n'est pas plus protégé qu'une autre personne vis-à-vis de la maladie, contrairement aux représentations existantes et à l'image qu'il a de lui-même.

La société s'intéresse maintenant depuis plusieurs décennies au problème du médecin malade, à grands renforts d'études portant principalement sur le syndrome d'épuisement professionnel ou burn out. La question se pose d'une prise en charge plus large et plus globale, comprenant une réflexion sur les pratiques des médecins libéraux en matière de prévention, de dépistage et de suivi médical de manière générale.

La déclaration d'un médecin autre qu'eux-mêmes tient peu de place à côté des conduites d'auto diagnostic et d'auto proclamation. On peut se demander si les médecins préfèrent se soigner seul parce qu'ils n'ont pas trouvé le médecin traitant qu'ils espèrent. Leurs attentes sont finalement celles de tout autre patient en termes de disponibilité, de proximité, de compétences et d'humilité. Ils demandent également le strict respect du secret médical et la reconnaissance en tant que patient « normal ». Ils se tourneraient davantage vers un médecin généraliste.

Le médecin désigné est souvent démuni et doit surmonter ses propres angoisses de performance sous le regard juge et critique de ce patient inhabituel. Il ressort de notre enquête qu'une formation permettant de considérer le médecin patient comme tous les autres en faisant abstraction de sa profession, de ses connaissances, pourrait être utile à tout médecin souhaitant prendre en charge ses confrères. Une réflexion éthique sur le droit des médecins à être traités comme les autres, ainsi qu'une démarche de sensibilisation des soignants de soignants doit être menée, à l'exemple d'autres pays ailleurs dans le monde.

MOTS CLÉS

Médecin traitant ; médecine du travail ; prévention ; médecine générale ; recherche qualitative