



UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE DE NICE

LE PATIENT MEDECIN EN CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE
VECU DE LA RELATION MEDECIN-PATIENT
POINT DE VUE DU MEDECIN SOIGNANT

Etude qualitative portant sur les médecins des Alpes Maritimes et du Var

THESE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Nice

Le 03 Octobre 2017

Par

CASTEL Marie

Née le 09 Octobre 1986 à Nice

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Membre du jury :

Monsieur le Professeur Jean Gabriel FUZIBET
Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER
Monsieur le Professeur Michel BENOIT
Monsieur le Docteur Jean-Luc BALDIN
Monsieur le Docteur Johann TETART

Président du Jury
Assesseur
Assesseur
Directeur de thèse
Directeur de thèse



UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE DE NICE

LE PATIENT MEDECIN EN CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE.
VECU DE LA RELATION MEDECIN-PATIENT
POINT DE VUE DU MEDECIN SOIGNANT

Etude qualitative portant sur les médecins des Alpes Maritimes et du Var

THESE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Nice

Le 03 Octobre 2017

Par

CASTEL Marie

Née le 9 Octobre 1986 à Nice

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Membre du jury :

Monsieur le Professeur Jean Gabriel FUZIBET
Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER
Monsieur le Professeur Michel BENOIT
Monsieur le Docteur Jean-Luc BALDIN
Monsieur le Docteur Johann TETART

Président du Jury
Assesseur
Assesseur
Directeur de thèse
Directeur de thèse

UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS.
FACULTE DE MEDECINE

Liste des professeurs au 1^{er} septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Anne-Lyse
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel
Professeurs Honoraires	
M ALBERTINI Marc	M. HARTER Michel
M. BALAS Daniel	M. INGLESAKIS Jean-André
M. BATT Michel	M. JOURDAN Jacques
M. BLAIVE Bruno	M. LALANNE Claude-Michel
M. BOQUET Patrice	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BOURGEON André	M. LAZDUNSKI Michel
M. BOUTTÉ Patrick	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LE BAS Pierre
Mme BUSSIERE Françoise	M. LE FICHOUX Yves
M. CAMOUS Jean-Pierre	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CANIVET Bertrand	M. LOUBIERE Robert
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DARCOURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. OLLIER Amédée
M. DELMONT Jean	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DEMARD François	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
M. FRANCO Alain	M. TOUBOL Jacques
M. FREYCHET Pierre	M. TRAN Dinh Khiem
M. GÉRARD Jean-Pierre	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. GILLET Jean-Yves	M. ZIEGLER Gérard
M. GRELLIER Patrick	
M. GRIMAUD Dominique	

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
 M. BASTERIS Bernard
 Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
 Mme DONZEAU Michèle
 M. EMILIOZZI Roméo
 M. FRANKEN Philippe
 M. GASTAUD Marcel
 M. GIRARD-PIPAU Fernand
 M. GIUDICELLI Jean
 M. MAGNÉ Jacques
 Mme MEMRAN Nadine
 M. MENGUAL Raymond
 M. PHILIP Patrick
 M. POIRÉE Jean-Claude
 Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophthalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie- médecine vasculaire
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELLAMONICA Jean	Réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale (53.03)
----	-------------------	---------------------------

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M.	DARMON David	Médecine Générale (53.03)
----	--------------	---------------------------

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais
Mme	ROSE Patricia	Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mme	SEITZ-POLSKI Barbara	Immunologie (47.03)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)
M. GONZALEZ Jean-François Chirurgie Orthopédique et traumatologie (50.02)
M. PAPA Michel Médecine Générale (53.03)
M. WELLS Michael Anatomie-Cytologie (42.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M BALDIN Jean-Luc Médecine Générale (53.03)
Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)
Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M. BERTRAND François Médecine Interne
M. BROCKER Patrice Médecine Interne Option Gériatrie
M. CHEVALLIER Daniel Urologie
Mme FOURNIER-MEHOUAS Manuella Médecine Physique et Réadaptation
M. JAMBOU Patrick Coordination prélèvements d'organes
M. ODIN Guillaume Chirurgie Maxillo-faciale
M. PEYRADE Frédéric Oncohématologie
M. PICCARD Bertrand Psychiatrie
M. QUARANTA Jean-François Santé Publique

REMERCIEMENTS

A monsieur le Professeur Jean-Gabriel Fuzibet pour nous faire l'honneur de présider ce jury. Merci pour vos conseils et votre intérêt pour ce travail. Veuillez recevoir le témoignage de notre profond respect.

A monsieur le Professeur Philippe Hofliger, pour avoir accepté de siéger à ce jury. Je vous remercie de vos conseils tout au long de notre formation. Je vous prie d'accepter mes plus sincères remerciements

A monsieur le Professeur Michel Benoit, pour votre participation à ce jury. Votre présence nous honore et je vous prie de recevoir l'expression de notre sincère reconnaissance.

Au docteur Jean-Luc Baldin pour la direction de ce travail...le vingtième !!!!! L'idée de ce projet est venue grâce à toi et a muri au fil de nos discussions...merci. Apprendre à tes côtés durant 6 mois a été un privilège. Tu es devenu bien plus qu'un maître de stage pour moi. Merci pour ce que tu es et ce que tu apportes aux personnes qui te côtoient.

Au docteur Johann Tétart pour t'être associé à la direction de ce projet. Tes conseils sont toujours enrichissants. Tu nous as poussé à faire un travail dont je ne me sentais pas capable et je t'en remercie. Je te souhaite que du bonheur avec ta petite famille. Vous êtes beaux.

A monsieur le Professeur Zirotti pour son aide et son expertise durant ce travail.

A Cédric, mon co-thésard, pour t'être aussi vite imprégné de ce sujet, pour ton sérieux. Cela a été un plaisir de travailler à tes côtés.

A ma famille pour son soutien tout au long de ces études. Choupine, ma moitié mon tout. Mes frangins, je vous aime. Mes parents, pour les valeurs que vous nous avez inculquées. J'espère faire de même avec mes enfants. A Tatoune, notre deuxième maman. A « lte » notre baby sitter les mains dans le caca. Laetitia et Anja, mes deux belles-sœurs, merci de rendre mes frangins heureux. Julien, mon beau-frère, merci pour ce que tu apportes à la famille et notamment à ma sœur.

A mon homme pour ton soutien et tout ton amour depuis 10 ans. Je me sens plus forte grâce à toi...galoche intergalactique ! Je t'aime beaucoup ! ;)

A ma fille Louise pour tout ce qu'elle m'apporte même si des fois « je fais ce que je veux » ou « je m'ennuie trop trop trop ».

A ma belle-famille, Annick ma belle mamoune adorée, merci pour tout, merci d'être là. Mélissa ma belle-sœur, je t'ai vu devenir une femme qui me plaît bien. Kévin, le seul à faire rougir Louise. A ma belle-famille lyonnaise, merci pour votre accueil, je vous embrasse.

A mes amis de toujours, souvent loin des yeux mais proches du cœur : Mathilde, Grigri, Florine et Mélanie, Amélie et sa famille, Anna Bou !!

A mes amis de la fac : Axelle et Greg, 2018 est votre année (je vais encore pleurer...étonnant), je vous souhaite d'être heureux. Berengère, 2018 aussi, je te souhaite tout le bonheur que tu mérites. Elise et Nicolas et votre belle famille je vous embrasse. Gaby et Gauthier j'espère qu'on continuera nos petits diners, je vous souhaite que du bonheur avec Apolline. Audrey et Cédric, pleins de bisous au petit bout aussi. Maxime Hamon, je t'embrasse fort et te laisse à tes cellules. Les doudous, je pense fort à vous. Paupau, on a partagé tellement de moments ensemble, je pense fort à toi.

A la team de The V... : Laurie Coralie et Vanessa. J'espère qu'on continuera à se voir régulièrement. Merci pour votre soutien et votre présence. Vous m'êtes précieuses.

A mes co-internes de stage : Soniach...the soniach...comment te dire...reste comme tu es, t'es tarée mais géniale. Alexandra et ton homme, vous êtes beaux tous les deux. Adeline, tu es belle et c'est tout. Fanny ma copine de gynéco, heureusement que tu as été là à de nombreux moments (Les champipi...les champipi...).

A tous les médecins que j'ai rencontré durant ma formation : Stéphanie merci pour tout ce que tu m'apportes tant professionnellement que personnellement, merci pour tes conseils et ton soutien à tout épreuve. Florence merci pour tout ce que tu es, ta gentillesse, ton écoute. Didier, merci pour tes conseils et enseignements je me souviendrai toujours de ces petites phrases positives à chaque fin de consultation. Mais aussi Dr BEREDER, pour sa gentillesse et sa disponibilité. Dr DUBAYLE Véronique qui a su me redonner le goût du métier à un moment où j'ai eu envie d'abandonner.

Merci à tous les médecins que j'ai rencontré durant ce travail. Chaque rencontre a été tellement riche. Je vous remercie infiniment de tout ce que vous m'avez donné.

Et aussi, la famille BURRER pour votre gentillesse et votre générosité, merci. La famille Sahraoui/Dorson qui vient de s'agrandir, des bisous ! La famille Badia/Cattet merci pour votre amitié, je vous embrasse. Thomas et Claire, bientôt une famille, félicitations. Géraldine, tu as égayé nos geasp, bisous à ta petite famille. Maeva et Jonathan, la famille s'agrandit, bisous. A Tata Michelle et sa fille Céline, mes deux super-nounous sans qui je n'aurais pas pu faire ce travail aussi sereinement.

Table des matières

INTRODUCTION	1
METHODE	2
1. OBJECTIF DE L'ETUDE	2
2. TYPE D'ETUDE	2
3. POPULATION ETUDIEE ET CRITERES D'INCLUSION	2
4. METHODE DE RECRUTEMENT	3
5. ENTRETIEN	4
5.2. Réalisation des entretiens.....	4
5.3. Retranscription des entretiens.....	4
6. ANALYSE DES ENTRETIENS.....	5
6.1. Méthode d'analyse	5
6.2. Analyse préliminaire	6
6.3. Double codage	6
RESULTATS	7
1. RESULTATS DESCRIPTIFS	7
1.1. Recrutement de la population étudiée	7
1.2. Caractéristiques de la population étudiée	8
1.3. Déroulement des entretiens	11
2. RESULTATS QUALITATIFS.....	12
<i>PARTIE A : La consultation : de la prise de rendez-vous au règlement.</i>	12
1. Choix du médecin	12
2. La prise de rendez vous	13
3. Motifs de consultation.....	14
4. Déroulement de la consultation	16
5. Le règlement de la consultation	17

<i>PARTIE B : La communication avec un patient médecin</i>	20
1. Termes employés.....	20
2. Le mode de communication	20
<i>PARTIE C : La prise en charge des médecins consultants</i>	23
1. Prescription d'examens complémentaires	23
2. Recours aux spécialistes	24
3. Mise en place de thérapeutiques	25
4. Particularités de la prise en charge	26
5. Facteurs facilitants.....	28
6. Les risques de cette prise en charge.....	29
<i>PARTIE D : La relation, son évolution et son vécu</i>	30
1. Type de relation.....	30
2. Évolution de cette relation	31
3. La définition des rôles de chacun	31
4. Le ressenti du médecin-soignant.....	32
<i>PARTIE E : Comment aborder ces consultations d'après les médecins interrogés</i>	34
<i>PARTE F : Quand les médecins consultent un autre médecin</i>	36
1. Pour quelles raisons consultent-ils ?	36
2. Quand les médecins interrogés se retrouvent comme patient.....	37
DISCUSSION	39
1. FORCES ET LIMITES DE NOTRE ETUDE.....	39
1.1. Liées au sujet lui-même	39
1.2. Liées à l'analyse	39
1.3. Liées au mode de recrutement	40
1.4. Liées à la population étudiée	40
1.5. Liées aux entretiens	41

2.	RESULTATS PRINCIPAUX, IDEES FORTES	41
2.1.	<i>La place de la confiance.....</i>	41
2.2.	<i>La symétrie/asymétrie de la consultation</i>	42
2.3.	<i>L'importance du positionnement du patient médecin.....</i>	42
2.4.	<i>Le rapport invulnérabilité / lâcher-prise</i>	43
2.5.	<i>Une relation particulière.....</i>	46
3.	ANALYSE COMPARATIVE	46
3.1.	<i>Le médecin et sa santé.....</i>	46
3.2.	<i>Une consultation qui se veut être normale pour une prise en charge normale.....</i>	47
3.3.	<i>Une communication commune.....</i>	49
3.4.	<i>Une relation particulière.....</i>	49
3.5.	<i>Les ressentis des différents protagonistes de la relation.....</i>	50
4.	NOTRE ETUDE DANS L'ACTUALITE ET PERSPECTIVES.	50
	CONCLUSION.....	55
	ANNEXES.....	56
	BIBLIOGRAPHIE	61
	LISTE DES ABREVIATIONS	64

INTRODUCTION

Depuis les années 2000, différents travaux (11, 13, 15) se sont intéressés aux médecins malades et à leur prise en charge. Ceux-ci retirent le voile sur un mythe que même certains médecins tentent d'ignorer. Le médecin est un homme comme les autres qui peut tomber malade aussi subitement que tout un chacun. De plus cette profession est plus à risque notamment en ce qui concerne le syndrome d'épuisement professionnel (15, 19).

Cette prise de conscience des difficultés des médecins, remet en question le suivi et la prise en charge de ceux-ci. Une étude de grande envergure (15) a montré que 84% des médecins s'étaient déclarés être leur propre médecin traitant. On peut se poser la question de l'objectivité de leur prise en charge et du choix du médecin traitant. Les critères de choix du médecin traitant idéal (17) pour la prise en charge des médecins ne diffèrent pas des critères émis par les patients lambda. Il doit être disponible, compétent, expérimenté, empathique.

Alors justement intéressons-nous à ces médecins soignants prenant en charge des médecins. Voient-ils une différence de prise en charge ou de relation ? Et eux ont-ils consulté des médecins ?

Nous avons décidé d'aller à la rencontre des médecins généralistes prenant ou ayant pris en charge des médecins afin de spécifier la prise en charge de ces patients particuliers. D'ailleurs sont-ils si particuliers ? Etre patient-médecin modifie-t-il la façon d'exercer du médecin consulté ? Existe-t-il une modification de la relation médecin/patient ? Est-elle une relation particulière ?

Notre travail de nature qualitatif tente de répondre à ces questions. Nous avons interrogé lors d'entretiens semi dirigés quinze médecins généralistes des Alpes-Maritimes et du Var, prenant ou ayant pris en charge des médecins.

Afin de compléter ce travail et d'avoir une vision transversale de la relation médecin/patient, un co-doctorant Cédric LAMBERT s'est intéressé aux patients médecins allant consulter un médecin généraliste. Nous aurons donc une vision d'ensemble de cette relation que nous pouvons supposer particulière.

METHODE

1. Objectif de l'étude

Notre travail étudie la relation entre le médecin généraliste et le patient, lorsque le patient est lui-même médecin.

Notre étude a pris en compte le point de vue du médecin généraliste soignant tandis que l'étude en miroir menée par Cédric Lambert a étudié le point de vue du patient médecin.

2. Type d'étude

Nous avons effectué une étude qualitative, méthode plus adaptée à l'étude des ressentis et des points de vue des médecins interrogés.

Nous avons réalisé des entretiens (6) semi dirigés à l'aide d'un guide d'entretien.

3. Population étudiée et critères d'inclusion

Etaient inclus dans notre étude :

- ✓ Tout médecin généraliste recevant des médecins patients, interrogé par moi-même.
- ✓ Tout patient médecin quel que soit sa spécialité, interrogé par Cédric Lambert.

Nous avons demandé la spécialité de chaque patient médecin et l'avons retranscrite dans le tableau des caractéristiques des médecins interrogés en annexe 2.

Contrairement à la recherche quantitative qui vise à obtenir un échantillonnage statistiquement représentatif de la population étudiée, la recherche qualitative vise à obtenir un échantillonnage raisonné. Celui-ci se crée en choisissant « les personnes, lieux, événements, activités, etc. qui feront l'objet de l'étude de sorte à représenter toute la gamme de variations des caractéristiques qui semblent significatives pour le thème étudié » (20). Les caractéristiques socio-démographiques des interviewés ont été demandées au début des entretiens. Nous avons choisi de prendre en compte des caractéristiques adaptées à la population médicale telles que : la durée moyenne des consultations, l'année d'installation et l'engagement universitaire en tant que maître de stage universitaire (MSU).

4. Méthode de recrutement

Les médecins généralistes ont été contactés de deux façons :

- Par téléphone : au début de notre enquête, nous avons contacté les médecins généralistes que nous connaissions. Puis afin de compléter notre échantillon, nous avons téléphoné à des médecins sélectionnés de façon aléatoire dans la liste des médecins installés dans les Alpes-Maritimes et le Var disponible sur le site de l'assurance maladie (2).
- Par mail : pour les maîtres de stage présents sur le site du collège de Médecine de Nice (10) et pour les médecins en demande de remplacement.

Le mail envoyé décrivait brièvement notre étude et incluait celle de Cédric Lambert. Cela nous a permis de présenter notre projet de manière globale et d'élargir l'échantillonnage de nos travaux respectifs. En effet, les médecins contactés pouvaient être des médecins soignants ou des médecins soignés éligibles dans une des deux populations étudiées.

5. Entretien

5.1. Guide d'entretien

Le guide d'entretien « est un premier travail de traduction des hypothèses de recherche en indicateur concret et de reformulation des questions de recherche (pour soi) en question d'enquête (pour les interviewés) » (6). Pour nous y aider, nous avons initialement élaboré une grille d'écoute regroupant toutes les interrogations et les représentations que nous avons. Cette grille est disponible en annexe 1.

Le guide d'entretien a été soumis à l'expertise de nos directeurs de thèse et à l'avis du Professeur ZIROTTI, professeur de sociologie.

Nous avons effectué un entretien test qui nous a permis de modifier certaines questions, notamment la première. En effet « les premières questions ont une importance particulière, car elles donnent le ton » (22).

5.2. Réalisation des entretiens

Lors de la prise de rendez-vous, nous avons prévu un temps de 30 minutes afin que le médecin prenne ses dispositions.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone hormis l'entretien n° 10 effectué à l'aide d'un smartphone.

Au début de chaque entretien, nous rappelons l'objectif de l'étude, la nature confidentielle de l'entretien, et nous recueillons de nouveau le consentement oral pour l'étude.

5.3. Retranscription des entretiens

Par la suite les entretiens ont été transférés sur l'ordinateur et retranscrits au mot à mot à l'aide du logiciel Foobar 2000 sur OpenOffice Writer.

Nous avons choisi de ne pas corriger les erreurs de syntaxe, les doubles négations afin d'obtenir des verbatims les plus bruts possible. Les moments d'hésitations ainsi que les pauses ont été signalés par des points de suspension. La ponctuation a été choisie en fonction du sens donné par le médecin interviewé.

Nous avons anonymisé les entretiens : les lieux et les prénoms ont été remplacés par des indications entre parenthèses.

Les questions de l'intervieweur ont été retranscrites en italique.

Nous avons noté pour chaque entretien la durée et le nombre de mots retranscrits afin de rendre compte du volume des échanges.

5.4. Nombre d'entretiens

Au début de notre étude, nous avons fixé que la saturation théorique serait atteinte au bout de 15 entretiens.

La saturation théorique correspond à l'absence d'émergence de nouvelles idées. Dans notre étude, cela s'est traduit par l'absence de création de nouveaux « sous-nœuds ».

6. Analyse des entretiens

6.1. Méthode d'analyse

Les entretiens ont été par la suite analysés grâce au logiciel N' VIVO (9). Nous avons effectué une analyse thématique regroupée sous forme de « nœuds » et déclinée en « sous-nœuds » en fonction des différents points de vue exprimés par les interrogés (23).

6.2. Analyse préliminaire

Nous avons réalisé une première analyse après les 5 premiers entretiens, permettant de nous assurer de la validité de notre guide d'entretien et l'enrichir en fonction des thèmes abordés par les médecins interrogés.

6.3. Double codage

Dès le cinquième entretien et à la fin de ceux-ci, Cédric Lambert a réalisé une analyse indépendante des entretiens sans prendre connaissance de l'analyse effectuée initialement. Nous avons effectué un double codage, limitant ainsi les biais d'interprétation. Nous avons fait de même concernant son étude.

RESULTATS

1. Résultats descriptifs

1.1. Recrutement de la population étudiée

Notre travail a nécessité la réalisation de 15 entretiens. Le recrutement s'est déroulé entre octobre 2016 et mars 2017

Nous avons sollicité notre réseau de connaissances (15 médecins), ce qui nous a permis d'inclure cinq médecins dès le début de l'étude.

Nous avons contacté par mail 127 médecins : 95 médecins référencés sur la liste des maîtres de stage disponible sur le site du Collège de Médecine Générale de Nice et 31 médecins qui nous avaient contactés par mail pour des demandes de remplacement. Sur ces 127 demandes, six médecins ont répondu favorablement (cinq sur la liste des maîtres de stages et un parmi les médecins en demande de remplacement). Trois médecins ont accepté de participer au travail de Cédric LAMBERT et leurs coordonnées lui ont été transmises.

Nous avons contacté par téléphone 46 médecins, dont quatre nous ont répondu favorablement.

Au final, nous pouvons résumer le recrutement de la population par la figure ci-dessous :

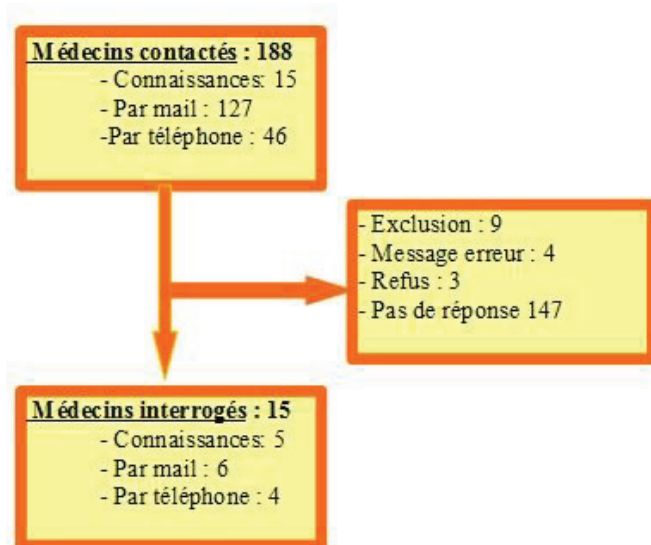


Figure 1 : Diagramme de flux de l'étude.

Parmi les trois refus deux étaient dus à un refus d'enregistrement et le dernier à un manque de temps.

1.2. Caractéristiques de la population étudiée

Les caractéristiques des médecins interrogés sont regroupées sous la forme d'un tableau joint en annexe 2.

1.2.1. Sexe

Concernant le sexe des 15 participants de l'étude, nous pouvons en représenter la répartition à l'aide de la figure ci-dessous :

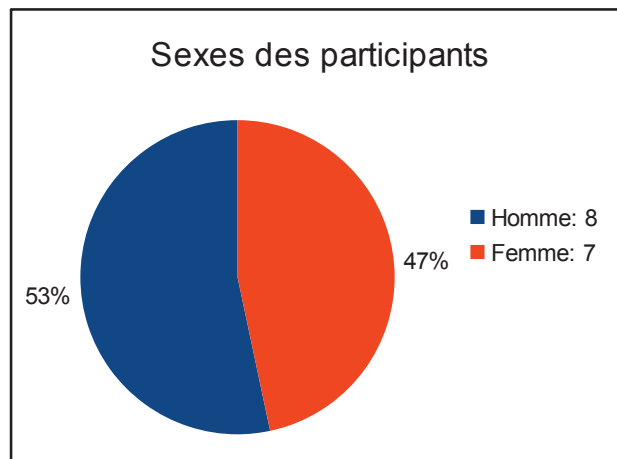


Figure 2 : répartition selon le sexe des participants

1.2.2. Age

L'âge moyen des participants est de 55 ans. Le plus jeune est âgé de 39 ans et le plus âgé de 63 ans. La répartition des âges est illustrée dans le diagramme suivant :

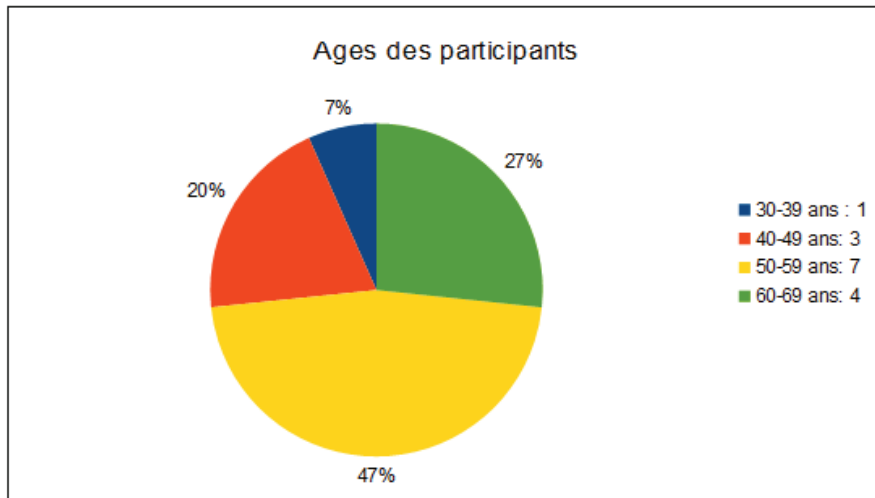


Figure 3 : répartition des médecins interrogés selon l'âge.

La majorité des médecins interrogés ont plus de 50 ans.

1.2.3. Zone géographique d'exercice

Sur les 15 médecins interrogés :

- quatre exercent en milieu-rural
- deux exercent en milieu semi rural
- neuf exercent en milieu urbain

Pour caractériser ces zones, nous nous sommes servis des différentes définitions présentes sur le site de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) (12).

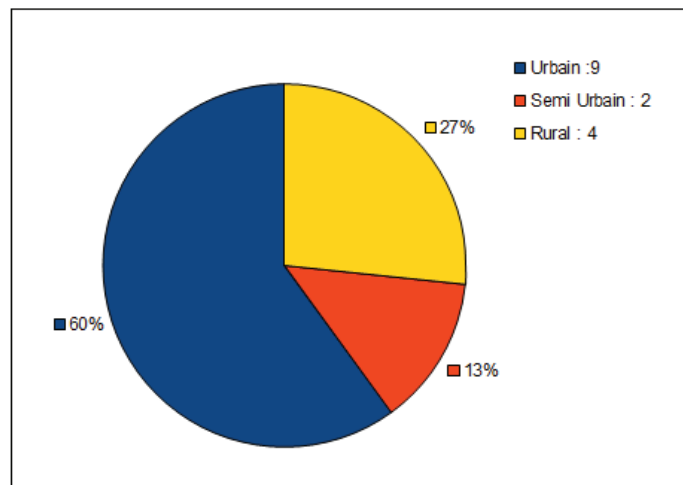


Figure 4 : zone géographique d'exercice.

1.2.4. Maître de stage universitaire (MSU).

Lors des premiers entretiens, deux médecins nous ont spontanément parlé de l'influence d'être maître de stage. De ce fait nous avons inclus cette donnée dans le recueil des caractéristiques des médecins interrogés. Nous avons ensuite élargi l'échantillon afin de ne pas limiter notre recrutement aux MSU et ainsi éviter un potentiel biais de sélection.

Au total sur 15 médecins, sept sont ou ont été maîtres de stage.

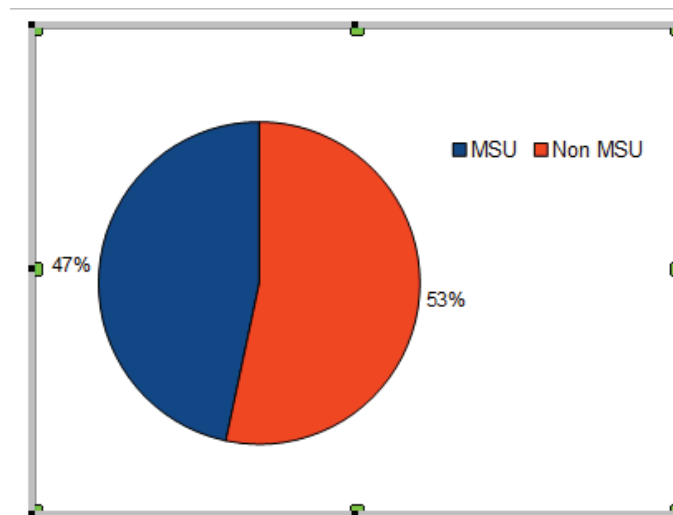


Figure 5 : Proportion de la population universitaire

1.2.5. Spécialités des médecins pris en charge

Les spécialités des différents médecins pris en charge par les médecins interrogés sont représentées en annexe 2. Seul un médecin ne nous a pas clairement exprimé les spécialités des médecins qui l'avaient consulté.

Nous avons également mentionné si le confrère pris en charge était actif ou retraité.

1.3. Déroutement des entretiens

1.3.1. Lieu

Sur 15 entretiens, treize ont été réalisés au cabinet du médecin interrogé. L'entretien numéro cinq a eu lieu au domicile du médecin. Le onzième a été réalisé dans un hôpital où le médecin y effectuait une visite d'ordre personnelle.

1.3.2. Date, durée et volume des entretiens

Les entretiens ont été numérotés chronologiquement. Ainsi le premier entretien est le E1, et ainsi de suite jusqu'au quinzième, l'E15. Ils se sont déroulés entre octobre 2016 et mars 2017.

La durée moyenne des entretiens est de 31 minutes et 27 secondes. Le nombre moyen de mots retranscrits par entretien est de 5125.

Les dates, les durées et les volumes des entretiens sont résumés dans le tableau suivant :

Numéro de l'entretien	Date	Durée	Nombre de mots
E1	13/10/16	00 :31 :08	4464
E2	17/10/16	01 :01 :15	9683
E3	15/11/16	00 :41 :32	6992
E4	16/11/16	00 :21 :59	3707
E5	07/12/16	00 :54 :25	12772
E6	08/12/16	00 :29 :12	5596
E7	09/12/16	00 :37 :02	5576
E8	09/12/16	00 :26 :40	4209
E9	14/12/16	00 :25 :32	3986
E10	15/02/17	00 :20 :22	2464
E11	24/02/17	00 :22 :31	2349
E12	08/03/17	00 :24 :42	3784
E13	16/03/17	00 :28 :32	3635
E14	29/03/17	00 :26 :24	4527
E15	30/03/17	00 :22 :35	3134

2. Résultats qualitatifs

PARTIE A : La consultation : de la prise de rendez-vous au règlement.

L'étude de la relation impose l'étude du cadre dans lequel celle-ci va se dérouler. Ainsi nous avons interrogé les médecins sur le déroulement propre de la consultation, allant du choix du médecin consulté jusqu'au règlement.

1. Choix du médecin

Les médecins se renseignent sur qui aller consulter

Ils se renseignent mieux que les autres sur qui va éventuellement pouvoir les prendre en charge. (E1)

Il m'a été adressé parce qu'il connaît des médecins hospitaliers qui me connaissent. (E8)

Les médecins consultent leurs connaissances

On était à l'internat de Grasse tous les deux [...] quand il a su que je pouvais sévir sur le secteur il m'a contacté voilà. (E11)

Il est venu vers moi parce que je le connais depuis longtemps. (E7)

Les médecins consultent ceux en qui ils ont confiance

Malgré tout il semblait que le moins pire de tous (en riant) celui auquel il avait le plus confiance ou le moins pas confiance...ben c'était quand même moi. (E2)

Si je le soigne lui et qu'il vient me voir moi, c'est parce qu'il a confiance en moi. (E5)

Un médecin évoque la maturité, l'expérience

Ils choisissent en fonction sans doute de la maturité, en disant « Je vais pas aller voir un petit jeune ». (E5)

Le choix du médecin consulté est développé dans la thèse de Cédric Lambert. Cependant les médecins soignants ont l'impression que ces patients médecins font un choix éclairé sur le médecin consulté. En amont, des renseignements sont pris en particulier grâce à leur réseau. Le maître mot est la confiance. Un médecin a mentionné l'expérience comme critère de choix.

2. La prise de rendez vous

Un accès plus facile via le portable

Ca fait longtemps que je le suis donc euh...il prenait rendez-vous [...] m'appelant sur le portable. (E1)

Si il veut venir plus rapidement, il a mon numéro de portable. (E1)

Un accès plus facile pour faciliter leur prise en charge devant leur emploi du temps chargé

J'essaie de...de...faire en sorte qu'ils viennent quand ils peuvent venir aussi parce qu'il y a toujours les éternelles histoires d'emploi du temps. (E2)

Oui ça lui arrive, oui. Il me dit « Est-ce que je peux passer demain matin à 7h30 » Je lui dis « Aucun problème ». (E7)

Une prise de rendez-vous comme n'importe quel patient

Elle prenait rendez-vous au cabinet régulièrement jusqu'à...comme un patient normal. (E3)

Oui. Ils prennent rendez-vous comme tout le monde. (E6)

Une prise de rendez-vous nécessaire pour une consultation adéquate

Non parce qu'en fait on ne peut pas trop bien faire des consultations quand on est bousculé [...] si c'est une vraie consultation il faut un temps dévolu sinon on fait n'importe quoi. Et ça ils le comprennent aussi parce qu'ils ont fait comme ça tout le temps. (E6)

Et on perd complètement le...on perd le recul nécessaire et l'objectivité qui est nécessaire voilà. Donc il faut prendre sur rendez-vous. (E14)

Pas de notion de forcing pour obtenir un rendez-vous

Il y a pas de...il y a pas de forcing pour être vu en urgence sauf bien sur si c'est nécessaire.
(E12)

Ayant eux même un emploi du temps chargé, les médecins soignants restent accessibles via le téléphone portable. Une prise de rendez-vous est nécessaire afin d'accorder un temps spécifique à la consultation du confrère comme lorsqu'il s'agit d'un patient ordinaire.

3. Motifs de consultation

Les médecins ne consultent pas beaucoup, notamment les actifs

Alors les médecins ils consultent pas beaucoup. (E12)

On les voit de façon ponctuelle dans la mesure où ils n'ont pas besoin de nous pour faire des ordonnances. Ils ont pas besoin de nous pour faire les examens. (E14)

Le premier contact peut se faire dans l'urgence

Ah oui c'était la première fois que je le voyais. Il savait que j'avais fait les urgences donc il s'est dit ben elle pourra le faire et voilà. Donc ça s'est très bien passé. Et du coup j'ai eu lui et puis sa femme. (E10)

La première fois pour une suspicion de paralysie faciale périphérique. (E11)

Après leur propre avis, en avoir un deuxième

Certainement des, des avis pour avoir un deuxième avis puisque le médecin sur sa santé il a toujours son avis évidemment. (E14)

Plutôt pour des choses d'ordre administratives

La dernière fois je crois qu'il est venu, c'était pour un dossier d'assurance. C'était même pas pour une consultation vraiment [...]. (E4)

Il me dit « Écoute, je suis pas capable de faire la demande d'ALD, j'arrive pas à me la faire, est-ce que tu peux me la faire ? ». (E7)

Dans le cadre de malade chronique : confier leur santé à quelqu'un d'autre

Il est venu me voir parce que lui s'était négligé pendant des années parce qu'il est médecin et...et puis il lui est arrivé un gros pépin de santé[...] il s'est dit « Maintenant j'arrête les bêtises, je vais voir un docteur et je m'en remets à mon docteur ». (E8)

Elle était médecin généraliste et puis...et puis...voilà... elle m'a confié ses problèmes. (E9)

Dans le cadre de maladie grave : de l'écoute

Alors ben c'est un confrère qui maintenant a 55 ans. Qui est arrivé la première fois il y a 4 ans parce qu'il avait un mélanome achromique [...]Pour, pour parler. Oui je le voyais que pour parler. (E7)

Pour certains patients : signer leur ordonnance complétée par leurs soins

Moi je suis là que pour renouveler ...je suis secrétaire. (E5)

Mais ...en fait en gros il...il venait me voir pour tamponner les ordonnances que presque (dit en rigolant) il avait...mais quand il était venu il avait écrit tout. Il m'avait dit « voilà il faudrait que tu écrives ça ». (E2)

Les motifs de consultation permettent de catégoriser les médecins : les actifs qui consultent très peu ou uniquement en cas d'urgence. Les médecins atteints de maladie chronique qui doivent consulter plus régulièrement. Ces derniers ont fait le choix délibéré de confier leur santé à un autre médecin qu'eux. Cet effort peut être difficile pour certains patients médecins. Le côté administratif représente une part importante des consultations notamment pour les médecins actifs. Ces notions seront développées plus longuement dans la suite de notre travail et dans celui de Cédric LAMBERT. Enfin dans le cadre d'une maladie grave, un besoin d'écoute et de réassurance est souvent le seul motif quand le côté purement médico-technique est géré par une équipe spécialisée.

4. Déroulement de la consultation

La consultation se déroule comme avec un patient normal

C'est pareil qu'avec un patient. Il y a l'interrogatoire, il y a l'examen et il y a la facture. (E11)

J'ai un abord assez structuré de ce je fais quand j'ai un nouveau patient. Je pense que je vais l'aborder de la même façon. (E3)

Tenue du dossier médical comme avec n'importe quel patient

J'ai demandé vraiment tous ses antécédents familiaux etc....je fais un vrai dossier. (E13)

Je fais le dossier pareil donc euh...au départ vraiment le dossier béton comme j'ai l'habitude je le faire. (E1)

Une consultation où il est indispensable de faire comme avec un patient normal

J'ai aucune différence d'habitude...euh... Dans la consultation justement pour qu'il y ait pas de...pour qu'il y ait pas d'influence. (E1)

Tu es obligé de faire la même. Je pense que tu es encore plus obligé que chez une autre de faire la même. Parce que si tu passes (en riant) à côté d'une connerie chez un médecin, ça passe encore moins bien que chez un patient normal quoi. (E5)

Interrogatoire et examen moins approfondis du fait de leur profession

Je vais quand même l'examiner un minimum. Peut-être un peu plus superficiellement que quelqu'un d'autre [...]. C'est vrai que peut être c'est plus restreint sur le symptôme évoqué. (E11)

On peut pas lui faire un interrogatoire policier sur les données, c'est lui qui va nous les apporter. (E6)

Des consultations différentes, plus longues

Mais c'est pas des consultations ordinaires, jamais jamais. (E12)

Moi je pense que c'est plus long les consultations. (E6)

Pas la même façon d'agir si les patients sont des amis médecins

Avec mes amis c'est un peu plus compliqué. Parce que c'est souvent entre deux, c'est souvent au téléphone. Voilà c'est un peu plus compliqué. (E15)

Certains patients médecins ne sont pas examinés

Ah il est jamais venu me consulter en tant que patient. (E3)

Non...ben c'était un mélanome. Il a vu le gastro, il a vu tout ça, le cancéro, le dermato, chimiothérapeute...Il est jamais venu me voir pour une surinfection pour je sais pas quoi donc. (E7)

La consultation d'un patient médecin se déroule dans la majorité des cas comme une consultation avec un patient « ordinaire ». Les médecins interrogés vont même plus loin. Ils s'astreignent à le considérer comme tel afin d'éviter les erreurs médicales. On voit apparaître une notion de pression qui sera développée par la suite. Néanmoins, un médecin interrogé a exprimé une différence lorsqu'il s'agissait de patients « amis ». Il s'agissait alors de consultations entre deux portes pour des médecins actifs afin d'avoir un deuxième avis. La notion d'un interrogatoire plus facile, moins policier du fait de leurs connaissances, est revenue plusieurs fois. Cela facilite la prise de contact. Du fait de tous ces aspects, ce sont des consultations généralement plus longues.

5. Le règlement de la consultation

Pas de règlement : une histoire de tradition, de confraternité mais aussi une sensation de gêne

Une sorte de tradition, confraternité. (E12)

Je serais hyper mal à l'aise de demander des honoraires. Mais vraiment ça me plairait pas du tout. (E8)

Avec les Affections de Longue Durée (ALD), la question ne se pose pas

Alors c'est plus simple parce qu'il est en ALD à 100%. Donc du coup j'ai pas à lui demander un paiement. (E4)

Règlement demandé par le patient...

Mais je me souviens au départ avant qu'il ait le 100%, c'était « Il est hors de question que je vous paye pas ». (E13)

Dans la mesure où au final ça lui coûte rien, ça l'aurait gênée de...de ne pas régler la consultation. (E9)

Oui je fais payer les médecins. C'est eux qui me le demandent d'ailleurs. (E5)

...qui permet une meilleure relation de soin...

Il faut payer parce que quand on paye, on est un client comme un autre [...] Sans compter que la relation devient un relation médecin/patient et que sur le plan de la responsabilité c'est plus la même. (E14)

Ça simplifie beaucoup de choses, ça simplifie les choses, les rapports entre tout. (E5)

...et qui valorise l'acte

Ça valorise l'acte à ton niveau. C'est à dire que tu fais ton boulot correctement [...]. Puis lui aussi ça le met à l'aise quoi, il sait qu'il vient pas te faire chier quoi. Il sait qu'il vient et qu'il fait le truc. (E5)

Faire régler la consultation dans la mesure où ça lui ne coûte pas grand-chose

Euh. Ben je les fais payer. Je les fais payer 23 euros...[...] ils sont remboursés, je leur fais payer une consultation. (E15)

Ben j'estime que de toute manière c'est vite fait...le seul cadeau que je fais, à qui je fais c'est pas au médecin...c'est pas au patient c'est à la sécurité sociale. (E5)

Concernant le règlement, deux pensées s'affrontent :

- La première, celle de la tradition, de la confraternité refusant catégoriquement le règlement du patient provoquant une sensation de gêne parfois. Sauf quand le règlement est explicitement demandé par le patient médecin. Un médecin interrogé a mentionné le sentiment de liberté vis-à-vis de la sécurité sociale.
- La seconde, celle de faire régler la consultation contribue à une relation médecin/patient la plus normale possible.

La consultation en elle-même du patient médecin tente à se dérouler comme avec un patient qui ne serait pas médecin. Les médecins interrogés expliquent cela par la volonté d'entretenir une relation médecin/patient la plus normale possible, garante d'une prise en charge adéquate.

PARTIE B : La communication avec un patient médecin

1. Termes employés

Très peu de termes médicaux car c'est inutile

Avec cette dame non. Je parlais, on parlait, je parlais comme je parle avec les autres patients. J'allais pas employer des termes médicaux. (E3)

Je les utilise pas trop les termes médicaux, moi je trouve qu'il faut rester basique. (E9)

L'emploi d'un même langage facilite la communication

Je me suis pas sentie obligée de tout expliquer quoi voilà. (E10)

Oui quand...surtout oui. On parle à quelqu'un qui comprend notre langage. (E11)

L'emploi de termes médicaux influe peu

Non parce qu'employer des termes techniques. Enfin...ça change rien. Qu'il me dise « j'ai mal au cou » ou « j'ai des cervicalgies » [...]...ça change rien pour moi (rire). (E4)

J'emploie jamais trop de termes médicaux parce que ça sert à rien. (E3)

La majorité des médecins interrogés utilisent des termes médicaux. Ils trouvent normal le fait de parler le même langage. Cela facilite les échanges. Un médecin interrogé considère qu'au contraire cela n'apporte rien. Seuls trois médecins n'utilisent pas spécifiquement de termes médicaux, mais car cela ne fait pas partie de leur pratique habituelle.

2. Le mode de communication

Vouvoiement au début lorsqu'ils sont âgés et tutoiement par la suite

Ben moi j'ai du mal quand même parce qu'ils sont beaucoup plus âgés donc c'est vrai que j'ai du mal avec le tutoiement. (E10)

Ah oui au début tu les vouvoies bien sûr. Et puis après généralement on se tutoie. (E12)

Les mêmes explications données qu'aux autres patients...

Mais moi je parle beaucoup aux patients. Je leur explique beaucoup aux patients déjà.

J'ai pas l'impression qu'il y a une grosse différence en fait. (E15)

Si...mais comme je parle beaucoup avec mes patients, je parle pareil avec mes...avec mes...patients qu'ils soient médecins ou pas médecins. (E5)

...où il faut quand même s'adapter à leur niveau de connaissance, parfois difficile à appréhender

Par contre quand ils comprennent pas le truc il faut vraiment leur expliquer quoi. (E12)

Non la relation est un peu difficile, c'est qu'il faut expliquer sans trop expliquer pour pas gêner le confrère qui a l'impression qu'on lui explique des choses qu'il connaît déjà. D'un autre côté, il connaît pas [...].il comprend rien. Ce qui fait que c'est pas simple à gérer parce qu'il croit qu'il comprend bien sûr. Mais il comprend pas. (E6)

Ou au contraire les soignants donnent plus d'explications, se justifient plus

On va peut-être un peu plus expliquer à partir du moment où c'est un professionnel de santé, pour dire pourquoi je fais ça [...] J'explique davantage ouais avec un médecin. (E14)

Si on lui dit qu'on va faire un scanner c'est qu'on va chercher quelque chose donc on va justifier pourquoi on fait un scanner et pour quel motif et voilà. (E4)

Les médecins soignants font attention à ce qu'ils disent

Il y a un peu plus intérêt à pas trop lui raconter de conneries (rire) des sottises. [...]. Moins dire de bêtises qu'avec les patients. (E11)

Voilà faut bien être carré. (E12)

J'essayais d'être un peu plus précise que ce que je le suis avec un patient normal. (E3)

Des échanges entre patients confrères plus faciles, plus directs

A la limite je dirai plus à l'aise à la limite. [...] Je dirai que c'est plus facile de parler à un médecin que de parler à un patient qui comprend pas toujours quoi. (E10)

Enfin bon bref, on discute entre confrères. (E2)

Les médecins patients posent des questions sur un mode différent

Il peut avoir posé des questions sur un mode différent du patient habituel. (E1)

Savoir dire non à un médecin

Oui je suis capable de dire non à un médecin. J'ai déjà dit non à un médecin. (E15)

Le seul truc avec les médecins je pense [...] il faut être capable de dire « non, non ça moi je fais pas » C'est tout, en fait faire comme avec les autres personnes qui qui posent des...qui ont des demandes limites. (E2)

Concernant leur façon de s'exprimer, les médecins soignants interrogés sont plus nombreux à faire attention à ce qu'ils disent et ont tendance à justifier davantage leur démarche. Ils ne veulent pas apporter des éléments imprécis au patient « sachant » qui pourrait le percevoir. Mais ce statut de « sachant » peut ne pas être fiable. En effet, un médecin interrogé pense qu'il est difficile d'appréhender ce que comprend réellement un confrère pour pouvoir adapter le langage à ses connaissances. Cette difficulté se retrouve notamment avec les patients médecins retraités, dont les connaissances médicales ne sont plus à jour, et avec les spécialistes.

Six médecins soignants sur 15 parlent d'un échange entre confrères qui facilite la communication, et de ce fait la relation.

Deux médecins nous ont spontanément exprimé le fait qu'ils se sentaient capables de dire non à un patient médecin, mais aussi qu'il fallait le faire comme avec n'importe quel autre patient.

PARTIE C : La prise en charge des médecins consultants

Nous verrons dans cette partie si le statut de médecin influe sur leur manière de prendre en charge ces patients.

1. Prescription d'examens complémentaires

Pas de modification de prescription d'examen complémentaire

J'aurais la même, la même attitude thérapeutique [...]Donc pour arriver à ça faut forcément le considérer comme un patient lambda. (E1)

Difficile de se juger mais je ne crois pas qu'il y ait une différence à ce niveau. (E15)

Mais les patients médecins peuvent se prescrire des examens

Je lui ai proposé [...]Bon pensant que s'il y a un souci, un symptôme il...il peut se le prescrire lui-même. (E11)

L'autre c'est un médecin biologiste. Donc il se prescrit ses analyses. [...]...il se fait des bilans biologiques. (E3)

Les patients ne cherchent pas à contredire, ne discutent la pertinence des examens

Il cherche pas à contredire, à vouloir des examens en plus où. Il est facile à soigner je t'avoue. (E4)

Ça pose pas de soucis, les examens complémentaires ils acceptent sans problème. (E6)

Il faut plus justifier de faire ou de ne pas faire des examens, la manière de prescrire ou de ne pas prescrire change

C'est peut-être la pédagogie, la manière de les prescrire et de dire qui est un peu différente. (E2)

Bah non. Non s'il en a besoin je lui demande. Si je lui dis...S'il y en pas besoin, je lui dis pourquoi il faut pas le faire. (E5)

Tendance à « ouvrir le parapluie » et prescrire plus d'examens

Je pense que je vais faire plus d'examens peut-être. Je vais moins attendre pour faire des examens. (E3)

Ou peut-être qu'on tire un peu plus le parachute quoi. Peut-être qu'on va faire un peu plus d'examens complémentaires, en disant on ne va pas passer à côté, on ne sait jamais. Donc c'est peut-être ça. On va peut-être être dans l'excès des examens à faire. (E4)

Sur la prescription des examens complémentaires, la majorité des médecins interrogés ne changent pas leur pratique. Les patients médecins ne discutent pas leurs prescriptions d'examens, mais il faut les justifier un peu plus qu'avec les patients lambdas. Cependant deux médecins interrogés avouent faire pratiquer plus d'examens complémentaires par peur de passer à côté d'éléments importants, pour se couvrir davantage.

2. Recours aux spécialistes

Une place de médecin référent difficile à trouver lorsque le patient médecin consulte de lui-même des spécialistes.

Il est suivi pour tout par tout une armada de spécialistes [...] Moi mon rôle est assez...Moi je reçois les comptes-rendus mais...globalement c'est pas vraiment moi qui le traite. (E8)

Il est suivi pour le cœur par Paul, il est suivi pour son diabète par Jacques, il est suivi par le...truc...Toi tu te demandes ce que tu fous au milieu quoi. (E5)

Tendance à adresser plus rapidement chez un spécialiste

En fait je me suis couverte en l'envoyant chez le cardiologue [...] Je ne l'aurais pas envoyé tout de suite alors que là j'ai assez vite pris l'avis du cardiologue pour asseoir un peu plus ce que moi j'avais dit. (E3)

On va dire « aller par sécurité, je vous envoie quand même chez le cardio, on ne sait jamais ». On ne l'aurait peut-être pas fait chez quelqu'un d'autre. (E4)

Ainsi une troisième relation s'installe qui peut être difficile à appréhender

Après il a d'autres avis autour de lui qu'il prend, d'anciens confrères ou de nouveaux qui eux bottent en touche parce qu'ils le connaissent pas. [...] Donc il y a une troisième relation. C'est que on a un confrère qu'on soigne on va devoir appeler un spécialiste confrère qu'il connaît pas ou qu'il connaît pour lui demander un avis sur un confrère [...] Il le revois comme un technicien, il donne un avis et puis après démerde-toi avec quoi. (E6)

Concernant le recours aux spécialistes, les patients médecins sont souvent pris en charge par des spécialistes qu'ils connaissent. Cela peut compliquer la relation avec le médecin soignant qui ne retrouve plus sa place et crée une troisième relation qui peut être difficile à gérer. A noter que deux médecins reconnaissent adresser plus rapidement leurs patients médecins chez des spécialistes afin de se prémunir d'éventuelles erreurs, ou encore d'être confortés dans leur prise en charge initiale.

3. Mise en place de thérapeutiques

Pas de discussion sur l'introduction de traitements

Ah non ils discutent pas par contre. (E3)

Il y a une discussion avant l'introduction de traitements

Mais quand je dis « ils discutent les traitements » c'est pas discuter pourquoi ce traitement...c'est est-ce que vraiment j'en ai besoin. (E14)

C'est vrai que quand je lui ai donné des traitements un peu particuliers [...] je lui ai posé la question. Mais voilà je discute un peu. Je dis « voilà, c'est telle famille...machin...etc. ...est-ce que tu es d'accord de le prendre ? ». (E9)

Les patients médecins rédigent eux-mêmes leurs ordonnances

Il se fait ses ordonnances mais il recopie les miennes. Mais bon ça lui fait plaisir donc il se fait ses ordonnances. (E6)

Nécessité de plus de réflexion avant l'instauration d'un traitement

Mais c'est sûr que je vais peut-être réfléchir un peu plus. Parce que...parce qu'il y a en face quelqu'un qui va...[...]C'est pas critiquer, mais analyser le traitement. Donc c'est un peu plus compliqué parce qu'il faut peut-être un peu plus convaincre de prendre quelque chose. (E3)

La prise en charge thérapeutique est souvent plus discutée et le médecin soignant doit plus souvent la justifier auprès de son patient médecin.

4. Particularités de la prise en charge

Des patients qui gèrent seuls leur santé

Ben oui c'est plus difficile parce qu'il prend sa décision. C'est lui qui gère sa santé. [...] Je suis la plume et lui prend ses décisions. C'est compliqué. [...]Parce qu'ils se font les questions et les réponses. Limite s'ils se font pas les ordonnances. [...] C'est plus difficile de les prendre en charge. Plus difficile justement parce qu'il y a...ils ont déjà le diagnostic. Ils ont le pronostic à la limite et...donc...c'est pas facile. (E10)

Parce que quand je suis arrivée il m'a dit « voilà j'ai mal, il faut me prescrire ça... ». La marge de manœuvre était réduite. (E2)

Le rôle du médecin traitant est de ne pas tenir compte des connaissances du patient-médecin

Ce que je sais c'est qu'ils vont comprendre peut-être plus facilement ce que je dis, ce que je leur explique ou déjà ce que je vais leur dire, ils le savent déjà. Mais justement [...] je leur redis même si ils le savent. Je pense que c'est mon rôle en fait. (E13)

Si ça me concerne je suis moins sûr d'avoir compris il va falloir qu'on m'explique. Mais c'est pareil dans l'autre sens. (E6)

Une représentation différente de la maladie

Ils sont pas faciles à soigner [...] ils veulent pas tomber dans le cercle de la pathologie et du traitement. [...] ils sont un peu...pas compliants et peu coopératifs. (E12)

Alors déjà il y avait un déni. (E13)

Des patients plus angoissés

Hyper stressé, du coup il pensait que c'était un pancréas. Direct. (E10)

On essaye de rassurer plus parce que je pense que le médecin malade est plus inquiet que le malade normal. (E6)

Des échanges intéressants durant la consultation

Donc voilà il y a...c'est intéressant. Il y a quelque chose à ce niveau-là qui est intéressant parce que eux ils sont plus à demander, ils sont en demande. [...]. En ostéo j'ai remarqué ceux qui connaissaient pas du tout ils aiment bien savoir comment ça fonctionne. (E12)

Ben c'est comme quand tu discutes avec un confrère d'un cas clinique ou...il peut te faire voir d'autres aspects que toi tu n'as pas envisagé. (E15)

Les patients médecins sont des patients particuliers. Du fait de leurs connaissances ils peuvent décider d'être maître de leur prise en charge. Dans ce cas, le rôle du médecin soignant se complique car il lui faut trouver sa place. Ces connaissances peuvent rendre le patient médecin plus angoissé concernant sa propre santé. D'ailleurs, ils ont un rapport à la maladie différent du patient lambda. Souvent, ils refusent se considérer comme « malades ». Il peut y avoir une sorte de déni qui ressort bien quand on interroge les médecins sur la vision qu'ils ont de leur propre santé. Nous verrons cela dans la suite de ce travail.

5. Facteurs facilitants

Des connaissances plus à jour ou alors très spécialisées

Quand on a affaire à un spécialiste c'est encore plus facile parce qu'ils sont vraiment, parfois complètement cloisonnés. (E1)

Le médecin âgé lui au bout d'un certain temps il se transforme vraiment en patient. [...] il a perdu les connaissances qu'il avait. (E14)

Les patients médecins se positionnent d'eux-mêmes en tant que patients

Ils se sont positionnés en patient en fait. Eux se sont positionnés en patients. Ça dépend aussi comment se positionne l'autre. (E15)

Les relations des fois sont...sont...franchement le médecin en fait exprès en fait de se mettre dans la peau d'un patient lambda pour éviter ce problème relationnel parce que lui aussi peut être ça lui pose un souci. (E6)

L'expérience facilite la prise en charge

L'expérience c'est justement d'arriver à ne plus être influencé par...par ce qu'est la personne quoi. (E13)

Oui mais moi j'en ai eu de l'appréhension à soigner un médecin. Plus jeune oui. Oui parce que t'as peur d'être jugé. Quand tu as un médecin tu sais, c'est désagréable d'être jugé. (E5)

Le fait d'être maître de stage

Alors que peut être que du coup être maître de stage c'est peut-être plus simple parce que on a souvent un médecin avec nous, on a l'habitude finalement de se remettre en question. (E4)

Les connaissances du patient médecin facilitent la prise en charge

Quand tu expliques à un type qu'il a un diabète, en général un médecin il comprend que si il a un diabète il faut qu'il fasse attention parce que...parce que tu as quasiment pas à reprendre toutes les, toutes les notions de prévention. (E5)

Le principal facteur facilitant est lorsque le patient médecin se positionne lui-même en tant que patient normal. Celui-ci dans ce cas lâche prise et facilite la prise en charge du médecin soignant. Le fait de traiter des médecins retraités, non installés ou spécialistes, qui ont des connaissances soit anciennes soit spécialisées, est retrouvé comme facteur facilitant. Deux médecins ont spontanément évoqué le fait d'être maître de stage comme facteur facilitant. Les médecins recevant des internes ont l'habitude d'avoir un regard extérieur sur leur prise en charge, un peu comme s'il y a un médecin en face d'eux. Cela a modifié notre recrutement comme indiqué dans la partie de notre travail intitulé « Méthode ».

6. Les risques de cette prise en charge

Ne pas donner les mêmes soins qu'aux autres patients

Si on donne pas les mêmes soins qu'à un patient normal [...] ça veut dire qu'on met des biais dans la, dans la consultation [...] donc si on leur donne pas ça, pour moi ça veut dire que c'est pas la peine de les soigner. (E1)

Et de ne pas se laisser embarquer dans un processus...relationnel mou. [...]Ben c'est à dire, on discute, on est là entre copains, entre...Et puis on fait plus son boulot. (E2)

Perte de temps dans les explorations

Moi ce que je crains un peu chez, chez les médecins c'est...c'est la perte de temps. (E2)

Problème de confiance entre médecins

Mais je pense que les médecins sont capables de nous planter plus que les autres parce que on va les croire. (E2)

Un des principaux risques décrit par les médecins interrogés est qu'il y ait une différence de prise en charge en considérant qu'ils peuvent aussi se prendre en charge, se prescrire des examens etc. Or les médecins reconnaissent qu'ils se soignent très mal tout seul.

PARTIE D : La relation, son évolution et son vécu.

1. Type de relation

Une relation amicale

Amicale...L'autre je vous dis, il me fait la bise. (E10)

En fait plus amicale. Je préfère ça plus le terme amical que confraternel. (E11)

Une relation confraternelle

Il y a un sentiment de confraternité quand même qui change quand même un petit peu la relation qu'avec un patient lambda, qui n'est pas médecin. (E15)

Parce qu'il y a toujours un côté un peu hiérarchique dans la relation médecin-malade. Vous êtes assis en face de moi, moi je suis là à mon bureau avec ma blouse. Là il y a pas ce côté-là, il y a que le confrère. (E4)

Une relation confraternelle et amicale

Là elle est amicale et confraternelle. Et après il y pas ce côté hiérarchie entre guillemets patient malade. Là on est un peu plus d'égal à égal entre guillemets. (E4)

Une relation gratifiante, une preuve de confiance

C'est gratifiant parce qu'un médecin qui va voir un autre c'est quand même gratifiant de se dire il vient me voir. (E14)

Alors d'abord c'est...c'est une grosse preuve de...de...de reconnaissance. [...]Donc ça c'était déjà extrêmement touchant comme marque de confiance. (E7)

Une relation classique, comme avec n'importe quel patient

J'ai pas eu l'impression d'avoir eu une relation excessivement différente qu'avec les autres patients. (E9)

La plupart des médecins interrogés parlent d'une relation confraternelle. D'autres médecins nous ont parlé d'une relation amicale notamment lorsque les patients médecins sont des connaissances. Le fait de prendre en charge un patient médecin se révèle être gratifiant pour trois médecins. Et enfin des médecins nous ont confié que pour eux c'était une relation identique à celle entretenue avec les autres patients.

2. Évolution de cette relation

Un début difficile parfois

Au début c'est un peu raide les relations avec les médecins et après ça devient presque copain-copain. (E12)

Mais qui évolue vers une relation médecin/patient classique

Et donc voilà, c'est là la relation qui est...c'est le plus difficile après sinon non. Je pense qu'après une fois qu'on s'y est habitué la relation est normale. (E6)

Au fil du temps la relation avec le patient médecin se transforme en relation médecin/patient ordinaire. Le médecin soignant peut aussi être plus sûr de lui au fil des consultations. Cette notion sera développée par la suite.

3. La définition des rôles de chacun

Clairement verbalisé par le médecin soignant

Voilà, si on le verbalise pas ça va être une relation faussée un peu comme quand on se soigne nous-même. (E1)

Si si ça a été verbalisé que c'était moi le médecin et que c'était moi quand même qui gardais la maîtrise sur mes prescriptions. (E15)

Clairement verbalisé par le médecin patient

Il m'a dit : « moi je...Je me laisse faire. Dans le cas particulier je suis plus...Je suis plus médecin j'écoute ce que vous me dites » [...]Je te dis je crois que ce qui est important c'est d'avoir un bon contrat d'entrée. (E5)

C'est un monsieur très gentil qui m'a clairement expliqué que il arrêtais de faire n'importe quoi avec sa santé et que il s'en remettait au médecin qu'il consultait. (E8)

Pas de verbalisation, induit de manière implicite

Non. C'est souvent non formulé. (E6)

Je pense que ça s'est fait implicitement. (E9)

Nous avons vu précédemment qu'un des facteurs facilitants était que le patient médecin se mette lui-même dans le rôle du patient ordinaire. Ainsi le médecin soignant peut garder son « rôle » de médecin et cela facilite la relation. Dans la majorité des interactions médecin/patient-médecin explorées durant ce travail, cette « attribution » des rôles provenait du patient médecin. Cela indique un « lâcher prise » des médecins patients qui est davantage exploré dans le travail de thèse de Cédric Lambert. Dans trois cas, les rôles étaient définis implicitement. Et dans les autres cas, cela provenait du médecin soignant qui se positionnait en début de consultation.

4. Le ressenti du médecin-soignant

Pas de sentiment différent qu'avec un patient normal

Non aucune pression par rapport à ça. Pas plus de pression que du patient, que du patient normal ou en fait on a la pression. (E1)

Alors...moi j'ai pas d'appréhension à recevoir des médecins. (E2)

Des médecins éprouvent une sensation de gêne, se sentent mal à l'aise

C'est vrai que quand elle m'a dit qu'elle était médecin, j'étais un peu gênée. [...] parce que...parce qu'elle sait des choses et voilà. (E3)

J'étais un peu gênée c'est vrai que ça me...Le fait de, de savoir qu'elle connaissait pas mal de choses. (E9)

La peur d'être jugé, observé

Je pense que c'est plus difficile...parce qu'on peut se sentir jugé. (E4)

Néanmoins voilà, je me sentais un peu...un peu petite et observée aussi. (E8)

Les médecins ressentent une pression

Ça met une petite pression le fait qu'il soit médecin. (E4)

Être...envie d'être irréprochable. (E8)

Les médecins ressentent de l'appréhension

L'appréhension je pense c'est ça, c'est l'appréhension du contact en se demandant quelle position hiérarchique on peut avoir en fait. C'est à dire que lorsqu'un médecin soigne un patient, ça se voit tous les jours. (E6)

Les médecins soignants appréhendent mal les connaissances du patient médecin. En effet les soignants ont peur d'être jugés, se sentent gênés, ressentent une certaine forme de pression. Mais ces sentiments se dissipent avec l'expérience et le temps, facilité par les connaissances vieillissantes des patients médecins, et la confiance en soi du soignant. Certains médecins n'éprouvent pas ces sentiments et un médecin nous a confié qu'elle se sentait plus à l'aise face à un médecin. Les patients-médecins deviennent des patients ordinaires.

Nous avons vu dans cette partie que la relation avec un patient médecin est une relation complexe, plurifactorielle, propre à chacun que ce soit le médecin soignant ou le patient médecin. Si certains médecins soignants arrivent à faire fi du métier du patient, la majorité intègre le métier dans la relation et en font une relation particulière se normalisant avec l'expérience et avec le temps

PARTIE E : Comment aborder ces consultations d'après les médecins interrogés

A la suite de la lecture et de l'analyse des entretiens, nous en avons extrait quelques conseils pour aborder ces consultations particulières.

Enlever l'étiquette « MEDECIN » collée sur le patient...

Ah ouais...moi j'estime qu'on est des patients normaux. Et je pense qu'il y a que comme ça que tu les soigneras bien. (E5)

Ne pas les aborder différemment des autres je pense. Je pense que c'est ça aussi qu'ils attendent en tant que patients. (E8)

...en mettant un cadre à la consultation et en la structurant.

Je prends rendez-vous, je dis ce que je suis mais je prends rendez-vous. Et éventuellement je paye ma consultation. [...]et là on devient vraiment un patient parce que le risque c'est de ne pas être pris pour un patient. (E14)

Ne pas se laisser mener par le patient-médecin

Essayer de ne pas se laisser diriger quoi, mener par le médecin. (E10)

Garder la maîtrise de ses prescriptions, ne pas avoir peur de dire non surtout. (E15)

S'affirmer, ne pas avoir peur

Il faut que le médecin arrive à garder sa position de médecin face à un patient qui doit garder sa position de patient aussi. (E8)

Les laisser faire, ne pas être trop intrusif

Ce n'est pas facile. Mais il faut être assez cool parce que si on essaye de les...d'être trop intrusif, de les forcer ils se cassent, ils vont voir ailleurs. (E12)

Etre professionnel

Alors...je pense qu'il faut essayer d'être au maximum professionnel...de prendre encore plus de distance que avec les gens normaux. (E2)

Être soi

C'est d'être soi. C'est tout. (E7)

Ben je sais pas moi...de rester très naturel. (E9)

Il faut considérer le patient-médecin comme un patient ordinaire. Ils conseillent aussi de ne pas se laisser entraîner par le patient médecin et de savoir dire non, de prendre de la distance. A contrario, un autre médecin suggère qu'il faut plutôt les laisser faire au risque qu'ils quittent la patientèle. Enfin, deux médecins nous conseillent de rester naturel, d'être soi et c'est souvent ce que les patients cherchent finalement.

PARTE F : Quand les médecins consultent un autre médecin

Même si cette partie est plus développée dans la thèse de Cédric LAMBERT, nous avons quand même demandé aux médecins s'ils avaient déjà consulté un confrère.

1. Pour quelles raisons consultent-ils ?

Maladie nécessitant une prise en charge

Oui j'ai été gravement malade. J'ai eu un méningiome. Le Pr P qui m'a opéré. (E10)

Ben le gynéco. Je me suis fait deux fois un in situ du sein donc j'ai été opéré deux fois.

J'ai refusé la radiothérapie ce qui aujourd'hui se confirme quoi. (E7)

Difficile de s'ausculter tout seul, avoir un deuxième avis

On inverse les rôles et on se met à sa place et...Nous on a toujours eu besoin de médecin.

Se soigner tout seul on le fait tout le temps. Mais pour s'ausculter c'est plus compliqué et donc après il y a une relation de confiance qui est difficile. (E6)

Je pense qu'on prend plus en charge notre santé nous-même et des fois je lui en parle pour qu'il me fasse une prescription ou...pour avoir son avis sur un truc où je sais pas trop. (E15)

Plutôt pour des problèmes administratifs

C'est à dire qu'en fait on demande à des collègues d'être dépanné pour des trucs qui relèvent plus de l'administratif que du médical quoi. (E2)

Nous retrouvons les causes évoquées dans la PARTIE A des résultats qualitatifs. Les médecins soignants interrogés ont consulté parce qu'ils étaient atteints de maladie nécessitant une prise en charge, parce qu'ils voulaient un deuxième avis et pour des questions administratives.

2. Quand les médecins interrogés se retrouvent comme patient

Le médecin est un patient comme les autres.

J'ai pas un niveau tel que le fait d'être médecin me mette à un niveau supérieur à un autre.

Moi je suis comme tout le monde. (E7)

Ah ouais...moi j'estime qu'on est des patients normaux. (E5)

Un médecin est un patient qui se néglige

On se néglige[.]J'ai fait une péritonite que j'ai soigné à l'Augmentin et Flagyl tout seul chez moi, tout seul. (E12)

Ben disons qu'on est soit dans le pas assez ou dans le trop. (E13)

Un médecin se soigne tout seul

Je fais plutôt de l'automédication ou je suis pas souvent malade. (E7)

A part mes problèmes de santé que j'ai eus, que j'ai un peu piloté moi-même. (E2)

...et parfois ne veut pas savoir ce qui se passe

Non. Je lui ai fait entièrement confiance. [...] Mais je ne voulais pas savoir ni les risques, ni ce que...je savais bien sûr. J'ai fait plutôt l'autruche. (E10)

Ça c'est mon interprétation, je pense qu'en étant médecin on veut pas savoir. (E3)

Difficile de prendre une décision médicale les concernant

Je faisais tout ce qu'on me disait, j'étais pas pénible mais je voulais pas prendre de décision médicale me concernant. (E8)

Les médecins se servent de leurs connaissances

Donc c'est vrai que j'avais un minimum de connaissances théoriques où j'ai dit au gynéco [...] « Je veux pas de radiothérapie ». (E7)

Mais c'est un peu normal...qu'on se serve un peu soit même de nos connaissances dans la mesure où on a gardé notre esprit. (E2)

Les médecins ont leur mot à dire durant la consultation

Oui on discute oui, bien sûr bien sûr. Ben ça finit toujours à la fin par une discussion qui est plus confraternelle. (E13)

Je discute éventuellement la prescription. (E14)

Même s'ils réclament une prise en charge identique

Ce que j'attends c'est que je passe par les mêmes trucs. (E1)

Mais j'avais envie qu'on me traite comme n'importe quel patient. (E8)

Car parfois ils ne bénéficient pas de la même prise en charge notamment lors de la grossesse

Non. Ce que j'ai très mal vécu c'est quand j'étais enceinte [...] Bon je savais certaines choses, mais je voulais qu'il me prenne en charge. Et...lui il me prenait pas en charge. (E3)

Les médecins essaient d'être des patients comme les autres mais quelques particularités les différencient du patient ordinaire. Beaucoup se négligent, entraînant un retard dans leur prise en charge. Leurs connaissances leur permettent d'influer en toute conscience sur leur prise en charge et leur thérapeutique. Certains préfèrent laisser les rennes de leur santé au médecin. Mais ils réclament la même prise en charge que les patients lambdas.

Il est intéressant de noter que quelques médecins ont fait le parallèle entre la façon dont ils aimeraient être pris en charge par leurs confrères, et leur façon de prendre en charge les patients-médecins. Ils prennent en charge les confrères comme eux aimeraient être pris en charge. A la lecture des entretiens, cela se retrouve chez la plupart des médecins même s'ils ne l'ont pas précisément exprimé.

DISCUSSION

Dans cette partie nous discuterons de la validité des résultats de notre étude en y explorant les forces et les faiblesses à l'aide des données de la littérature. Nous y exposerons les idées fortes ainsi qu'une analyse comparative avec le travail de Cédric Lambert. Pour finir nous discuterons des résultats à la lumière de l'actualité et y exposerons d'éventuelles perspectives.

1. Forces et limites de notre étude

1.1. Liées au sujet lui-même

Notre étude vise à explorer le côté relationnel de la prise en charge du médecin malade dans le cadre d'une consultation de médecine générale. Plusieurs travaux ont exploré l'aspect du médecin malade notamment ceux de Madame BONNEAUDEAU Sandra (7) et Madame LHOTE Madeleine (24). Cette dernière explore la prise en charge des médecins malades mais en y interrogeant principalement des spécialistes. Or dans notre étude, nous avons choisi d'interroger principalement des médecins généralistes ce qui en fait un travail inédit.

Nous avons aussi essayé d'y apporter un éclairage transversal grâce au travail de thèse de Cédric Lambert qui s'intéresse aux médecins malades consultant des médecins généralistes. Nous avons ainsi réalisé une analyse croisée que nous exposerons dans une partie de la discussion.

1.2. Liées à l'analyse

Le concept de théorisation ancrée vise à faire émerger des concepts nouveaux, le chercheur étant dépourvu d'idées préconçues. Cela passe par une codage « pur » qui est difficile à réaliser en pratique. En effet, nous avons élaboré le guide d'entretien à partir d'hypothèses et de questions de recherche.

Durant ce travail, nous avons réalisé une analyse thématique modelée sur les différentes catégories du guide d'entretien. Cela peut diminuer la puissance des résultats car cette méthode n'obéit pas à proprement parlé à la règle de la théorisation ancrée. Car comme le soutiennent Monsieur DUMEZ et Madame AYACHE « à la base de la théorisation ancrée, il y a la conscience du risque de circularité : si l'on aborde un matériau avec des cadres théoriques prédéfinis, alors la tentation est de ne voir dans le matériau que ce qui confirme ces cadres théoriques » (3) Cependant dans les différents thèmes nous sommes restés très libres et à l'écoute des différents concepts pouvant émerger.

1.3. Liées au mode de recrutement

Notre méthode de recrutement a pu être source de biais de sélection à plusieurs niveaux. Tout d'abord nous avons recruté les premiers médecins selon la méthode de proche en proche via notre réseau comprenant les médecins chez qui nous étions passés en stage ou que nous remplacions. Nous avons également contacté par mail des médecins maîtres de stage. Cela peut entraîner un biais de sélection car nous avons un effet groupe où le principal risque est d'avoir seulement le point de vue d'un groupe et non les points de vue individuels.

Néanmoins afin de diminuer ce biais, nous avons contacté des médecins au hasard via le site de l'assurance maladie (2).

1.4. Liées à la population étudiée

D'après le dernier recensement du Conseil National de l'Ordre des Médecins (12) l'âge moyen des médecins généralistes est de 52 ans (48 ans pour les femmes et 55 ans pour les hommes). Les femmes représentent 44% de la population médicale.

Même si la recherche qualitative ne vise pas à obtenir un échantillon significativement représentatif, nous pouvons observer que notre population est en accord avec les données sociodémographiques du Conseil de l'Ordre des Médecins. Pour mémoire dans notre travail, le taux de femme est de 47% et la moyenne d'âge des participants est de 55 ans.

1.5. Liées aux entretiens

La réalisation des entretiens relève d'une technique dont nous n'avons pas l'habitude. L'appréhension de celle-ci s'est effectuée grâce à la lecture d'ouvrages (20, 22, 27) de travaux qualitatifs, de formations dispensées à notre Faculté de Médecine appelées « Cellule Qualitative ». Cependant elle reste difficile à appréhender.

L'entretien avec des médecins généralistes est une expérience très enrichissante. En effet notre formation médicale se base sur l'apprentissage par nos pairs. Ainsi lors des entretiens, nous avons beaucoup à apprendre notamment de leurs différentes expériences. Quelque fois cela débordait largement le cadre de notre sujet de thèse, ce qui pouvait distraire et déconcentrer le médecin interrogé. Cela s'est ressenti notamment pour les premiers entretiens expliquant la longueur de certains. Par la suite nous avons essayé de recentrer au maximum les échanges à notre sujet d'étude.

2. Résultats principaux, idées fortes

2.1. La place de la confiance

Dans les travaux sur la relation médecin patient (4, 5, 30) la place de la confiance envers son médecin y est fondatrice. Celle-ci se construit avec le temps, au fil des différentes rencontres avec son médecin.

Dans notre travail elle occupe également une place centrale. Les patients médecins choisissent un médecin en qui ils ont confiance et cette confiance est, parfois, déjà acquise lorsque le médecin consulté est connu. La prise de rendez-vous et l'accès au médecin soignant est facilité par l'utilisation de téléphone portable personnel. La communication est plus simple du fait du partage d'un langage commun. La relation évolue souvent vers une relation amicale.

2.2. La symétrie/asymétrie de la consultation

Dans notre étude quelques médecins décrivent la relation médecin malade ordinaire en utilisant l'expression « positionnement hiérarchique ». Lorsqu'il s'agit d'un patient médecin ce positionnement est complètement effacé induisant une symétrie dont le miroir serait le bureau. Le médecin a en face de lui, un reflet de ce qu'il est ou va devenir. En effet ils partagent les mêmes expériences de la relation avec un patient, la même vocation de soins aux autres, le même bagage médical. Cette symétrie peut expliquer les sensations de gêne et d'appréhension que ressentent certains médecins et le surinvestissement d'autres praticiens.

Cependant au cours du suivi, lorsque les « rôles » sont identifiés et assumés, cette symétrie disparaît pour laisser place à une relation médecin-patient la plus ordinaire possible. La responsabilité du médecin soignant, la prise de recul nécessaire et le cadre de la consultation l'y aide même si elle reste particulière.

2.3. L'importance du positionnement du patient médecin

Lors des entretiens nous avons clairement identifié l'importance de la définition des rôles de chacun. Les situations cliniques où le médecin soignant se sentait en difficulté correspondaient aux patients médecins qui gardaient la main sur leur santé, qui gardaient leur statut de médecin. De ce fait on peut se poser la question des raisons de leur consultation ? Dans notre étude, les situations problématiques étaient celles-ci :

- Un patient médecin étranger qui ne possède pas d'ordonnance.
- Un ancien médecin généraliste qui était en fin de vie et donc psychiquement et physiquement plus capable de se prendre en charge.
- Un ancien médecin généraliste à la retraite qui avait de graves problèmes de santé. Pour ce dernier, la situation s'est améliorée lorsque l'expertise du médecin soignant lui a permis d'éviter une aggravation de sa santé.

Les différents travaux effectués sur le sujet du médecin malade (28) et notamment les études qualitatives sur les représentations de la maladie (25), décrivent un sentiment d'invulnérabilité ressenti par les médecins. Ce sentiment associé à un déni de la maladie retrouvé dans plusieurs études dont la nôtre, permet d'expliquer la difficulté de certains médecins à lâcher prise.

2.4. Le rapport invulnérabilité / lâcher-prise

Nous pouvons nous poser la question de l'origine de ces sentiments d'invulnérabilité, de surpuissance du médecin, même s'ils ne sont pas évoqués de façon majoritaire dans notre étude. Il concerne à la fois le médecin soignant qui ne veut pas faillir dans sa mission de soins et le patient médecin qui refuse la maladie.

Le médecin est en contact permanent avec les maladies de ses patients, les angoisses qu'elles engendrent, les évolutions parfois péjoratives de celles-ci. La relation médecin/patient habituelle est basée sur l'empathie qui est la capacité intuitive de se mettre à la place d'autrui. On nous apprend à tenir une distance nécessaire à une prise en charge adéquate du patient. Chaque étudiant en médecine a connu des expériences douloureuses lors des premiers vrais contacts avec la maladie, la mort, la souffrance des patients. Nous nous souvenons tous des premiers patients que nous avons vu mourir.

Je pense que tout cela fait que nous nous formons une « carapace » dont l'épaisseur, propre à chacun, dépend de la personnalité, de l'histoire et du parcours du médecin ou futur médecin. Cette « carapace » peut occulter le fait que nous puissions tomber malade et entrer dans le déni de la maladie comme un moyen de protection.

Dans notre étude ce sentiment est retrouvé à plusieurs niveaux :

- Au début lorsque le médecin patient ne se sait pas encore malade, il présente un déni de la maladie responsable d'une perte de temps. Comme le cas de ce médecin « *qui était mort d'un cancer de l'estomac parce qu'il avait tellement peur du diagnostic que...qu'il avait pas consulté. Il savait qu'il avait un cancer. Il pensait qu'il avait un cancer et...il voulait pas consulter* ». (E12)

- Mais aussi lorsque le médecin malade est atteint d'une pathologie, car pour certain il est difficile d'entrer dans le cercle de la pathologie : « *Pas question pour moi d'attendre...d'être en arrêt maladie donc dès que je suis sorti de l'hôpital j'ai travaillé. Ce qui a provoqué une occlusion où je me suis fait hospitaliser* ». (E12)
- Et même lors de la mise en place de thérapeutiques où il y a souvent une discussion entre confrères pouvant influencer sur la prise en charge « *J'ai refusé la radiothérapie ce qui est aujourd'hui se confirme quoi* ». (E7)
- Mais aussi chez le médecin soignant qui ne veut pas faillir à sa mission de soin. Cela est exacerbée lorsqu'il s'agit d'un confrère en face qui peut être vu comme son alter égo, comme un miroir de lui-même ébranlant son propre sentiment d'invulnérabilité.

Le médecin est comme un « actif compulsif » dont l'origine remonte aux raisons même qui le pousse à vouloir devenir médecin.

On peut de ce fait se poser la question de l'abandon de cette casquette. Pourquoi le médecin lâche-t-il prise pour se faire soigner ou pour soigner un confrère ? Est-ce difficile pour lui ?

A la lecture des deux travaux il semble exister différentes situations face auxquelles le médecin lâche prise :

- Lorsqu'il est atteint d'une pathologie aiguë. Le médecin se prescrit souvent les examens nécessaires jusqu'à ce qu'il ne se sente plus capable de se prendre en charge, ou lorsque la suite de la prise en charge nécessite un spécialiste (*« sciatique aigue...voilà sciatique aigue...euh...évidemment je me prescris le scanner...évidement. Scanner, pan hernie discale exclue...okay...direct neurochir. Jusque-là pas de problème. J'ai pas besoin d'aller voir quelqu'un d'autre pour savoir ce qu'il faut faire. Indication chirurgicale d'emblée 3 jours après » (E2)*), ou bien lorsqu'il y est obligé par des contraintes physiques (difficile de s'ausculter tout seul) ou psychologiques (*« Si ça me concerne je suis moins sûr d'avoir compris il va falloir qu'on m'explique » (E6)*).
- Lorsqu'il est atteint d'une pathologie chronique, bien décrit dans la thèse de Cédric Lambert. Dans cette situation, la consultation vers un confrère en qui le médecin a confiance est vécu comme un réel soulagement. Le lâcher prise est plus un choix qu'une contrainte.
- En cas de maladie grave, où le patient médecin est confronté à la gravité de sa maladie comme tout patient normal avec ses conséquences (*« Je lui ai fait entièrement confiance, donc j'y suis allée les yeux fermés. J'avais mon méningiome. Je savais ce que...Bon je savais ce que j'avais hein. Mais je voulais pas savoir ni les risques, ni ce que...je savais bien sûr... » (E10)*)
- Dans le cas du médecin soignant l'équilibre se fait lorsque le patient médecin en face de lui se positionne en tant que patient. Les acteurs de la relation retrouvent leurs rôles et ainsi la relation devient la plus habituelle possible. Cela conforte le médecin soignant dans son rôle de médecin qui est de décharger au mieux le patient de ses problèmes de santé. Et c'est exactement ce que demandent les médecins patients.

2.5. Une relation particulière

Au fil des années, l'étude de la relation médecin patient (4, 30) a permis de faire évoluer ce concept. Initialement décrite comme asymétrique et elle se veut maintenant le fruit d'une participation mutuelle entraînant une négociation de consensus entre le médecin et son patient. Elle est basée sur une communication adaptée à chaque patient.

Dans le cas d'un patient médecin, la communication et de ce fait la relation, sont facilitées par le partage d'un même bagage médical. Il peut y avoir des discussions sur les traitements et la prise en charge décidés d'un commun accord entre le patient et le médecin. Certains médecins soignants la décrivent comme une relation confraternelle. On pourrait penser que la relation en serait optimisée et plus facile. Pourtant la plupart des médecins interrogés la considère comme normale. Alors comment peut-on expliquer cela ? Peut-être par le besoin de recul du médecin soignant, ou par la nécessité de la considérer comme normale afin de garantir une prise en charge identique à celle d'un patient ordinaire.

3. Analyse comparative

Nous avons effectué une analyse comparative où nous y exposons les similarités et différences concernant les grands thèmes de notre étude.

3.1. Le médecin et sa santé

Nous avons étudié dans les deux travaux les ressentis qu'ont les médecins, soignants ou patients, sur leur santé, la maladie et leur prise en charge. Nous retrouvons des points similaires dans les deux études notamment :

- Les médecins (soignants et patients) confirment que la maladie est une épreuve difficile et qu'ils réagissent comme n'importe quel autre patient.

- Certains tentent une automédication et un auto-diagnostic qui est considéré comme une attitude « normale » par les deux populations mais qui peut compliquer la prise en charge du médecin soignant.

Par contre nous avons vu dans l'étude du point de vue des médecins soignants, et certains des médecins interrogés le reconnaissent pour eux-mêmes, que parfois les médecins présentent un déni de la maladie ce qui complique la tâche des médecins soignants.

La particularité des patients médecins est qu'ils ont fait le choix de consulter, et donc de confier leur santé à quelqu'un d'autre. Ils sont passés au-delà du déni de la maladie retrouvée dans l'étude des médecins soignants. Cela renvoie à l'idée force de l'invincibilité/ lâcher prise développée plus haut.

3.2. Une consultation qui se veut être normale pour une prise en charge normale

Concernant la consultation en elle-même, le croisement des points de vue des deux populations ne retrouve quasiment que des similitudes :

- concernant le choix du médecin, le maître mot retrouvé est la confiance qui s'accroît avec le temps, garante d'une bonne relation médecin/patient-médecin.

- concernant le déroulement de la consultation, celle-ci tend à se dérouler comme avec un patient ordinaire lorsque l'on interroge les médecins soignants. Ils ressentent le besoin de faire comme avec n'importe quel autre patient. Mais cela fait écho à la volonté des patients médecins d'être considérés comme tel. Ce cadre de la consultation est considéré comme nécessaire par les médecins soignants, garant d'une prise en charge adéquate et identique à celle d'un patient ordinaire. Un des risques identifiés par le médecin soignant est justement une différence de prise en charge du patient médecin.

- les patients médecins s'accordent à considérer que le fait d'être médecin optimise la prise en charge du fait d'un partage de connaissances communes et d'un échange plus facile. Certains médecins soignants partagent ce point de vue

Cependant nous avons noté quelques disparités, notamment :

- certains médecins soignants avouent prescrire plus d'examens et avoir recours à l'avis de spécialistes plus rapidement par peur de passer à côté de quelque chose. Cela peut être exacerbé par le fait que le médecin soignant peut s'identifier au confrère qui consulte. Il veut de ce fait être irréprochable et fait référence à son propre sentiment d'invulnérabilité que ce médecin malade peut écorcher. Cependant cette notion n'est pas retrouvée chez les patients médecins qui considèrent avoir une prise en charge adéquate. Nous pouvons peut-être expliquer cette différence par le fait que les médecins patients ayant fait le choix de consulter, se placent dans leur rôle de patient et que ce fait « facilite » la relation avec le médecin soignant et optimise la prise en charge, gardant ainsi la distance nécessaire.

- certains médecins soignants décrivent des patients médecins qui gèrent seul leur santé. Or les patients médecins interrogés ont justement décidé de faire le contraire.

Par contre il persiste une disparité d'opinion concernant le règlement de la consultation. Celle-ci est retrouvée dans quasiment tous les travaux traitant des médecins malades. La quasi-totalité des patients médecins interrogés trouvent qu'un règlement est normal et même obligatoire quand plus de la moitié des médecins soignants le refusent.

D'après les médecins soignants, cela fait partie de la confraternité, comme une sorte de tradition. Ils se sentent gênés de demander un règlement car ils se sentent « proches » du patient/médecin, appartenant à la même famille médicale et il est difficile de faire payer un membre de la famille. Cela est bien décrit dans la thèse de Cédric. Les patients médecins voient plutôt cela sous l'angle de la valorisation du travail fourni, et de ce fait la valorisation de la prise en charge effectuée. Cela fait partie du pacte de soin que les médecins patients prônent et de la bonne relation de soin.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (13) rapporte ceci : « demander des honoraires à un médecin malade consultant n'est pas contraire aux principes hippocratiques ; il va sans dire que ce ne doit pas être une règle et que bien d'autres facteurs, affectifs et personnels, entrent en ligne de compte... ».

La question du règlement est donc laissée à l'appréciation de chaque médecin qu'il soit soignant ou patient.

3.3. Une communication commune

Au niveau de la communication, les deux populations emploient majoritairement des termes médicaux et cela facilite grandement les échanges. En effet, cela permet une description plus précise de la symptomatologie du patient médecin et de ce fait une meilleure compréhension.

Dans les deux études, nous retrouvons la notion d'une discussion entre confrères notamment sur l'introduction de thérapeutique et la décision de la prise en charge.

3.4. Une relation particulière.

Les deux populations s'accordent sur le fait que c'est une relation particulière, confraternelle et qui tend à être amicale très rapidement. La confiance est un fondement de cette relation et elle est un mot clé retrouvé dans les deux travaux.

La notion d'une relation gratifiante exprimée par plusieurs médecins soignants fait écho au fait que les patients médecins interrogés ont une grande estime de leur médecin soignant.

Dans l'étude du point de vue du médecin soignant, cette relation est facilitée par la définition des rôles de chacun et notamment par celui du patient médecin. D'ailleurs cela en est un des principaux déterminant. L'étude du point de vue des patients médecins confirme cela. Ils ont fait le choix de confier leur santé au médecin soignant et de ce fait la relation n'en est qu'améliorée. Les patients médecins encouragent à aller consulter un médecin mais précise la nécessité d'un lâcher prise quant à la prise en charge de leur santé.

3.5. Les ressentis des différents protagonistes de la relation

Les deux travaux combinés expriment les ressentis des deux protagonistes de la relation :

Les patients médecins n'éprouvent pas de gêne à aller consulter le médecin puisqu'ils en ont fait le choix délibéré. Ils ressentent une sérénité, un confort à aller consulter. Ils qualifient le médecin soignant de guide.

Ces mots font écho aux sensations de gêne et de peur d'être jugé ressenties par plusieurs médecins soignants interrogés. Certains médecins soignants ressentent une pression dont n'ont pas conscience les patients médecins qui ne l'évoquent pas lors de leurs entretiens. A aucun moment ils ne s'imaginent que le médecin en face ressent de l'appréhension. Cela peut s'expliquer du fait que la plupart des patients médecins interrogés ont un suivi chronique chez leur médecin. Or nous avons retrouvé dans les deux études que le temps et l'expérience amélioreraient la relation et la confiance en soi du médecin soignant amendant ce sentiment de gêne.

4. Notre étude dans l'actualité et perspectives.

A partir des années 2000, plusieurs travaux se sont intéressés à la santé et à la prise en charge des médecins y compris des médecins généralistes tels que :

- Celui de Madeleine LHOTE (24) s'intitulant « Soigner un médecin malade : quelle spécificité ? » Se rapproche le plus de notre thématique. Bien que les médecins soignants interrogés soient principalement des spécialistes, nous retrouvons des similitudes notamment au niveau de l'étude de la relation. En effet elle y retrouve la peur du jugement s'amendant avec le temps, la nécessité de clarifier les statuts des différents intervenants de la relation, le fait que ce soit une relation confraternelle facilitée par le partage d'un même savoir.

Cependant nous pouvons noter dans son travail qu'une des différences de relation réside dans le fait que les médecins patients ont du mal à faire confiance à un autre soignant. Cette notion n'a pas été retrouvée dans notre travail. Bien au contraire dans notre étude la confiance y est fondamentale s'expliquant probablement par le fait que les médecins interrogés sont majoritairement des spécialistes. Cela nous confirme l'originalité de ce travail et l'importance de la place du médecin généraliste pour les patients y compris les patients médecins.

- Il est intéressant de noter que le travail de thèse de Madame LHOTE Madeleine a été réalisé en miroir de celui de Madame BONNEAUDEAU Sandra (7) 's'intitulant « Le malade médecin : un patient comme les autres ? ». Celui-ci confirme aussi certains résultats retrouvés dans nos deux travaux notamment la volonté pour le médecin patient de déléguer sa santé au médecin soignant.
- Le travail de thèse de Madame GONTHARET-MARIETTE (17) sur la définition du médecin traitant idéal pour la prise en charge des médecins malades a été aussi un catalyseur de notre travail et de notre guide d'entretien. Cependant il s'agit d'une étude qualitative par focus group. Nous voulions aborder la problématique de la prise en charge du médecin malade par des entretiens individuels.

- Nous avons également puisé nos bases pour ce travail dans la lecture du livre du Docteur ROUGERON Claude, médecin généraliste et notamment docteur en science éthique, intitulé « Les Vrais secrets d'un médecin » (29). En effet en plus d'être un guide sur l'art d'être généraliste et notamment au niveau relationnel, il y décrit avec une sensibilité particulière le fait de se retrouver de « l'autre côté de la barrière » étant lui-même atteint d'un cancer. On y retrouve la notion de lâcher prise à l'annonce d'un diagnostic grave avec l'« *étonnante incompétence médicale envers (soi)-même* » et le « *statut de médecin a été comme oublié, occulté* ». A posteriori et après la lecture et l'analyse de nos deux travaux, ce livre peut être une illustration des difficultés à être un médecin malade.

Plusieurs initiatives se sont mises en place apportant différents soutiens :

- Deux sont relatives au syndrome d'épuisement professionnel dont nous n'avons pas parlé durant l'étude. Nous les citerons donc à titre indicatif :
 - L'association M.O.T.S (Médecin Organisation Travail Santé) (26) créée en 2010 en Midi Pyrénées, propose une écoute et un accompagnement aux médecins, mais est dédiée avant tout à la prévention et à la prise en charge de l'épuisement professionnel
 - L'Association Soins aux Personnels de Santé (1) propose une aide au repérage et à la prise en charge du personnel soignant en souffrance. Cette association est plus axée sur le syndrome d'épuisement professionnel.

- D'autres études se sont intéressées à la prévention, à l'aide aux médecins patients et à une campagne de sensibilisation :
 - En Haute Normandie un service de médecine préventive nommée « Imhotep » a vu le jour fin 2010. Celle-ci propose un programme de prévention et de dépistage basé sur le volontariat. Cependant seuls 20% des médecins du département s'y sont inscrits. Cela peut s'expliquer par le système de volontariat. Faudrait-il le rendre obligatoire ? Un seul médecin de notre panel exerce une autre activité que la médecine libérale et est donc soumis à une médecine du travail. Même si le caractère obligatoire est contraignant, il décrit cela comme un garde-fou nécessaire. La disponibilité d'un tel service est intéressante pour les médecins qui le souhaitent et des travaux sont à l'étude (17). Cependant les travaux relatant l'état de santé des médecins (11, 15, 16) montrent que les médecins ont une meilleure attitude de prévention que la moyenne. Cette constatation pourrait expliquer le faible taux de participation à ce service et de ce fait son utilité.
 - Le CNOM a créé l'Entraide Ordinale (14) dont les objectifs sont d'apporter une aide financière, des conseils aux médecins en difficultés. Cette initiative est intéressante car elle apporte un soutien matériel lors de grave problème de santé. Cette problématique n'a pas été abordée durant ce travail.
 - La dernière en date est une campagne de sensibilisation s'intitulant « Dis doc, t'as ton doc ? » (8) lancée par le Collège Français d'Anesthésie Réanimation conjointement avec l'Agence National du Développement Personnel Continu. Elle tente de faire évoluer les mentalités à ce sujet. Je pense qu'il est nécessaire en effet de sensibiliser les médecins au fait qu'ils peuvent tomber malade et d'encourager la consultation chez un confrère.

Mais nous avons également vu au cours de ce travail qu'un des problèmes posés est la notion d'invulnérabilité qui est à la base du frein à la consultation chez un confrère. Il serait intéressant d'agir en priorité sur cet élément à l'aide d'enseignement ou de sensibilisation durant le deuxième et le troisième cycle des études médicales. Le médecin ou futur médecin est un malade ordinaire.

Il peut être intéressant qu'il y ait des médecins formés à la prise en charge des confrères. Un diplôme universitaire s'intitulant « Soigner les soignants : spécificités et ressources » (31) a été créé à Paris. Cette initiative est à encourager.

Concernant le choix du médecin traitant, on pourrait se poser la question de l'interdiction de s'auto-déclarer médecin traitant comme c'est le cas dans d'autres pays notamment en Australie. Cependant cette mesure a déjà été évoquée dans quelques travaux (17, 24, 28).

En Europe nous pouvons citer l'exemple catalan qui a développé un programme d'aides intégrales aux Médecins Malades. Ce service s'adresse gratuitement aux médecins catalans en exercice souffrant d'une pathologie mentale ou de dépendance à l'alcool. Il est composé d'un service d'accueil de jour et d'une unité d'hospitalisation où la confidentialité et l'anonymat sont de rigueur. Cette initiative est intéressante car la population médicale est considérée comme à risque de dépendance alcoolique et aux psychotropes (13, 15, 16).

En Norvège, le Modem Bad Hospital dédie une partie de son activité à la prise en charge des médecins malades.

Et enfin les médecins prenant leur retraite peuvent s'ils le souhaitent continuer à faire des ordonnances pour eux-mêmes et leur famille même s'ils n'exercent plus. On peut aussi se poser la question de son abrogation.

CONCLUSION

La question du médecin malade et de sa prise en charge nous touche tous, que ce soit en tant qu'être humain pouvant être atteint d'une pathologie ou en tant que professionnel de santé pouvant prendre en charge des confrères.

A la lecture de notre étude et à la vue des autres travaux traitant du médecin malade, il est clair que le médecin n'est pas un patient comme les autres. La relation médecin/patient habituelle y est changée pour y laisser place à une relation médecin/patient médecin. La communication est plus aisée mais le processus d'identification peut entraîner des difficultés chez le médecin soignant comme une appréhension, la peur d'être jugé et une sur-prescription. Ces difficultés ne sont pas du tout décrites ni ressenties par les médecins patients interrogés par Cédric Lambert. Il peut y avoir de ce fait une différence entre ce que le médecin patient attend et ce que le médecin soignant vit, qui peut s'expliquer par la profession de médecin du patient. Celui-ci est ainsi l'alter égo du médecin, supprimant la distance nécessaire et venant ébranler son sentiment d'invulnérabilité, le ramenant à sa condition d'homme pouvant être malade.

Cette appréhension se dissipe à partir du moment où le patient médecin se positionne en tant que patient que ce soit implicite ou clairement exprimé par les deux acteurs de la relation. Cela montre l'importance de la définition des rôles de chacun. Cela s'obtient en prenant en charge le patient médecin comme un patient lambda grâce notamment au cadre de la consultation. Ces difficultés s'amendent avec le temps et l'expérience du médecin.

Afin de faciliter cette prise en charge, le médecin soignant doit savoir que le patient médecin demande une prise en charge identique à un patient ordinaire et veut surtout être considéré comme tel. Ainsi chaque médecin pourra affirmer : « *J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité* » (Hippocrate)

ANNEXES

- ANNEXE 1 : Grille d'écoute

-Présentation de la thèse

-Présentation du médecin :

- Age, sexe
- Milieu d'exercice
- Année d'installation/ année d'exercice

-La Consultation

- Nombre de médecins généralistes suivis au cabinet, médecin généraliste/spécialiste
- Circonstances de découverte de la qualité de médecin du patient (connaissance personnelle, contact sur téléphone personnel pour prise de rendez-vous)
- Motif aiguë ou suivi au long cours
- Prise de rendez-vous : directement par contact personnel/prise de rendez-vous standard, sentiment provoqué
- Durée : plus ou moins longue par rapport à un patient lambda
- Appréhension en début de consultation ?
- Différents temps de consultation identiques
- Impression de qualité des soins fournis ?
- Tenue du dossier
- Honoraires : règlement ?

-La Communication

- Verbale : emploi de termes médicaux, médecin=facteur facilitant ou facteur défavorisant
- Différence dans l'identification des plaintes : expression plus claire ?
- Même stratégie de reformulation, recontextualisation
- Non verbale : attention particulière ?
- Éducation du patient/ élaboration d'un projet de soins : patient plus observant ?
- Questions du patient : appréhension ? Peur de ne pas savoir y répondre devant le partage d'un « même savoir »

-Dimension psychologique de la relation

- Peur du jugement,
- Sur responsabilité exacerbée : sentiment de vouloir « lui sauver la vie » exacerbé ?
- Transfert, impression de plus d'affects, identification.
- Vouloir imposer de la distance ?
- Influence de l'expérience (comparer les jeunes et les plus anciens médecins)
- Différence de prise en charge au vu du bagage médical

-Suivi au long cours :

- Création d'une relation confraternelle ?
- Création d'une relation de confiance : +/- facile ?

-Face à la maladie

- Consultation d'un confrère ? Sentiments éprouvés de l'autre côté de la barrière ?
- Patient comme les autres ?

- ANNEXE 2 : Caractéristiques de la population étudiée

Caractéristiques des médecins interrogés

	Genre	Age	Année d'installation	Lieu d'exercice	Durée d'une consultation	Spécialité du/des médecin(s) pris en charge	MSU
E1	H	57	1988	Rural	15 min	Médecin généraliste retraité Médecin conseil de l'assurance maladie	Oui
E2	H	60	1986	Semi rural	20 min	Médecin généraliste retraité (fin de vie)	Non
E3	F	60	1982	Urbain	30 min	Médecin biologiste retraité Dermatologue retraité	Non
E4	H	44	2000	Urbain	20 min	Pédiatre retraité Médecin généraliste retraité	Oui
E5	H	56	1992	Urbain	20 min	Cardiologue	Non
E6	H	59	1983	Urbain	15/20 min	Psychiatre Cardiologue	Oui
E7	F	65	1982	Semi Rural	20 min	Cancérologue actif hospitalier	Oui
E8	F	39	2009	Urbain	20 min	Pneumologue actif hospitalier	Oui
E9	F	63	1978	Urbain	20 min	Médecin généraliste non installé	Oui
E10	F	47	1999	Rural	15/20 min	Médecins généralistes retraités,	Non
E11	H	59	1987	Rural	30 min	Psychiatre actif	Non
E12	H	56	1993	Urbain	20 min	Psychiatre Médecin généraliste physiologiste Gastro-entérologue...	Non
E13	F	57	1994	Urbain	20 min	Ophtalmologiste actif Médecin généraliste italien retraité	Non
E14	H	57		Rural	15 min		Non
E15	F	48	2000	Urbain	20 min	Médecin généraliste retraité Médecin généraliste belge retraité ORL retraité Médecin généraliste	Oui

- ANNEXE 3 : Guide d'entretien

Bonjour, merci de me recevoir et me consacrer de votre précieux temps.
J'aimerais aborder avec vous le sujet de la relation médecin/patient lorsque vous prenez en charge un de vos confrères que ce soit un médecin généraliste ou un spécialiste.
Ce travail entre dans le cadre de mon travail de thèse.
Les entretiens sont enregistrés si vous le voulez bien et totalement anonymes.

1. La consultation

Pouvez-vous me raconter une fois où un confrère est venu à votre consultation ?

Relance : Depuis combien de temps suivez-vous des confrères ?
Comment prennent-ils contact avec vous ?

Par rapport aux différents temps de la consultation, comment ça se passe quand vous avez un médecin en face de soi ?

Et par rapport au règlement de la consultation comment ça se passe ? Pourquoi.

2. La communication

Au niveau de la communication notamment les termes employés, comment ça se passe quand on a un médecin en face de vous ?

Comment qualifiez-vous votre attitude lorsque vous prenez en charge un confrère ?

Qu'est-ce qui fait que c'est différent ?

Et pour aborder des questions plus intimes, comment vous y prenez-vous ?

3. Dimension psychologique

Comment vous sentez vous face à un confrère ?

Cela a-t-il changé avec l'expérience ?

Qu'est-ce qui fait qu'on peut avoir de l'appréhension ?

Pensez-vous que c'est plus ou moins facile de prendre en charge un médecin ?

- Dans quelle mesure ?
- Relance : et on est efficace en tant que médecin dans ces situations ? Et pour construire la confiance ?

Pouvez-vous me citer quelques exemples ?

Les connaissances médicales du patient en face de vous changent-elles quelque chose ?

4. Suivi au long cours

Comment évolue la relation lorsque vous devez suivre un confrère ?

La relation se modifie-t-elle ? Quel genre de relation se crée ?

Avez-vous été confronté à une pathologie grave chez un de vos confrères ? Quelles peuvent être les changements dans la relation à ce moment-là ?

5. Face à la maladie

- **Et vous même, avez-vous été amené à consulter un confrère ?**

Comment cela s'est-il passé ?

6. Perceptives/ Intérêt du sujet

- **Selon vous comment peut-on aborder ce genre de consultation particulière ?**
- **Avez-vous des conseils pouvant en améliorer le déroulement ?**

BIBLIOGRAPHIE

1. Association Soins aux Professionnels de Santé. [Internet]. Disponible sur : <http://www.asso-sps.fr/>. [cité le 18 aout 2017]
2. Assurance Maladie. Annuaire santé d'amei.fr : trouver un médecin, un hôpital. [Internet]. Disponible sur : <http://annuairesante.ameli.fr/>. [cité le 12 avril 2017].
3. AYACHE M et DUMEZ H. *Le Libellio d'Aegis. Le codage dans la recherche qualitative une nouvelle perspective ?*. Vol 7/ N°2. Pages 33 à 46. 2011.
4. BALINT M. *Le médecin, son malade et la maladie*. 2^{ème} édition. Payot & Rivages. Paris ;1996, 419 p.
5. BIZOUARN P. *Le médecin, le malade et la confiance*. Ethique et santé. 2008; 5 (3) ;165-172.
6. BLANCHET A et GOTMAN A. *L'entretien*. 2^{ème} Edition. Armand Colin. Paris. 2007. 126p.
7. BONNEAUDEAU S. *Le médecin malade : un patient comme les autres ?* [Thèse d'exercice]. Université de Paris Diderot- Paris 7 ; 2011.
8. Collège Français des Anesthésistes- Réanimateurs, « *Dis doc, t'as ton doc ?* » [Internet]. Disponible sur : <https://www.agencedpc.fr/dis-doc-tas-ton-doc>. [cité le 18 aout 2017]
9. Collège de Médecine Générale de Nice. *Comment faire des rapports sur N'Vivo et les exporter sur Word - Initiation_Nvivo*. [Internet]. Disponible sur : http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/Initiation_Nvivo.pdf. [cité le 12 avril 2017]
10. Collège de Médecine Générale de Nice. Liste des MSU [Internet]. Disponible sur : http://www.nice.cnge.fr/article.php3?id_article=228. [cité le 15 avril 2017].
11. Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Seine Maritime et de l'Eure. *Enquête sur la santé des médecins libéraux de Haute Normandie*. [Internet]. 2008. Disponible sur : http://www.apima.org/img_bronner/enquete_HN_soigne_medecin.pdf. [cité le 26 avril 2017]
12. Conseil Nationale de l'Ordre des Médecins. *Atlas de la démographie médicale 2016*. [Internet]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf. [cité le 17 avril 2017]

13. Conseil National de l'Ordre des Médecins. *Le médecin malade*. Rapport de la commission nationale permanente. [Internet]. 2008. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/lemedecinmalade.pdf>. [cité le 12 avril 2017].
14. Conseil Nationale de l'Ordre des Médecins. *L'entraide ordinale*. [Internet]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnpentraide.pdf>. [cité le 18 aout 2017]
15. DESPRES P, GRIMBERT I. *Santé physique et psychique des médecins généralistes*. Etudes et résultats. [Internet]. 2010. Disponible sur <http://sante.gouv.fr/IMG/pdf/er731.pdf>. [cité le 25 avril 2017].
16. GILLARD L. *La santé des généralistes*. [Thèse d'exercice]. Université de Paris V René Descartes ; 2006.
17. GONTHARET-MARIETTE M.H. *Définition du médecin traitant idéal pour la prise en charge de ses confrères*. [Thèse d'exercice]. Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Rouen. 2013.
18. GRAU-COPPIETERS F. *Étude de faisabilité d'un service de Médecine préventive pour les Médecins généralistes du Languedoc-Roussillon* [Thèse d'exercice]. Université de Montpellier ; 2012.
19. NGUYEN-GENOUX C. *Le Burn out des médecins généralistes des Alpes Maritimes : étude sur 226 questionnaires*. [Thèse d'exercice]. Université de Nice, 2006.
20. HUDELSON P. *La recherche qualitative en médecine de premier recours*. Rev Médicale Suisse. 2004;503(2497).
21. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Définition - Espace urbain. [Internet]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1074>. [cité le 15 avril 2017].
22. KAUFMANN J-C. *L'entretien compréhensif*, 3è édition, Armand Colin. Paris, 2014.126 p. (L'enquête et ses méthodes).
23. LEJEUNE C. *Manuel d'analyse qualitative*. De Boeck. Belgique ; 2014. 142 p. (Méthode en sciences humaines)
24. LHOTE M. *Soigner un médecin malade : quelles spécificités ? Etude qualitative auprès de médecins franciliens*. [Thèse d'exercice] Paris Diderot- Paris 7 ; 2011.
25. MAUGER C. *Quand le médecin tombe malade : vécu de quatorze médecins face à leur pathologie chronique organique*. [Thèse d'exercice]. Université de Rennes 1 Bretagne Loire ; 2016.

26. Médecin Organisation Santé Travail (MOTS). Organisation du travail et santé du médecin. [Internet]. Disponible sur : <http://www.association-mots.org>. [cité le 18 aout 2017]
27. PASQUIER E. *Comment préparer et réaliser un entretien semi dirigé dans un travail de recherche en médecine générale*. Mémoire de Médecine Générale. Faculté de Lyon. [Internet]. 2004. [cité le 15 juillet 2017]. Disponible sur : http://www.nice.cngc.fr/IMG/pdf/memoire_E_PASQUIER.pdf.
28. PORTALIER-GAY D. « *Les médecins : des patients pas comme les autres ?* » ou *attitude et vécu des médecins devenus eux même patients. Etude qualitative auprès de 15 médecins généraliste en Rhône Alpes*. [Thèse d'exercice]. Université de Lyon I Claude Bernard ; 2008.
29. ROUGERON C, MOUNIER F. *Les vrais secrets d'un médecin*. Paris ; Buchet/Chastel 2004. 128 p.
30. TETART J. *Evolution de la relation médecin patient lors d'un suivi au long cours : points de vue de médecins généralistes installés depuis plus de 30 ans dans les Alpes-Maritimes recueillis lors d'entretiens individuels*. [Thèse d'exercice]. Université de Nice 2015.
31. Union Régionale des Professionnels de Santé Occitanie. Médecins libéraux. DIU Soigner les soignants = nouvelle édition 2017-2018. [Internet]. Disponible sur : <http://urps-occitanie.org/?p=1465>. [cité le 18 aout 2017].

LISTE DES ABREVIATIONS

ALD : Affection de Longue Durée

ARS : Agence Régionale de santé

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MOTS : Médecin Organisation Travail Santé

MSU : Maitre de Stage Universitaire

SPS : Soins aux Professionnels de Santé

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

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.

RESUME

Introduction : L'intérêt pour les médecins malades ne cesse de croître depuis les années 2000. En effet ce problème nous touche tous en tant que professionnel de santé pouvant prendre en charge un confrère mais aussi en tant que médecin pouvant être malade. Malgré tout, peu de travaux se sont intéressés à la particularité de la relation médecin-patient lorsque celui-ci consulte un médecin généraliste. C'est pourquoi notre travail a pour but de dévoiler le vécu cette relation médecin/patient du point de vue du médecin soignant. Une étude parallèle menée par Cédric Lambert étudie le point de vue du médecin patient.

Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens individuels semi dirigés. Nous avons rencontré quinze médecins généralistes des Alpes-Maritimes et du Var prenant ou ayant pris en charge des médecins généralistes ou spécialistes. Par la suite nous avons effectué une analyse comparative de ces entretiens avec ceux obtenus en parallèle auprès des médecins patients.

Résultats : La plupart des médecins interrogés expriment une relation médecin/patient particulière où la place de la confiance y reste primordiale et où la communication y est plus aisée. Cependant un processus d'identification au patient médecin peut entraîner des sentiments de jugement et d'appréhension pouvant modifier la prise en charge de ces patients médecins. Ces derniers n'en ont pas du tout conscience et aspirent à une prise en charge identique, comme avec n'importe quel patient, ressentant cela comme un véritable soulagement. Cette différence s'atténue à partir du moment où les rôles des deux acteurs de la relation sont clairement définis.

Conclusion : Ce travail en miroir a permis de mettre en évidence l'importance de la définition des rôles des deux protagonistes de la relation. Les médecins soignants doivent prendre conscience de la volonté des patients médecins d'être pris en charge comme n'importe quel autre patient. Ce travail ouvre également la réflexion sur la propre vulnérabilité du médecin et tout ce que cela implique.

Mots clés : relation médecin/patient, patient médecin, médecine générale, vécu, étude qualitative, entretiens semi dirigés, ressentis, santé des médecins.

