

Médecins, comment vous soignez-vous ?

Laetitia Lebreton

▶ **To cite this version:**

Laetitia Lebreton. Médecins, comment vous soignez-vous ?. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01665532

HAL Id: dumas-01665532

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01665532

Submitted on 16 Dec 2017

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

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

Université de BORDEAUX
Collège des Sciences de la Santé
Année 2016-2017

N° 181

THESE pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Spécialité MEDECINE GENERALE

« Médecins, comment vous soignez-vous? »

Présentée et soutenue publiquement
Le 10 novembre 2017
Par

LEBRETON Laetitia
Née le 2 janvier 1987

Président du jury :
M. le Professeur Jean-Marc FRANCO

Membre du jury :
M. le Professeur Associé François PETREGNE

Membre du Jury :
M. Le Docteur Philippe DESMARCHELIER

Rapporteur de Thèse et membre du jury :
M. le Docteur Philippe GOMARD

Membre du jury :
M. le Docteur Christophe COPPIN

Directeur de Thèse et membre du jury :
M. le Docteur Sébastien LERUSTE

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Marc FRANCO, Professeur des Universités de médecine générale, Université de la Réunion.

Pour me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Associé François PETREGNE, Université de Bordeaux.

Veuillez trouver ici le témoignage de mes sincères remerciements pour avoir accepté de participer à ce jury. Je vous remercie sincèrement pour votre disponibilité.

A Monsieur le Dr Philippe DESMARCHELIER,

Merci d'avoir bien voulu participer à ce jury de thèse. Je vous remercie sincèrement pour votre disponibilité.

A Monsieur le Docteur Philippe GOMARD,

Sincères remerciements pour avoir accepté d'être le rapporteur de cette présente thèse et membre du jury. Merci de votre disponibilité et vos conseils.

A Monsieur le Docteur Christophe COPPIN,

Pour m'avoir donné envie de faire ce métier fascinant. Pour m'avoir transmis ta passion de la médecine. Tu as soigné mes petits bobos tout au long de mon enfance et aujourd'hui tu me fais confiance en me laissant les clés de ton cabinet pour te remplacer.

Merci encore.

A Monsieur le Docteur Sébastien LERUSTE.

Pour son aide précieuse et ses conseils, sa disponibilité, son humour et son positivisme. Merci encore d'avoir accepté de diriger ce travail et de m'avoir guidée de bout en bout. Encore mille mercis.

A Monsieur le Dr Abdourahim Chamouine.

Je considère que c'est une chance d'avoir pu travailler à tes côtés. Grâce à toi j'ai découvert que je pouvais avoir confiance en moi. Tu as toute ma gratitude et mon amitié.

Au Dr Jean-Hugues Gatina et à toute son équipe médicale et paramédicale. Pour tout ce que vous m'avez appris.

Aux Drs Alexandra Pareau et Alain Duport.

Pour m'avoir accueillie en stage de médecine générale. Vous m'avez transmis vos visions de la médecine, si différentes et si complémentaires. J'en suis ressortie grandie.

Aux Drs Mahmoud Rustom et Romain Garrouty.

Pour avoir changé ma vision de votre discipline et levé toute appréhension au contact de la nébuleuse qu'est la psychiatrie.

Aux Drs Jean Khoury, André-Pierre Arnassan et Anne-Christine Pothier.

Pour leur confiance au fil des remplacements.

A mes parents.

Pour votre soutien. Coûte que coûte. Même si pour vous les études de médecine sont toujours restées floues et abstraites. J'ai toujours pu compter sur vous. Merci.

A mes filles : Faustine et Céleste.

Vous êtes mes rayons de soleil. Mes merveilles, Maman vous aime.

A mes amis : Stéphanie et Jean-Louis, Linda et Didier, Mary-Pierre, Mellie et Mathieu, Kévin et Sophie, Florence et Eric, Emmanuelle et Pascal, Arnaud et Inès, Jacky et Lena …

Pour votre soutien, nos fous-rires et vos critiques acerbes quand nécessaire.

Tout particulièrement à toi Stéphanie, pour ton aide précieuse pour cette thèse.

A Bruno-Pierre.

Pour ce virage à 180° dans ma vie. J'en avais tellement besoin. Merci d'avoir été là au bon endroit et au bon moment.

Table des matières

REMERCIEMENTS 2

Liste des Abréviations 6

I. Introduction 7

II. Matériel et Méthodes 9

A. Type d'étude 9

B. Population 9

C. Recueil des données 9

D. Caractères éthiques 10

E. Analyse 10

F. Recherche bibliographique 10

III. Résultats 12

A. Caractéristiques de l'échantillon des médecins interrogés 12

B. Caractéristiques des entretiens 13

C. Synthèse interprétative 13

1/ Le sentiment de toute-puissance mène au déni 13

2/ Son pouvoir isole le médecin 14

2.1 L'autodéclaration du médecin traitant : une dangereuse facilité 14

2.2. Autoprescription qui permet une autogestion 15

2.3. La prise en charge des proches 16

3/ Le cordonnier n'est pas le seul à être mal chaussé 17

3.1. Circonstances de prise en charge par un médecin tiers 17

3.2. Les freins à la prise en charge par des confrères 18

3.3. Les déterminants de la prise en charge 19

3.4. Le parcours de santé 20

3.5. La consultation auprès de confrères 22

4/ L'utopie du changement 23

4.1. Déclarer un médecin traitant autre que soi-même 23

4.2. Une médecine du travail obligatoire 24

IV. Discussion 27

1/ Ambivalence et subjectivité 27

2/ Un constat partagé, des solutions à trouver 28

3/ Forces et faiblesses de l'étude 29
4/ Perspectives 30
V. Conclusion 32
Références bibliographiques 33
Annexes 35
Annexe 1 : Contexte 35
Annexe 2 : Les dispositifs d'aide aux médecins pour la prise en charge de leur santé 39
Annexe 3 : Visuel de campagne « Dis Doc t'as ton doc ? » 41
Annexe 4 : Guide d'Entretien individuel face à face de type compréhensif 42
Annexe 5 : Formulaire de consentement 43
Annexe 6 : Serment d'Hippocrate 44
ABSTRACT 45
RESUME 46

Liste des Abréviations

AAPML : Association d'aide professionnelle aux médecins libéraux

APSS : Association pour la Promotion des Soins aux Soignants

ASRA : Aide aux soignants de Rhône-Alpes

CNP : Commission Nationale Permanente

CNOM : Commission nationale de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CARMF : Caisse d'Assurance Retraite des Médecins de France

CFAR : Collège Français d'Anesthésie-Réanimation

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

DHSA : Doctors' Health South Australia

ECG : électrocardiogramme

EFR : épreuve fonctionnelle respiratoire

MOTS : Médecins organisation travail santé

PAMQ : Programme d'aide aux médecins du Québec

PAIMM : Programme d'attention Intégrale au Médecin Malade

SPS : Soins aux professionnels de santé

I. Introduction

Le médecin n'est pas un patient comme les autres. Depuis plusieurs années, l'intérêt suscité par la santé des médecins ne fait que croître. L'émergence du phénomène d'épuisement professionnel et sa médiatisation ont permis un début de prise de conscience des professionnels de santé.

Un médecin soigne les personnes. Il doit être en pleine possession de ses moyens pour ne pas mettre en péril la santé d'autrui. En 2000, le rapport de la Commission nationale permanente (CNP) recommandait que le médecin malade puisse être pris en charge comme les autres patients, avec toute la confidentialité que cela implique. Il recommandait un suivi médical du médecin en exercice, pour sa propre sécurité comme pour la sécurité des patients dont il a la charge (1).

En 2006, les travaux de Suty à propos des médecins généralistes (1) révélaient un déni de la maladie jusqu'à ce que les symptômes deviennent trop importants et une absence de prise en charge objective par une tierce personne.

En 2008 un bulletin du conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM)(2) rappelait que le médecin n'est pas un patient comme les autres. Etre médecin ne garantit pas la bonne santé. Le médecin a rarement un comportement rationnel face à sa propre santé. La possibilité d'auto-prescription laisse le médecin seul face à son problème de santé et à sa prise en charge. De par son appartenance au milieu médical, le parcours de soins du médecin malade est souvent atypique. Les raisons invoquées par le médecin malade étaient le manque de temps, l'absence d'objectivité, une minimisation des symptômes, un déni de la maladie et la crainte de la vérité. Quelles qu'en soient les raisons, les retards de prise en charge sont fréquents (3).

En 2016, le CNOM faisait un constat alarmant sur la santé des jeunes médecins. Un quart d'entre eux avait déclaré être en état de santé moyen ou mauvais (4). Le CNOM préconisait d'assurer une surveillance régulière, annuelle, spécifique en ayant recours à la médecine de prévention. Des mesures sont donc à l'étude pour améliorer la santé des médecins.

Plusieurs études ont montré qu'il existait une grande ambivalence dans le comportement des médecins face à leur santé. Ils peuvent passer du déni à la peur du pire. Ils se soignent tout d'abord eux-mêmes, au risque de minimiser ou surestimer les symptômes. Souvent dans un second temps, ils partent en quête d'objectivité auprès de leurs confrères. L'offre

de soins pour les soignants et en particulier pour les médecins en exercice libéral n'est pas structurée.

A La Réunion comme en Métropole, la santé des médecins reste taboue. L'insularité, la communauté médicale concentrée sur le territoire sont autant de paramètres pouvant modifier la perception et la prise en charge par les médecins de leur santé.

La question de recherche était : comment les médecins libéraux exerçant à la Réunion se préoccupent-ils de leur santé ? L'objectif de cette étude était de comprendre les processus mis en œuvre par les médecins vis à vis de leur santé.

II. Matériel et Méthodes

A. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative, utilisant le principe de la théorisation ancrée.

B. Population

L'échantillon choisi était les médecins réunionnais libéraux en activité toutes spécialités confondues.

L'échantillonnage a été réalisé par choix raisonné avec recrutement par effet boule de neige. Il a été construit au fur et à mesure de l'émergence de la théorie.

Le critère d'inclusion était que le médecin soit installé en cabinet libéral, toutes spécialités confondues, dans le département de La Réunion.

C. Recueil des données

Le recueil des données a été effectué sous la forme d'entretiens individuels en face à face, de type compréhensif.

Le canevas d'entretien comportait une première partie constituée de questions portant sur le sujet d'étude. Il a été construit au fur et à mesure des entretiens autour de trois questions dites brise-glace :

- Racontez-moi comment vous gérez votre santé.
- Parlez-moi de votre état de santé.
- Quel est votre parcours de soin habituel ?

La deuxième partie portait sur les caractéristiques du médecin interrogé : marié ou non, nombre d'enfants, lieu d'installation, mode d'installation : cabinet de groupe / seul, durée de l'installation en libéral.

Le consentement oral des médecins a été recueilli en début d'entretien. Tous les médecins ont été informés de l'anonymisation des entretiens enregistrés et de leur droit d'autocensure de leur discours s'ils le souhaitaient a posteriori. Un consentement écrit a complété le consentement oral.

Le nombre d'entretiens a été ajusté au fur et à mesure de la recherche jusqu'à observer le phénomène de saturation théorique des données.

D. Caractères éthiques

La Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) a donné son accord concernant cette étude. Les données enregistrées à l'occasion de cette recherche font l'objet d'un traitement informatisé dans le respect de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (modifiées par la loi 2004- 801 du 6 août 2004).

Il ne s'agissait pas d'une recherche interventionnelle. Le consentement écrit des participants a été obtenu librement après qu'ils aient été informés des modalités de l'étude.

E. Analyse

Les entretiens ont été enregistrés sur support audio numérique avec deux appareils type dictaphone et smartphone puis retranscrits intégralement sous forme de verbatim avant d'être analysés.

La retranscription des entretiens a été réalisée au fur et à mesure par le chercheur à l'aide du logiciel de traitement de texte WORD®. Les propos recueillis puis retranscrits ont été anonymisés afin de constituer le verbatim.

La retranscription, l'analyse et le développement d'une théorie puis sa vérification ont été faits au fur et à mesure de manière à enrichir le canevas d'entretien avec de nouvelles relances.

L'analyse des données a été opérée à l'aide du logiciel d'analyse qualitative de données NVIVO®.

Le codage des données a été triangulé grâce à la participation de deux personnes en plus du chercheur :

- Le directeur de thèse
- Un médecin généraliste formé à l'étude qualitative

F. Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été réalisée sur Google Scholar en utilisant les mots clés : Médecin malade, santé du médecin, prise en charge du médecin, médecin-patient.

Les bases de données EMC et Pubmed ont été consultées, ainsi que le catalogue universitaire SUDOC pour les thèses d'exercice.

Les différentes références ont par la suite été gérées via le logiciel de gestion de références ZOTERO®.

III. Résultats

A. Caractéristiques de l'échantillon des médecins interrogés

Médecin	Spécialité	Sexe	Age	Lieu d'exercice	Mode d'installation	Type d'exercice
1	Généraliste	M	53	Saint-Philippe	Cabinet de groupe	Semi rural
2	Généraliste	M	53	Saint-Paul	Cabinet de groupe	Rural
3	Généraliste	M	53	Saint-Paul	Seul	Semi rural
4	Généraliste	F	29	Saint-Denis	Cabinet de groupe	Rural
5	Dermatologue	M	70	Saint-Gilles	Cabinet de groupe	Urbain
6	Généraliste	M	61	Saint- Paul	Cabinet de groupe	Semi rural
7	Pneumologue	M	57	Le Port	Seul	Urbain
8	Endocrinologue	F	54	Saint-Pierre	Seul	Urbain
9	ORL	M	53	Saint-Paul	Cabinet de groupe	Urbain
10	Généraliste	F	44	Saint-Paul	Cabinet de groupe	Rural
11	Généraliste	F	42	La Possession	Cabinet de groupe	Urbain
12	Cardiologue	M	68	Saint-Paul	Cabinet de groupe	Urbain
13	Généraliste	M	60	Saint-Paul	Cabinet de groupe	Semi rural
14	Généraliste	M	36	Saint-André	Cabinet de groupe	Urbain

B. Caractéristiques des entretiens

Les entretiens se sont déroulés entre le 21 septembre 2016 et le 14 décembre 2016. L'étude comportait 14 entretiens.

L'entretien le plus court a duré 12 minutes et celui le plus long 46 minutes. La durée moyenne des entretiens est de 20 minutes.

La saturation théorique des données a été obtenue au douzième entretien. Il a été convenu de réaliser deux entretiens supplémentaires pour s'en assurer.

Ces entretiens ont été réalisés pour la plupart sur le lieu d'exercice des médecins ou dans des lieux publics comme des restaurants selon la convenance des médecins interrogés. Un seul médecin sollicité a refusé de participer, par manque de disponibilité.

C. Synthèse interprétative

1/ Le sentiment de toute-puissance mène au déni

De par son statut particulier, le médecin a un rapport singulier avec la maladie. Les symptômes mineurs qui amèneraient à consulter au moindre doute chez un patient lambda peuvent être minimisés voire négligés pour un médecin quand il endosse le rôle de patient. « *Mon impression, c'est que tout ce qui est bobos machins je traite par le mépris quoi » (E12).*

Un sentiment de toute-puissance a émergé des entretiens, accompagné d'une sensation de différence de la part des médecins, comme une impression « *qu'on se sent un peu protégé » (E12).* Comme si le statut de médecin leur procurait une immunité.

Le refus de la réalité d'une perception ou déni d'un symptôme était fréquent. Que ce soit par peur du pire ou par mise à distance de la maladie*, « l'émotion peut faire perdre les choses » (E1*).

Ce déni des symptômes devant amener à se prendre en charge pouvait être présent aussi bien sur le plan somatique que sur le versant psychologique. « *Je pense qu'il y a un déni, peut-être même une difficulté pour le corps soignant à aller dans le domaine de la psyché » (E2).*

Ce déni pouvait exister chez les médecins interrogés quelle que soit leur spécialité. « *Après du déni il peut y en avoir effectivement. Du déni sur le diagnostic, etc … Mais ça on en discute parce que du déni c'est pas spécifique aux confrères » (E7).*

Déni, négligence, minimisation … Ces sentiments qui isolaient le médecin face à la maladie renforçaient leur sentiment de toute-puissance.

2/ Son pouvoir isole le médecin

2.1 L'autodéclaration du médecin traitant : une dangereuse facilité

Depuis la réforme de l'Assurance Maladie en 2004, tout patient déclare un médecin traitant auprès de son organisme gestionnaire d'assurance maladie et accède au parcours de soins coordonnés. Il en est de même pour les médecins qui sont des patients à part entière.

Certains médecins avaient fait le choix de ne pas avoir de médecin traitant. « *Je ne suis pas malade et je n'ai pas de médecin traitant » (E7).*

Certains médecins interrogés avaient fait le choix de ne pas s'autodéclarer médecin traitant *« parce que je pense qu'on peut pas être son médecin traitant. C'est une évidence.[…] oui j'ai un médecin traitant et c'est pas moi » (E3).*

Le médecin traitant choisi dans ces cas-là était souvent l'associé ou un proche car il existait déjà une relation de confiance.

La compétence du médecin choisi était un critère retrouvé chez tous les médecins qui avaient fait le choix de déclarer un médecin différent d'eux-mêmes.

D'autres critères pouvaient intervenir, plus pragmatiques comme la proximité en cas d'urgence : *«…oui de proximité et que j'estimais, que j'estime d'ailleurs. Bon après faut se remettre dans le contexte. C'était dans l'affolement de commencer une chimiothérapie aussi. J'ai pas réfléchi. J'ai pas cherché de midi à quatorze heures. Moi c'était pour avoir quelqu'un qui puisse se déplacer si je vomissais ou si je sais pas quoi, si je me sentais pas bien » (E3).*

Les médecins interrogés avouaient être partagés entre la facilité de se déclarer eux-mêmes médecins traitants et faire le choix de déclarer un médecin différent. Le choix de ce médecin pouvait s'avérer délicat pour les médecins interrogés. Fallait-il choisir un médecin dont on était proche, avec lequel on avait déjà une relation de confiance ou bien fallait-il choisir un médecin que l'on ne connaissait pas afin d'être soigné en toute objectivité *? « Mais quelque part j'ai l'impression que j'aurais quand même besoin de connaitre un peu la personne pour être sûre que je peux avoir confiance en lui ou en elle mais d'un autre côté il faut pas que je connaisse trop parce que sinon comme je disais ça me met pas bien à l'aise, d'être examinée, enfin je serais pas moi-même. Du coup c'est un peu paradoxal là parce que… » (E10). « C'est pas une amie mais c'est quelqu'un d'assez proche mais c'est pas une amie » (E8).*

Quel degré de proximité permettait de garder une objectivité ? Un des médecins interrogés s'est clairement exprimé sur sa volonté de choisir un médecin qu'il connaitrait, de façon à obtenir plus de complaisance : *« Ah je pense que je prendrais un pote, qui facilite les trucs tu vois si j'ai un dossier d'assurance. De prêt, comme ça vas-y dis que tout est au vert. Je*

pense que je ferais vraiment dans le réseau. Un pote. Ça sera pas facile pour lui d'être le médecin traitant d'un pote mais je pense que je préfère un pote que quelqu'un que je connais pas » (E14).

La plupart des médecins interrogés avait fait le choix de s'autodéclarer médecin traitant *« C'est moi je suis mon médecin traitant » (E5).* Certains utilisaient même cette autodéclaration comme une preuve ou une justification que *« ça illustre bien effectivement que je m'occupe de ma santé » (E13).*

S'autodéclarer médecin traitant apparaissait pour certains comme une évidence. C'était « *parce que c'était plus simple. Et puis parce qu'on peut » (E11)*. Cela supprimait les déplacements, les délais d'attente et procurait un accès direct à un spécialiste non généraliste. S'autodéclarer évitait d'avoir recours à un médecin tiers et son « jugement ».

La notion de pudeur voire de gêne à consulter est également apparue : « *Parce que j'ai l'impression que tout ce que je dis est interprété et observé tout ça et j'ai peur de pas bien faire et après à moi-même y aller, ouais ça me gêne un peu par pudeur, enfin ça dépend de ce qu'est le problème mais quand même je me vois pas me faire examiner vraiment par quelqu'un, un confrère que je connais » (E10)*. Se faire soigner par un confrère n'est donc pas si simple.

2.2. Autoprescription qui permet une autogestion

L'autoprescription était courante, banale et banalisée. Elle était utilisée par tous les médecins interrogés. Ce mode de prescription apparaissait comme une évidence. Le médecin pouvait s'auto-prescrire, aussi il n'avait pas besoin de consulter un confrère. *« Quand j'ai besoin je fais. Je fais les prescriptions que j'estime adéquates » (E7).*

Pour les médecins interrogés, l'autodiagnostic et l'autoprescription conduisaient à l'autogestion. D'ailleurs, qu'ils soient ou non leur médecin traitant déclaré, la notion d'autogestion était omniprésente. *« Donc en gros voilà. Et puis quand j'ai des petits bobos, je me débrouille. Je me gère toute seule » (E10).*

Une notion de seuil de gravité régulait ou pas cette autogestion. Ce seuil était flou, mal défini et différent pour chaque médecin. *« Moi je trouve que… enfin je pense que tant que j'ai pas vraiment un problème, tant que j'ai pas de problème grave qui me perturbe suffisamment, je trouve que j'arrive à gérer sans problème » (E2).*

Même chez les médecins qui choisissaient de déléguer la prise en charge de leur santé, une double prise en charge était présente avec une autogestion de sa santé. *« Je prends le traitement, régulièrement, et je contrôle mes chiffres de tension. Je suis cardiologue ! C'est quand même pas grave. J'ai été faire des bilans, un doppler, j'ai été faire….enfin je me prends en charge quand même » (E12).* Cette double gestion, apparaissait comme une

justification de leur préoccupation à gérer leur santé témoignant d'une certaine ambivalence.

D'autres admettaient ne consulter un médecin tiers qu'en cas d'extrême nécessité, dans le cadre d'un bilan préopératoire par exemple : *« Mais je vois personne. Je vois des médecins que… les derniers médecins que j'ai vus c'est parce que… le cardiologue parce que j'avais un bilan à faire, que j'ai revu encore pour l'anesthésie. J'ai fait une anesthésie générale pour la coloscopie. Donc j'ai fait ça mais sinon, c'est vrai que je touche du bois et que j'ai jamais eu besoin. Je me suis toujours soigné tout seul » (E9).*

La plupart des médecins interrogés exprimaient une ambivalence entre la nécessité d'avoir un regard objectif sur leur prise en charge et la possibilité d'utiliser une démarche d'autogestion et d'autoprescription. *« **M : donc pour vous il n'y a pas d'intérêt à ce qu'un médecin… un médecin n'a pas besoin d'avoir un médecin traitant autre que lui-même selon vous ?** S12 : ah non pas du tout. Non non non. La première fois où j'ai commencé à le réaliser c'était à la médecine du travail par exemple. Qui a exigé aux internes de me vacciner dans le service. Ils m'ont attrapé, ils avaient ordre de me vacciner. J'avais pas réalisé qu'il fallait que je me fasse vacciner et donc effectivement ils m'ont vacciné. Et là je me suis dit attends, c'est vrai qu'il y a quand même des trucs, on se croit un peu…Non non » (E12).*

A la fois, ils reconnaissaient qu'ils ne devraient pas se soigner eux-mêmes et pourtant ils géraient leur propre santé au quotidien.

2.3. La prise en charge des proches

La question de la prise en charge des proches est apparue spontanément au cours des entretiens, comme si elle était intimement liée à la prise en charge du médecin lui-même.

Tout comme il pouvait s'avérer délicat de se soigner soi-même, soigner sa famille pouvait s'avérer difficile. La complexité pouvait être liée aux maladies concernées.

« C'est des choses ennuyeuses. Pour la simple et bonne raison que les histoires de chasse les plus complexes c'était avec des proches. Des choses très difficiles à déterrer. Des pathologies quasi orphelines. Donc je suis très prudent avec les proches » (E6).

La difficulté pouvait aussi venir de l'absence de limites, à la fois en termes d'horaires ou de prise en charge. Il n'était pas simple pour eux de rester objectifs lorsqu'ils étaient amenés à soigner un proche. De plus il pouvait exister un sentiment de devoir, d'obligation *: « … ben en pratique tu vois bien, je leur dis mais après faut que t'ailles voir ton médecin traitant, mais c'est toi quand même qui commence le truc, qui débrouille, qui rassure, qui engage à un bilan si il y a besoin etc… Et puis c'est pas facile toujours de dire non aussi. […] moi je trouve qu'ils te laissent pas beaucoup le choix. Souvent si ils viennent c'est qu'ils ont un truc qui les stresse beaucoup et du coup je me vois pas dire bon voilà il est vingt heures, donc moi je voudrais bien me reposer. Non mais voilà, donc les gens quand même demandent » (E10).*

D'autres estimaient au contraire que c'était un choix évident, de facilité certes mais qui n'empêchait pas de faire la part des choses. *« Sauf que[…] mes enfants leur médecin traitant c'est moi (rires) Enfin je vous dis à cause du médecin conseil. Ma fille me demande à être son médecin traitant »(E12).*

Pour un des médecins spécialistes non généralistes, les seuls patients l'ayant déclaré comme médecin traitant étaient les membres de sa famille : *« Alors ma famille. Ma femme je suis son médecin traitant. Et ma fille je suis son médecin traitant. Et mon fils je suis son médecin traitant »(E5).*

Un médecin généraliste avait exprimé avoir trouvé la bonne « distance ». Il n'éprouvait aucune difficulté à soigner ses proches : *« Aucun souci. Je gère la famille. Je gère la belle-famille. Je gère les ex-belles-familles qui me restent fidèles. Donc une fois encore je n'ai aucune difficulté pour trouver la distance. […] Moi je fais mon travail et ça me pose aucun souci, j'arrive bien à faire la différence donc je crois que pour moi j'ai la bonne distance et je fais du travail comme je le ferais avec quelqu'un que je connais pas » (E13).*

Devant la difficulté à rester objectif dans la prise en charge des proches, les médecins interrogés faisaient le choix de déléguer cette prise en charge en cas de complication, de maladie grave : « *si y a besoin d'un petit avis ou bien d'appeler pour un examen qui n'avance pas… je le fais quoi. Mais j'essaye d'intervenir le moins possible » (E11).*

Certains déléguaient cette prise en charge sauf en cas de maladie spécifiquement liée à leur domaine de compétence : *« ma femme et mes enfants ont un médecin généraliste parce que je ne veux pas m'en occuper dans la mesure où je ne m'estime pas compétent en dehors de problèmes particuliers parce que ma femme a de l'asthme donc ça je m'en occupe »(E7).*

Même dans le cas d'une prise en charge de la famille déléguée à un médecin tiers, il persistait pour certains un rôle de supervision, voire de double prise en charge : *« Pour mes enfants, ils avaient leur médecin traitant. […] Mais pareil je prévois des médicaments, on peut s'appeler, je fais des consultations par téléphone. Et pour le dernier qui reste à la maison, ça va être des soins effectivement, là récemment je l'ai soigné pour une sinusite et c'est moi qui l'ai soigné » (E2).*

Un médecin déclarait même être là en « deuxième rideau systématiquement » (E6).

3/ Le cordonnier n'est pas le seul à être mal chaussé

3.1. Circonstances de prise en charge par un médecin tiers

La prise en charge par un médecin tiers n'était pas la norme pour le médecin en exercice libéral.

Au cours des entretiens, certains médecins ont évoqué des circonstances particulières pouvant amener à consulter un médecin tiers. Chez les femmes, le suivi des grossesses notamment. Cette période toute particulière les obligeait à un suivi spécifique.
Tous genres confondus, certains médecins ont avoué s'être contentés du bilan de santé demandé par les assurances dans le cadre de prêts. *« Donc j'ai eu des bilans régulièrement parce que j'ai fait beaucoup de prêts. Gros avantage, obligé de faire des bilans complets, bilan cardiaque, biologique et tout, ils demandent des trucs incroyables » (E9).*

D'autres ont évoqué qu'ils ne se sentaient pas aptes à gérer leur santé pour les maladies lourdes : *« ah ben si je rentre dans une maladie un peu chronique grave, où je pense que je perds mon objectivité, et parce que je suis angoissé, parce que je vais partir en vrille, que je suis pas bien. […] Moi je vous ai dit je passe par autrui dès qu'il y a une pathologie qui est un peu lourde » (E12).*

A l'annonce du diagnostic de cancer, un médecin avait d'ailleurs changé son parcours de soins habituel et avait déclaré un médecin traitant tiers : *« Quand j'ai commencé une chimiothérapie, il me fallait un médecin traitant si jamais ça se passait pas très bien » (E3).*

Il était également apparu une notion d'âge seuil. Age à partir duquel le médecin ne serait tout simplement plus apte. Cette notion était restée floue et mal définie: *« **et le seuil c'est quoi ? l'âge limite ?** S12 : là vous avez touché le truc … ? la condition pour se laisser prendre en charge par quelqu'un d'autre ? Qu'il y ait une pathologie effectivement qui ne relève pas de moi quoi ! quand c'est pas des petits bobos. Si c'est un truc important. Si c'est une prise en charge plus complexe » (E12).*
Quelques médecins se sont tout de même risqués à évoquer l'âge de cinquante ans comme l'âge limite à partir duquel il n'était plus raisonnable que le médecin gère seul sa santé. Le premier voyait cet âge comme la frontière à ne pas franchir : *« je serais pas médecin je pense que j'irais plus chez le médecin. Pour l'instant ça va mais je pense qu'il y a des âges où ça va pas ».* Le second médecin associait cet âge de cinquante ans au début des dépistages organisés : *« Et arrivé à cinquante ans, on reçoit le truc comme quoi on est vieux et qu'il faut se faire le test du colon et c'est là qu'on se pose des questions et tout… » (E9).*

3.2. Les freins à la prise en charge par des confrères

La peur de la levée du secret professionnel était une notion retrouvée à plusieurs reprises dans les entretiens. Les médecins interrogés avouaient avoir peur de la perte de l'anonymat en allant consulter un confrère. Le simple fait de se retrouver face à ses propres patients dans la salle d'attente d'un médecin spécialiste non généraliste pouvait être un frein.
L'accès des secrétaires au dossier médical a également été évoqué : *« Peut-être si à la limite, le dossier médical, tu vois l'accès aux secrétaires à la limite, si j'ai un dossier, le fait que les secrétaires aient accès à ça. »(E14).*
Un médecin a exprimé sa crainte de voir certaines barrières se lever concernant le secret professionnel : *« C'était un médecin remplaçant qui trouvait l'attitude de ce médecin qui*

venait se soigner un peu amusante et donc il s'était dit qu'il pourrait en parler à ses copains internes. Donc ça montre bien que on pourrait se permettre des choses au sein de notre …. M : cercle professionnel ? « Oui voilà, cercle professionnel, qu'on se permettrait pas en fait si c'était pas dans notre cercle. Donc il y a des barrières qui se lèveraient y compris même peut être celle du secret. Donc attention à ça » (E2).

Cette notion de peur de la perte de l'anonymat en consultant à l'hôpital est également apparue au cours des entretiens *: « parce qu'il n'y a aucun secret professionnel à l'hôpital. Il y a un système qui est « crossway », je vais vous dire tout de suite. En plus je suis expert… L'hôpital c'est une catastrophe. Avant il y avait un secret professionnel dans l'hôpital, dans l'idée » (E12).*

Le manque de temps a fréquemment été évoqué. Le travail en libéral n'a pas de limites d'horaires si ce n'est celles que le médecin se fixe lui-même.

Le médecin qui passe ses journées à soigner ses patients doit en plus trouver le temps de se soigner lui-même, ce qui n'est pas si évident d'après les entretiens : *«* Non c'est pas simple parce que c'est des gens globalement qui travaillent quand même beaucoup » *(E8).*

Si au manque de temps dédié à la gestion de sa propre santé s'ajoutait un soupçon de négligence, la santé du médecin pouvait passer au second plan :*« Mes prises de sang. Bon peut-être effectivement trouver le temps de faire les choses quoi. De prendre des rendez-vous parce que bon je fais trainer : après les fêtes après ceci ou après cela. Donc être un peu plus rigoureux.* ***M : manque de temps ?*** *S12 : manque de temps ? Oui. Tous ces mots-là sont au centre » (E12).*

3.3. Les déterminants de la prise en charge

Au-delà du temps de consultation au cabinet, le médecin se consacrait à la gestion administrative. Ce qui pouvait s'avérer chronophage selon son fonctionnement de travail : avec ou sans secrétaire, cabinet de groupe ou médecin travaillant seul…

Le mode d'installation était un déterminant à part entière dans la gestion de la santé des médecins. Le médecin installé seul avouait être complètement isolé : *« le problème des médecins c'est qu'on est extrêmement solitaires et qu'on ne va jamais se confier à un proche. On a eu beau mettre en place une cellule d'écoute. C'est très beau les cellules d'écoute. Ça fait bien sur le papier. Mais les médecins restent des solitaires » (E5).*

Et contrairement au médecin hospitalier qui est en contact permanent avec l'équipe médicale et paramédicale, le médecin en exercice libéral est plus isolé *: « et parce qu'il y a une énorme différence entre la médecine hospitalière et la médecine libérale. En ce sens où en fait quand on est tout seul, quand on est en phase maniaque, à vouloir faire des prises*

de sang à tout le monde, là c'est quand ça va bien. Ou au contraire quand on est en phase subdépressive, on s'en fout de tout, on laisse tomber un petit peu, en fait on peut pas se recentrer. C'est la grosse différence avec l'hôpital. L'hôpital comme on travaille mais il y a le médecin d'à côté ou le médecin avec qui on travaille etc, on recentre un peu sa façon de faire. […] Quand on est tout seul dans un cabinet il n'y a pas de garde-fou. Il n'y a personne » (E3).

Le fait d'être installé en cabinet de groupe était considéré par certains comme un garde-fou *: « M : tu arrives à avoir ce discours-là avec tes associés, tes confrères ? Pour toi ce n'est pas encore ça ? S11 : Ben il est venu enfin voilà après c'est moi qui ai pris la tension, et pour moi je pense que je leur ferai prendre. C'est ça je vais pas m'automesurer… M : d'accord. Donc le fait que tu sois en association ? S11 : ah ça pour sûr. Ça aide, c'est bien quand même. C'est clair. M : c'est mieux que si tu étais toute seule ? S11 : Ah oui c'est clair » (E11).*

3.4. Le parcours de santé

De façon générale il ressortait des entretiens que le parcours de soins du médecin libéral exerçant à La Réunion n'était pas coordonné. Voire inexistant : *« Pour ma santé aucun » (E6).*
Le médecin peut se gérer de façon tout à fait autonome : « là je le fais de manière, je dirais, autonome sans un médecin généraliste pour le piloter » (E2).

A nouveau, il apparaissait un sentiment de protection, comme si le médecin n'avait pas besoin de se soigner tout simplement car il n'est pas malade. Pourtant les médecins sont des patients à part entière. Un médecin a reconnu que sa santé n'était pas gérée comme celle de ses patients, mais que ce n'était pas forcément la chose à faire : *« et après je me suis dit ben non faut que tu suives le parcours des patients » (E8).*

Un autre a estimé que tous les médecins fonctionnaient ainsi, sans médecin coordinateur du parcours de santé : *« pff je sais pas, parce que après je pense qu'on fait quand même tous plus ou moins ça, enfin on va tous voir un spé, en radio, en gynéco, enfin je pense qu'on n'a pas de médecin coordinateur en fait. Enfin qui a le rôle de centralisateur ou de parcours de soins comme on dit en médecine générale. » (E10).*

Le recours au médecin tiers apparaissait la plupart du temps en seconde intention, que ce soit pour un simple avis ou une discussion collégiale : *« Et puis j'en ai discuté avec un de mes confrères associés par rapport aux résultats parce que j'avais une CRP un peu augmentée et donc voilà » (E1)*.

Le médecin s'autogérait en premier lieu puis allait en référer à un spécialiste non généraliste si nécessaire : *« Ben là par exemple pour mon problème dermato qui est quand même un peu plus important cette année, si je lui en ai parlé quand même » (E10)*. Mais il s'agissait quasiment toujours d'une double gestion d'après les entretiens : *« Mais quand j'ai besoin… mon médecin c'est moi effectivement. Et quand j'ai besoin, je vais consulter quoi, les collègues » (E12).*

Un médecin a évoqué spontanément la possibilité de consulter un confrère de médecine générale *« supervisée par mes confrères radiologue et puis par un confrère de médecine générale parce que voilà : au bout de deux prises de sang, au bout d'examens on trouve rien et j'avais besoin d'avoir un regard extérieur pour savoir si je ne passais pas à côté d'autre chose » (E1).*

La recherche d'objectivité était la raison principale de ce recours à un médecin tiers car *« c'est toujours mieux d'avoir un avis extérieur sur son état de santé. C'est toujours mieux par définition. Par définition » (E14).*
Plus la maladie était grave ou délicate, plus le médecin interrogé avait recours à un médecin tiers : *« Par contre ce que je me dis c'est ce qui m'est arrivé avec le problème dermato c'est que là c'était un peu plus important, je sentais quand même que j'étais moins objective et que y avait des moments… j'avais quand même besoin d'avoir l'avis oral de quelqu'un »(E10).*
Ou alors de façon plus régulière en cas de maladie chronique. Un médecin s'est d'ailleurs exprimé sur le renouvellement de son traitement de fond : *« je consulte pour réévaluer les indications quand même » (E6).*

Se soigner n'apparaissait pas comme une priorité : *« La vie fait que il y a des choses plus intéressantes et du coup ça passe au second plan » (E4).*

La santé des médecins était de fait négligée *« puis ensuite ça fait un petit moment que j'ai pas fait d'examens complémentaires, je dois bien dire, donc médicalement je dois pas être au top des dépistages et des autres choses » (E1).*

Cette négligence était même avouée pour certaines situations à risque, comme si le fait d'être médecin pouvait protéger l'humain : *« Alors qu'en étant plus jeune médecin, je ne m'en occupais pas beaucoup. Par exemple à l'époque j'ai fait beaucoup de cathétérisme, de coro, sous les rayons… On faisait les contrôles des dosimètres mais… Au début on ne mettait même pas les tabliers de plomb. Des fois en garde… Plutôt globalement, plutôt négligent par rapport aux précautions qui sont nécessaires » (E12).*

Un autre médecin évoquait clairement une minimisation des symptômes ou problèmes rencontrés par le médecin malade *: « je pense que ça expose à une sous-estimation des problèmes parce que le médecin, lui, préfère se sous-estimer. Et puis…. Et puis voilà. Ça pousse à la négligence » (E2)*.

Se soigner soi-même comporterait donc des risques *: « oui il y a un biais il y a un risque de mauvaise prise en charge effectivement » (E12).*

Les médecins exprimaient une ambivalence entre cette négligence à demi-avouée, et cette volonté affichée de prouver qu'ils étaient en capacité de gérer leur santé : *« Mais oui je pense que c'est … enfin après c'est faites ce que je dis mais pas ce que je fais » (E10).*

Lors d'un entretien, un médecin avouait qu'il serait clairement préférable d'avoir un médecin traitant autre que lui-même, mais il ne le souhaitait pas réellement : *« ah oui pour que ce soit plus rigoureux ouais il faudrait. Sauf que j'ai pas forcément envie d'aller raconter ma vie à quelqu'un d'autre » (E11).*

3.5. La consultation auprès de confrères

Les médecins interrogés faisaient spontanément appel à leur réseau de confrères en cas de nécessité. Le plus souvent, un premier diagnostic était établi par le médecin lui-même, avant d'avoir recours à son confrère :
« Je demanderai conseil à des confrères installés depuis plus longtemps pour savoir qui est le plus pertinent par rapport à mon prédiagnostic » (E1).

Le rapport humain avait d'ailleurs autant d'importance que la compétence pour le choix du confrère dans certaines situations : *« Non pas de problème de compétences, bien que maintenant l'hôpital est beaucoup plus narcissique et technique que empathique. La notion de l'empathie est généralement… Bon il faut bien connaître son circuit de gens qu'on va voir » (E12).*

Cependant, le médecin qui consultait un confrère n'était pas tout à fait dans le rôle du patient lambda. Le cadre de consultation était clairement différent : *« Mais sinon les principes doivent être d'arriver à …, au maximum à tendre… à fixer le cadre comme un patient comme les autres » (E2).*
Les consultations avaient souvent lieu en dehors du cadre habituel : les horaires et les lieux pouvaient être différents que pour un patient lambda. *« **D'accord. Et la consultation s'est déroulée exactement comme si vous aviez été un patient lambda ?** S7 : euh non je pense qu'on n'a même pas… On l'a fait chez lui ou chez moi ! » (E7)*. Le médecin-patient avait un statut de privilégié : *« Oui je les fais passer avant les autres, oui je les reçois quand ils veulent évidemment » (E9)*. Mais si ce statut particulier permettait de raccourcir les délais il ne garantissait pas une prise en charge optimale : la consultation elle-même était différente. L'absence d'examen clinique était fréquente, considérée comme banale. *« Non pas d'examen clinique ça c'est sûr. Non l'examen clinique ça fait assez longtemps » (E10).*

Même en cas de consultation d'un associé, les principes de base de la consultation n'étaient pas respectés. Les ordonnances n'étaient que rarement rédigées par le médecin consulté, partant du principe que le médecin pouvait se les rédiger lui-même : *« Oui sauf certains me disent non. C'est-à-dire. C'est arrivé dernièrement, il m'a dit « qu'est-ce que je prends ? » Certains préfèrent se faire les ordonnances, ils me disent non non mais c'est bon je me ferai ci je me ferai ça. Des fois par téléphone aussi, ils me demandent des conseils » (E9).* Cela entérinait le principe d'autoprescription et favorisait l'autogestion du médecin-patient.

Certains médecins précisaient qu'il leur était nécessaire de fixer clairement un cadre de consultation lorsqu'ils soignaient des confrères. Si pour certains le cadre se fixait de lui-même, pour d'autres il apparaissait nécessaire de le verbaliser, dans un souci de clarification de la situation entre les deux confrères, soignant et soigné : *« je préfère le faire, je le fais. Comme ça les choses sont assez claires » (E7).* Ainsi cela leur permettait de traiter

le confrère qui venait consulter comme un patient lambda, et ainsi de rester en toute objectivité : « *Quand je soigne des confrères, alors d'abord j'en ai beaucoup. Des hommes politiques et beaucoup de confrères médecins. Alors là j'ai un truc c'est que j'arrive à faire abstraction, et je pense que la personne en face de moi est à l'aise à partir du moment où je la traite comme n'importe qui* » (E12).

Concernant les honoraires, l'acte médical entre confères était le plus souvent gratuit même si certains médecins choisissaient de faire payer la part remboursée par la CGSS. Souvent ils ne souhaitaient pas avoir à manipuler d'argent. Les médecins se trouvant dans ce cas ont exprimé avoir fait le choix de déléguer cette tâche à leur secrétaire : « *alors je fais pareil. C'est la secrétaire qui gère les honoraires donc si ils ont envie de payer, elle leur demande pas d'honoraires de toute façon, c'est convenu comme ça* **»** *(E8).*

Les médecins interrogés ont également pu s'exprimer vers l'orientation de leur prise en charge. S'il leur était possible de choisir entre milieu hospitalier ou milieu libéral, ils s'orientaient davantage vers le milieu libéral : *« Oui spontanément l'accès est plus personnalisé en libéral qu'à l'hôpital » (E1).*

Le milieu hospitalier était décrit comme impersonnel ou encore trop spécialisé, ne proposant plus de prise en charge globale : *« Donc non pas envie d'être un numéro. […] Surtout envie d'avoir une relation mais c'est peut-être le côté hospitalier, le côté inhospitalier de l'hôpital, la relation médecin-patient elle n'est pas du même ordre » (E1). « Alors que maintenant les gens à l'hôpital c'est cata, c'est hyper spécialisé quoi, ça veut dire que les collègues ils font de la rythmo… ils me disent ben non on connait plus, le diabète les machins… » (E12).*

Le recours à l'hôpital devenait donc prioritaire uniquement en situation d'urgence ou de nécessité technique : *« Le bébé a été hospitalisé plusieurs fois. Il a des critères d'hospit. Dès qu'il y a une fièvre qui traîne. Comme il est drépanocytaire homozygote voilà dès qu'il y a des critères, une crise vaso-occlusive. Tout ce qui a l'air décompensé, c'est mieux d'hospitaliser vite fait. Madame, ouais. C'est elle qui se gère un peu. Donc… Je suis le moins interventionniste possible. Mais le bébé à cause de cette fragilité de la drépanocytose on est à l'hôpital facile. […] Parce que c'est eux qui peuvent l'hémoc, c'est eux qui peuvent faire… ils ont une supériorité technique » (E14).*

4/ L'utopie du changement

4.1. Déclarer un médecin traitant autre que soi-même

C'est parce qu'il avait un parcours de santé particulier que le médecin souhaitait une modification de son parcours.
Certains médecins interrogés avouaient spontanément qu'il apparaissait comme logique de déclarer un médecin traitant autre que soi-même afin de mieux se prendre en charge.

Cependant il existait une différence entre déclarer un médecin traitant et choisir de le consulter réellement : « *Ah oui ! On devrait avoir un vrai médecin traitant. Après ça c'est purement administratif mon médecin traitant » (E10).* Pourtant même si nombreux étaient les médecins qui déclaraient que l'idéal serait d'avoir un médecin traitant autre qu'eux-mêmes, rares étaient ceux qui franchissaient le pas. Le proverbe « *Faites ce que je dis, mais pas ce je fais* » d'ailleurs cité lors d'un entretien semblait s'appliquer très fréquemment.

Pourtant plusieurs médecins interrogés estimaient que cette mesure permettrait d'améliorer la prise en charge de leur santé *« ah ben je pense que ça serait bien qu'ils aient un médecin traitant ! » (E14).*

Et même au-delà de la déclaration d'un médecin traitant autre que soi-même, un médecin s'aventurait à proposer encore plus restrictif. Il serait ainsi mieux de déclarer un médecin autre que son associé : *« et ben c'est vrai que l'idéal ça serait d'avoir un médecin traitant qui fait office de médecin traitant. Donc déjà ça serait bien que je change de médecin traitant parce que je peux pas avec mon associé forcément faire ça, enfin je pense que c'est pas idéal » (E10).*

4.2. Une médecine du travail obligatoire

Lorsqu'on les interrogeait sur les mesures de modification, les médecins interrogés n'avaient pas hésité à évoquer la création d'une médecine du travail dédiée aux libéraux : *«Moi je pense déjà, faudrait qu'il y ait une médecine du travail efficace. […] Pour évaluer l'état de santé de la personne. Je pense que déjà ça ça serait énorme puisque qu'on n'y est pas. Et que c'est normal, ça me parait quand même essentiel. […] La base quoi. Un poids, une tension. Comment ça va au fait dans votre métier ? » (E4).*

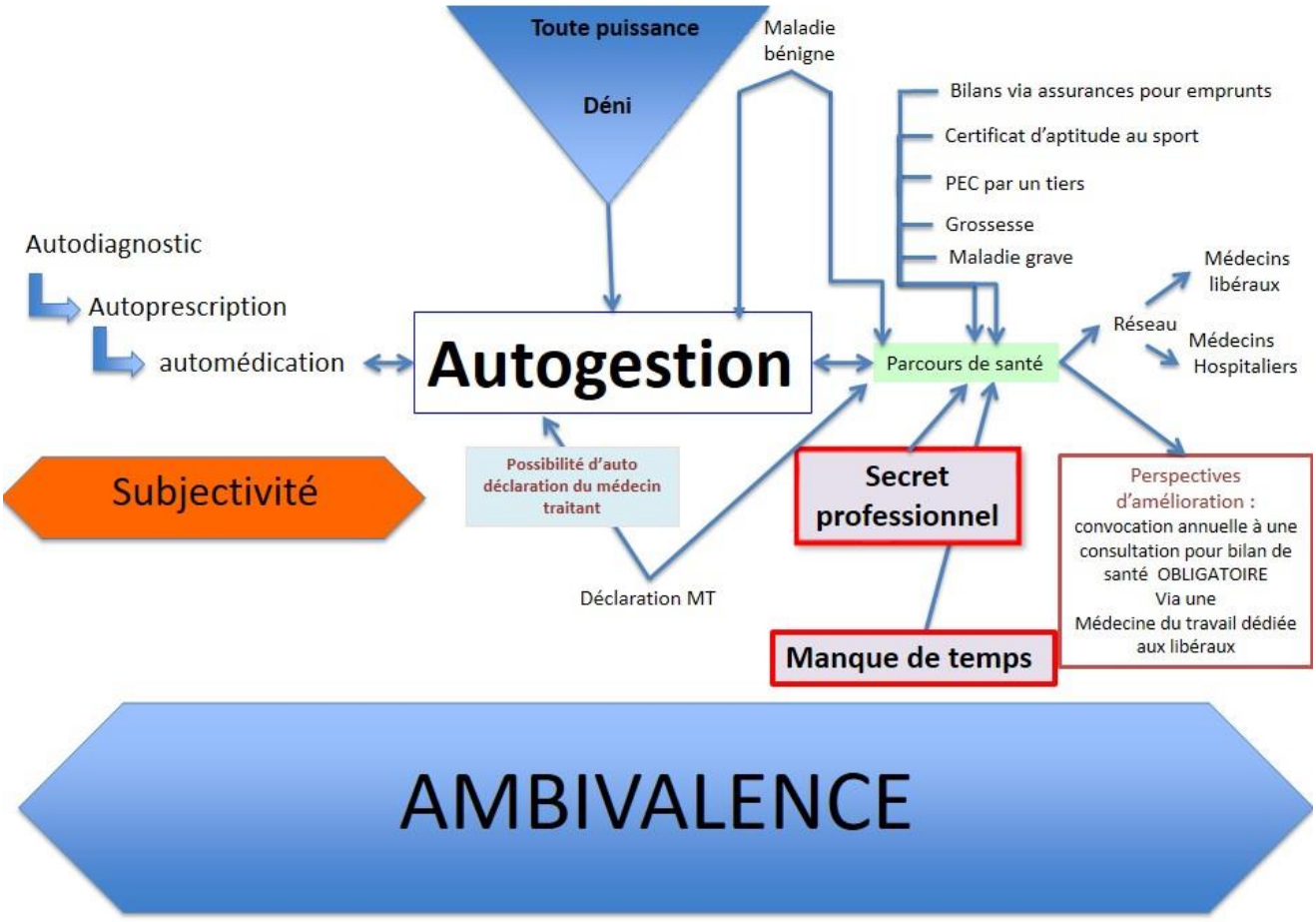
Concernant les modalités de cette prise en charge, la notion d'obligation de consultation revenait fréquemment au cours des entretiens : *« Obligatoire je pense que ça serait une bonne idée quand même. Parce que je pense que les médecins… vous savez comme le temps passe vite. Parce que les médecins ils sont au courant de ce qu'il faudrait faire » (E8).*

Le parallèle était ainsi fait avec la médecine du travail proposée aux médecins hospitaliers : *« Moi je me dis peut-être qu'il faudrait que les médecins en fait ils soient dans l'obligation de consulter un médecin, comme un médecin du travail en fait. Pour qu'il y ait du dépistage, un avis… […] Je pense que ça serait bien. […] via la sécu on reçoit bien dépistages, frottis, etc… donc pourquoi pas des consultations avec des obligations deux fois par an, par un premier appel et après… Ou alors une incitation. Après je sais pas si on peut obliger. Quoique la médecine du travail quand on est salarié c'est bien une obligation. Donc oui, via la sécu… ou autre. Qu'il y ait des consultations obligatoires » (E11).*

Idéalement, le médecin ainsi confronté à un regard extérieur sur sa santé via une médecine du travail bénéficierait à la fois d'une prise en charge somatique et d'un soutien psychologique, nécessaire au vu des entretiens *: « ah ouais ça pêche grave ! Moi je pense que l'état de santé il est global, ton cerveau il est pas déconnecté de ton corps donc je pense*

qu'il faudrait dans cette visite là on va dire régulière qu'on aborde l'aspect somatique et l'aspect psy » (E4).

Le médecin devenu patient se retrouve dans une ambivalence entre sa position de soignant et celle de patient, voire même de malade. Il est tiraillé entre la facilité de compréhension et la lucidité face à ce qui lui arrive et l'angoisse liée aux décisions à prendre, en autogestion ou non.


Toute puissance
Déni
Maladie bénigne
Bilans via assurances pour emprunts
Certificat d'aptitude au sport
PEC par un tiers
Grossesse
Maladie grave
Autodiagnostic
Autoprescription
automédication
Autogestion
Parcours de santé
Réseau
Médecins libéraux
Médecins Hospitaliers
Subjectivité
Possibilité d'auto déclaration du médecin traitant
Secret professionnel
Perspectives d'amélioration : convocation annuelle à une consultation pour bilan de santé OBLIGATOIRE Via une Médecine du travail dédiée aux libéraux
Déclaration MT
Manque de temps
AMBIVALENCE

IV. Discussion

1/ Ambivalence et subjectivité

Le médecin a pour vocation de soigner, de guérir, mais il reste humain et se retrouve quelquefois dans une situation où il devient patient. En 2008, le CNOM, à travers le rapport du Dr Leriche, s'est largement penché sur le sujet du médecin malade. Il a tâché de définir les causes des maladies du médecin et de trouver des solutions adaptées à ce cas si particulier de médecin-malade. Ce sujet est toujours d'actualité.

Le médecin-malade n'est pas un patient comme les autres. Son rapport à la maladie, ses capacités d'autodiagnostic et d'autoprescription renforcées par son sentiment de toute-puissance génèrent une ambivalence dans ses préoccupations de santé.

Le seuil de gravité d'une pathologie qui poussera le médecin à consulter est bien plus élevé que celui de ses patients. Le sentiment de toute-puissance lui donne l'illusion d'une protection vis-à-vis de la maladie. C'est le paradoxe du médecin : la santé est au cœur de ses préoccupations : celle de ses patients mais pas la sienne !

La réforme de l'Assurance Maladie en 2004 n'a rien changé à ce paradoxe. En effet, le médecin ayant la possibilité de s'autodéclarer médecin traitant, libre à lui de se soigner ou au contraire de négliger sa santé. Libre à lui de respecter un parcours coordonné de soins ou non. Le choix le plus aisé est évidemment celui de la facilité avec une autodéclaration et une autogestion. Cette gestion de la santé est alors dénuée de toute objectivité. Et pourtant ils reconnaissent ne pas être dans la situation idéale lorsqu'ils font le choix de se soigner eux-mêmes.

Pourtant, au cours des entretiens, les médecins interrogés déclarent se préoccuper de leur santé. Il coexiste à la fois une volonté de « bien faire », de se soigner correctement, et une négligence certaine. Le médecin est ambivalent lorsqu'il s'agit de sa santé ou de celle de ses proches.

2/ Un constat partagé, des solutions à trouver

L'étude la plus proche a été réalisée par le Dr Audrey Romanet en 2015. Il s'agissait d'une étude qualitative auprès de 16 médecins généralistes des Alpes-Maritimes. Les résultats étaient superposables : le concept de médecin-malade était délicat à aborder, avec ce même déni et ce sentiment de toute-puissance. Il s'agissait même d'un sujet tabou pour certains. L'autogestion était de rigueur puisqu'elle affirme dans ses résultats que « la prise en charge diagnostique, thérapeutique et le suivi sont souvent assurés par le médecin lui-même » (5).

Parallèlement, le Dr Coline Gaboulaud s'était interrogée sur la santé psychique des médecins. Elle a mené une étude sur le burn-out des médecins généralistes à La Réunion. Les chiffres étaient éloquents. Selon ses résultats, plus de 8 % des médecins généralistes seraient en burn-out et 20 % seraient épuisés émotionnellement. Elle a établi un lien avec l'addiction au travail. Selon elle, il s'agit donc d'une situation préoccupante, pouvant avoir de graves conséquences sur l'offre de soin. Il apparait donc pour elle nécessaire de s'interroger sur la santé de cette population (6).

Plus récemment en 2017, Le Dr Sylvain Robert a fait le choix de réaliser une étude quantitative à travers des questionnaires destinés aux médecins libéraux de La Réunion. Cette thèse s'inscrivait dans une dynamique collective à travers trois thèses portant sur la santé des médecins libéraux à La Réunion. Parmi les résultats retrouvés, les freins évoqués par les médecins pour se soigner sont nombreux : manque de temps, difficulté à se projeter comme patient, gène globale à consulter un pair, intimité avec les pairs, connaissances médicales suffisantes pour sa santé, difficulté à déléguer sa santé à un tiers, crainte du diagnostic, peu d'intérêt pour sa santé, difficultés relationnelles avec les pairs, recul suffisant par rapport à soi-même.

Au terme de cette étude, les perspectives de modifications suggérées évoquées étaient :

- La création de stages pour les étudiants en médecine dans les structures ou associations existantes ;
- Favoriser les échanges sur le sujet de la santé des soignants, mises en situation, dans les groupes de pairs ;
- Dans la continuité du DIU « Soigner les soignants », la création d'une spécialité avec des compétences et horaires spécifiques (7).

Paradoxalement les dispositifs d'aide aux médecins sont nombreux. En France, il existe de nombreuses associations, plateformes téléphoniques… (Annexe 2). Quelques structures proposent des consultations dédiées aux médecins. La structure la plus prometteuse a été créée en 2009 en Haute-Normandie. En effet, la structure IMHOTEP proposait à la fois soutien psychologique, consultations anonymes, réalisations d'examens tels que : électrocardiogramme, exploration fonctionnelle respiratoire (EFR), bilans biologiques. Cette aide était proposée à tous les médecins de la région. Libres à eux d'y participer ou

non. Après un succès mitigé auprès des principaux concernés et faute de moyens financiers, la structure a dû fermer ses portes en 2015. En 6 ans d'existence, cette structure anonyme, quasi complète et très peu onéreuse n'a pas su convaincre les médecins. Il est légitime de se questionner sur la viabilité d'une telle structure fonctionnant sur la base du volontariat. Les médecins ne se donnent pas la peine de consulter même quand des dispositifs dédiés existent. Faut-il créer une consultation obligatoire dédiée aux médecins ?

A l'étranger, depuis 1990, le PAMQ au Québec, organisme à but non lucratif, autonome, propose un soutien téléphonique. Il offre à la fois une écoute et une aide à la recherche de solutions. Ce programme est financé principalement par les médecins eux-mêmes via leur syndicat. Depuis 2008, il organise un colloque international sur la santé des médecins.

3/ Forces et faiblesses de l'étude

Il s'agissait d'une étude originale à La Réunion. L'étude qualitative a permis d'aborder des processus de manière interprétative dans leur contexte d'origine. A travers un cheminement exploratoire, elle a permis la compréhension de phénomènes sociaux et humains de façon globale.

Les entretiens en face à face ont permis aux médecins interviewés de livrer leurs préoccupations jusqu'à une part d'intime.

La recherche de l'exhaustivité des points de vue a été assurée par un échantillonnage raisonné large comportant à la fois des médecins libéraux spécialistes non généralistes et généralistes avec une variance suffisante.

La saturation théorique des données a été obtenue au bout de 12 entretiens, suivis de 2 entretiens supplémentaires. Ceci a permis de renforcer la validité externe de l'étude.

La triangulation des données a été réalisée par le chercheur, le directeur de thèse et un médecin indépendant formé en étude qualitative. Le codage des données a été effectué à l'aide d'un logiciel d'analyse de données qualitatives. Ceci a permis de renforcer la validité interne de l'étude.

L'étude a présenté certains biais.

- Biais de volontariat

Les médecins ayant accepté de participer étaient possiblement plus enclins à se confier sur le sujet. Un seul médecin sollicité a refusé de participer. Le motif de refus était le manque de disponibilité.

- Biais de sélection

La sélection s'est faite de proche en proche, par effet boule de neige. Ceci a permis de sélectionner des typologies de sujets similaires en termes de fonctionnement ou de comportements. L'examen régulier de la population interviewée a permis de garantir une variance suffisante en refusant le recrutement de 4 médecins aux typologies similaires.

- Biais externes

Un entretien a été réalisé dans un restaurant à la demande du médecin. La qualité de l'entretien a pu en être amoindrie.

- Biais de mémorisation

Comme dans toute étude basée sur du discours déclaratif, il peut exister un biais de mémorisation, majorée par l'ancienneté des faits évoqués.

- Biais de désirabilité

Le sujet interrogé a pu modifier la réalité des propos recueillis. De façon involontaire ou sciemment, afin de satisfaire son interlocuteur qui était le chercheur.

- Biais d'interprétation

Le biais d'interprétation a été limité grâce à la triangulation des données. Cependant celle-ci n'a porté que sur une partie des entretiens.

4/ Perspectives

D'après l'enquête SESMAT réalisée en 2008, 80 % des médecins français des établissements de santé publics et privés n'ont pas de médecin traitant déclaré. C'est en se basant sur ces chiffres alarmants que le Collège français des anesthésistes-réanimateurs (CFAR) a décidé de lancer en mars 2017 la campagne de sensibilisation durable « Dis doc, t'as ton doc ? ». Elle a pour vocation d'inciter les médecins à se faire soigner en abandonnant l'autodiagnostic et l'automédication. Cette initiative réunit des partenaires institutionnels qui se sont engagés à diffuser à travers les médias et les réseaux sociaux des messages d'incitation portés par 12 visuels de campagne représentatifs de la diversité des parcours professionnels et des modes d'exercices, libéral ou public. (Annexe 3).

Ce projet a une vocation incitative. Le but recherché par le CFAR est de modifier le modèle culturel des médecins en les amenant à se soigner.

Vers qui les médecins peuvent-ils alors se tourner ? Les médecins ont-ils des besoins spécifiques pour se faire soigner ? Faut-il un médecin pour les médecins ? C'est l'objet du projet porté par le Pr Eric Galam, qui a d'ailleurs dirigé deux thèses sur le sujet. (Annexe 1)

Créé en 2015 et intitulé « Soigner les soignants », un nouveau diplôme interuniversitaire est porté par les facultés de médecine Paris Diderot et Toulouse Rangueil, à l'initiative des professeurs Eric Galam et Jean-Marc Soulat. Cette formation complémentaire est ouverte à tous les médecins et autres soignants souhaitant s'impliquer de manière individuelle ou collective dans la prise en charge des professionnels de santé.

Cet enseignement a pour but de faire connaître les particularités de la santé des médecins, notamment celles en lien avec la pratique de l'exercice médical au quotidien.

Les générations futures d'étudiants en médecine pourraient bénéficier de tels programmes au cours de leur cursus universitaire, comme l'a suggéré le Dr Robert dans son étude.

V. Conclusion

Les médecins-malades sont des patients singuliers. Il est illusoire d'imaginer qu'ils peuvent se soigner strictement comme le font leurs patients. Leur possibilité d'autoprescription les enlise dans un fonctionnement régi par l'autogestion. Ils sont ambivalents concernant leur santé : bien qu'ayant la volonté de gérer leur santé correctement, leurs actions ne sont pas toujours en accord.

Les médecins expriment un besoin de prise en charge mais restent indécis quant aux modalités de gestion de leur santé. En s'inspirant du PAMQ du Québec, un service de médecine spécifiquement dédié, permettrait d'apporter aux soignants toutes professions médicales et paramédicales confondues un regard neutre, objectif dans le respect du secret médical.

Une étude de faisabilité et d'acceptabilité d'un tel service de médecine dédié aux soignants pourrait être mise en œuvre.

Références bibliographiques

1. ROMAIN SUTY T. ATTITUDE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ENVERS LEUR PROPRE SANTÉ [Internet]. 2006 [cité 29 janv 2016]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2007_GEORGE_THIERRY.pdf

2. Le médecin malade, synthèse du Conseil National de l'Ordre, 2008. disponible en PDF.

3. BONNEAUDAUD Sandra, de Médecine Générale DES. Le médecin malade : un patient comme les autres? [Internet]. 2011 [cité 29 janv 2016]. Disponible sur: http://www.egora.com/sites/default/files/These-BONNEAUDEAU-05juil11.pdf

4. Santé et jeunes médecins - sante_et_jeunes_medecins.pdf [Internet]. [cité 21 juill 2016]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/sante_et_jeunes_medecins.pdf

5. ROMANET A. Le médecin généraliste et sa santé: un parcours de soin approprié ? [Internet] [Etude Qualitative]. Nice; 2015 [cité 21 août 2017]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01297104/document

6. Gaboulaud C. Burn out et addiction au travail chez les médecins généralistes de l'île de La Réunion [Internet]. 2016 [cité 24 août 2017]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01364295/document

7. ROBERT S. Le Médecin-malade : parcours de soins coordonnés des médecins libéraux à la Réunion [Internet]. 2017 [cité 26 août 2017]. Disponible sur: file:///C:/Users/laetitia/Downloads/The%CC%80se%20Sylvain%20ROBERT.pdf

8. LHOTE M. Soigner un médecin malade, quelles spécificités? [Internet]. 2011 [cité 10 avr 2016]. Disponible sur: http://www.urps-med-idf.org/iso_upload/LHOTE.pdf

9. BRUNIE B. Le médecin-patient et sa santé: quelles différences perçoit-il entre sa prise en charge et celle de ses patients? [Internet]. 2013 [cité 16 avr 2017]. Disponible sur: http://www.theseimg.fr/1/sites/default/files/Th%C3%A8se%20sant%C3%A9%20des%20MG.pdf

10. Carme J, Maglioli L. La santé du médecin généraliste: étude qualitative des freins à l'acces aux soins [Internet]. 2015 [cité 29 janv 2016]. Disponible sur: http://hal-bioemco.ccsd.cnrs.fr/dumas-01163839/document

11. Gallice L. La santé des médecins généralistes libéraux français. A partir d'une étude de la littérature de 2003 à 2013 [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2014 [cité 21 juill 2016]. Disponible sur: http://thesesante.ups-tlse.fr/442/

12. PORTALIER GAY D, =Université Claude Bernard Lyon 1. Villeurbanne. FRA / com. « Les médecins: des patients comme les autres ? » : attitude et vécu des médecins devenus

eux-même patients : étude qualitative auprès de 15 médecins généralistes en Rhône Alpes. 2008.

13. Grau coppieters fanny. ETUDE DE FAISABILITE D'UN SERVICE DE MEDECINE PREVENTIVE POUR LES MEDECINS GENERALISTES DU LANGUEDOC -ROUSSILLON [Internet]. 2012. Disponible sur: http://www.urpsml-lr.org/wp-content/uploads/2013/09/these-F-GRAU-COPPIETERS-tome-1.pdf

14. VERJUS AL. Médecins libéraux des Savoie et Isère: étude épidémiologique des besoins d'un système de soins dédié à leur propre santé [Internet]. Grenoble; 2012 [cité 29 janv 2016]. Disponible sur: http://www.theseimg.fr/1/sites/default/files/th%C3%A8se%20finale%20AL%20Verjus.pdf

Annexes

Annexe 1 : Contexte

Au cours des dernières années, la santé des médecins a été l'objet d'étude de nombreuses thèses d'exercice.

a) En 2006, Romain SUTY(1) s'était appliqué à étudier l'attitude des médecins généralistes libéraux de Meurthe-et-Moselle vis-à-vis de leur propre santé. Les résultats de cette enquête étaient plutôt favorables. Le comportement des médecins envers leur propre santé était plutôt bon sur le plan de l'hygiène de vie et de la prévention, mise à part la prévention des cancers qui pouvait être améliorée. Cependant le médecin devenu malade adoptait une attitude différente « avec une consommation impulsive et symptomatique, une absence de prise en charge objective par une tierce personne, et un déni de la maladie jusqu'à ce que les symptômes deviennent trop importants ».
Cette étude a été réalisée peu après l'instauration de l'obligation de déclaration de médecin traitant par la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) ou nouvelle convention. Son auteur suggérait comme pistes pour améliorer la prise en charge des médecins « d'interdire la déclaration d'un médecin traitant qui soit lui-même ou un membre de sa famille ». Dans ses conclusions, il suggérait également l'interdiction de l'auto-prescription de certaines classes de médicaments comme les psycholeptiques et de mettre en place un suivi périodique de santé dédié aux médecins libéraux.
A ce jour, il n'existe pas de suivi organisé dédié aux praticiens libéraux.

b) LHOTE Madeleine a étudié les spécificités des soins apportés au médecin malade. (8) Concernant la forme du suivi, LHOTE relevait « des consultations faites à la dernière minute, en catastrophe ». Un tiers des interrogés parlaient même de consultations dans le couloir ou de demande de disponibilités hors du champ ordinaire. Un long délai précédant les consultations semblait omniprésent, le plus souvent justifié par l'auto-prescription et l'automédication. En ce qui concerne le contenu des consultations, certains médecins évoquaient des consultations superposables à celles de la population générale et d'autres évoquaient au contraire comme un besoin de distraction « parler d'autres choses que de la pathologie du patient… pour détendre un peu l'atmosphère ».
Cependant l'usage du vocabulaire médical et les facilités de compréhension des médecins devenus patients créent « une spécificité forte de la relation médecin-malade ».

L'auteure note qu'un « patient médecin semble être plus difficile à examiner que les autres, par gène, par pudeur ».

D'autres différences par rapport à la population générale ont été relevées : horaires plus souples, délai de consultation plus rapide, utilisation d'autres moyens de communication tels que les mails ou le suivi par téléphone.

Concernant les soins préconisés, les médecins interrogés regrettaient « la multiplication des examens complémentaires » liés à la possibilité d'auto-prescription ou à la demande d'avis auprès d'autres confrères. Le « bricolage » des traitements médicamenteux et le « dépannage », propres au médecin étaient également déplorés.

Malgré la consultation d'un confrère référent, la prise en charge du médecin-malade présente des spécificités telles que « l'auto-prescription, l'automédication, l'autogestion ». Et pourtant près de deux tiers des médecins qui avouaient se soigner eux-mêmes « reconnaissaient ne pas disposer de l'objectivité nécessaire pour se soigner ». « Il faut une distance entre les symptômes et les praticiens qui les regarde ». Il est également important de « neutraliser les tentatives du patient d'intervenir » dans sa prise en charge.

Les entretiens réalisés ont révélé qu'il était difficile pour les médecins de s'admettre malade en tant que médecin mais qu'il n'est pas plus simple d'être celui qui traite le médecin devenu patient. L'annonce de la maladie était certes difficile pour tout malade mais elle l'était d'autant plus pour un médecin d'où la nécessité de « poser un cadre de consultation ». Mais comme le rappelle l'auteure, aucune publication ou recommandation ne décrit comment prendre en charge un médecin.

« Choisir un médecin pour se soigner n'est pas anodin » car il s'agit de lui accorder sa confiance. Les compétences sont primordiales, certes mais les qualités humaines sont tout aussi importantes.

c) BONNEAUDEAUD Sandra a cherché à savoir si le médecin malade est un patient comme les autres en se basant sur des entretiens semi dirigés réalisés auprès de médecins généralistes et internes de médecine générale en les questionnant sur leur position en tant que patient.(3)

Elle précisait que bien que les termes de « médecin » et « malade » peuvent paraître contradictoires, il est important de rappeler que le médecin peut lui aussi être confronté à la maladie.

Certains médecins avaient déclaré avoir fait « abstraction sur les signes annonciateurs de la maladie » et notent « l'impossibilité d'être objectif ».

Autoprescription d'examens complémentaires et automédication paraissent aussi fréquents dans cette étude. Les personnes qu'elle a interrogées évoquent « une distance thérapeutique différente » par rapport à la population générale.

Les médecins interrogés évoquent leurs difficultés à désigner un médecin traitant autre qu'eux-mêmes.

En cas de maladie avérée, les connaissances médicales favorisaient la compréhension mais « de cette lucidité parfois découle une angoisse vis-à-vis de la maladie ».

Sur le plan pratique, ses entretiens révélaient des difficultés telles que l'urgence de se faire remplacer et « la question de la protection sociale du médecin » (l'indemnisation de la CARMF n'intervenant qu'au 91ème jour d'arrêt).
Sur le plan plus personnel, les médecins interrogés craignaient « une perte de crédibilité à exercer leur métier correctement » et « l'acceptation du statut de malade qui n'est pas simple ».
Dans les solutions proposées, l'auteur évoque « des structures de soins spécifiques pour les médecins » en précisant que « le lieu de prise en charge n'apparaissait pas comme la difficulté principale ». Elle évoquait aussi la possibilité de formation des futurs médecins à soigner des confrères.

d) BRUNIE Béatrice a voulu dans sa thèse analyser les différences perçues par le médecin malade entre sa prise en charge et celle de ces patients. (9)
A nouveau, les personnes interrogées étaient des médecins généralistes. Ils ont relaté de nombreux « freins à dépasser pour accepter le statut de malade » : le fait de consulter un autre médecin qui peut être considéré comme une barrière à franchir, le déni, la difficulté à lâcher prise, le manque de temps en lien avec l'activité libérale pour beaucoup, la peur de déranger le confrère…
Beaucoup se considèrent comme des patients différents, plus difficiles.
Dans cette étude, le savoir médical paraissait à « double tranchant » : une meilleure compréhension mais une inquiétude associée. Elle retrouvait les mêmes difficultés logistiques à une prise en charge optimale qu'était la difficulté à s'arrêter de travailler.
L'auteure propose des solutions afin de « préserver la santé des soignants et la sécurité des patients », telles que la « création de centres de médecine préventive » ou la formation pour « apprendre à gérer sa santé ».

e) CARME et MAGLIOLI ont quant à elles voulu étudier les freins à l'accès aux soins des médecins généralistes (10). Il ressort de cette étude que les médecins ont un rapport particulier avec leur santé, il parait légitime, après lecture de cette thèse, de modifier leur suivi. Les difficultés relationnelles entre confrères ressortaient au premier plan car le médecin-patient a un sentiment d'illégitimité de sa consultation et a de ce fait peur d'être jugé par celui qui l'examine. L'ambivalence des médecins apparaissait également dans ce travail : l'intérêt d'un avis extérieur leur parait clairement nécessaire et pourtant ils continuent à se soigner seul. La place du médecin dans la société semble jouer un rôle prépondérant. Cependant, les jeunes médecins s'interrogeaient davantage que leurs ainés à ce sujet.

f) GALLICE a elle réalisé une revue de la littérature de 2003 à 2013 portant sur la santé des médecins généralistes libéraux français (11). Il ressortait de cette étude que « les médecins sont globalement satisfaits de leur santé » mais beaucoup estimaient leur prise en charge mauvaise, alors que 60 % des médecins se

soignaient eux-mêmes. Il apparaissait également qu'ils n'étaient pas à l'aise avec leur statut de patient.

g) PORTALIER-GAY s'était consacrée dans sa thèse à l'étude de l'attitude et du vécu des médecins devenus patients (12). Cette étude portait uniquement sur des médecins généralistes libéraux. Elle concluait qu'ils se « soignent par autoprescription et automédication, au coup par coup. Ils ne font appel à un confrère que de manière ponctuelle, en urgence, face à une pathologie aiguë ou à un traumatisme ». Sans soutien extérieur, le parcours coordonné de soins est rarement respecté. Selon elle, « les médecins malades ont besoin d'interlocuteurs professionnels, gardant leur objectivité pour les soigner, conscients de la spécificité de leurs patients et prêts à imposer leur statut de médecin pour qu'à leur tour, les médecins malades puissent endosser leur rôle de patient ».

h) GRAU COPPIETERS a mené une étude sur la faisabilité d'un service de médecine préventive pour les médecins du Languedoc-Roussillon (13). Cette étude a révélé que les médecins interrogés étaient demandeurs d'une structure de médecine préventive pour déléguer la responsabilité de la prise en charge de leur santé, qui serait peu chronophage, indépendante des instances, basée sur le volontariat et que la notion d'aptitude au travail serait à bannir. Mais qu'en est-il de la prise en charge globale de leur santé ?

i) VERJUS a elle évalué auprès de médecins libéraux les besoins d'un système de soins dédié à leur propre santé (14). La majorité des médecins interrogés dans ce cadre s'était montrée favorable à ce type de structure. Ils étaient demandeurs d'une prise en charge préventive mais également de soins courants, à condition bien sûr d'un respect total de la confidentialité.

<u>Synthèse</u>

- Le médecin-malade est donc un patient singulier. Ses connaissances d'une part lui permettent d'être lucide sur la maladie et d'autre part peuvent générer de l'angoisse. Cette position est donc à double tranchant.
- La relation médecin-patient avec son soignant est particulière et spécifique : il existe une pudeur du soigné et du soignant.
- Le médecin se soigne lui-même à la fois par facilité et par difficulté à désigner un soignant.
- Le médecin est d'abord médecin et ce avant d'être un malade.
- Son objectivité est illusoire.

Annexe 2

Les dispositifs d'aide aux médecins pour la prise en charge de leur santé

En France :

- MOTS Médecins organisation travail santé

Cette association créée en 2010 et basée à Toulouse offre une possibilité d'accompagnement des médecins en cas de difficultés rencontrées dans le travail liées à l'épuisement professionnel, à des difficultés personnelles ou professionnelles, à la maladie…

Son principal moyen d'action consiste à des consultations d'écoute, d'évaluation et de planification par des médecins compétents en ergonomie et santé au travail qui orientent éventuellement le médecin demandeur d'aide et d'accompagnement vers une personne ou une structure ressource, en fonction de sa problématique propre et avec son accord.

L'objectif est de prendre le recul nécessaire à l'analyse des facteurs péjoratifs pour son exercice professionnel et sa santé.

Cette activité permet l'identification de facteurs prédictifs des risques psycho sociaux et d'épuisement professionnel.

Le champ d'action qui se réduisait initialement à la Haute-Garonne s'est progressivement étendu à une dizaine d'autres régions.

- ASRA : Aide aux soignants de Rhône-Alpes

Il s'agit d'un système de veille téléphonique, ouvert en permanence, assuré par des médecins volontaires.

- APSS : Association pour la Promotion des Soins aux Soignants

Créée en 2009, cette association propose des lits d'hospitalisation pour soignants dans 5 cliniques à orientation psychiatrique réparties sur le territoire métropolitain.

- L'AAPML : Association d'aide professionnelle aux médecins libéraux

Il s'agit d'une plateforme téléphonique, disponible 24h sur 24 et sept jours sur 7, ouverte aux médecins, dentistes et kinésithérapeutes. Ce dispositif d'aide et de soutien psychologique s'adresse aux libéraux de tout le territoire.

Son fonctionnement est possible grâce à des fonds publics et privés.

- L'association SPS (Soins aux professionnels de santé)

Cette association créée en 2015 étudie les solutions à mettre en œuvre pour « soigner les vulnérabilités des professionnels de santé ». Elle se donne pour objectif de mettre en place un parcours de soins au niveau national.

- Consultations dédiées aux médecins au CHU de Nîmes :

De façon plus concrète, le Dr Fanny Grau Coppieters a consacré sa thèse de doctorat à la « faisabilité d'un service de médecine préventive en Languedoc-Roussillon ». Faisant suite à ce travail, le Dr Marc Garcia a lancé en 2015 un projet expérimental qui propose des consultations anonymes et gratuites spécifiquement dédiées aux médecins. Ces consultations ont lieu dans la maison de garde du CHU de Nîmes. Cependant très peu de médecins ont décidé de franchir le pas, seulement une dizaine les six premiers mois.

- Le service IMHOTEP : Service de médecine préventive en Haute –Normandie

Ce service créé en 2009 avait pour vocation de proposer une médecine préventive strictement dédiée aux médecins libéraux. Cette structure initialement subventionnée par l'ARS, l'Ordre des Médecins et les URPS. Moyennant une cotisation annuelle de 66€, le médecin pouvait bénéficier de tests de dépistages (EFR, ECG, tests de vision et d'audition, bilans biologiques). En cas de difficultés d'ordre psychologique, les médecins étaient réorientés vers l'AAPML. Au bout de 3 ans d'existence, seulement 20% des médecins de la région y avaient adhéré. Faute de moyens (financiers et personnels soignants), la structure a été contrainte de fermer en 2015.

A l'étranger :

- QUEBEC

PAMQ : Programme d'aide aux médecins du Québec, créé en 1990. Il s'agit d'un organisme à but non lucratif, autonome, qui propose un soutien téléphonique. Il offre à la fois une écoute et une aide à la recherche de solutions. Par ailleurs il organise depuis 2008 un colloque international sur la santé des médecins.

- CATALOGNE : PAIMM (Programme d'attention Intégrale au Médecin Malade)

Créé en 1998 par le Collège des Médecins de Barcelone. Cette structure a pour mission d'aider les praticiens en souffrance psychique ou présentant une addiction. Après un premier contact téléphonique, le médecin demandeur remplit une demande d'adhésion au programme. Il va par la suite entrer dans le programme sous un nom d'emprunt afin de respecter au mieux l'anonymat.

Les médecins peuvent intégrer ce programme d'aide à leur demande, sur avis d'un confrère ou pour une infime partie (15%) sur injonction ordinale.

- Australie

DHSA (Doctors' Health South Australia) : Il s'agit d'une organisation indépendante dédiée à l'amélioration de la santé des médecins et étudiants en médecine, pour le bien de la communauté. Basée dans la ville d'Adelaïde, cette structure propose des consultations dédiées aux médecins, à des horaires adaptés. Le suivi par un médecin généraliste de référence est vivement recommandé. Si le médecin demandeur de soins n'en a pas, un médecin généraliste référent (équivalent au « médecin traitant » français) appartenant au réseau de l'organisation lui est proposé.

Annexe 3

Visuel de campagne « Dis Doc t'as ton doc ? »



Annexe 4 :

Guide d'Entretien individuel face à face de type compréhensif

« Tout d'abord merci d'avoir accepté de participer à cet entretien.

Je suis médecin généraliste remplaçant et j'ai choisi de réaliser ma thèse sur la santé des médecins libéraux.

Les propos recueillis ce jour seront enregistrés et retranscrits sous la forme de verbatim. Il va de soi que les propos seront anonymisés et resteront confidentiels.

Vous pouvez interrompre ou arrêter cet entretien si vous le souhaitez.

Vous aurez par la suite accès au verbatim et pourrez censurer une partie de votre discours si vous le désirez. »

Préoccupations des médecins concernant leur santé

- Racontez- moi comment vous gérez votre santé
- Parlez-moi de votre état de santé.
- Quel est votre parcours de soin habituel ?
- Qu'en est –il de la prévention ? que pensez-vous pouvoir faire pour l'améliorer.
- Avez-vous un médecin traitant ? (pensez-vous qu'un médecin doit avoir un médecin traitant ?) comment l'avez-vous choisi ?
- Si vous avez déjà soigné un confrère, racontez- moi comment cela s'est passé.
- Quels sont pour vous les freins à la consultation auprès d'un confrère ?
- Inversement, si vous avez consulté un confrère, racontez moi
- Vous préférez consulter un libéral ou un hospitalier ?
- Selon vous y a-t-il une différence entre un patient lambda et un patient médecin ?
- Comment devrait se dérouler la consultation d'un patient médecin
- Si je vous dis médecin et addiction cela vous évoque…
- Vous vous retrouvez dans une situation où l'arrêt de travail est nécessaire, que faites –vous ?
- Parlez-moi de votre couverture sociale, de votre prévoyance
- Quelle est votre attitude vis-à-vis de votre famille ? de vos amis
- Comment imaginez-vous pouvoir optimiser la PEC de votre santé ? celle de vos confrères en général
- Avez-vous d'autres idées ? Voulez-vous ajouter autre chose ?

Annexe 5 : Formulaire de consentement

Thèse pour l'obtention du Diplôme d'état de Docteur en Médecine, spécialité Médecine Générale.
Thème d'étude : la santé des médecins
Type d'étude : Etude qualitative
Direction de la thèse : Dr LERUSTE Sébastien (Département de Médecine Générale REUNION)

Investigateurs :
Laetitia LEBRETON, Dr Sébastien LERUSTE

Vous êtes invité(e) à participer à une étude menée par le Département de Médecine Générale. Cette lettre d'information vous détaille en quoi consiste cette étude.
Vous pourrez prendre le temps pour lire et comprendre ces informations de réfléchir à votre participation, et pour demander au médecin responsable de l'étude de vous expliquer ce que vous n'aurez pas compris.
Dans le cadre de votre participation à l'étude, il vous faut signer un formulaire de consentement. Votre signature attestera que vous avez accepté de participer.

1- Procédure de l'étude
Vous serez interrogés au cours d'un entretien. Celui-ci vise à mieux comprendre quelles sont les préoccupations des médecins libéraux de la Réunion concernant leur santé. Celui-ci sera complètement anonyme.

2- Risque potentiel de l'étude
L'étude ne présente aucun risque : aucun geste technique n'est pratiqué, ni de test thérapeutique.

3- Bénéfices potentiels de l'étude
Comprendre les processus mis en œuvre par les médecins vis-à-vis de leur santé.
Découvrir des perspectives de modification.

4- Participation volontaire
Votre participation à cette étude est entièrement volontaire.
Vous pouvez également décider en cours d'étude d'arrêter votre participation sans avoir à vous justifier.

5- Obtenir des informations complémentaires
Vous pouvez faire appel aux investigateurs. Mme Laetitia Ycard
A la fin de l'étude, si vous le désirez, nous vous ferons part des résultats obtenus.

6- Confidentialité et utilisation des données médicales ou personnelles
Dans le cadre de la recherche biomédicale à laquelle les DMG de BORDEAUX et de la REUNION se proposent de participer, vos données personnelles feront l'objet d'un traitement informatisé, afin de pouvoir les inclure dans l'analyse des résultats de la recherche. Ces données seront anonymisées et leur identification codée.
Les personnes impliquées dans cette étude sont assujetties au secret professionnel.
Selon la Loi, vous pouvez avoir accès et modifier vos données à tout moment. Vous pouvez également vous opposer à la transmission de données couvertes par le secret professionnel.
Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information.

Si vous acceptez de participer à cette étude, merci de compléter et signer ce formulaire de consentement.
Nom, Prénom
Signature Lu et approuvé

Annexe 6 : 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 leurs 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 sont 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.

ABSTRACT

Context: For several years, interest in the health of doctors has grown. The emergence of the phenomenon of burnout and its media coverage have allowed an awareness of health professionals.

Health care access for caregivers and in particular for practicing physicians is not structured.

The objective of this study was to understand the processes used by doctors dealing with their health.

Method: Qualitative study with an inductive approach based on the principle of grounded theory. The population chosen was the active Reunion Island private practitionners. The collection of data took the form of inclusive face to face interviews of a comprehensive type

Result: Sick doctors are not patient like others. Their ability to self-diagnose and self-prescribe reinforced by this feeling of omnipotence generates an ambivalence in their health concerns. Doctors recognized that they should not care for themselves and yet managed their own health. Caring for their family could be just as complex.

Doctors were in a position of ambivalence between their position of caregivers and patients.

Discussion: The result found is consistent with the data of the literature. Other studies have shown that the concept of sick doctors was a delicate matter to be addressed by doctors themselves, with the same feelings of denial and omnipotence. The brakes mentioned by doctors for healing were many.

Conclusion: Private practitionners express a need for care but remain undecided and ambivalent about how to manage their health. A medical service specifically dedicated to caregivers, medical and paramedical professions, would provide a neutral and objective look. It would be interesting to carry out a feasibility and acceptability report of a medical service dedicated to caregivers.

Keywords : sick doctor, refering physician, private practice, self-prescription- self diagnosis

« Médecins, comment vous soignez-vous ? »

Thèse pour l'obtention du doctorat en médecine
LERUSTE Sébastien, Médecine Générale
LEBRETON Laetitia, Médecine Générale

RESUME

Contexte : Depuis plusieurs années, l'intérêt suscité par la santé des médecins ne fait que croître. L'émergence du phénomène d'épuisement professionnel et sa médiatisation ont permis un début de prise de conscience des professionnels de santé.

L'offre de soins pour les soignants et en particulier pour les médecins en exercice libéral n'est pas structurée.

L'objectif de cette étude était de comprendre les processus mis en œuvre par les médecins vis à vis de leur santé.

Méthode : Étude qualitative, utilisant le principe de la théorisation ancrée. L'échantillon choisi était les médecins réunionnais libéraux en activité. Le recueil des données a été effectué sous la forme d'entretiens individuels de type compréhensif.

Résultat : Le médecin-malade n'est pas un patient comme les autres. Ses capacités d'autodiagnostic et d'autoprescription renforcées par son sentiment de toute-puissance génèrent une ambivalence dans ses préoccupations de santé. Les médecins reconnaissaient qu'ils ne devraient pas se soigner eux-mêmes et pourtant ils géraient leur propre santé. Soigner sa famille pouvait s'avérer tout aussi complexe.

Le médecin était dans une ambivalence entre sa position de soignant et celle de patient.

Discussion : Le résultat retrouvé est en cohérence avec les données de la littérature. D'autres études ont montré que le concept de médecin-malade était délicat à aborder par les médecins eux-mêmes, avec ces mêmes sentiments de déni et de toute-puissance. Les freins évoqués par les médecins pour se soigner étaient nombreux.

Conclusion : Les médecins expriment un besoin de prise en charge mais restent indécis et ambivalent quant aux modalités de gestion de leur santé. Un service de médecine spécifiquement dédié aux soignants des professions médicales et paramédicales permettrait d'apporter un regard neutre et objectif. Il serait intéressant de réaliser une étude de faisabilité et d'acceptabilité d'un service de médecine dédié aux soignants.

DISCIPLINE: MEDECINE GENERALE

MOTS-CLES: médecin-malade, exercice libéral, autodiagnostic, autoprescription, autodéclaration du médecin traitant.

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. : U.F.R. des Sciences Médicales 146 rue Léo Saignat 33076 Bordeaux cedex Espace Santé