

**Le patient-médecin en consultation de médecine
générale: vécu de la relation médecin-patient. Point de
vue du médecin-patient**

Cédric Lambert

► **To cite this version:**

Cédric Lambert. Le patient-médecin en consultation de médecine générale: vécu de la relation médecin-patient. Point de vue du médecin-patient. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01681290

HAL Id: dumas-01681290

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01681290>

Submitted on 11 Jan 2018

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.



Cédric LAMBERT

**Le patient-médecin en consultation de médecine
générale : vécu de la relation médecin-patient.**

Point de vue du médecin-patient.

Nice 2017

Le patient-médecin en consultation de médecine générale : vécu de la relation médecin-patient.

Point de vue du médecin-patient.

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la faculté de médecine de Nice
Le 03 Octobre 2017

Par

M. Cédric Lambert
Né le 14 Février 1988 à Nice (Alpes-Maritimes)
Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (diplôme d'état)

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Jean-Gabriel FUZIBET	Président du jury
Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER	Assesseur
Monsieur le Professeur Michel BENOIT	Assesseur
Messieurs les Docteurs Jean-Luc BALDIN et Johann TETART	Directeurs 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 Annelise

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. AYRAUD Noël
M. RAMPAL Patrick
M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc
M. BALAS Daniel
M. BATT Michel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CAMOUS Jean-Pierre
M. CANIVET Bertrand
M. CASSUTO Jill-patrice
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
Mme CRENESSE Dominique
M. DARCOURT Guy
M. DELLAMONICA Pierre
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DOLISI Claude
M. FRANCO Alain
M. FREYCHET Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. GRIMAUD Dominique

M. HARTER Michel
M. INGLESAKIS Jean-André
M. JOURDAN Jacques
M. LALANNE Claude-Michel
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE BAS Pierre
M. LE FICHOUX Yves
Mme LEBRETON Elisabeth
M. LOUBIERE Robert
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. OLLIER Amédée
M. ORTONNE Jean-Paul
M. SAUTRON Jean Baptiste
M. SCHNEIDER Maurice
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. ZIEGLER Gérard

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	Ophtalmologie (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-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	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	Hépto Gastro-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 Maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

Je remercie **le Professeur Jean-Gabriel Fuzibet** de nous faire l'honneur de présider notre jury. Je suis fier à l'idée de votre implication dans mon travail. Par ces quelques mots, je vous témoigne toute ma reconnaissance.

Je remercie **le Professeur Philippe Hofliger** de nous avoir fait le plaisir de siéger parmi ce jury et de l'intérêt qu'il a porté à cette thèse.

Je remercie **le Professeur Michel Benoit** d'avoir eu la sympathie de siéger parmi ce jury et de nous avoir apporté sa vision sur nos recherches.

Je remercie très chaleureusement **le Docteur Jean-Luc Baldin** sans qui tout cela n'aurait pas été possible et qui au-delà d'être mon directeur de thèse est devenu mon ami. Merci de m'avoir guidé sur ce magnifique ouvrage qui a révélé en moi des facettes que je ne soupçonné même pas. Tu m'as offert ton savoir, ta patience et ta disponibilité. Je t'en serais toujours reconnaissant.

Je remercie également très chaleureusement **le Docteur Johann Tétart**, qui lui aussi est devenu bien plus que mon directeur de thèse. Au-delà de l'ami, tu es un modèle qui a partagé son génie pour que je puisse réaliser un travail dont je ne me pensais pas être à la hauteur.

Je remercie **le Professeur Jean-Pierre Zirotti** de nous avoir gratifié de ses connaissances et de son expérience pour la rédaction de notre guide d'entretien.

Je remercie **l'ensemble des médecins** qui m'ont accordé de leur temps afin que je puisse mener à bien mes investigations.

Je remercie **Marie Castel** d'avoir été une co-thésarde exemplaire, de m'avoir aidé à traverser les moments de doutes, à franchir les étapes et pour finalement partager ce moment si particulier de nos vies professionnelles, la soutenance de notre thèse. Tu es toi aussi à présent devenue une amie sincère.

Remerciements personnels :

Je remercie **mes parents, Pierre et Jocelyne**, pour votre amour et votre soutien inconditionnel.

Je remercie **toute ma famille** et plus précisément, **Simone, Monique et Jean-Marc**. J'ai aussi une pensée émue en mémoire de **Paul et Sauveur**.

Je remercie **Doriane**, pour son amour et son aide précieuse à la mise en page.

Je remercie **les docteurs Frédéric Cuvelle et Cyril Estienne** pour m'avoir transmis leur savoir et leur passion. Vous êtes devenus bien plus que des maitres, de véritables amis.

Je remercie **tous mes amis** depuis tant d'années, plus particulièrement **Nathan et Oscar**.

Je remercie tous ceux qui de près ou de loin ont concourus à ce que j'en sois là aujourd'hui.

INTRODUCTION

Depuis toujours, le médecin est celui qui aide le patient à mener son combat contre la maladie. Il accomplit sa tâche par conviction et le plus souvent par vocation. Il n'a pas plus grande satisfaction que de voir ses patients guérir. Mais qui porte attention à sa santé mise à part lui-même ? Quelle vision a la société sur le médecin malade ? A ces interrogations, il n'y a que peu de réponses. Elles sont rarement satisfaisantes et un constat amer d'échec est récurrent. La littérature scientifique nous apprend que le médecin est malade comme n'importe quel être humain, peut-être même plus [17]. La part des généralistes s'estimant en bon ou très bon état de santé est plus réduite que celle des cadres et professions intellectuelles supérieures en activité, hommes et femmes, et de tous âges [10]. Rappelons que seulement 20% des médecins ont un médecin traitant personnel et que la prise en charge de leur santé est souvent inappropriée, au prétexte, qu'on pourrait penser légitime, qu'ils seraient les mieux placés pour leur propre suivi. Ainsi « ils privilégient autodiagnostic et automédication ou recherchent trop souvent un conseil rapide, « entre deux portes » ... parfois trop tard ! » [8]. Les références qui concernent le ressenti des médecins sur leur propre santé sont plus des récits littéraires que des articles scientifiques [1, 11, 14, 18, 20, 21, 22, 24, 25].

L'objectif principal de notre étude est d'explorer le vécu de cette situation si particulière (où le patient est en même temps médecin) et de répondre à la question : quel type de relation s'établit entre le médecin patient et le médecin soignant ? La réponse à cette question nous permettra-t-elle peut-être de comprendre les raisons d'un succès ou d'un échec à l'établissement de cette relation et ainsi donner des arguments pour convaincre la majorité des médecins sans médecin traitant d'y avoir recours dans de bonnes conditions. Au cours d'une passionnante étude qualitative nous avons interviewés des médecins suivis par un médecin traitant autre qu'eux-mêmes, sur les différents aspects de leur prise en charge afin de répondre aux interrogations soulevées ci-dessus.

Nous nous sommes basés sur le constat que cette situation génère nécessairement une dichotomie de point de vue, d'où la réalisation d'une thèse en miroir. Pour rappel, Marie Castel a étudié le vécu du médecin soignant. Quant à moi j'ai eu le privilège d'étudier le vécu de cette situation du point de vue des médecins qui ont décidé de consulter un confrère généraliste pour leur propre santé. Les deux thèses peuvent être lues de façon indépendante, mais elles s'enrichissent l'une l'autre d'un éclairage différent.

METHODE

I. TYPE D'ETUDE

Nous avons réalisé, après une prise de connaissances de certains prérequis [16], une étude qualitative permettant d'obtenir à partir d'entretiens semi-dirigés une analyse des ressentis et des opinions des médecins, généralistes ou spécialistes devenus patients et ayant consulté un médecin généraliste. Elle ne génère pas des statistiques mais des idées ou des hypothèses découlant d'une interprétation par le chercheur, à la fois rigoureuse et réflexive [5, 15].

II. POPULATION ETUDIEE

A. Critères d'inclusion

Etait admis dans l'étude tout médecin thésé qui a consulté un médecin généraliste. Il n'y avait aucun critère portant sur la pathologie, sa gravité ou son ancienneté ainsi que sur le nombre de consultations ou même son mode d'exercice.

B. Mode de recrutement

Le recrutement des différents médecins s'est fait soit par contact direct soit indirect par « bouche à oreille ». Les premiers médecins ont été contactés par mes soins, par téléphone, mail et pour certains en personne.

Il est important de noter que j'ai reçu l'aide de la doctorante qui réalise la thèse miroir de la mienne. Elle m'a permis d'être recontacté par certains médecins pouvant faire partie de mon étude.

Il a été remis ensuite à chaque médecin interrogé mes coordonnées pour qu'ils puissent les transmettre à de potentiels confrères susceptibles de vouloir participer à l'étude. Le secret médical a pu ainsi être conservé, aucun nom ne nous a été divulgué par les médecins sollicités initialement.

C. Saturation des données

Le nombre de patients à interroger n'a pas été défini au départ. Nous avons interrompu l'inclusion de nouveaux participants à saturation des données, c'est à dire l'absence de nouveaux points de vue évoqués lors des entretiens.

III. METHODOLOGIE DES ENTRETIENS

A. Choix de l'entretien semi dirigé

L'entretien semi dirigé a l'avantage de pouvoir s'intercaler dans un emploi du temps, même chargé d'un médecin en activité. Il procure assez d'intimité pour récolter des données relatives au vécu d'une situation aussi difficile que celle de la confrontation à sa propre maladie. Le guide d'entretien en est le fil conducteur.

B. Réalisation du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été testé auprès d'un des directeurs de thèse et non modifié par la suite. C'est seulement ma façon de l'exploiter qui a quelque peu évolué avec une plus grande liberté par exemple dans l'ordre des sujets abordés.

La phase initiale des entretiens me permettait de me présenter et d'expliquer notre travail. Il était précisé au médecin qu'il serait enregistré avec son accord et que l'entretien resterait anonyme et confidentiel.

Mon guide permettait d'aborder le vécu, la prise en charge et les pratiques professionnelles des confrères ayant décidé de consulter un médecin généraliste en tant que patient.

Les thèmes abordés étaient le cheminement jusqu'à la prise de décision d'aller consulter, le déroulement de la consultation, la réaction face à la maladie. Nous évoquions si le fait d'être patient-médecin modifiait la relation médecin-patient et la communication.

Nous avons aussi cherché à décrire l'effet du temps sur la relation et de mettre en évidence ce que cela avait pu apporter à la personne interviewée. Avec le recul, nous demandions de donner des conseils en vue d'appréhender au mieux cette situation.

Le guide se trouve en annexe. (Cf annexe page 45)

IV. REALISATION DES ENTRETIENS

A. Dates et lieux des entretiens

Les personnes ont été interrogées par mes soins après avoir convenu avec elles d'un rendez-vous, dans le lieu qu'elles avaient choisi. Ce choix a été laissé à la convenance du médecin interrogé.

B. Matériel utilisé

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique.

V. METHODOLOGIE D'ANALYSE DES DONNEES

A. Première phase : la retranscription

Les entretiens ont été retranscrits dans les heures ou les jours suivant leur enregistrement dans des fichiers individuels et numérotés dans l'ordre d'interview. Lors de la transcription nous n'avons pas cherché à corriger les fautes de langage. Nous avons transcrit les propos « mot pour mot » en modifiant la police d'écriture en fonction de la personne prenant la parole. Entre guillemets la communication non verbale était retranscrite pour donner au texte tout son sens.

B. Seconde phase : codage

L'encodage de l'ensemble des entretiens a été réalisé avec le logiciel NVIVO version 11. Ce logiciel permet à l'utilisateur de regrouper les citations pertinentes par thèmes et sous thèmes, appelés nœuds, qu'il crée lui-même au cours de l'analyse selon le principe de la théorie ancrée. J'ai réalisé l'analyse de chaque verbatim en créant les nœuds qui sont à l'origine des grands axes d'exploration retenus. Cette méthode est garante de la rigueur de cette étape fondamentale de notre étude. [2]

La triangulation de l'analyse est intervenue à deux reprises, après 5 interviews et en fin d'analyse. Celle-ci s'est déroulée de façon croisée avec la doctorante qui réalise le travail de thèse en miroir du mien. Ce travail a permis d'apporter un regard extérieur à mes interviews et leur analyse. Il permet d'accroître la validité des résultats de la thèse. [13]

RESULTATS

I. RESULTATS : CARACTERISTIQUES DESCRIPTIVES ET RESULTATS INTERMEDIAIRES

A. Recrutement et déroulement des entretiens

A.1. Résultats du recrutement

Nous avons contacté par téléphone 27 médecins généralistes ou leurs secrétariats et 40 par mail. Nous avons essuyé 52 refus ou absence de réponse. Un médecin a été écarté car il consultait seulement un spécialiste. 14 entretiens ont été réalisés, enregistrés et exploités totalement.

A.2. Lieu des entretiens

Neuf entretiens se sont déroulés au cabinet du médecin interviewé. Deux entretiens ont été effectués dans les bureaux du DERMG au quatrième étage de la faculté de médecine de Nice et trois ont été réalisés directement au domicile de l'interviewé.

A.3. Date et durée des entretiens

Après le premier entretien réalisé le 14 octobre 2016, les treize entretiens suivants se sont échelonnés jusqu'au 24 février 2017. L'entretien le plus court a duré 24 minutes, et le plus long 38 minutes, avec une moyenne de 32 minutes. Pour l'ensemble des entretiens, tous les aspects du guide d'entretien ont pu être abordés. Aucun médecin interrogé n'a demandé à ce que l'entretien soit écourté.

B. Caractéristique de la population interrogée

B.1. Démographie

La répartition homme-femme est de 9 pour 5. L'âge moyen des médecins interrogés est de 53.4 ans, le plus jeune étant âgé de 35 ans et le plus âgé de 72 ans.

B.2. Types d'exercice

Les médecins interrogés exercent en cabinet pour 79% (11/14) d'entre eux dont 27% (3/11) ont une activité rurale. Les interviewés exerçaient leur activité dans un rayon de 40 km d'une structure hospitalière. Deux médecins étaient également Maître de Stage Universitaire.

C. Résultats intermédiaires de l'analyse et saturation théorique

C.1. Codage sous nVivo

Les résultats finaux de l'analyse seront présentés dans le chapitre suivant. Précisons ici les résultats intermédiaires. La mise à jour des principaux concepts évoqués par les médecins interrogés fut rapide, n'attendant pas plus de cinq entretiens avant la première triangulation des résultats. Par leur simple lecture, nous avons regroupé les différents concepts des discours, puis à l'aide du logiciel nVivo nous avons créé les nœuds leur correspondants. Cette grille d'analyse initiale n'a nécessité que de rares modifications et seulement en vue de réorganiser le corpus théorique décrit (élargir la portée d'un nœud, scinder un nœud en deux ou créer plusieurs sous-thèmes dans un nœud). Les catégories retenues pour organiser les idées-forces sont restées similaires au cours du travail d'analyse.

C.2. Analyse sémantique

En dehors des mots médecin, patient et relation, le terme le plus fréquent est confiance.

C.3. Saturation théorique

Nous avons noté que la saturation théorique a été obtenue à partir des 6 derniers entretiens, c'est-à-dire qu'il n'a plus été nécessaire de modifier l'arborescence des nœuds, témoignant d'un épuisement de l'enrichissement du corpus des idées-forces.

II. RESULTATS QUALITATIFS : EXTRAITS DU VERBATIM ET COMMENTAIRES

Nous présentons ici les notions abordées par les médecins patients ayant participé à ce travail de recherche, lors des entretiens. Dans chaque sous-partie, nous présentons les idées-forces que nous avons relevées dans le discours des praticiens interrogés, explicitées par des commentaires qui remettent les citations dans leur contexte et nous permettent d'en donner une interprétation.

PARTIE A : Etat des lieux avant la consultation.

L'étude de la relation médecin-patient lorsque tous deux sont médecins nécessite pour commencer de comprendre dans quelles dispositions le médecin qui consulte se trouve. Il s'agit là des prérequis afin de pouvoir se projeter dans la mise en place d'une relation.

A.1. La genèse de l'envie de consulter

Souvent, un petit problème, j'essaie moi-même de m'auto-diagnostiquer. (E13)

Car c'était devenu une nécessité, m'aiguiller sur ce que j'avais à faire, j'en avais vraiment besoin... Par ce que j'étais en difficulté ! (E01)

Tous s'accordent à dire que lorsqu'on est médecin, il est tout à fait normal de chercher à s'auto-diagnostiquer. La déformation professionnelle rend la réflexion sur sa santé automatique à tel point qu'il semble inconcevable de consulter sans en être passé par cette étape. Au final c'est plutôt une envie, un besoin, lorsque l'optique de se soigner seul n'est plus supportable. Le médecin recherche finalement le confort en se déchargeant du poids que pourrait représenter son propre suivi.

A.2. Liens avec le médecin consulté et modalités de rencontre

J'étais passée en stage quand j'étais étudiante médecin euh chez lui. (E13)

C'est quelqu'un que tu connais ! Plus ou moins directement ! Mais au moins on te l'a conseillé ! (E03)

Le médecin choisi est presque systématiquement connu du médecin qui consulte (une seule exception). Peuvent être choisis un camarade d'études, un associé, voire le mari pour une des interviewés. Il peut aussi avoir été conseillé par un médecin, lui-même connu directement. Une relation amicale est toujours retrouvée.

A.3. Est-ce facile d'aller consulter quand on est médecin ?

Franchement, moi je ne le vis pas comme un aveu de faiblesse si c'est ça que tu veux savoir ! Ce n'est pas parce que je ne me soigne pas moi-même que ça veut dire que j'en suis pas capable ! Ça veut dire que j'en ai pas envie... voire que j'ai envie qu'on prenne soin de moi et qu'on m'enlève ce poids des épaules ! (E11)

Sans oublier qu'on fait tous partie d'une même et grande famille ! [...] même si les médecins perdent de plus en plus leur aura auprès de la population, entre nous on garde cette proximité... cette confraternité ! (E14)

On note que pour notre étude, les interviewés, par définition, font partie des médecins qui consultent un confrère. Ils constituent une minorité dans le monde médical. Pour eux le fait d'être médecin facilite leur conversion en tant que patient. Le réseau professionnel et l'esprit confraternel encourage cette conversion.

PARTIE B : Particularités de la consultation.

Abordons désormais la création de cette singulière relation médecin-patient. Cette consultation particulière engendre-t-elle des modifications dans son déroulement et dans la relation qui en émane ?

B.1. Le temps de la consultation

Je suis allé chez lui comme d'habitude, après avoir pris rendez-vous et j'ai eu droit à une consultation rapide mais complète, comme il fait avec tous ses patients. (E10)

Elles sont pour ainsi dire toutes, complètement informelles ! Il n'y a pas de moment où on se voit dans le bureau ou si peut être... une fois en 20 ans où j'avais une pneumonie ! Mais une fois en 20 ans ! (E12)

Si la consultation reste informelle pour deux des interviewés, pour la grande majorité elle est un moment important voir sacré et reste en même temps tout ce qu'il y a de plus normale. Au cours des interviews on voit que la durée et la fréquence des consultations sont dépendantes de la pathologie comme pour n'importe quel patient. On note un début du suivi dans la très grande majorité des cas proche du début de la maladie.

B.2. Ce qui change quand on est « médecin-patient ».

C'est vrai que par rapport aux autres, je pense qu'il y a plus de discussion sur ce qu'il me propose mais franchement c'est plus dans l'état d'esprit confraternel qu'une véritable mise en question de sa prise en charge ! [...] Je lui dis toujours, « on fait comme tu veux, c'est toi le chef » ! (E10)

Quand tu es médecin tu consultes quelqu'un que tu connais, souvent bien, voir pour moi très bien ! Il y a toujours un côté confraternel et même amical ! Si tu ne connais pas, c'est un médecin conseillé par un ami docteur lui-même ! Tu vois, tu vas consulter quelqu'un de la grande famille médicale ! C'est important dans un moment où tu es affaibli ! C'est vraiment ça qui change quand tu es médecin ! (E11)

Je trouve que ça pénalise plus lorsqu'on a l'étiquette médecin ! Ça pénalise plus la prise en charge qu'autre chose ! (E01)

Pour un seul interviewé, être patient et médecin est négatif. Pour les autres, c'est plutôt une chance et c'est surtout l'appartenance à la grande famille médicale qui change par rapport aux autres. De cette appartenance est tirée une force. Les médecins se sentent plus à l'aise dans une situation qui par définition est délicate. La connaissance permet de prendre du recul et d'être moins ambivalent et plus efficace sur le « versant patient » de la prise en charge, en particulier le langage médical est utilisé dans la totalité des consultations.

B.3. Le règlement des honoraires et la déclaration du médecin traitant.

Je règle chacune de mes consultations ! j'ai toujours insisté ! Par contre, j'ai le tarif « sécu » ! (E08)

Non je ne règle jamais aucun honoraire à mon mari ! (rires) C'est plus en nature ! (rires) C'est une boutades ! (rires) (E09)

C'EST VOTRE MEDECIN DECLARE ?

Oui, on a fait les démarches depuis que c'est lui qui tient les rênes ! (E03)

C'est moi ! (E01)

Trois ne règlent jamais d'honoraires, en rappelant qu'une consulte son mari, les deux autres leur associé. Les autres ont tous « le tarif sécu » même pour les médecins en secteur 2 et tous trouvent « normal » et même « obligatoire » de rémunérer leur confrère devant le travail fourni par celui-ci.

Seulement un seul est son propre médecin traitant, tous les autres ont comme médecin traitant déclaré le médecin qui les suit et ce depuis le début de leur prise en charge commune.

PARTIE C : La vision de la prise en charge et du confrère consulté

Cette partie d'étude nous permet d'appréhender les impressions, les volontés du médecin qui consulte. Consulter et se faire suivre par un médecin généraliste apporte-t-il quelque chose de plus quand on est médecin ? Au final peut-on donner une vision de ce qu'est « un bon médecin » ?

C.1. L'impression et les avantages d'une telle prise en charge.

La prise en charge est simple mais efficace ! Elle est parfaitement adaptée pour moi ! (E08)

Ça m'a surtout apporté d'être rassurée ! très rassurée ! Mais aussi de se délester de la charge de la maladie et même d'oublier qu'on est médecin ! (E01)

Tous sont très satisfaits de la prise en charge. L'impression générale est une prise en charge optimisée. C'est le terme prépondérant lorsqu'on a évoqué cet aspect.

Comme on peut le voir, pour tous les interviewés c'est vraiment le confort et la sérénité qui sont apportés. Certains trouvent chez le confrère consulté un gage de bonne santé voire même pour un de interviewés, quelqu'un qui lui a sauvé littéralement la vie.

C.2. Les volontés du médecin qui consulte.

Tu veux tout simplement redevenir un patient lambda pour qui le médecin pense à tout à ta place ! (E10)

Je veux qu'il fasse ce qu'il a l'habitude de faire ! Rien de plus et rien de moins ! Ça je lui ai dit dès le début ! Je trouve que c'est important que les choses soient claires ! (E14)

Merci ! Merci de ton aide et ton soutien ! Voilà ce que je voudrais lui dire ! (E08)

Cette partie met en évidence un principe simple. Lorsqu'un médecin décide de consulter un confrère pour lui confier sa santé, celui-ci n'a qu'un souhait : être considéré comme un patient ordinaire. Ainsi il attend de son médecin une prise en charge habituelle et maîtrisée. On note que la volonté de remercier le confrère consulté est récurrente.

C.3. Pourquoi est-ce un bon médecin ?

C'est mon coach ! C'est vraiment un guide pour moi ! Un garde-fou ! (E03)

Tu vois très rapidement que l'écoute et la proximité sont primordiales dans une prise en charge ! Ces deux qualités font que tu seras un bon médecin, si tu les as en plus des connaissances (E04)

Une idée forte ressort chez la majorité des interviewés, le médecin est un guide pour la prise en charge et est le garant du bon déroulé de la prise en charge. Il doit rester maître de son sujet, être à l'écoute et disponible. Finalement le fait d'être médecin ne change pas vraiment la vision du bon médecin : il s'agit là de qualités recherchées par n'importe quel patient.

PARTIE D : Le vécu de la situation des deux points de vue.

Dans cette partie nous avons présenté les éléments apparus comme importants dans la mise en place de la relation médecin-patient.

D.1. La réaction face à la maladie.

Etre malade et consulter, ça rend plus humaine ! (E01)

On réagit comme tout le monde avec le recul de nos connaissances, qui font que dans la majorité des cas on va réagir plus rapidement une fois le diagnostic digéré ! (E10)

Tous s'accordent à dire que la réaction face à la maladie est une épreuve difficile comme tout patient. Notre appartenance au genre humain, nous rend tous similaires et fragiles au départ. Mais que le fait d'être médecin avec son lot de connaissances a tendance à nous faire agir avec plus de recul, d'objectivité et surtout de façon moins ambiguë.

D.2. Le médecin est-il un bon patient ?

C'est-à-dire que je vais la voir. Je lui fais entièrement confiance. On échange mais j'obéis strictement à ses prescriptions et à son avis, en totale confiance. Je crois que je suis un bon patient. (E06)

Je ne fais pas partie des patients compliants d'une part et puis je ne me vois pas y aller pour lui demander combien je dois prendre de Doliprane... Je pense aussi que je suis beaucoup plus chiant que les autres ! (E12)

Pour une grande majorité des interviewés être médecin permet d'être meilleur patient car cela permet de faciliter le travail du confrère consulté. Pour les autres, on voit que le patient-médecin est plutôt un patient non compliant qui fait ce qu'il veut la majorité du temps. On remarque que les plus compliants sont ceux qui souffrent de pathologies chroniques alors que les autres sont ceux qui consultent sur des problèmes plutôt aigus.

D.3. La réaction du confrère consulté vue par le médecin-patient.

Cela dépend de si on le connaît ou pas ! Si on ne le connaît, je pense qu'il y a un investissement normal, il fait ce qu'il a à faire, comme pour n'importe qui et si par contre on le connaît, je pense qu'il y a plus d'investissement, surtout affectif ! (E01)

Le fait que je sois médecin, n'a pas engendré de gêne chez mon confrère, si c'est ça que tu veux savoir. Je pense qu'au contraire, le fait que je sois un confrère et que je le sollicite l'as rendu fier ! (E08)

Pour faire un travail de qualité le médecin consulté a besoin de faire ce qu'il sait et a l'habitude de faire. C'est de toute façon ce qui est recherché par les médecins qui consultent. On peut voir cependant que l'esprit confraternel ressort chez la grande majorité des médecins consultés et que ceci a toujours un effet très positif dans cette situation. On ne note pas véritablement de réaction négative de leur part d'après les interviewés.

PARTIE E : Une relation médecin-patient basée sur la confiance.

Dans cette partie nous exposons la représentation de la relation médecin-patient à proprement parler. Nous pourrions voir que la confiance est véritablement la clé de voûte de cette relation. Pour terminer nous avons essayé de dégager des conseils pour améliorer cette situation si singulière.

E.1. La relation médecin-patient et la confiance

La relation médecin-patient doit en premier lieu être respectée ! Chacun doit remplir son rôle et ne pas chercher à le dépasser. A côté de ça, c'est une relation basée sur la confiance et qui baigne en plus de ça dans la confraternité ! Les deux parties se sentent à l'aise et cela donne une prise en charge optimisée ! (E10)

C'est bien on est vraiment dans une relation très équilibrée et qui se bonifie avec le temps ! (E14)

Près de la moitié des interviewés comparent très facilement les confrères consultés à des membres de la famille. L'amitié lie les deux protagonistes dans toutes les interviews, même lorsqu'elle n'était pas présente avant le début du suivi. Certains gardent plus de rigueur, d'autre moins mais il existe toujours un maitre-mot qui sert de fondation à cette relation d'une très grande qualité : la Confiance ! Elle est essentiellement basée sur l'écoute, la compréhension, la rigueur dans l'exercice.

E.2. Conseils aux médecins malades et qui vont consulter un confrère.

Celui qui consulte doit dire franchement ce qu'il attend du médecin consulté ! Je pense que c'est le mieux ! Après si ce n'est pas fait, il doit vraiment y aller dans l'optique de suivre ce qu'on lui propose sinon, il faut rapidement arrêter de consulter ! C'est une perte de temps ! (E11)

Il ne faut pas trop influencer dans une direction plutôt qu'une autre. Je pense qu'il faut rester simple et précis mais sans laisser paraître ton interprétation ! (E05)

Tous les médecins suivis sont très satisfaits d'avoir consulté et le conseillent à tous ceux qui se posent la question. Il est primordial d'être transparent dans sa démarche et d'avoir la volonté de suivre les prescriptions du confrère consulté. Seul bémol, les interviewés identifient qu'une trop grande proximité risque de faire perdre son armature à la prise en charge.

E.3. Conseils aux médecins qui soignent des confrères.

Il doit surtout se tenir à faire ce qu'il fait d'habitude ! Comme avec ses autres patients ! Il ne doit pas trop en faire ni en faire moins que d'habitude ! Mais il faut qu'il garde en tête que c'est lui qui dirige la barque et personne d'autre ! (E11)

Etre disponible, proche et à l'écoute de ses patients et bien entendu d'un confrère qui demande de l'aide, c'est primordial ! Il faut être humain ! (E02)

Les médecins patients formulent un conseil clair : un médecin doit être pris en charge comme un patient ordinaire. Si un confrère vient nous consulter c'est certainement ce qu'il recherche. Les autres conseils ne sont pas spécifiques à la situation étudiée ici : la proximité, la disponibilité et l'instauration d'un climat de confiance sont des qualités applicables en toute situation.

DISCUSSION

I. LIMITES ET POINTS FORTS DE L'ÉTUDE

A. Choix du type d'étude

La santé des médecins et la relation qu'ils peuvent entretenir avec un confrère lorsque leur état de santé les contraint à consulter est un thème étudié depuis peu de temps en France. C'est pourquoi nous avons choisi de réaliser une étude qualitative, particulièrement adaptée pour explorer les sujets peu étudiés [16].

B. Le guide d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré à partir des divers aspects que nous avons identifiés dans la genèse et l'évolution de ce type relation médecin-patient. Un travail d'amélioration a été réalisé dans une approche en plusieurs étapes. J'ai réalisé la première version en tant qu'investigateur de cette étude. Ma co-thésarde, Marie Castel, m'a ensuite soumis sa vision. Fort de ces deux points de vue, j'ai pu soumettre à mes deux directeurs de thèse, les Docteurs Jean-Luc Baldin et Johann Tétart, une version améliorée. Pour finir, Monsieur le Professeur Zirotti, professeur de sociologie nous a fait profiter de son expertise. Il n'y a eu aucun besoin de correction du guide au cours de l'étude, aucun nouveau thème n'étant apparu.

C. Le recrutement

Il a été effectué sur les départements du Var et des Alpes Maritimes, un bassin où l'offre de soin est assez importante, son accès y est plus simple que dans d'autres régions comme le souligne le conseil Départemental de l'ordre des médecins du Var. En Paca les densités des professionnels de santé pour 100 000 habitants sont en général supérieures aux densités nationales : Médecins : 408 en Paca, 337 en France [9].

A nos sollicitations, il y a eu un grand nombre de réponses négatives du fait de l'absence de suivi par un médecin généraliste. Cela fait partie des constats frappant de cette thèse, le monde médical est réticent à se laisser prendre en charge par les médecins généralistes. La deuxième phase qui s'est plutôt développée selon un mode de proche en proche a été plus prolifique. L'esprit confraternel me semble-t-il en est la cause et les médecins sollicités ont-ils été plus à l'écoute d'un interne ou d'un confrère qui les sollicite directement par connaissance plutôt que de façon impersonnelle au téléphone ou par mail par exemple.

Tous les médecins interviewés ont déclaré trouver le sujet intéressant et aucun entretien n'a été écourté.

D. Réalisation des entretiens

Notre objectif était de rester le plus neutre possible lors des entretiens, en posant surtout des questions ouvertes et en essayant de ne pas influencer les réponses. Mais les expressions non verbales et les interactions avec les médecins ont pu orienter la discussion, entraînant un biais d'intervention.

En général, les médecins ont eu peu de réticences à discuter de leur état de santé et de ce qui peut les conduire à confier leur propre santé à un autre. On note d'ailleurs qu'aucune question n'a été éludée lors de l'ensemble des entretiens.

L'enregistrement audio par dictaphone n'a pas semblé poser de problème, et tous ont compris la nécessité de retranscrire « mot-à-mot » les entretiens. La garantie de l'anonymat a sûrement grandement contribué à permettre la confiance des

interviewés. Mais on peut se demander aussi si le face-à-face a également pu induire une certaine pudeur et une limite à se confier, notamment concernant les difficultés psychologiques.

E. Retranscription et analyse

La retranscription des résultats a été effectuée mot pour mot, la ponctuation respectant le sens des phrases et les intonations. Les soupirs, les rires et autres réactions ont été notifiés entre parenthèses pour donner tout son sens au texte.

Dans le cadre de cette enquête qualitative, l'analyse des données a été réalisée de façon croisée avec Marie Castel, qui réalise le travail de thèse en miroir. Lors des 2 séances d'échanges (au cinquième et au dernier entretien) organisées avec Marie Castel pour la triangulation de nos résultats, nos deux points de vue étaient assez similaires. Nous pensons que cette triangulation nous a permis de garder une certaine objectivité et de ne surtout pas s'enfermer dans une vision trop réduite ou mal orientée. Par cette méthode il fut plus aisé de rester neutre quant aux idées dégagées lors des entretiens. L'apport d'un regard extérieur permet de s'assurer que notre interprétation n'est pas erronée et de pouvoir le cas échéant la corriger. Au final, cela nous a permis d'accroître la crédibilité de notre travail même si les corrections n'ont pas été majeures.

F. Analyse de l'échantillon

Lors d'une étude qualitative, la représentativité de l'échantillon n'est pas recherchée, le but étant d'obtenir une population aussi variée que possible. Notre échantillon a été constitué de manière à respecter cette diversité. L'âge variait de 35 à 72 ans. Tous les lieux d'exercice (hospitalier, urbain, semi-rural et rural) étaient représentés, ainsi que le mode d'exercice (seul ou en groupe) et le fait d'être ou non maître de stage.

On note cependant seulement 2 maitres de stage alors que la totalité de ceux-ci ont été sollicités. Notre étude a mis en évidence que cette sous-population avait des pratiques assez différentes des autres interviewés. La prise en charge était informelle.

En définitive c'est une population qui n'adhère que très peu au suivi par un autre médecin généraliste, soit par bonne santé soit par négligence. Il pourrait s'agir là d'un très bon sujet pour une autre étude.

Il est important aussi de mettre en avant que mon étude s'intéresse aux médecins qui ont un médecin généraliste, or cela ne représente que 20% des médecins. De ce constat, plusieurs questions peuvent émerger pour les 80% restants. Est-ce que cela se passerait bien ou n'accepterait-il pas cette relation avec un autre médecin ?

II. ANALYSE COMPARATIVE

Nous avons effectué une analyse comparative entre la thèse de Marie Castel et la mienne afin de pouvoir exposer les similarités et différences de point de vue des médecins soignants et soignés sur les grands thèmes de notre étude.

A. 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 auto médication et un auto diagnostic qui est considéré comme une attitude « normale » par les deux populations.

Par contre il est apparu dans l'étude du point de vue des médecins soignants, que certains médecins patients présentent un déni de la maladie et ne veulent pas suivre une prise en charge qui leur semble inadaptée, compliquant leur tâche rapidement.

Dans l'étude du point de vue du médecin patient, ce déni n'existe pas. On se retrouve dans la frange de la population qui est au-delà de cette étape et en pleine possession de ses moyens et qui a fait le choix de confier son suivi à un confrère.

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

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

- Pour 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 nous avons interrogés les médecins soignants. Ils s'accordent à dire qu'ils ressentent plus que jamais la nécessité de se comporter comme avec n'importe quel autre patient. Cela fait écho à la volonté des patients médecins d'être considérés comme tel. La conduite d'une consultation en bonne et due forme est considérée comme nécessaire par les médecins soignants, garant d'une prise en charge adéquate et identique à celle d'un patient ordinaire. Car un des risques présentés lors de l'étude du point de vue des médecins 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 du bagage médical et d'un échange plus facile. Certains médecins soignants partagent ce point de vue.

Cependant nous avons noté quelques différences et disparités notamment :

- Certains médecins soignants avouent prescrire plus d'exams et avoir recours à un avis spécialisé plus rapidement. Cette notion n'est pas retrouvée chez les patients médecins qui considèrent avoir une prise en charge adéquate.

- Certains médecins soignants décrivent des patients qui gèrent seul leur santé. On ne retrouve pas cette notion dans l'étude du point de vue des médecins patients car celle-ci se base sur des médecins qui ont justement écarté cette possibilité de leur suivi.
- Concernant le règlement, la quasi-totalité des patients médecins interrogés trouvent qu'un règlement est normal et même obligatoire quand plus de la moitié des médecins soignant le refuse. D'après les médecins soignants, cela fait partie de la confraternité, comme une sorte de tradition alors que les patients médecins voient plutôt cela sous l'angle de la valorisation du travail fourni.

C. Une communication commune

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

Dans les deux études, nous retrouvons une gestion de la prise de décision par la discussion entre confrères, notamment sur l'introduction de thérapeutique.

D. Une relation particulière.

Les deux parties 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 essentiel de cette relation et elle est un thème 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.

Selon les médecins soignants, cette relation est facilitée par la définition des rôles de chacun et notamment le positionnement en tant que patient du médecin qui consulte devenant un des principaux déterminants de cette relation. Les patients médecins confirment 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 qu'il faut rester dans l'objectif d'être un patient normal.

E. Les ressentis de la relation par les différents protagonistes

Les deux travaux combinés expriment les ressentis des deux parties sur la relation :

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

- En parallèle, nous retrouvons une sensation de gêne et de peur d'être jugé ressentis pour plusieurs médecins soignants interrogés. Certains médecins soignants ressentent une pression dont n'a pas conscience le patient médecin. Dans leur étude à aucun moment les médecins interrogés n'évoquent ce sentiment. A aucun moment ils s'imaginent que le médecin en face ressent de l'appréhension. Cela peut s'expliquer par la surprise du médecin soignant et de son incertitude quant à la volonté du confrère qui le consulte. Quant au médecin patient on peut supposer que lui est plus concentré sur sa santé et en devient moins sensible aux détails relationnels.

III. PARTIE REFLEXIVE

Pour commencer, il est important de rappeler que le Collège Français des Anesthésistes-Réanimateurs a lancé en 2017 une campagne de sensibilisation durable auprès de l'ensemble des médecins exerçant en France, « DIS DOC, T'AS TON DOC ? » [8], relayé par la MACSF, premier assureur des médecins en France. Cette campagne sortie au cours de la réalisation de notre étude lui permet de revêtir une importance dans l'actualité du monde médical. Elle rappelle que dans la grande majorité les médecins se soignent peu et a 3 objectifs principaux :

1. Inciter les praticiens à choisir volontairement, pour eux-mêmes, un médecin personnel dès la période de Formation Médicale Initiale et durant toute leur carrière ;
2. Réduire l'autodiagnostic et l'automédication ;
3. Valoriser le rôle et la place du médecin spécialiste en médecine générale pour leur suivi médical.

En effet, nous avons vu que seulement 20 % des médecins ont un médecin traitant déclaré autre qu'eux-mêmes et 60 % des internes. Ces chiffres sont à mettre en perspective avec les 80 % de français en population générale qui en ont choisi un.

L'accent est mis sur un principe encore très peu ancré dans les mentalités des médecins, à savoir, l'importance d'avoir son médecin généraliste, autre que soi-même et toutes spécialités confondues. Le médecin reste un humain comme un autre, malade comme un autre voire plus lorsque celui-ci, submergé par le travail, en arrive à oublier ses limites. Le rapport de la commission nationale permanente du Conseil national de l'ordre des médecins de 2008 [17] souligne que l'environnement induit des maladies professionnelles au contact d'agents chimiques, biologiques ou de radiations ionisantes. L'environnement humain génère les trop fréquentes agressions physiques. Mais c'est d'une façon plus lente, plus insidieuse, que l'environnement sociétal en perpétuelle mouvance peut, chez des personnalités un peu fragiles, induire une progressive inadéquation entre ses exigences changeantes et les capacités d'adaptation du médecin conduisant au syndrome d'épuisement professionnel ou « burn out » dont l'issue est incertaine. On note aussi que selon l'étude DRESS de 2010 [10], la part des généralistes s'estimant en bon ou très bon état de santé est plus réduite que celle des cadres et professions intellectuelles supérieures en activité,

hommes et femmes, et de tous âges. Puis une fois malade, par la force des choses, celui-ci n'est pas un patient comme les autres à tout point de vue. C'est ce que met en évidence la thèse de BONNEAUDEAU Sandra « LE MEDECIN/MALADE : Un patient comme les autres ? » [6] « La réalité n'est probablement pas aussi simple et il est bien possible que médecin malade et malade médecin coexistent tant dans la position du patient que dans celle du soignant. »

A. Contexte

Dans cette partie nous avons présenté l'ensemble des textes qui présentent cette situation si particulière et donnent une idée de l'état d'esprit dans lequel peut se trouver un confrère malade et à quelles difficultés il peut se heurter.

A.1. Traité d'anthropologie de Maurice Thibault [22]

C'est en 1985 que Maurice Thibault, médecin généraliste canadien, décide de se révolter contre ce qu'il appelle « la double conspiration du silence », à savoir le silence de la littérature médicale sur les maladies qui frappent les médecins eux-mêmes, mais aussi devant le silence de la société à ce sujet.

Il va jusqu'à se demander « pourquoi le médecin malade n'est pas un sujet obligatoire dans les facultés de médecine ». Au-delà de l'intérêt purement personnel en tant qu'être humain, il met en évidence l'intérêt communautaire pour ses patients.

Ce traité nous livre à travers les grands noms et période de l'Histoire la manière dont est perçu le médecin malade. Par exemple, les Grecs anciens avaient une peur panique en apprenant la maladie de leur médecin « car nos médecins, Podalyre et Machaon... je crois que l'un, dans sa baraque, blessé, ayant besoin lui-même d'un médecin irréprochable, est étendu ; et l'autre, dans la plaine, résiste à l'Arès perçant les Troyens », ceci constitue la dernière phrase du chant XI de l'Illiade. Cela est même perçu comme une punition divine ! Lorsque Zeus ne soutient plus les Achéens, il va même les humilier en permettant que leur médecin soit lui-même malade « Alors une

crainte extrême vint aux Achéens -respirant- l'ardeur que, le combat penchant contre eux, les Troyens ne prissent Machaon ».

Le Christ est lui-même équivoque sur le sujet « Médecin guéris-toi toi-même ». Evangile selon Saint Luc chapitre IV verset 23 [21]. On peut voir par la suite que cela reste un véritable scandale à travers les époques. Ainsi Montaigne déclare « Quoy, eux-mêmes nous font ils voir de l'heur et de la durée en leur vie, qui nous puisse témoigner quelque apparent effets de leur science », dans « Les Essais, livre II, chapitre 37 » [18]. Voltaire affirme qu'il n'y a rien de plus ridicule qu'un médecin qui ne meurt pas de vieillesse [24].

Le traité livre un ensemble de réflexion sur le médecin malade :

- Contrairement au shaman ou autres guérisseurs, le médecin moderne n'a pas besoin d'avoir été malade pour exercer son métier « Il n'est pas nécessaire au médecin d'avoir eu une maladie pour en connaître les éléments, mais cela en aiguise la perception »
- Les comportements des médecins ont des profils superposables vis-à-vis de la maladie. Il prend l'exemple d'un confrère qui s'est auto diagnostiqué sa maladie, qui l'a fait authentifier par un confrère, son angoisse des traitements, son statut de privilégié lors de la prise en charge, sa peur des analgésiques, l'insécurité financière qui résulte de cette pathologie. Les consultations se déroulent selon un rituel à savoir que le médecin malade aura commencé par ses propres interrogations, ses propres investigations et parfois ses propres thérapies.
- Le médecin malade, pour que cela se passe dans des conditions de soins optimales, doit faire abstraction du fait d'être médecin, se dépouiller de sa partie subjective.
- « Malades et médecins ont à peine le même vocabulaire, sûrement pas le même langage sauf si le malade est lui-même médecin et, même dans ce cas, le problème se pose autrement, puisqu'on affirme volontiers que le médecin est très mauvais juge de son propre cas »
- Le problème se situe dans la relation avec le soignant « il se reconnaît en lui comme un miroir dans lequel il ne voit plus un confrère malade ».

- Il pose aussi la question de la persistance d'une relation médecin malade de bonne qualité malgré la maladie du médecin. Freud lui pensait « qu'il est compréhensible que les malades ne se précipitent pas chez un analyste d'un âge offrant si peu de garanties ».

La bibliographie scientifique n'apporte quant-à-elle que peu d'éléments au sujet du vécu de la situation et de la relation médecin-patient qui en découle.

A.2. Dans la littérature

On retrouve quelques récits de médecins qui ont tenté de se libérer du poids qui pesait sur leurs épaules en s'essayant à l'écriture d'un livre. Nous citerons les ouvrages qui semblaient apporter un point de vue éclairant notre sujet. Ils sont présentés par date de parution et pour chaque ouvrage, nous avons choisi les citations permettant une meilleure appréhension du sujet.

- René Allendy « Journal d'un médecin malade » [1] première édition en 1944.

Le Dr Allendy relate l'impression que « les rôles sont inversés », et constate qu'« on ne sent jamais tant la faiblesse de la médecine que quand on est à la fois malade et médecin ». Il tente de justifier sa maladie comme « une certaine assimilation psychique de l'image paternelle » ce qui va contre une explication physiopathologique. Il livre toute la souffrance que cela lui cause. « A aucun prix, je ne voulais entrer dans la catégorie des malades et cet acharnement à garder la pose de la santé parfaite me paraît aujourd'hui, alors que je suis vaincu par les symptômes, quelque peu excessif. Elle m'a certainement inspiré des imprudences ». Il ne cache pas non plus son mauvais ressenti du contact avec les soignants ; « le seul souci du jeune médecin était de garder à mes yeux du prestige », « il est visible qu'elle ignore ma qualité de médecin, Dieu merci ! ». Il garde une vision des soins tranchée chez les médecins : « je suis pour les soins, plus abandonné qu'un chien malade dans les campagnes : c'est la rançon d'être médecin ». En comparaison avec nos interviewés, on peut voir que pour le Dr Allendy, il entre dans la peau du patient de façon contrainte et forcée. Ainsi il n'arrive jamais à nouer le moindre lien avec ses soignants, ne leur accorde aucune confiance et au final se retrouve dans une situation d'échec.

- Martin Winckler « la maladie de Sachs » [25] paru en 1998.

Nous citerons ce passage qui montre bien l'implication d'être médecin lorsqu'on tombe malade et ce d'autant plus que dans cet ouvrage, c'est la médecine qui cause cette maladie, le fameux burn-out ! « La médecine est une maladie qui frappe tous les médecins, de manière inégale. Certains en tirent des bénéfices durables. D'autres décident un jour de rendre leur blouse, parce que c'est la seule possibilité de guérir- au prix de quelques cicatrices. Qu'on le veuille ou non, on est toujours médecin. Mais on n'est pas tenu de le faire payer aux autres, et on n'est pas non plus obligé d'en crever ». Le burn-out est relativement peu évoqué par nos interviewés, mais leur point de vue est pour ainsi dire superposable à ce qui est énoncé dans cet ouvrage.

- Docteur Claude Rougeron et Frédéric Fournier « Les vrais secrets d'un médecin » [20] publié en 2003.

Le Dr Rougeron nous livre dans cet ouvrage un moment au combien particulier, puisqu'il découvre au cours de son écriture qu'il est lui-même malade. Il ponctue le récit de référence à sa propre maladie. Ce statut qui fait l'objet de notre thèse a été source de difficultés envers lui-même, « le médecin que je suis s'est cru plus malin que celui qui me soignait ! », « jamais je n'oublierai mon étonnante incompétence médicale envers moi-même... ». Mais aussi envers ses soignants : « par acquis de conscience, nous avons donc prévu de faire un bilan au retour de vacances », « ce confrère s'adressait à un autre médecin : il lui parlait donc de façon technique ». La maladie a marqué sa vie de façon indéniable : « ma maladie actuelle, provoquant des remises en question sur le sens de ma vie future, m'a fait prendre conscience de la nécessité d'une plus grande attention à l'égard de ces croisées inopinées de chemins de vie ». Dans cet ouvrage on retrouve une vision assez proche de celle de nos interviewés. Tous sont convaincus du fait qu'ils ne sont pas les plus adaptés à la prise en charge de leur propre santé. De même on peut voir que la maladie a changé leur vision de la vie.

- Docteur Sylvie Froucht-Hirsch « Le temps d'un cancer : chronique d'un médecin malade » [11] publié en 2005.

Dans cet ouvrage, Le Dr Froucht-Hirsch nous livre aussi son expérience de médecin/malade « le ton est sérieux, plus que d'habitude. Point n'en faut, l'annonce est faite. J'ai compris », la relation avec les soignants « j'ai pris le parti de tout comprendre et de ne pas discuter le traitement, car même si je suis médecin avec un savoir supposé, je ne suis pas oncologue ». Elle met en évidence toutes les difficultés du soin chez les médecins « pour un médecin, se retrouver de l'autre côté du miroir, endosser le rôle de patient avec son regard de médecin discret, quelquefois muet, voire aveugle, critique mais contraint, n'est pas simple, anodin, évident ». Au cours du livre elle assume être « privilégiée, entourée, non solitaire dans son itinéraire de patiente », mais que « le médecin/malade n'a existé que peu de temps », « le passage du médecin/malade au malade/médecin a vite évolué vers le seul parti pris de ma position de malade, persuadée qu'une telle imbrication ne contribue pas à la simplicité de la situation et à une bonne qualité de soin ». La similarité de point de vue et de vécu de la situation de notre étude entre ce récit et nos interviews est assez criante. Il en découle comme le laisse voir la dernière citation une prise en charge de qualité, même si le Dr Froucht-Hirsch semble cependant beaucoup plus passive que nos interviewés.

- Professeur Pascal Hammel « Guérir et mieux soigner » [14] publié en 2008.

Le Professeur Hammel livre au jour le jour son vécu de la maladie et du statut médecin/malade. On y découvre les difficultés qu'il a à surmonter son sentiment de « ne plus appartenir à la famille des blouses blanches », le fait d'être « de l'autre côté de la perfusion » mais aussi du statut d'humain malade « le médecin est un être humain comme les autres quand il tombe malade : inquiet, faillible, impatient parfois irrationnel voire superstitieux ». Être médecin lui a donné « l'impression d'avoir gagné un temps appréciable grâce à ma formation médicale qui m'a conduit à faire des examens poussés et à mon large réseau professionnel », mais cette situation engendre un « conflit psychologique important entre le médecin et le malade, comme les personnages du saint et le diable ». Sa pathologie a modifié sa pratique et lui a permis de réaliser comme « c'est hallucinant à quel point un médecin ignore ce qu'endurent les patients » mais aussi sa vie personnelle « il y a toujours un avant et un après la

maladie », « il va falloir apprendre à vivre avec cette tendance acquise à une lecture plus anxieuse des signes banals du corps ». Par rapport à nos interviewés, on peut voir que le Pr Hammel a bien plus de difficultés à vivre en harmonie avec son double statut. Pour tout le reste, être médecin lorsqu'on tombe malade engendre les mêmes avantages et implications que pour nos interviewés.

Cette revue de la littérature permet de comprendre pourquoi il existe si peu de médecin suivi par un médecin généraliste. L'appartenance au monde médical semble être antinomique avec le fait d'être malade et ce depuis toujours. Certains récits présentent pourtant aussi des similitudes avec nos résultats. Il faut bien rappeler que nous nous sommes intéressés à la frange de la population médicale qui a un suivi qui fonctionne et pour cela perdure. Cette revue de la littérature permet plutôt de comprendre pourquoi le suivi n'est pas mis en place chez la grande majorité des médecins. On se rend rapidement compte que lorsque ces médecins sont devenus malades ils ont en quelque sorte perdu leur étiquette et n'ont pas réussi à passer le cap et parvenir à devenir médecin-malade. Cette situation a engendré un mal-être tel qu'ils en écrivent un livre pour les aider à surmonter cela.

B. Comparaison à la relation médecin-patient ordinaire

Pour illustrer cette comparaison nous avons choisi l'ouvrage « la relation-médecin-patient » d'André Grimaldi et Julie Cosserat [12] et l'article des Cahiers Français « Les transformations dans la relation médecin/malade : mythe et réalités » [7]. Cette relation nous est présentée comme la relation asymétrique par excellence, de par la différence des rôles et statuts de ses partenaires et de par la complémentarité des attentes réciproques qui la gouvernent. Elle évolue vers une relation contractuelle, construite sur les principes du partenariat, visant la transmission d'un esprit et d'un savoir-faire, et l'autonomie maximale du malade. De façon plus poussée, est mise en évidence que les avancées des sciences et des techniques sont paradoxalement à l'origine de la crise du système de santé et des rapports conflictuels des malades avec leurs médecins. En effet, les progrès médicaux tendent d'une part à réduire l'homme à son animalité biologique, d'autre part à transformer la santé en marchandise. Du même coup, le malade tend à devenir un "consommateur de soins" défendant ses

droits, tandis que les médecins se transforment en "techniciens producteurs de soins" soumis aux contraintes économiques. Dès que ces besoins sont insatisfaits, le consommateur tend à mettre en cause son médecin. Les enseignements tirés de notre étude sont plutôt rassurants vis-à-vis de ce virage pris par la relation médecin-patient basique. Dans notre cas la relation ne revêt pas cet aspect conflictuel et la proximité entre les deux protagonistes reste une valeur de très grande importance. La première explication vient du fait que la relation n'est pas ou peu asymétrique. Cet équilibre et le sentiment d'appartenance à une grande famille tend à rendre la relation étudiée pour ainsi dire imperméable aux dérives d'ordre commerciales et juridiques.

Nous avons réalisé un deuxième parallèle, relatif à la Confiance, ce maître-mot dans la genèse de la relation médecin-patient. Dans les travaux sur la relation médecin-patient ordinaire [3,4,23], la place de la confiance envers son médecin est fondatrice. Celle-ci nécessite d'être présente dès le début et s'entretient au cours du suivi comme ont pu nous le livrer tous nos interviewés. Ce fondement est donc universel et nécessaire pour faire naître toute relation médecin-patient pérenne.

C. Ressenti sur le travail d'interview

L'éclairage que m'a apporté ce travail va me permettre à présent de livrer ma vision personnelle sur le sujet. Ainsi plusieurs points sont apparus importants à mon sens après la réalisation de l'analyse. Tout d'abord chaque entretien a été vécu d'une manière différente, du fait de la personnalité de la personne interrogée, des pathologies relatées, des lieux de rendez-vous, de la longueur des entretiens.

Le type de pathologie a été une des causes de difficulté au cours des différents entretiens. Les pathologies engageant le pronostic vital à plus ou moins long terme, ont rendu le déroulement des entretiens plus compliqué. Non pas en termes de volume du discours mais par le contenu émotif. Avec le recul on peut même souligner que les réflexions étaient plus structurées, les discours plus réfléchis que pour les interviewés atteints de pathologie aigus n'engageant pas le pronostic vital.

La rencontre avec les personnes s'est faite dans le lieu de leur choix. Les rencontres au domicile des personnes, m'ont donné l'impression d'une plus grande proximité avec la personne, une sorte d'intimité, qui a rendu la prise de distance plus

difficile. Cependant cela m'a semblé permettre à la personne de conserver le contrôle de l'entretien. Les rencontres à la faculté de Médecine étaient très proches de celles au cabinet, le cadre professionnel étant préservé. Le médecin relate son histoire en tant que patient avec le recul du médecin. Le contact visuel est important, cela m'a permis de mieux cerner le ressenti des personnes lors de l'entretien et ainsi d'attendre avant de poser certaines questions, ou de les laisser reprendre seul l'entretien.

Les personnes interrogées ont parlé facilement de leur pathologie, en donnant des détails, en révélant beaucoup d'elles-mêmes. Même si les entretiens ont été globalement fluides, certains « blancs » les ont interrompus. Des moments d'émotion, de grande tristesse, de souvenirs désagréables ont resurgi mais cela n'a pas entravé le bon déroulement de l'interview.

La confidentialité a été une chose importante à préciser et certains d'entre eux ont insisté sur ce point à plusieurs reprises lors des entretiens. On peut faire l'hypothèse que c'était par gêne, par honte ? Ou simplement par volonté de préserver leur vie privée.

D. Ressenti personnel

Plus intimement cette thèse a eu un impact sur moi. Avant la réalisation du premier entretien, je n'avais pas mesuré l'impact que ce travail pourrait avoir sur moi-même. Tous les jours nous sommes confrontés à des patients atteints par diverses pathologies, comme c'est le cas pour ces différents entretiens. Certaines consultations sont plus difficiles émotionnellement, nous le savons tous. Assez rapidement je me suis rendu compte de la crainte, voire de l'angoisse que provoque le fait de « devenir malade ». J'ai l'impression d'avoir pris conscience de la vulnérabilité du corps, non pas du médecin, en tout cas consciemment, mais que tout le monde peut être frappé du jour au lendemain par une pathologie plus ou moins grave, engageant ou non le pronostic vital. Mais peu importe la pathologie, après cet épisode, la vie sera modifiée, sa vision, la manière de la vivre. L'impact de cette pathologie sera présent aussi sur nos patients, sur les relations que nous entretenons avec eux, sur la façon de les prendre en charge. L'être humain est vulnérable, il faut l'accepter mais ce n'est pas toujours facile. Chaque entretien, pour des raisons diverses m'a touché. Il est rare, en

tout cas cela n'a été que très peu le cas pour moi, sûrement du fait de mon manque d'expérience, de prendre vraiment le temps de discuter, en détail, avec des personnes, de l'impact de leur pathologie sur leur vie. Durant ces 14 entretiens j'ai écouté 14 médecins m'expliquer en quoi leur pathologie avait eu un impact sur leur vie personnelle et professionnelle. Le métier de médecin est un choix, on ne le devient certainement pas par hasard, certains veulent peut-être contrôler la maladie ou seulement aider les autres, chacun a ses motivations personnelles plus ou moins conscientes. Lors de ces entretiens, certaines personnes n'ont pas caché leurs sentiments. Je ne sais pas si c'est l'identification à leur tristesse ou leur inquiétude, l'empathie ou plutôt la sympathie envers ces personnes mais certains blancs dans la conversation ont semblé durer des heures même si ce n'était pas le cas. Certains m'ont même fait revivre des situations qui ont marqué ma vie de par leur ressemblance avec ce que j'avais pu vivre. La dimension affective est une facette primordiale de la médecine et pour moi il existera toujours un avant et un après thèse. Celle-ci, bien que ne résultant pas d'une expérience personnelle, comme de nombreuses personnes ont pu le penser et le demander, m'a permis de réfléchir à la vie, à mon métier, à la place que je lui accorde dans ma vie. Je n'ai pas envie d'attendre d'être atteint d'une pathologie pour profiter de moments avec mes proches, comme ont pu le dire certains. La maladie peut nous toucher à chaque instant, je ne suis pas pressé d'en faire l'expérience, mais j'y ai réfléchi peut-être beaucoup plus que certaines personnes de mon âge ou exerçant le même métier que moi. Cette réflexion fait naître en moi un véritable questionnement au sujet de l'identification au malade.

L'identification au patient reste quelque chose de fréquent dans la pratique médicale. Au cours de mon travail de thèse j'ai pu mesurer combien ce phénomène, parfois seulement inconscient, revêt un caractère majeur dans la mise en place de la relation médecin-patient, majeur au point de concerner le patient et le médecin. Cette identification va intervenir à tous les niveaux. Le fait d'être médecin et d'avoir conscience que cela ne protège pas de la maladie est un moteur de bienveillance vis-à-vis du patient. Cela permet de dépasser certaines barrières, plus ou moins conscientes, facilement. Et cela permet aussi de voir celui qui nous consulte comme un frère qui recherche à notre contact quelque chose dont on pourrait avoir besoin à notre tour dans le futur. Plus personnellement, je consulterais plus facilement un médecin à qui je peux m'identifier et je tisserais des liens plus rapidement avec un patient présentant une anamnèse m'évoquant des souvenirs personnels. De même

une consultation et une prise en charge à notre image est toujours acceptée et appréciée plus facilement. En définitive, la situation sera vécue au mieux, la confiance sera accordée sans réticence et la relation médecin-patient renforcée.

En ce qui concerne la relation médecin-patient, comme tout médecin, j'ai connu cette période de ma vie où je n'appartenais pas encore à la grande famille médicale. Premier membre de la famille à devenir médecin, je peux vraiment dire que j'ai connu le fait d'être patient et seulement patient. Loin de dire que j'ai été un enfant malade, j'ai eu des problèmes de santé qui m'ont conduit à devenir patient malgré moi et ainsi consulter et même être hospitalisé. Je comprends tout à fait ce que les interviewés nommaient l'esprit confraternel. On n'en tire pas une meilleure prise en charge, la déontologie médicale fait que quand on est médecin on donne une qualité de soins équivalente à tous ses patients. Cependant dans une période difficile comme celle-ci, le fait de se sentir comme un membre d'une famille est véritablement un plus. La relation médecin-patient lorsque le patient est aussi médecin peut certes revêtir des pièges, mais à mon sens est une véritable richesse qu'il convient de faire perdurer autant que cela se peut !

Au final, je mesure toute la chance que j'ai eu d'étudier un des fondements de la pratique de la médecine : l'approche relationnelle, qui ne s'apprend pas dans les livres. Ce quelque chose qui se vit et se peaufine au grès des rencontres. Cette thèse apporte des enseignements qui peuvent faire changer la pratique de la médecine et la vision qu'a chaque médecin de son positionnement par rapport au patient. Il s'agit de rappeler l'importance qu'il y a à donner au patient la sensation d'être unique et que sa santé est jusqu'à preuve du contraire aussi importante pour lui que pour nous.

CONCLUSION

La santé des médecins en France est préoccupante. Cependant ce sujet reste très peu exploré et les solutions pour l'améliorer peu nombreuses et rarement satisfaisantes. Si celle-ci ne s'améliore pas véritablement, les conditions de travail ne peuvent pas à elles seules l'expliquer.

Comme on a pu le voir, le médecin patient n'est pas un patient comme les autres. Sa connaissance le pousse trop souvent à s'auto-diagnostiquer et s'auto-médiquer, attitudes qui peuvent être néfastes lorsqu'il perd toute impartialité devant une situation trop grave, trop lourde ou par simple déni. Le recours à un confrère est une chose encore trop rare dans le monde médical.

Le vécu de la maladie est souvent difficile, comme pour tout être humain. Il existe semble-t-il une incapacité à accepter le statut de malade lorsqu'on est soi-même médecin, pour cette majorité de médecins qui ne consulte pas alors qu'elle en aurait besoin.

Pourtant notre étude met en évidence que le fait d'accepter de confier sa santé à un confrère est un véritable soulagement et un gain de confort pour le médecin-patient. Les médecins interrogés ont vécu leur maladie avec toutes les difficultés qu'elle engendre mais ont pu trouver dans l'esprit confraternel de leurs pairs un soutien au combien important. Pour ces médecins qui ont choisi de confier leur santé à un confrère, retrouver une bonne santé et être considéré comme simple patient sont leurs seuls souhaits. Et parallèlement cela ne les empêche pas de rester médecin pour leurs propres patients. Au contraire, il semble que cela apporte un filtre particulier à la vision de la vie, de la médecine et une façon plus proche d'appréhender les malades.

Cette étude permet de supposer que la peur de la remise en cause de leur statut de médecin est en partie responsable de l'absence de consultation de certains médecins qui en auraient besoin. Est-ce par peur de voir leurs compétences remises en question ou de perdre leur singularité en étant assimilé à un patient ? Des études futures pourraient se pencher sur ces hypothèses en vue de cibler le message d'une nouvelle campagne de sensibilisation.

ANNEXE

GUIDE D'ENTRETIEN :

Bonjour et merci de me recevoir afin que vous puissiez répondre aux questions qui me serviront de base pour ma thèse. Ainsi nous allons tenter d'explorer votre vécu de la relation médecin-malade lorsque vous êtes tombé malade et que vous avez décidé de consulter un confrère.

L'entretien sera donc enregistré et utilisé de manière anonyme.

- Pouvez-vous me raconter la dernière fois où vous avez consulté un confrère ?

- Ça fait longtemps que vous consultez ce médecin ?
- Relations amicales ou autres avec le confrère (par exemple type de prise de RDV)

- Lorsqu'on est médecin, comment on réagit face à la maladie ?

- Et pour vous qui êtes médecin, c'est facile d'aller consulter ?

- Dernier recours
- Autres démarches avant
- Objectivité sur sa santé

- Qu'est ce qui change quand on est médecin et qu'on va consulter ?

- Déroulement de la consultation, prise en charge
- Ressenti, qualité des soins, règlement des honoraires, médecin déclaré...

- Pendant la consultation, le statut de patient ça change quelque chose pour s'adresser au médecin ? Et dans la relation médecin-patient ? (Communication, registre : familial ou distant, difficile de se confier)

- -ressenti de l'interviewé par rapport au médecin consulté : gêne, distance...

- relation au long cours : avec le temps, il y a des choses qui changent ?

- Comment se construit la confiance ?

- Qu'est-ce que cela vous a apporté finalement d'aller consulter un confrère ?

- Auriez-vous des conseils pour améliorer ce genre de consultation ?

BIBLIOGRAPHIE

1. ALLENDY R, *Journal d'un médecin malade*, Paris, Phébus, 2001
2. AYACHE M et DUMEZ H, *Le libellio d'Aegis*, « *Le codage dans la recherche qualitative une nouvelle perspective ?* », Vol 7 / N°2, été 2011, pages 33 à 46
3. BALINT M, *Le médecin, son malade et la maladie*, Paris, Payot & Rivages, 1996
4. BIZOUARN P, *Ethique et Santé*, « *Le médecin, le malade et la confiance* », Vol 5 / N°3, septembre 2008, pages 165 à 172
5. BLANCHET A et GOTMAN A, *L'entretien*, 2nd ed. Paris, Armand Colin, 2007
6. BONNEAUDEAU S, *Le médecin/malade : Un patient comme les autres ?*, Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine, Université de Paris Diderot, 2011
7. CARRICABURU D et MENORET M, *La santé*, « *Les transformations dans la relation médecin/malade : mythe et réalités* », Les cahiers français n°324, mai 2005, pages 79 à 84
8. Collège Français des Anesthésistes-Réanimateurs, « *Dis Doc, T'as ton Doc ?* », <http://cfar.org/didoc/> , consulté le 02 août 2017
9. Conseil Départemental de l'Ordre des médecins du Var, *Offre de soins dans le Var*, <http://cdom83.fr/2016/01/20/offre-de-soins-dans-le-var/> , consulté le 03 août 2017
10. DESPRES P et GRIMBERT I, *Santé physique et psychique des médecins généralistes*, 2010, <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/sante-physique-et-psychique-des-medecins-generalistes> , consulté le 11 juin 2017
11. FROUCHT-HIRSCH S, *Le temps d'un cancer, chronique d'un médecin malade*, Paris, Vuibert, 2005
12. GRIMALDI A et COSSERAT J, *La relation médecin-malade*, Paris, Elsevier Masson, 2004
13. GUELFAND G, *Les études qualitatives : Fondamentaux, méthodes, analyse, techniques*, Cormelles-le-Royal, EMS, 2013
14. HAMMEL P, *Guérir et mieux soigner, un médecin à l'école de sa maladie*, Paris, Fayard, 2008
15. KAUFMANN JC, *L'entretien compréhensif*, 3th ed, Paris, Armand Colin, 2011
16. LEJEUNE C, *Manuel d'analyse qualitative*, De Boek, Belgique, 2015
17. LERICHE B et coll, *Le médecin malade*, Conseil National de l'Ordre des médecins, juin 2008, <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/le-medecin-malade-746> , consulté le 11 juin 2017
18. MONTAIGNE, *Les essais*, 1595, consultable sur : <http://artflsrv02.uchicago.edu/philologic4/montessaisvilley/navigate/1/4/38/>
19. PASQUIER E, *Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé dans un travail de recherche en Médecine Générale*, Mémoire de Médecine générale Faculté de Médecine de Lyon Nord, Avril 2004

20. ROUGERON C et MOUNIER F, *Les vrais secrets d'un médecin*, Paris, Buchet/Chastel, 2004
21. SAINT LUC, *Chapitre 4 : Evangile selon Saint Luc*, <https://bible.catholique.org/evangile-selon-saint-luc/3243-chapitre-4> , consulté le 02 août 2017
22. THIBAUT M, *Le médecin malade*, Traité d'anthropologie, 1985
23. 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 pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine, Université de Nice, 2015
24. VOLTAIRE, *Lettre CXC. A Mr le Comte d'Argental*, Paris, Lefèvre et Deterville, 1818
25. WINCKLER M, *La maladie de Sachs*, Paris, P.O.L, 1998

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	6
INTRODUCTION	8
METHODE	10
I. TYPE D'ETUDE.....	10
II. POPULATION ETUDIEE.....	10
A. Critères d'inclusion.....	10
B. Mode de recrutement.....	10
C. Saturation des données.....	11
III. METHODOLOGIE DES ENTRETIENS.....	11
A. Choix de l'entretien semi dirigé.....	11
B. Réalisation du guide d'entretien.....	11
IV. REALISATION DES ENTRETIENS.....	12
A. Dates et lieux des entretiens.....	12
B. Matériel utilisé.....	12
V. METHODOLOGIE D'ANALYSE DES DONNEES.....	13
A. Première phase : la retranscription.....	13
B. Seconde phase : codage.....	13

RESULTATS	14
I. RESULTATS : CARACTERISTIQUES DESCRIPTIVES ET RESULTATS INTERMEDIAIRES	14
A. Recrutement et déroulement des entretiens	14
B. Caractéristique de la population interrogée	15
C. Résultats intermédiaires de l'analyse et saturation théorique	15
II. RESULTATS QUALITATIFS : EXTRAITS DU VERBATIM ET COMMENTAIRES	16
PARTIE A : Etat des lieux avant la consultation.	16
PARTIE B : Particularités de la consultation.	18
PARTIE C : La vision de la prise en charge et du confrère consulté	20
PARTIE D : Le vécu de la situation des deux points de vue.	22
PARTIE E : Une relation médecin-patient basée sur la confiance.	23
DISCUSSION	26
I. LIMITES ET POINTS FORTS DE L'ÉTUDE	26
A. Choix du type d'étude	26
B. Le guide d'entretien	26
C. Le recrutement	27
D. Réalisation des entretiens	27
E. Retranscription et analyse	28
F. Analyse de l'échantillon	28
II. ANALYSE COMPARATIVE	29
A. Le médecin et sa santé	29
B. Une consultation qui se veut être normale pour une prise en charge adéquate	30

	50
C. Une communication commune.....	31
D. Une relation particulière.	31
E. Les ressentis de la relation par les différents protagonistes.....	32
III.PARTIE REFLEXIVE.....	33
A. Contexte.....	34
B. Comparaison à la relation médecin-patient ordinaire.....	39
C. Ressenti sur le travail d'interview.....	40
D. Ressenti personnel.....	41
CONCLUSION.....	44
ANNEXE.....	45
BIBLIOGRAPHIE.....	46

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Résumé de la thèse :

Introduction et but de l'étude : La maladie du médecin est longtemps resté un sujet tabou. Seulement 20% des médecins ont déclaré un médecin traitant. L'auto-diagnostic et le déni de la maladie sont hélas souvent à l'origine d'un retard de diagnostic et de prise en charge. Lorsque le médecin a décidé de consulter un confrère généraliste quelle relation médecin-patient s'établit entre les deux médecins et modifie-t-elle le regard du médecin-patient sur sa santé ?

Matériel et méthodes : Etude qualitative basée sur 14 entretiens semi-dirigés de médecins, toute spécialité confondue, consultant un médecin généraliste. Une analyse thématique a été réalisée puis comparée à celle des médecins généralistes recevant en consultation des médecins.

Résultats : Après les phases réflexes d'auto-diagnostic et d'auto-traitement typiques du médecin, c'est d'une envie et d'une volonté de se décharger du poids que représente sa propre prise en charge, que naît le choix de consulter un confrère généraliste. Le réseau professionnel et l'esprit confraternel facilitent cette démarche. L'appartenance au monde médical des deux protagonistes, semble optimiser la prise en charge. La confiance reste le maître-mot. Le succès de la relation avec le médecin généraliste et de la prise en charge du médecin-patient nécessite de rester dans un contexte de consultation ordinaire.

Conclusion : Ce travail a montré que la prise en charge du médecin par un médecin généraliste était vécue comme un soulagement et un confort pour le médecin-patient. Notre travail ouvre la perspective d'une meilleure prise en charge du médecin-patient si ce dernier remet sa santé entre les mains d'un confrère généraliste.

Mots clés : médecine générale, médecins-patients, relation médecin-patient, étude qualitative