



HAL
open science

Attitude et ressenti des médecins généralistes soignant leurs confrères : étude qualitative

Lucie Duquenne

► **To cite this version:**

Lucie Duquenne. Attitude et ressenti des médecins généralistes soignant leurs confrères : étude qualitative. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02115522

HAL Id: dumas-02115522

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02115522>

Submitted on 30 Apr 2019

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 PICARDIE JULES VERNE
FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS

2018

N°2018-142

ATTITUDE ET RESENTI
DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES SOIGNANT LEURS CONFRÈRES :
ÉTUDE QUALITATIVE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE (DIPLÔME D'ÉTAT)

Médecine Générale

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 8 OCTOBRE 2018

PAR

DUQUENNE Lucie

Présidente de Jury :
Madame le Professeur Rachel DESAILLOUD

Juges :
Monsieur le Professeur Jean-Luc SCHMIT
Monsieur le Professeur Denis CHATELAIN
Monsieur le Professeur Alain DERVAUX
Monsieur le Docteur Smail AMAR

Directeur de thèse :
Monsieur le Docteur Guillaume DESCHASSE

Remerciements

À ma présidente de jury,

Madame le Professeur Rachel DESAILLOUD
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Endocrinologie, Diabétologie et Maladies Métaboliques)

Vous me faites l'honneur aujourd'hui de présider le jury de cette thèse,
Recevez mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération.

À mes Juges,

Monsieur le Professeur Jean-Luc SCHMIT

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Maladies infectieuses et tropicales)

Responsable du service des maladies infectieuses et tropicales

Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie"

(D.R.I.M.E)

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur de juger ce travail,

Soyez assuré de mon profond respect et de ma plus grande reconnaissance.

Monsieur le Professeur Denis CHATELAIN
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Anatomie et cytologie pathologique)

Vous me faites l'honneur de juger ce travail,
Soyez assuré de mon profond respect et de ma respectueuse gratitude.

Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Psychiatrie Adultes

Vous me faites l'honneur de juger ce travail,

Soyez assuré de mon profond respect et de ma respectueuse gratitude.

Monsieur le Docteur Amar SMAIL

Praticien Hospitalier

(Médecine Interne et Maladies Systémiques)

Je vous suis reconnaissante pour votre bienveillance.

Vous me faites l'honneur de juger ce travail,

Soyez assuré de mon profond respect et de ma respectueuse gratitude.

À mon Directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Guillaume DESCHASSE

Praticien Hospitalier

(Gériatrie)

Je te remercie infiniment d'avoir dirigé mon travail de thèse durant ces trois années.

Merci pour ta disponibilité, ta confiance, tes conseils, ta patience et tes encouragements.

Aux généralistes interrogés dans cette étude,

Merci pour votre accueil et votre disponibilité. Nos échanges ont été intéressants et enrichissants et j'ai beaucoup appris de votre partage d'expérience. Sans vous ce travail n'aurait pu aboutir. Merci de m'avoir montré une belle image de la médecine générale, du libéral et de la confraternité !

À Aline Corvol,

Merci pour ta disponibilité, tes conseils et ta gentillesse, j'ai appris beaucoup de choses sur le qualitatif et le paradigme constructivisme grâce à toi.

À Marie Leclercq,

Merci d'avoir accepté de participer à la triangulation de mes entretiens. Vivement nos prochaines sorties pour chiner et échanger sur la restauration de nos meubles vintage !

À mes relecteurs assidus, Maman, Alice, Laura et Sébastien,

Merci pour votre réactivité et votre efficacité !

À mes Maîtres de Stage Universitaire, Docteurs Bellenguez, Creteur, Dumortier, Lefetz, Legroux et Roué,

Merci pour votre confiance et votre enseignement.

À ma famille,

À mes parents,

Mon Papa et ma petite Maman, merci pour votre soutien, tout l'amour que vous m'offrez, de toujours me soutenir dans mes projets aussi multiples soient-ils, de m'avoir encouragée à faire de la guitare, du hip-hop, à lire, à dessiner, à créer, à faire des études et choisir un métier que j'aime. Vous m'avez toujours appris à voir le bon côté des choses dans toutes les situations, à pardonner aussi, l'humilité et la générosité. Merci pour tous les moments formidables que l'on partage ! Vous êtes ma "force tranquille". Merci Maman pour les heures passées à me faire réviser les dates d'embryologie, d'avoir "passé l'ECN" avec moi, d'avoir lu et relu ma thèse, de toujours croire en moi ! Merci Papa de m'avoir aidée pour la mise en page, d'être toujours au taquet et disponible pour me coacher (le sport, le bricolage, mes tentatives pour devenir plombier !).

À mes sœurs,

M'Alice et Laura, mon p'tit ange, vous êtes indéniablement les personnes les plus chères à mes yeux. Vous êtes ma force, mon bouclier et ma joie. Quelle chance de partager toutes les étapes importantes de notre vie ensemble ! Je vous aime tendrement et je serai toujours là pour vous. Merci pour les multiples relectures de ma thèse.

À mon beau-frère,

Maxime, merci de prendre soin de ma p'tite perruche !

À mes grands-parents maternels,

Mémé, j'en ai passé des heures chez toi à réviser, à dessiner, à lire, apprendre à coudre, à manger tes repas délicieux, à construire de merveilleux souvenirs pendant que tu nous racontais l'histoire de notre famille. Merci de m'avoir aidée à me construire, à avoir guidé mes pas jusqu'à aujourd'hui.

Pépé, j'ai gardé de toi les doux souvenirs gravés par mon regard d'enfant, j'aurais aimé que tu sois encore parmi nous.

À mes grands-parents paternels,

Pépé, je sais que tu es fier de moi. Merci d'avoir confiance en moi !

Ma petite Reine, merci pour tes éclats de rires, tes bisous ourlés de tendresse, de m'avoir toujours souhaité le meilleur.

À tout le reste de ma famille,

Mes oncles et ma tante, mes cousins et ma cousine, merci pour votre soutien, votre gentillesse et votre amour.

À mon Sébastien,

*Merci de mettre du soleil et des sourires dans ma vie, à deux c'est sûr, le vent nous portera !
Merci de m'avoir conseillée, aidée et soutenue (et pour les innombrables relectures !).*

À mes amis,

“Il y a au fond de vous de multiples petites étincelles de potentialités ; elles ne demandent qu'un souffle pour s'enflammer en de magnifiques réussites.” Wilfred A Peterson

Alicita, tu es mon petit grain de folie dans ma vie trop bien rangée. Nos débats, nos rires et nos rêves ont guidé notre adolescence. Il paraît que les folies sont les seules choses qu'on ne regrette pas. Il me tarde de parcourir l'Amérique du Sud à tes côtés (j'irai où tu iras !).

Cassandra, Cédric, Lilian, Claire, Benji, Samir, Latifa, Cyrielle, Estelle, Iris, Anaïs, Pierre, Mathilde, Mathieu, Sandra, Amandine, Yann, Émilie, Charline, Julie, Gwenaële, Marie, Sarah, Agathe, Gagan, Mai Thi, du lycée à la fac, les études ont été plus douces et sont passées tellement vite en votre compagnie !

La “Team PCMP” : Mes beautés Fanny, Audrey, Coco, Andréa, Lucile, Stéph et Nico, Paul, Clément, Armand : des souvenirs on en a des tas, des photos tout autant (quand on aime on ne compte pas !). Passer du temps avec vous, c'est un bonheur sans limite !

Victoria, de ta générosité au thé, des jeux de mots aux mots qui reconfortaient, pas de doute tu es ma fée maraboutée ! Merci !

Mathilde, mon modèle dès mes premiers pas d'externe, je ferai en sorte d'être à la hauteur de toute ta confiance et de ton soutien.

Khansaâ (et Arthur), nos soirées cocoonings ont rythmé cette dernière ligne droite avant la thèse (ça méritera une photo !).

À L'ISNAR-IMG,

Une expérience incroyable d'une année qui m'a permis de rencontrer des gens de tout horizon, d'apprendre à travailler et vivre en groupe durant nos semaines de bureau. J'ai appris énormément de choses. Les échanges, les idées partagées, le fait d'être tous motivés et investis pour défendre les internes de médecine générale, autant de richesses qui m'ont porté durant cette année. Merci à Alex, Alice, Corentin B., Nico, Agnès, Max, Kathy, Mayeult, Guillaume, Marine, Paul, Joseph, Florian, Corentin L., Anaïs, Tatiana, Isa, Maria, Yara, Gauthier, Racha, Camille, Stéphane, Yves-Marie, nos secrétaires Bab et Cécile.

Au SAPIR-IMG,

Merci à Marine, Aymeric, Thibault, Antoine, Alexis, Côme, Nicolas, Marion, Ninon, Charlotte, Kévin, Julien, Harmo et Stéphanie.

À mes soignants,

Merci d'avoir pris soin de moi, vous ne m'avez pas toujours vue sous mon meilleur jour et si je vais mieux aujourd'hui c'est aussi grâce à vous : Dr Dumortier, Dr Suceveanu, l'équipe d'UNV et neurologique de Compiègne, Dr Smail, Dr Bernard, Dr Seron, Monsieur Nagib (et Anne).

À mes secrétaires préférées,

Merci à Vanessa, Renilde, Marie-Christine et Agnès pour votre bonne humeur et votre efficacité !

À ceux que je n'ai pas cité mais qui m'ont soutenue durant toutes ces années, je vous remercie.

Table des matières

Remerciements	2
I - Introduction	14
II - Matériels et méthodes.....	16
1 - Population étudiée et mode de recrutement	16
2 - Préparation des entretiens.....	16
3 - Déroulement de l'entretien.....	16
4 - Transcription des entretiens et anonymisation	17
5 - Analyse des entretiens.....	17
6 - Triangulation	17
7 - Saturation des données	18
8 - Questions épistémologiques	18
1 - Approche constructiviste	18
2 - Critères de validité.....	19
III - Résultats	21
1 - Caractéristiques de la population étudiée et des entretiens	21
2 - L'organisation de l'activité de soins	22
1 - Le motif	22
2 - Le lieu de consultation.....	23
3 - La durée	23
4 - La prescription.....	23
5 - Le règlement.....	23
6 - Les spécificités du soin d'un confrère	23
3 - Les difficultés rencontrées	25
1 - Un anonymat difficile à préserver	25
2 - Retard de prise en charge.....	25
3 - Une proximité synonyme d'absence de recul.....	26
4 - Investissement affectif et engagement émotionnel excessif.....	26
5 - Pudeur.....	26
6 - Stress de performance.....	27
7 - Le médecin refusant d'être patient	28
4 - Quelles solutions ?	29
5 - Théorisation ancrée	33
IV - Discussion.....	34
1 - Choix du sujet.....	34
2 - Intérêts, limites et biais de la méthode qualitative	34
1 - Choix de la méthode qualitative	34

2 - Choix de la théorisation ancrée	35
3 - Les limites du constructivisme en épistémologie	35
4 - Constitution de l'échantillon	36
5 - Déroulement et analyse de l'entretien	36
3 - Discussion avec la littérature.....	37
1 - Les spécificités du soin d'un confrère	37
2 - Les difficultés inhérentes au soigné.....	38
3 - Les difficultés inhérentes au soignant	38
4 - Les conséquences	38
5 - Les solutions	39
6 - Faiblesses.....	41
7 - Forces.....	41
V - Conclusion	43
VI - Références bibliographiques.....	45
VII - Annexes	48
1 - Annexe 1 : guide d'entretien	48
2 - Annexe 2 : tableau Excel des caractéristiques des médecins et des entretiens	49
3 - Annexe 3 : Théorisation ancrée : schéma explicatif	50

I - Introduction

Patients depuis le plus jeune âge, nous sommes suivis, soignés par le médecin qu'il soit généraliste, pédiatre, ou de toute autre spécialité. Le suivi s'étaye ensuite lors de l'adolescence puis lors de la poursuite des études, lorsque le jeune étudiant s'éloigne du foyer familial. Les étudiants en médecine s'immergent progressivement dans le milieu médical et hospitalier. Les futurs docteurs pratiquent leurs premiers autodiagnos qu'ils soumettent de moins en moins à leur médecin généraliste. Parmi les étudiants lillois, 39 à 61% consultent rarement ou jamais leur médecin traitant [1].

Devenus internes, leur suivi se limite pour la plupart à quelques visites en médecine du travail et l'autoprescription vient compléter leur prise en charge. Les internes trouvent plus de facilité à s'automédiquer qu'à consulter. Certains voient dans le statut de malade une perte de leur identité sociale [2].

Devenus docteurs, le droit de prescription et la connaissance de la sémiologie les amènent à poursuivre facilement l'automédication. Cette pratique est retrouvée de manière significative dans vingt-sept études, chez plus de 50% des médecins interrogés [3].

Le médecin généraliste devient petit à petit quasiment étranger au suivi de ses confrères. Actuellement, 80% de médecins en France n'ont pas déclaré de médecin traitant personnel, tandis que 85 à 90% des médecins généralistes s'autodéclarent médecin traitant [4,5].

Pourtant une enquête épidémiologique réalisée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) en 2016 sur la santé globale des médecins rapporte qu'un quart d'entre eux se déclare être en état de santé moyen ou mauvais. [6] L'enquête épidémiologique sur la santé mentale des jeunes médecins de 2017 montre que seuls 45,3% des jeunes et futurs médecins ont déjà consulté un médecin du travail [7].

Plusieurs facteurs liés à la profession médicale favoriseraient un retard de prise en charge. C'est le cas notamment de la surcharge de travail avec des horaires peu compatibles pour organiser un suivi [8]. Un faible accès à la prévention ou à la médecine du travail pour les médecins libéraux limite considérablement la pratique du dépistage chez les médecins. Les

médecins éprouveraient aussi à la fois de la pudeur et de la honte d'être eux-mêmes malades et surtout d'être inaptes à se soigner.

En effet, d'après une étude qualitative du British Medical Journal (BMJ), les médecins tiennent à présenter une image saine auprès de leurs confrères et patients. Cette image de pleine santé occulte la reconnaissance de leurs propres problèmes de santé. Paradoxalement ces médecins ne réaliseront pas de dépistage car cela pourrait briser cette image. [9]. Leriche définissait cette attitude comme une cécité professionnelle qui traduisait un manque de bon sens dans l'analyse de sa propre santé [10]. Le médecin malade est donc un patient à part.

Des centres spécialisés et des formations spécifiques concernant le burn-out, les addictions et pathologies psychiatriques des médecins font actuellement leurs émergences. Les Agences Régionales de Santé (ARS) financent des unités de soins dédiées aux soignants.

Soigner un confrère semble aussi impliquer certaines spécificités comme le partage des connaissances ou encore le vocabulaire médical. La relation médecin-patient peut alors paraître plus facile mais elle peut aussi entraîner une confusion des rôles et créer une ambiguïté [11]. Dans ce cas, le médecin-soignant peut se sentir trop proche du médecin-malade pour garder son objectivité et le soigner correctement.

De même, la relation de confiance peut être altérée par un partage des connaissances médicales, des techniques de communications ou de mise en confiance qui peuvent ainsi perdre de leur efficacité.

Cette relation médecin-soignant, médecin-soigné a déjà fait l'objet de quelques recherches qualitatives démontrant la difficulté du point de vue du soigné. Le ressenti et les attitudes du médecin soignant son confrère reste un domaine très peu étudié. Au niveau national, on retrouve deux études qualitatives [12,13] et une quantitative [11] sur le point de vue du médecin-soignant.

Face au manque de données sur le sujet, il semblait judicieux de se pencher sur le médecin qui soigne son confrère et de rechercher les spécificités de cette relation.

L'objectif principal de cette étude est de déterminer l'attitude et le ressenti des médecins soignant leurs confrères. L'objectif secondaire est d'identifier les facteurs facilitant cette relation entre soignant-soigné.

II - Matériels et méthodes

Il s'agissait d'une étude qualitative réalisée à l'aide d'entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes volontaires, ayant soigné au moins un confrère.

1 - Population étudiée et mode de recrutement

La population étudiée était des médecins généralistes libéraux exerçant dans les départements de l'Aisne, l'Oise et la Somme. Ces derniers avaient soigné au moins un confrère lors de leur exercice. L'étude excluait les soignants praticiens hospitaliers.

Afin de recruter les participants, les secrétariats des médecins généralistes installés dans les départements de l'Aisne, l'Oise et la Somme et inscrits sur Ameli.fr ont été contactés afin d'obtenir les adresses mails. Un courriel expliquait l'objet de l'étude et les invitait à répondre si le sujet les concernait et s'ils étaient volontaires pour échanger sur leur expérience de médecin-soignant lors d'un entretien anonymisé.

Un rendez-vous était convenu avec les volontaires pouvant être inclus dans l'étude.

2 - Préparation des entretiens

Un guide d'entretien a été rédigé. Il a été validé par le Département de Médecine Générale (DMG) (Annexe 1). Le guide comportait cinq grands axes. Il contenait des questions ouvertes et neutres avec des relances afin de recentrer l'interviewé ou de préciser les thèmes abordés.

La première partie invitait le médecin à se présenter sur le plan personnel et professionnel. Le deuxième axe portait sur l'organisation de l'activité de soins lors de la prise en charge d'un confrère. Le troisième point s'attachait à définir les différences rencontrées par rapport à un individu lambda. Le quatrième axe permettait d'étudier son vécu personnel de cette situation. Le dernier point visait à connaître les difficultés rencontrées sur le plan relationnel ou médical. J'invitais ensuite le médecin à compléter librement l'entretien s'il souhaitait aborder d'autres points en lien avec le sujet.

3 - Déroulement de l'entretien

Les entretiens ont eu lieu entre le 26 mai 2017 et le 28 novembre 2017. Le lieu d'entretien était défini selon la convenance personnelle du médecin (à son cabinet, son domicile ou au domicile de l'investigateur), dans un environnement calme.

En début d'entretien, le sujet abordé et les conditions de l'entretien (enregistrement audio et anonymisation) étaient précisés. Les participants signaient ensuite un formulaire

d'autorisation d'enregistrement approuvé par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

L'enregistrement était effectué à l'aide de l'application *Enregistreur vocal* d'Android sous format M4A.

Les entretiens enregistrés étaient toujours suivis d'un entretien informel non enregistré. Ces données ont été prises en compte lors de l'interprétation des interviews.

4 - Transcription des entretiens et anonymisation

Les enregistrements ont été retranscrits mot à mot en utilisant le logiciel Word. La retranscription verbatim tenait compte des onomatopées, des hésitations, des pauses et des expressions du langage parlé. Pour garantir l'anonymat, les entretiens ont été classés par ordre chronologique de rendez-vous. Les initiales des médecins ont été remplacées par des lettres choisies de manière arbitraire. Les noms des villes et des personnes nommées ont également été modifiés par une seule lettre (la 2ème du nom). Par exemple la ville de Winchester devenait I. et Harry devenait A.

5 - Analyse des entretiens

Les entretiens ont été analysés selon la méthode de théorisation ancrée décrite par Glaser et Strauss [14]. Elle vise à obtenir une théorie issue de données recueillies auprès de personnes ayant une expérience significative, permettant la description approfondie du phénomène étudié. L'analyse des entretiens a été réalisée à l'aide du logiciel Nvivo et correspond à une analyse comparative continue. L'encodage consistait à interpréter les données recueillies phrase par phrase voire mot par mot. L'idée qui ressortait des données retranscrites était synthétisée en quelques mots, ce qui formait un « nœud ». Chaque nouveau nœud était comparé à l'ensemble des nœuds afin d'établir des relations entre chaque nœud. Ceci permettait de les classer et de les hiérarchiser. Chaque entretien était relu plusieurs fois pour ne pas omettre d'interpréter des données. Une fois l'ensemble des entretiens encodés, tous les entretiens ont été relus et analysés à nouveau. Cette mise en relation au fil des entretiens a permis d'établir une théorie. Cette théorie est dite ancrée puisqu'elle a été émise à partir des données des entretiens. Elle n'a pas pour vocation d'établir une vérité absolue mais a permis de présenter un point de vue, une interprétation possible d'une réalité.

6 - Triangulation

La triangulation est une technique inspirée de la trigonométrie. Elle est fondée sur l'hypothèse qu'il est possible d'identifier la position d'un point dans l'espace en partant de

deux observations qui sont situées sur deux points connus. Par analogie, elle fait référence à l'usage croisé de plusieurs techniques de recueil de données.

Elle permettait de garantir une certaine rigueur scientifique dans l'interprétation des données. Le premier mode de triangulation est la **triangulation de chercheur** (où la recherche a recours au point de vue de plus d'un chercheur pour 15 à 20% des entretiens effectués). Les entretiens ont été analysés par le Docteur Leclerc Marie, médecin généraliste, de manière autonome. La triangulation permettait de vérifier la concordance des nœuds trouvés lors des encodages. Elle a été effectuée sur 20% des entretiens (soit 3 entretiens). Le deuxième mode de triangulation est la **triangulation écologique** : les analyses et les interprétations ont été soumises à la vérification auprès des sujets participant à la recherche via une vidéo. Le troisième mode de triangulation est la **triangulation théorique**, la théorie établie est comparée aux théories préexistantes issues de la littérature.

7 - Saturation des données

Le nombre d'entretiens nécessaires ne pouvait être défini à l'avance. La recherche qualitative imposait d'effectuer des entretiens jusqu'à ce qu'ils n'apportent plus de nouvelle information et qu'ils ne fassent que confirmer ce qui avait été analysé dans les précédents. La saturation des données était alors atteinte.

8 - Questions épistémologiques

1 - Approche constructiviste

Les sciences sociales sont dominées par deux approches : l'une néopositiviste, l'autre constructiviste [15].

L'approche néopositiviste présuppose une totale indépendance entre l'objet observé et son observateur. La validité de l'étude découle de l'objectivité du chercheur et la rigueur de ses analyses. L'étude d'un objet doit toujours aboutir au même résultat quel que soit le chercheur.

Cette approche semble difficilement applicable à l'étude du ressenti d'un groupe. Le choix des mots utilisés par le chercheur, le simple fait de se présenter comme effectuant cette étude dans le cadre d'une recherche influence les réponses obtenues. Il semble irréaliste de prétendre que les conclusions issues de l'analyse sur un sujet large comme « soigner un confrère » soit irrémédiablement identiques quel que soit le chercheur.

Mon objectivité est révoquée dans la mesure où j'exerce comme médecin généraliste remplaçante et qu'au cours de ma pratique j'ai été amenée à soigner des confrères. Mon expérience personnelle de la maladie à la suite d'un accident vasculaire cérébral en 2015 peut également influencer mon interprétation des données recueillies. Ce vécu de la maladie a largement influencé le choix et l'intérêt que j'ai porté à mon sujet de thèse pendant ces trois années.

Ce qui constitue indéniablement des biais pour une approche néopositiviste peut, à l'inverse, être des atouts pour une approche constructiviste. Cette approche tient compte de la subjectivité du chercheur dans l'analyse des données. Ainsi le chercheur doit faire preuve d'authenticité et de réflexivité concernant la manière dont son expérience personnelle influence son analyse [16]. L'engagement et l'investissement du chercheur compte plus que son objectivité. L'objectif final est de créer un modèle pour comprendre la réalité. D'après Glaserfeld, « *plusieurs clefs peuvent ouvrir la même porte* », ceci signifie qu'une même réalité peut être décrite et comprise par différents modèles [17]. Deux chercheurs peuvent donc obtenir des résultats différents mais valides. L'élaboration du phénomène observé découle des participants et le regard du chercheur peut également contribuer à son aboutissement. Les critères de validité d'une étude qualitative fondée sur un paradigme constructiviste comprennent à la fois la rigueur dans le recueil et l'analyse des données, la crédibilité et l'engagement du chercheur ainsi que l'enseignabilité des résultats et leur pertinence pour les personnes concernées [18].

2 - Critères de validité

Si les critères de validités font consensus en recherche quantitative, ils sont largement débattus en recherche qualitative [18], a fortiori dans un paradigme constructiviste [16].

La validité d'une recherche en santé publique repose sur quatre critères principaux [19] :

- La **pertinence de la sélection des participants** par rapport à la question posée.
- La **pertinence des méthodes de recueil de données** en adéquation avec la question posée.
- La **richesse du recueil de données**, fonction de la durée de l'étude, du nombre de chercheurs et du degré d'implication.
- **L'analyse des données** qui doit être itérative, faire l'objet d'une triangulation de chercheur. Le recueil doit être poursuivi jusqu'à saturation. Puis les résultats doivent être validés par un retour aux participants (triangulation écologique).

Le choix d'un paradigme constructiviste implique d'ajouter l'engagement et la réflexivité du chercheur [16,18] ainsi que l'enseignabilité [20] du cadre théorique obtenu. Ce dernier critère d'enseignabilité correspond aux notions de pertinence, voire d'utilité, de simplicité et d'acceptabilité par les personnes auxquelles il s'adresse [16]. Ces derniers critères nécessitent également d'organiser un retour aux personnes concernées afin de valider les résultats de la recherche.

III - Résultats

1 - Caractéristiques de la population étudiée et des entretiens

Du 22 mai 2017 au 5 juillet 2017, 506 médecins généralistes exerçant dans les départements de l'Aisne, l'Oise et la Somme ont été contactés pour les solliciter à participer à mon étude.

Quinze médecins généralistes étaient éligibles et ont accepté de participer aux entretiens.

Les entretiens se sont déroulés du 26 mai au 28 novembre 2017.

Les entretiens duraient de 30 minutes à 1 heure 30 avec une moyenne de 45 minutes. Ces entretiens comportaient des enregistrements de 7 à 26 minutes et étaient poursuivis par des entretiens informels. Les informations issues de ces entretiens informels ont servi lors de l'encodage et l'interprétation des données enregistrées.

Six hommes et neuf femmes ont été interrogés. La moyenne d'âge était de 51 ans. Sept d'entre eux exerçaient en rural, quatre en semi-rural et quatre en milieu urbain. Trois étaient installés dans l'Aisne, sept dans l'Oise et cinq dans la Somme. Deux exerçaient seuls, dont une avec une équipe de paramédicaux, douze en cabinet de groupe et un en maison de santé pluridisciplinaire. Six étaient maîtres de stage universitaire. Parmi les activités associées à la médecine générale, on retrouvait deux conseillers ordinaires, une sexologue et médecin coordinateur de maison de retraite, un médecin coordinateur de soins palliatifs ambulatoires, un médecin gériatre et expert agréé, un médecin exerçant à SOS médecin, et un dernier ayant repris une activité en emploi cumul retraite.

Treize médecins sur les quinze interrogés étaient déclarés comme médecin traitant d'autres médecins. Les deux restants l'ont été une fois.

La saturation de données a eu lieu à partir du onzième entretien.

Les caractéristiques socio-démographiques des médecins interrogés et celles des entretiens ont été regroupées dans un tableur Excel (Annexe 2).

2 - L'organisation de l'activité de soins

Au cours des entretiens, nous avons abordé les différentes modalités de la prise en charge des médecins-soignés.

1 - Le motif

Le motif de consultation pouvait être :

- une **formalité administrative** : « ça m'est arrivé d'être médecin traitant de quelqu'un, même d'un couple de médecins simplement pour remplir un formulaire d'assurances pour un prêt », « la sécu [...], la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF) et les organismes demandent des arrêts de travail, on n'a pas le droit de faire un arrêt de travail seul. Il faut que ça soit un tiers ».
- une **pathologie aiguë** : « les médecins que je soigne c'est plus à l'occasion de problèmes intercurrents ».
- un **deuxième avis** (en plus de leur propre avis médical ou d'un spécialiste) : « elle voulait avoir une confirmation, pour avoir un autre regard sur sa pathologie », « il me demandait un deuxième avis par moi après l'urologue [...] quelque part il était venu me voir car il avait un problème épineux et qu'il avait du mal à prendre une décision et il voulait que moi je l'éclaire : c'est un peu difficile comme situation ».
- un suivi de **pathologie chronique** : « il était hypertendu, après il a fait un AVC et donc c'était tout un suivi », « un syndrome dépressif ».
- un suivi **gynécologique** : « [Elle] préfère venir pour sa contraception dans un cabinet de médecine générale parce qu'elle trouve que c'est plus discret que dans un cabinet spécialisé ».
- Plusieurs médecins soulignaient qu'un médecin consultait rarement pour un motif bénin et que le simple fait qu'il vienne en consultation présageait une **pathologie grave** : « C'est toujours pour une pathologie lourde, [de la cancérologie], j'ai jamais vu un médecin généraliste consulter pour une angine (rire) ni pour un cor au pied... ».

2 - Le lieu de consultation

Les soignants attendaient pour la plupart que leur confrère s'adapte aux **mêmes conditions** que les autres patients : « *C'était en consultation. Ils viennent [au cabinet]* », « *au domicile* ».

3 - La durée

La durée des consultations est soit **identique** « *c'est similaire* », soit **augmentée** : c'est « *un temps un petit peu dédié parce que forcément c'est toujours une consultation un petit peu plus longue* ».

4 - La prescription

La prescription est menée par le médecin-soignant, **parfois renouvelée par le soigné** : une commodité pour le soigné qui peut altérer le suivi. « *Avec le problème parfois, ça, ça m'est arrivé aussi, de renouvellement intermédiaire directement par le praticien en question... et puis c'est pas forcément toujours facile d'avoir un suivi régulier* ».

5 - Le règlement

Le règlement des consultations peut s'effectuer selon trois modalités :

- Le **tiers payant** : « *le polypathologique étant en Affection Longue Durée (ALD) je lui fais en tiers payant* ».
- Le **règlement** : « *on les fait régler* », « *d'autres pour être à l'aise dans la relation de soin ont besoin de payer de façon à ne pas se sentir redevable vis-à-vis du soignant* ».
- La **gratuité des soins**, que les médecins justifient par une volonté de confraternité : « *on reste dans la confraternité et je sais que personnellement, j'ai jamais eu un confrère qui m'ait demandé de le régler et j'en procède de même* ».

6 - Les spécificités du soin d'un confrère

1 - Soin d'un pair

Le statut socio-professionnel de médecin, identique au soignant, induit une **identification**. L'appartenance au même milieu, l'utilisation d'un même langage entraîne une **proximité**. Cette **accessibilité** gomme la distance qui peut exister entre un médecin et un patient. « *Il y a obligatoirement un transfert* », « *généralement les gens qui viennent vous voir vous les connaissez et ils vous connaissent* ». Le patient ne « *va pas être perçu comme un patient lambda parce qu'il y a une capacité d'analyse en face différente, on a parfois même*

l'impression que ce qui va être standard avec quelqu'un là justement il peut y avoir une attente différente ». « La difficulté de la prise en charge elle est là. C'est entrer en relation qui est à mon avis compliqué ».

La prise en charge est perçue par le soignant comme un **échange** entre pairs : *« car ce patient particulier qui est notre confrère, quand il va en consultation spécialisée, il ne subit pas la consultation, il l'anime, c'est-à-dire qu'il pose des questions pour savoir comment, pourquoi, quels traitements prendre, donc quand il revient il rapporte cette consultation là et c'est plus dans l'échange », « la consultation elle est plus d'égal à égal puisqu'au niveau des connaissances à la limite le médecin qui vient me consulter est peut-être meilleur que moi ».*

2 - L'expérience personnelle de la maladie

Le médecin-soignant ayant déjà basculé dans le rôle du patient trouvait plus aisé de comprendre les attentes ou la démarche du médecin-soigné : *« Moi-même j'ai été malade à un moment donné et j'ai été confronté à ça, où en fait les médecins n'osent pas forcément nous dire les choses. Et nous on s'attend à ce qu'ils nous disent les choses, qu'ils nous donnent un diagnostic, etc. ».*

3 - Syndrome Very Important Person (VIP) : valorisation de la profession

La profession du patient se retrouve alors valorisée par le médecin-soignant. *« Je suis et je reçois en tant que médecin et pas en tant que confrère mais n'empêche qu'on est confrère quand même ». « La relation n'est pas la même. Parce qu'on sait que la personne en face de nous, c'est quelqu'un qui a un savoir médical ».*

Le soigné peut parfois bénéficier de **traitements de faveur** qui lui sont propres comme :

- la **gratuité des soins**,
- la possibilité de consulter avec un **horaire dédié** : *« Il y a toujours la confraternité qui joue ce qui fait qu'on s'arrangeait toujours pour trouver un rendez-vous même s'il n'y avait pas de place ».*
- un **temps d'écoute plus long** : *« je le prenais en dernière position, le soir, en dernière position pour le temps »* et *« je ferme la porte derrière eux. Je ne peux pas être dérangé après ».*
- une **disponibilité assurée** même en cas d'absence de créneau libre. Les consultations pouvaient avoir lieu de manière **impromptue**, en dehors des horaires habituels :

« C'est de façon informelle [...] souvent en fin de journée, quand on est libre », « c'est entre 2 portes ».

- des demandes d'**avis téléphoniques** : « quand c'est des confrères, c'est vrai que souvent ça peut se faire par téléphone ».
- et une attention particulière au **désir d'anonymat**. « Quelque part on les protège ». « Le dernier rendez-vous c'est aussi pour protéger, je me suis dit c'est aussi pour protéger l'anonymat, l'intimité », « c'est aussi pour qu'il ne soit pas vu dans la salle d'attente ».

Certains soignés s'attribuaient des passe-droits et faisaient preuve d'impolitesse. Certains tendaient à ne **pas respecter les habitudes d'exercice** de leur médecin : « il prend rendez-vous ou sinon il vient à l'improviste », « quand il prend rendez-vous de toutes façons il est en retard d'une demi-heure ou trois quarts d'heure ».

Certains patients-médecins s'octroyaient aussi le droit d'être plus **familier** : « Tes patients ils vont pas se permettre, eux ils se permettent ». Ces dernières façons de procéder semblaient embarrasser le soignant : si celui-ci décrit éprouver de la difficulté à pratiquer de cette manière, il n'empêche qu'il le tolérait : « C'est pas évident de contredire un patient médecin », « j'ai du mal à le recadrer et à... être plus restrictif avec lui qu'avec un patient lambda ».

3 - Les difficultés rencontrées

1 - Un anonymat difficile à préserver

Le secret médical prend une autre tonalité chez une personne qui est connue et peut facilement être reconnue. Les informations dans les villages, mais aussi parmi la profession soignante, peuvent facilement se transmettre et briser le secret médical voir porter préjudice au médecin-soigné. « Le patient que je suis pour polypathologie a eu à un moment un poste de responsabilité locale et il est connu. Et il a eu un accident, dans le cadre de sa polypathologie et en un rien de temps tout le monde savait ce qui lui était arrivé ».

2 - Retard de prise en charge

Certains médecins-soignés n'ont **aucun suivi médical** durant de nombreuses années ce qui favorise un retard de prise en charge. « Après plus de 20-25 ans elle a entrepris de reprendre un suivi qu'elle n'avait plus », « des choses ont été loupées depuis longtemps ».

3 - Une proximité synonyme d'absence de recul

Le choix d'un médecin de confiance peut se faire par l'accessibilité et la proximité : *« C'était quand même des gens que je connaissais. C'est-à-dire qu'il y a la recherche de quelqu'un qu'on connaît mais qui est en dehors du circuit habituel de travail ».*

Par commodité certains soignés consultent leur proche (ami ou famille) : *« j'étais son médecin mais c'était mon père en même temps ».*

Ce lien pourrait entraver le bon déroulement des soins avec un **risque de non objectivité**. *« Il y avait la relation personnelle qui forcément existait et qui n'est pas forcément une bonne chose dans une relation médecin-patient ».* *« C'était difficile parce que j'étais trop proche, trop proche de lui pour faire la part des choses ».*

4 - Investissement affectif et engagement émotionnel excessif

Cette proximité entraînerait parfois un **investissement affectif** du médecin qui dépasse la relation patient-médecin : *« y'a peut-être plus d'affection, d'affect de ma part, et puis plus de bienveillance. Il m'arrive quand ils sont hospitalisés d'emmener le partenaire en voiture sur mes jours de repos pour aller rendre visite à son conjoint. (Sourire) ».* *« c'est plus un accompagnement et un partenariat affectif ».*

La proximité entre médecin-patient peut générer des difficultés pour le soignant de par un **engagement émotionnel** qui peut être excessif. *« A un moment donné, mis à part les circonstances administratives où il faut qu'il y ait un tiers, dès qu'il s'agit d'une prise en charge médicale ça peut aller très loin dans le relationnel. Et à ce moment-là c'est une discussion de partenaires ».* *« C'est épuisant ».* *« Et bon c'est plus difficile de prendre une décision. En sachant que c'est parfois pas une décision facile sur le plan ou thérapeutique ou d'hospitalisation parce qu'il connaît le processus et puis je pense que c'est vrai que le relationnel est différent ».* Une proximité d'autant plus flagrante lorsque le médecin-soigné était aussi un proche : *« c'était un médecin et un proche : c'est doublement compliqué ».*

5 - Pudeur

Les questions relatives au privé ou l'examen gynéco-urologique vont être plus difficiles à gérer. *« J'ai dû entrer dans le privé, [...] c'est compliqué de rentrer dans l'intime ».* *« La gêne oui elle peut exister en étant plus jeune, par exemple, par rapport à un confrère plus âgé ».* Une gêne d'autant plus présente s'il existe un lien amical ou affectif : *« il m'a parlé à l'occasion un jour d'un problème assez gênant et il m'a dit clairement "j'irai voir quelqu'un d'autre". Parce que j'étais son amie ».*

6 - Stress de performance

1 - *Peur du jugement*

Le soin d'un pair qui possède les mêmes connaissances théoriques et pratiques que le soignant induit parfois plusieurs craintes :

- la **peur d'être jugé**, évalué : « *Je fais beaucoup plus attention à ce que je dis et vais faire car j'ai l'impression d'être surveillé par quelqu'un qui sait aussi comment ça fonctionne. D'un côté je ne me sens pas très à l'aise* ».
- la **peur de l'erreur médicale** : « *Je me mets peut-être plus la pression parce que j'ai peur de passer à côté de quelque chose ou de faire quelque chose qui serait pas correct* », « *Ça pousse dans les retranchements le fait d'avoir un collègue en face, dans les retranchements diagnostiques, thérapeutiques etc., c'est vrai que c'est difficile d'avoir une vraie distance* ».

Ces craintes étaient potentialisées si le médecin-soigné était encore en activité : « *c'est plus délicat quand c'est quelqu'un qui est plus jeune et en activité* ». Une difficulté qui s'amenuise lorsque le soigné est un confrère retraité : « *Le retraité se rapproche plus du patient lambda, c'est plus simple car il y a des examens qu'il ne connaît pas ou qu'il ne connaît plus* ».

2 - *Remise en question*

Il y a une remise en question permanente de soi-même, le médecin-soignant doute et hésite en plus de la crainte du jugement du confrère : « *On se pose plus de questions, on se demande aussi comment il va le percevoir* ». Certains soignants exprimaient facilement une culpabilité lorsque leur confrère présentait des problèmes non décelés lors de l'examen clinique. « *Je me suis toujours demandé si je ne l'avais pas examiné un petit peu par-dessus la jambe et si je n'étais pas passé à côté d'un souffle organique. On pourrait dire qu'il y a peut-être un biais au niveau de la rigueur* ».

3 - *De la gloriole d'être choisi à un rôle mal défini*

Le médecin-soignant peut se sentir choisi et valorisé par le soigné, ce qui semble faciliter la relation : « *je me dis [...] s'ils viennent me voir c'est que... qu'ils me font confiance* ». « *Elle m'avait vu une première fois dans le cadre de la crèche et revu après donc c'est certainement qu'elle a eu une bonne impression* ».

Mais de manière concomitante ces mêmes soignants décrivent une difficulté à trouver leur place de soignant dans cette relation. « *J'ai eu plus de difficultés à pouvoir me sentir quelque*

part supérieur pour lui dire “bon bah maintenant il faut que t’aïlles faire ça” », « une question de légitimité aussi : on se dit voilà il en sait aussi autant que moi ».

« Il y a des choses que j’hésite à leur dire parce que je me dis que si je leur dis ils vont me dire “bah ouais on sait” alors qu’en réalité... ils ne savent pas forcément ».

4 - Surinvestissement, surmédicalisation

Une situation qui génère un stress de performance, qui quant à lui entraînerait un surinvestissement : *« Il est mort dans mes bras... au domicile [...] à 3h du matin»*, puis une surmédicalisation : *« On aurait peut-être plus de facilité à vouloir faire plus d'examens complémentaires [par] peur de passer à côté de quelque chose », « je pense qu'on est plus attentif quand c'est un confrère... ».*

La proximité entre les deux médecins et l'identification possible alimentent également ce stress de performance. *« Là y'avait plus qu'un accompagnement, 'fin c'est comme on ferait dans une famille ».*

Lorsque le pronostic vital était engagé le soignant éprouvait des difficultés à garder de la distance, à se protéger et garder une certaine neutralité. L'épreuve de la maladie était alors considérée comme une injustice et une impasse. Le soignant ne se sentait plus en mesure d'accompagner et préserver son patient, comme si la fonction de médecin aurait dû le préserver de la maladie : *« On se dit que c'est pas forcément juste quand on a un confrère qui sait ce qui va se passer et du coup c'est compliqué à gérer parce qu'on n'arrive pas à les rassurer, on ne peut pas les rassurer en fait, c'est ça qui est difficile en fait ».*

7 - Le médecin refusant d'être patient

Son comportement se caractérise par :

- Un **défaut de compliance** (examens non réalisés, avis non suivi) *« “J'irai plus voir ce spécialiste-là, je vais en voir un autre, j'ai pris la décision d'en voir un autre donc je vais en voir un autre” me disait-elle » ; « il avait des médicaments à disposition et c'est lui qui gérait et il minimisait ses douleurs pour ne pas être sous l'emprise du traitement ». « C'est : “Je te demande un conseil mais je vais pas forcément faire ce que tu as demandé” ».*
- Un **retard** aux rendez-vous.
- Un **refus de l'expertise** (refus de l'examen clinique, prescriptions dictées) : *« elle a refusé beaucoup d'options thérapeutiques », « C'était “bah j'aurais besoin d'une ordonnance pour faire tel examen” », « mes prescriptions, ma démarche*

diagnostique, thérapeutique, c'était remis en cause très souvent », « Ils te demandent un service mais tu dois le faire comme eux ils veulent ».

- Des consultations plutôt motivées par la **commodité** (formalités administratives) : *« au début ça s'est inscrit dans un cadre de dépannage ».*
- **Intrusion dans la vie privée** (notamment via l'accès au téléphone portable personnel) : *« je suis moins protégé parce qu'ils savent où j'habite, ils ont mon numéro de portable... ».*

Ce refus d'être patient favorise :

- Un **retard de prise en charge** du fait de la non compliance *« lorsqu'il y a eu une indication posée de biopsie plus large... plus personne ne l'a vu pendant quelques temps », « après plus de 20-25 ans elle a entrepris de reprendre un suivi qu'elle n'avait plus ».*
- Parfois une dérive vers un **paternalisme** chez un médecin dépassé qui ne trouve pas sa place : *« pour le traitement il a fallu que je fasse entre guillemets “mine de me fâcher”, je lui ai dit : “C'est comme avec les patients, il va falloir que je fasse pire, que j'aïlle chez toi pour te donner tes médicaments ?!” ».*
- Une **impasse** pour le soignant : *« un médecin-patient qui vous dit non, très honnêtement c'est très compliqué de lui faire changer d'avis ».*
- Une **ambiguïté des rôles** qui génère une **incompréhension** de la demande du soigné et aboutit à un **échec de la relation**. *« Le principe de m'avoir demandé d'être son médecin traitant alors qu'elle connaissait mon travail ça pouvait signifier qu'il y avait une confiance à la base. Et petit à petit j'avais l'impression qu'il y avait de moins en moins de confiance. ». « Étant médecin elle avait plus de possibilités de pouvoir discuter, de connaissances de la pathologie, des traitements envisagés. Elle me demandait des justificatifs ! [...] La relation s'est mal terminée car elle m'accusait d'être passé à côté du diagnostic qui pourtant était évident depuis plusieurs années. [...] J'ai plus eu de signe de vie du tout après cette explication ».*

4 - Quelles solutions ?

1 - Favoriser l'anonymat

Si certains praticiens choisissaient des **horaires dédiés** pour garantir l'anonymat de leur patient, d'autres privilégiaient des **soins à distance** d'un point de vue géographique.

« Quand on a besoin aussi de l'avis d'un confrère spécialiste on a envie de sortir du réseau habituel ou de le sortir aussi complètement de son contexte et de l'envoyer ailleurs et ça je pense que c'est une nécessité justement pour avoir un point de vue plus objectif et pas influencé. ». Cette solution n'est toutefois pas aisément réalisable car le soignant doit sortir de son réseau professionnel : « et donc ça complique car on sort aussi de son propre réseau habituel. Ça c'est une problématique supplémentaire ». « Si possible on essaye de soigner plus loin. [...] Sur Paris puisque là on va avoir de moindres connaissances de la personne en tant que professionnel de santé et finalement peut-être un meilleur respect de la personne en tant qu'être malade. ».

2 - Réduire le délai de prise en charge, favoriser le dépistage et la prévention

Préserver l'anonymat inciterait le médecin à consulter plus aisément. Des mesures de **dépistages**, notamment du burn-out, sont entreprises au sein des hôpitaux et de la **médecine du travail**. « Dans les hôpitaux on commence à faire des actions de prévention... Donc ils vont savoir qu'il faut consulter le Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) et qu'il faut aller voir le médecin du travail ».

Des associations tentent de développer une aide anonyme et de **prévention**. Elles ont pour vocation de soutenir les médecins en difficulté : « les mots, "M-O-T-S" est une association d'écoute dans la prévention du burn-out ».

3 - Travailler à plusieurs, en coordination

Plusieurs soignants soulignaient l'importance de pouvoir travailler en coordination à plusieurs, d'inscrire la prise en charge dans un réseau (libéral ou mixte).

« Un médecin traitant a fait appel à nos services car c'était trop compliqué pour elle cette fois-ci sur le plan émotionnel donc elle a demandé aussi au réseau [de soins palliatifs] de la soutenir sur le plan émotionnel ».

« Maintenant, il est certain, comme avec nos patients, quelques fois, quand ça devient dur, heureusement qu'il y a une prise en charge hospitalière. Ça dilue un peu l'angoisse, enfin qu'on peut ressentir ». « Heureusement il y a le partage des tâches », « y'a les réseaux de soins, après y'a tout ça : y'a une équipe. Faut que tout le monde se protège et se débrieфе après. C'est ça la difficulté de... C'est un travail d'équipe ».

4 - Normalisation

Pour être efficiente, la relation médecin-patient va nécessiter un cadre négocié entre les deux protagonistes, avec l'objectif d'établir un plan de soin adapté au patient et une stratégie thérapeutique adaptée : *« j'écoute mon patient, j'essaye de déterminer une stratégie 'fin je réfléchis à une stratégie possible, je lui demande quelle est sa stratégie, on essaye de trouver un compromis et finalement avec mes confrères ça se passe comme ça aussi ».*

Le médecin-soignant trouve facilement sa place lorsque le soigné exerce en dehors de la médecine générale : *« elle m'a dit d'emblée : "je suis médecin pédiatre, la médecine adulte c'est pas mon truc donc je m'en remets à vous pour la médecine adulte". Donc je pense que je vais réussir à peu près à la soigner comme une patiente standard ».*

5 - Mise à distance

Le soignant doit **poser les limites** : *« il faut savoir jusqu'où on veut garder cette distance et jusqu'où on veut aider le confrère dans sa demande ».* Un effort qui demande de prendre du recul : *« On s'y sent un peu obligé si vous voulez de voir les choses autrement mais il faut arriver à prendre le recul nécessaire puis aller à l'essentiel ».*

Certains soignants considéraient que *« d'entrée c'est préciser que c'est un patient comme les autres patients donc la distance c'est la même qu'avec les autres patients, les examens, la durée de consultation tout ça, c'est la même qu'un autre patient ».*

Cette idée de **poser un cadre** était perçue par d'autres médecins comme indispensable et bénéfique. Cette précision des rôles de chacun permettrait d'établir d'emblée une relation stable : *« j'ai remis un cadre d'emblée, ça c'est bien... enfin je pense que ça va bien se passer ».*

Dans les modalités de prise en charge, le médecin-soignant proposera un contrat de soin identique aux autres patients tout en tenant compte des connaissances et du degré d'instruction propre à la profession du soigné. Certains médecins nuançaient la notion de patient lambda en précisant : *« dans la prise en charge, dans le déroulement du suivi c'est un patient lambda tout en sachant que de chaque côté du bureau on sait comment ça évolue, on sait comment ça va évoluer ».* *« La prise en charge d'un confrère elle n'est pas différente, si elle est différente ça pourrait... c'est pas possible d'être différent : quand vous avez un fonctionnement si vous changez de mode de fonctionnement vous vous perdez. On a l'habitude d'exercer d'une certaine manière et ça perturbe complètement et on perd ses bases ».*

6 - L'expérience professionnelle en pratique

Plusieurs médecins mettaient en avant le fait d'être plus à l'aise dans le soin de leur confrère par rapport au début de leur exercice : *« avec le temps et l'exercice on va quand même à l'essentiel et on arrive plus facilement à faire abstraction [...] que c'est un collègue »*.

« Je crois que c'est quand même plus facile quand on prend de l'âge, je sais que quand j'étais jeune médecin par exemple et que c'était des infirmières qui consultaient ça me m'était mal à l'aise... pour la même raison, c'est-à-dire que j'avais l'impression qu'elles en savaient beaucoup et qu'il fallait que moi je tiens une place forte dans ma consultation », « la position est plus facile quand on est mûr, quand la maturité médicale est arrivée ».

7 - L'expérience professionnelle en théorie

La formation d'éducation thérapeutique ou le **Diplôme InterUniversitaire (DIU) Soigner les soignants** étaient considérés comme facilitant la relation du soignant-soigné. *« La notion de l'exercice en éducation thérapeutique m'a amené à tenir compte de l'état de connaissance, de représentation émotionnelle... euh... de l'attente du patient »*. *« C'est vraiment très facilitant quel que soit justement le type de patient qu'on a devant soi. Donc ça a tendance à gommer le fait qu'il y ait une profession qui pourrait faire qu'on puisse se sentir euh... différent. En fait c'est un être humain que j'ai devant moi et qui a comme profession "médecin" »*. *« Le DIU Soigner les soignants, lui finalement, il a plus une fonction de prise en charge globale de la souffrance. C'est-à-dire qu'il va y avoir la prévention du burn-out, il peut y avoir de l'aide juridique, de l'aide... euh... savoir orienter vers les aides financières potentielles et les systèmes d'entraide justement qui peuvent exister. Parce que les médecins ne sont pas toujours très bien informés non plus de la façon dont ils seront indemnisés en cas d'arrêt maladie prolongé ou autre. Et puis après, l'autre chose que j'ai appris au travers de ce DIU, euh... c'est des situations de protections professionnelles et d'autre part des adresses où on peut orienter les personnes en cas de grande détresse psychiatrique »*.

8 - La fonction de Maître de Stage Universitaire (MSU)

Le fait d'exercer comme MSU et accueillir des internes semblait faciliter la prise en charge d'un confrère car le maître de stage a alors l'habitude d'exercer sous le regard d'un autre médecin : *« Le fait d'être maître de stage ça me permet d'avoir un peu d'aplomb car j'ai l'habitude d'exercer avec d'autres médecins, sous le regard d'un autre médecin donc*

finalement prendre en charge la consultation d'un confrère c'est pas tellement plus difficile que de faire une consultation sous l'œil d'un autre médecin ».

9 - La décision partagée

La décision partagée permettrait d'aborder plus sereinement la prise en charge d'un confrère : *« ce qui est important c'est d'avoir une position d'accompagnement comme avec ton patient c'est-à-dire qu'à partir du moment que tu ne te positionnes pas comme quelqu'un qui décide pour l'autre mais qui éclaire, et puis dans une position où on partage finalement des points de vue ».* *« C'est-à-dire que la consultation que ça soit avec un dentiste, un peintre ou un forgeron, ce qui compte c'est que chacun amène son point de vue sur la problématique et ensuite qu'on travaille sur la construction d'un point de vue commun, nous avec nos connaissances médicales et le patient avec la connaissance de lui-même. Et à partir du moment où on se positionne comme ça finalement ça va bien ».*

Pour certains médecins-soignants, la **recherche d'adhésion** est plus poussée, facilitée par un dialogue de pairs : *« On s'assure d'avantage que la personne qui est en face va adhérer au traitement et va effectivement le prendre. Je pense qu'on va plus loin dans la démarche ».* *« Je pense qu'on a une autonomie de patient qui est supérieure à la moyenne ».* *« C'est s'imposer un dialogue qui va loin pour m'assurer qu'effectivement ce que je vais prescrire va être pris et pouvoir ensuite suivre le patient. C'est l'adhésion du patient ».*

5 - Théorisation ancrée

Les résultats ont été représentés sous forme de schéma (Annexe 3). Une vidéo explicative a été publiée et transmise aux participants [21].

IV - Discussion

1 - Choix du sujet

Au décours de mon AVC durant mon deuxième semestre d'internat, je me suis beaucoup interrogée sur mon rôle en tant que médecin et en tant que patiente. Le chemin parcouru depuis les premières années de médecine jusqu'à l'aube de notre formation de généraliste nous construit en tant que médecin. Cette expérience personnelle de la maladie a changé mon rapport au monde médical. En l'espace de cinq jours en Unité neurovasculaire (UNV), j'ai été interrogée et examinée par plus du quadruple de médecins vus en l'espace de vingt-cinq ans. Je me suis vite aperçue que mon statut d'interne distordait ce rôle de patient et il m'a fallu beaucoup de temps pour m'y habituer. Je me suis donc tournée vers la littérature. J'ai lu des témoignages de médecins "neurolésés" puis des études sur le médecin-malade. Cette recherche m'a permis d'explorer et mieux comprendre mon vécu personnel. L'expérience de la maladie m'a conduite à me sentir plus proche des patients que je soigne. Avant j'étais juste une soignante, maintenant je suis une patiente comme eux.

Au cours de mon internat, j'ai intégré le bureau national de l'InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG) et participé aux premières pistes de réflexion pour l'enquête sur la santé mentale des jeunes médecins. Ce travail avait pour ambition de faire un état des lieux de la santé des internes et jeunes médecins et s'inscrivait dans la continuité de l'enquête du CNOM.

Le sujet du médecin-malade faisait donc l'objet de quelques études. Il n'existait qu'une seule étude française publiée sur le point de vue du médecin-soignant au moment de mes investigations sur le sujet. Cependant, les médecins inclus étaient aussi malades. De mon point de vue, je percevais que les différents soignants se trouvaient eux aussi dans une situation particulière lorsqu'ils soignaient leurs confrères. J'étais curieuse de découvrir leur ressenti et d'étudier les points pouvant faciliter et améliorer la prise en charge d'un médecin. Je n'ai pas tardé à rencontrer cette situation au cours de mes remplacements.

2 - Intérêts, limites et biais de la méthode qualitative

1 - Choix de la méthode qualitative

La méthode qualitative ne s'oppose pas à la méthode quantitative mais est complémentaire. En effet elle explore un autre champ de connaissances. Elle recueille des données verbales qui n'ont pas pour vocation de mesurer ou quantifier mais d'aboutir à une démarche interprétative [22]. Elle s'attache à déterminer les comportements des sujets pour

mieux les comprendre avec un abord plus élargi qui englobe l'exploration des émotions, sentiments et expériences personnelles. De ce fait, cette méthode est particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale.

L'objet de ma recherche portait sur la compréhension de la relation entre médecin-soignant et soigné, ce qui motivait le choix de la méthode qualitative.

2 - Choix de la théorisation ancrée

Cette méthode permet de développer une théorie interprétée depuis les données recueillies puis analysées. La recherche est dite inductive car elle fait émerger des cadres conceptuels qui donneront naissance à une théorie. Elle implique de ne pas formuler d'hypothèse d'analyse avant la collecte de données puisque celle-ci se construit au fur et à mesure de l'analyse [23].

Les données recueillies ne doivent donc pas être biaisées par des idées préconçues sur le sujet. Pour justifier mon sujet de thèse auprès du département de médecine générale, j'ai dû rechercher les articles préexistants sur le sujet. En 2015, j'ai trouvé une seule thèse portant sur le sujet (qui interrogeait des médecins eux-mêmes malades) [13].

Ceci peut donc générer un premier biais cognitif. Toutefois j'ai déposé mon sujet au DMG en septembre 2016 et commencé mes entretiens en mai 2017. Ce laps de temps m'a permis de suspendre de ma conscience les idées acquises sur le sujet et d'en faire abstraction. Ceci m'a permis d'établir des résultats ancrés dans mes données et non issus de biais de préconception [24].

Mon activité de médecin généraliste aurait pu biaiser l'interprétation des données en transposant mon expérience personnelle sur celles analysées, mais j'ai été amenée à soigner des médecins après avoir analysé et interprété mes données.

3 - Les limites du constructivisme en épistémologie

L'épistémologie est la construction du savoir. Le positionnement constructivisme permet de comprendre l'expérience et le sens donné par son vécu. Le vécu de l'individu construit la réalité sociale. En tant que chercheur, on admet que sa propre subjectivité et le fait de réaliser cette recherche participent à la construction de ce phénomène. Ainsi, chercheurs et participants produisent une réalité. Cette réalité s'inscrit dans un temps et un moment donné et peut donc évoluer selon le contexte.

La limite de ce positionnement correspond à la subjectivité du chercheur qui ne doit pas dépasser celle du participant. Elle implique de définir une bonne distance entre chercheur et participant. Je n'ai pas interrogé de médecin pouvant avoir un lien avec ma pathologie et "mes soignants" afin de ne pas générer de labilité émotionnelle lors des entretiens. L'évocation d'expériences similaires à la mienne aurait favorisé un biais affectif. De même, je n'ai pas évoqué mon expérience auprès des participants afin de ne pas influencer leurs réponses.

4 - Constitution de l'échantillon

Trois des participants connaissaient l'investigateur, ce qui a pu favoriser une autocensure de certains propos afin d'éviter un jugement, ou au contraire favoriser certaines confidences.

Contrairement à l'étude précédente, qualitative du point de vue du médecin-soignant, les médecins sélectionnés ne présentaient pas forcément de problème de santé [13]. Ceci a permis de recueillir l'avis de médecins n'ayant pas fait l'expérience personnelle de la maladie.

5 - Déroulement et analyse de l'entretien

Les entretiens individuels ont été choisis car ils permettent une approche plus intimiste, centrée sur la personne. Ils permettent de faciliter l'émergence d'opinions minoritaires (à l'inverse des entretiens en groupe). Ils sont particulièrement adaptés pour explorer le vécu personnel de l'interviewé [19].

Il est possible que l'enregistrement des entretiens puisse embarrasser certains participants et censurer leurs réponses. La plupart des médecins interrogés étaient très soucieux de préserver l'anonymat de leur patient et refusaient de détailler certaines réponses. Ceci a pu induire un biais de déclaration. Pour pallier à cette éventualité, les participants étaient informés que les données étaient rendues anonymes.

La durée des entretiens enregistrés étaient un peu courte. Le rythme soutenu de l'exercice libéral restreignait le temps de disponibilité des généralistes. Toutefois les enregistrements étaient complétés d'entretiens informels qui ont été utiles à l'analyse des entretiens.

Certains participants étaient curieux de connaître les résultats de l'étude. Je me suis efforcée d'éviter ces questions pour ne pas influencer les réponses et induire un biais d'investigation.

Une triangulation de chercheur a été effectuée sur trois entretiens afin de garantir la concordance de l'analyse des données recueillies.

Une triangulation écologique a été réalisée par un retour aux participants afin d'obtenir leurs avis et valider les résultats obtenus.

Pour renforcer la validité des résultats, la triangulation des méthodes aurait pu compléter les entretiens individuels avec des entretiens collectifs. Les focus groupes permettent de créer une dynamique qui génère une richesse d'informations. Cependant, ceci n'a pas pu être réalisé car parmi les médecins contactés, il n'y avait pas assez de médecins pouvant être inclus dans l'étude pour constituer des groupes.

3 - Discussion avec la littérature

Afin de vérifier la validité externe des résultats obtenus, les théories issues de l'analyse des données sont comparées avec la littérature pour en extraire les points communs ou divergents.

1 - Les spécificités du soin d'un confrère

Le patient doté d'un droit de prescription s'automédique allègrement. D'après les études, cette pratique est adoptée régulièrement par plus de 50% des médecins [3].

L'image du médecin est assimilée à une certaine invincibilité inculquée dès le début des études de médecine. Le médecin-soigné éprouve des difficultés à accepter cette vulnérabilité. Notre étude montre en plus que le soignant peut également éprouver de la difficulté à accepter cette image de médecin-malade qu'il juge comme injuste. La honte de la maladie et de l'inaptitude à se soigner soi-même est très ancrée dans l'esprit des médecins [4].

Le soigné bénéficie de privilèges : la gratuité des honoraires, un accès facilité aux rendez-vous, des avis téléphoniques. Ce syndrome VIP était décrit par la littérature [4,25]. Le temps d'écoute peut être plus long (dans 64% des cas d'après la littérature [11,12,26]).

Les échanges sont facilités par un langage médical (dans 86% des cas [11]) et vécus comme un échange collégial, un partenariat [11,12,26]. Le soignant adresse plus rapidement aux spécialistes le soigné (dans 59% des cas [11]).

Les études retrouvaient des consultations entre deux portes, informelles et très rapides [11,26]. Dans notre étude, les soignants ont déclaré prendre en consultation les soignés de manière impromptue mais ils ajoutaient qu'ils effectuaient un examen physique et un interrogatoire. Il pourrait y avoir un biais déclaratif par la peur d'être jugé par l'investigateur.

La littérature montrait que les soignés ne consultaient plus les médecins qui pratiquaient des consultations entre deux portes [27]. Les médecins-soignés interrogés n'étaient donc probablement pas concernés par cette habitude puisqu'ils assuraient un suivi médical au long cours.

2 - Les difficultés inhérentes au soigné

D'après une étude quantitative, 81% des médecins trouvent difficile de soigner leurs confrères. Notre étude met en avant plusieurs points rendant délicat le soin d'un confrère.

Le médecin-soigné tient particulièrement à la confidentialité de ses problèmes de santé [11,25,28,29]. Une thématique que les soignants doivent impérativement intégrer afin de rassurer leurs patients [11,26].

Le soigné peut se montrer plus familier et impoli en s'immisçant dans la sphère privée du soignant. Ce comportement peut être source de malaise et gêner le soignant.

3 - Les difficultés inhérentes au soignant

Le soignant peut éprouver des difficultés à prendre du recul et conserver son objectivité. Ce qui est particulier dans cette relation médecin-soigné, médecin-soignant c'est qu'elle est potentiellement réversible : chaque médecin pouvant devenir le soignant de l'autre et réciproquement. Celui-ci décrit facilement un engagement émotionnel et un surinvestissement affectif qui dépasse la relation classique du médecin-patient. Il y a un risque non négligeable de transfert. Le patient est considéré comme un pair qui possède les aptitudes et les connaissances identiques au soignant. Ces compétences favorisent un stress de performance [12].

4 - Les conséquences

Les médecins sont négligents avec leur santé [11,26], ce qui les conduit à un **retard de prise en charge** [30].

D'après la littérature, ce retard de prise en charge peut s'expliquer par un manque de temps [8,28,31]. Notre étude retrouvait également un refus d'être patient de la part du soigné qui favorise un déni, un défaut de compliance, une remise en question des compétences et de l'expertise du soignant [4,32].

Le refus d'être patient génère une **ambiguïté des rôles** entre soigné et soignant qui aboutit à une incompréhension des deux pairs et un **échec de la relation**.

Le soin d'un pair est source de stress. Le soignant est confronté à la **peur du jugement** et de l'**erreur médicale** [13,33]. Le stress de performance ressenti par le soignant favorise un **surinvestissement** et une **surmédicalisation** [11].

Les médecins interrogés décrivaient une **pudeur** lors des questions ou examens relevant de l'intime ou du privé. Cependant, contrairement aux études qui décrivent un examen moins intrusif, les médecins interrogés prenaient plus de précautions mais effectuaient l'interrogatoire et l'examen du médecin-patient.

5 - Les solutions

Concernant l'anonymat et la confidentialité, certains médecins-soignants mettent en place des stratagèmes pour préserver l'anonymat : les soins à distance, ou l'aménagement à des horaires spécifiques [26,34].

Les soignants mettaient en avant des actions de dépistages entreprises par la médecine du travail dans les milieux hospitaliers pour diminuer le délai de prise en charge. Cette option est toutefois valable uniquement pour les médecins hospitaliers ou d'activité mixte. Les libéraux ne bénéficient pas de médecine du travail. Dans la littérature, on retrouve l'existence de services plutôt dédiés aux pathologies addictives et psychiatriques. Nos confrères Québécois ont créé en 1990 le Programme d'Aide aux Médecins du Québec (PAMQ) [35]. On retrouve le Programme d'Aide Intégrale au Médecin Malade en Espagne (Programa d'Ateno Integral al Metge Malalt, PAIMM) [36], et en Angleterre, le service national de conseil pour les médecins malades (National Councelling Service for Sick Doctor, NCSSD) [26]. En France, le premier service de médecine préventive pour les médecins libéraux a été créé en 2009 (Imhotep), malheureusement les financements ont été suspendus [4]. Actuellement, la Bretagne et le Vaucluse ont lancé un accès facilité aux centres de santé de l'assurance maladie afin d'offrir un bilan complet de santé gratuit, avec des horaires adaptés, en garantissant la confidentialité. Le plan stratégique national de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) d'amélioration de la qualité de vie au travail de l'ensemble des professionnels de santé en établissement et en ambulatoire (« Prenons soin de ceux qui nous soignent »), prévoit de **renforcer le suivi médical** de tous les professionnels de santé et d'étendre le programme de l'assurance maladie breton à toutes les régions [37].

L'accès à des **numéros verts anonymes d'entraide** était également souligné. Les soignants mettaient en avant l'importance de ces structures qui rendent accessible un service d'écoute anonyme. Certaines études mettaient en avant l'isolement du médecin comme

favorisant l'absence de suivi, tout comme la surcharge de travail [8,11]. Les associations œuvrent pour faciliter l'accès à des soins et orienter les soignants.

En France, la première association créée en 2005 est l'Association d'Aide aux Professionnels de Santé et aux Médecins Libéraux (AAPML) [38]. L'association les MOTS a été mise en avant par les soignants interrogés. C'est une association d'écoute téléphonique, qui oriente la prise en charge de soignants afin d'aider et accompagner les médecins en difficulté dans la gestion et l'organisation de leur travail et de leur santé. Elle existe depuis 2010 et a été créée par le Conseil de l'Ordre de Haute Garonne et son président le Docteur Jean Thévenot.

En Europe, l'association European Association for Physician Health (EAPH) a pour objectif depuis 2009 de promouvoir un soutien aux médecins européens en difficulté. Elle plébiscite le partage de l'expertise et des bonnes pratiques de la prise en charge des médecins, le développement des services de santé pour les soignants et les recherches sur la santé et le bien-être des médecins [39].

L'autoprescription est largement répandue. Dans notre étude, les médecins interrogés mettaient surtout en exergue qu'elle favorisait une absence de suivi. Les médecins-soignants soulignaient que leurs patients effectuaient des renouvellements intermédiaires. En revanche, les soignants effectuaient l'initiation, la décroissance et l'arrêt des traitements tels que les antidépresseurs et psychotropes. Les cas d'addiction n'ont pas été mentionnés par les interviewés. Au contraire, un généraliste décrivait qu'un patient refusait initialement les antalgiques de palier III afin de ne pas subir les effets sédatifs des traitements. L'accompagnement et l'importance d'une tierce personne pour juger de la balance bénéfice-risque des traitements étaient mis en avant. Il semble primordial **de déléguer la prescription au soignant** et que le **médecin-soigné diminue sa pratique d'autoprescription**.

Les études montrent plutôt que les médecins pratiquent un mésusage médicamenteux avec des risques d'accoutumance et d'effets secondaires [2,40]. Les médecins interrogés n'ont pas évoqué ce point, leurs patients pouvant être possiblement moins enclins à l'autoprescription puisqu'ils consultent un confrère. En effet, dans la littérature, le soin par un confrère semble diminuer l'autoprescription et ses risques [10,26,40]. Le fait de **déclarer un médecin traitant** semble également aller dans ce sens en diminuant le risque d'automédication [11]. Toutefois, les soignants expliquaient également que certains médecins les choisissaient comme médecin traitant par nécessité administrative mais qu'ils les consultaient très peu [27].

Les soignants trouvaient décisifs les premiers instants de consultation qui permettaient de cibler l'attente et la demande de leur confrère. Cette étape socle permet de se positionner et de cadrer d'emblée la proposition de soin. Elle paraissait indissociable de la réussite de la relation et permettait aux soignants de préciser d'emblée le rôle du médecin-malade et de le guider dans la prise en charge. Un **cadre formel** est indispensable d'après la littérature [11]. Le partenariat entre soigné et soignant permet alors des décisions partagées et une adhésion aux soins [27,32]. Le CNOM recommande même d'effectuer un règlement dans cette optique [10].

Afin de définir la distance nécessaire pour soigner correctement un confrère, d'allier écoute, autonomie, partenariat et directivité, certains soignants ont avancé lors de la triangulation écologique l'importance de disposer d'un **guide sur comment soigner les soignants**. Cette idée est également défendue par le Professeur Galam et son DIU Soigner les soignants [34]. Ce guide, destiné aux médecins, serait une sorte de mode d'emploi pour clarifier le contrat de soin entre les deux protagonistes. Il pourrait insister par exemple sur le partage nécessaire des décisions, qui implique que chacun puisse accepter sa place et celle de l'autre. Pour se faire, le rôle et le périmètre d'action de chacun doivent être définis. Le guide pourrait également comporter la liste des centres de soins dédiés au soignant et les contacts de médecins formés au soin des soignants. Il pourrait être inclus dans la **formation initiale ou continue** [11,26]. Une autre idée est d'effacer l'image d'invulnérabilité du médecin qui doit admettre la possibilité d'être aussi malade et savoir qu'il dispose du droit d'être soigné [26,34].

6 - Faiblesses

Le point faible de notre étude est la durée limitée des entretiens enregistrés, même s'ils ont été complétés par des entretiens informels dont les données recueillies ont été analysées. Les données informelles n'ont donc pas pu faire l'objet d'une triangulation vu qu'elles n'ont pas été retranscrites en verbatim, ce qui peut entraîner un biais d'interprétation.

Un nombre plus important de participants aurait permis de réaliser des focus-groupe et d'enrichir les données collectées par triangulation de méthode.

7 - Forces

Notre étude présente les critères de validité suivants : la saturation, la triangulation de chercheur et écologique, la sélection des participants et l'utilisation d'un mode de recueil adaptées à la question de recherche. Le paradigme constructivisme impliquait d'ajouter les critères d'engagement, de réflexivité et d'enseignabilité.

Malgré un nombre limité de participants au vu du nombre de médecins sollicités, la **saturation** a été obtenue à partir du onzième entretien. En qualitatif, ce critère de validité interne permet d'affirmer qu'il n'y a pas eu de nouvelle idée issue des données recueillies après le onzième entretien.

La **triangulation de chercheur** a été réalisée sur 20% des entretiens, ce qui permet de valider et éviter un biais d'interprétation.

La **triangulation écologique** a été effectuée et a permis une validation des résultats par les participants et de vérifier le critère d'enseignabilité.

L'implication et l'engagement dans la recherche sur trois ans a permis d'assurer une richesse dans le recueil des données.

V - Conclusion

Le soin d'un pair est une situation délicate. Le médecin est un patient qui accepte difficilement son rôle de malade. Son accès à l'autoprescription, pratique très courante dès l'internat, contribue à retarder sa prise en charge.

Certains médecins ne bénéficient d'aucun suivi pendant de nombreuses années. L'identification entre médecin-soignant et médecin-soigné est possible par le partage d'un même statut socio-professionnel et d'un même langage. Le soignant ayant vécu l'expérience de la maladie perçoit différemment les attentes du médecin-soigné, ce qui semble faciliter la relation. Le médecin-soigné est donc considéré et valorisé par sa profession. Son statut lui offre des privilèges comme la gratuité des soins, une disponibilité assurée même en l'absence de créneau horaire libre, une tolérance du soignant des familiarités.

Pour le soignant, il est impératif de cadrer d'emblée la relation et positionner le rôle de chacun afin de pérenniser la relation et faciliter la prise en charge. Le soignant doit définir ses limites et pouvoir adresser et coordonner les soins à des structures, si possible, spécialisées dans le soin des confrères.

L'une des difficultés éprouvées par les généralistes est la peur du jugement et la peur de l'erreur médicale. Ces deux peurs sont génératrices d'un stress de performance avec un risque de surinvestissement et de surmédicalisation. Ces difficultés peuvent être endiguées par la formation au soignant, la pratique de l'éducation thérapeutique, l'expérience personnelle et professionnelle. La relation est alors vécue comme un partenariat et un échange collégial où les deux partenaires construisent une démarche de soin, guidée par le médecin-soignant. Ce processus permet alors une adhésion au soin et un partage des décisions.

Une des thématiques importantes de notre étude est la notion de cadrage et de définition des rôles du soignant et du soigné. L'ambiguïté que peut receler le soin d'un pair doit obligatoirement être effacée pour clarifier cette relation. Comment définir le rôle de chacun et les actions des deux protagonistes ? La réalisation d'un guide et d'un référentiel pour orienter les médecins-soignés permettrait de centraliser les informations utiles à la prise en charge de nos confrères.

La particularité dans la relation médecin-soigné et soignant est qu'elle est potentiellement réversible : chaque médecin peut devenir le soignant de l'autre et réciproquement. Il paraît important de former les médecins à cette éventualité, dans la formation initiale ou continue. Les médecins se mobilisent et communiquent à ce sujet, via les associations ou encore les campagnes de sensibilisation à la prévention comme « Doc, t'as ton

doc ? » [41]. La littérature met en avant l'importance d'inciter (et d'éviter les mesures coercitives qui sont contre-productives) et de ne pas seulement compter sur le volontariat des médecins pour se soigner.

Quels sont les autres moyens pour inciter et faciliter le soin des médecins ? Comment sensibiliser les soignants et les soutenir dans le soin de leur confrère ?

VI - Références bibliographiques

1. Aelbrecht B. Evolution de l'état de santé des étudiants en médecine de Lille entre MED-3 et MED-6: Etude de l'accès au soin et de la manière de se soigner [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2017.
2. Prud'homme A, Richard A. Pourquoi les internes en médecine de France métropolitaine pratiquent l'automédication et l'autoprescription?: étude qualitative [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2013.
3. Montgomery AJ, Bradley C, Rochfort A, Panagopoulou E. A review of self-medication in physicians and medical students. *Occup Med Oxf Engl.* oct 2011;61(7):490-7.
4. Tavernier A. Attitude du médecin face à sa propre santé et vécu de son statut de médecin malade: étude qualitative auprès de médecins généralistes de la Somme [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2013.
5. Suty R, Aubrège A. Attitude des médecins généralistes envers leur propre santé: enquête menée auprès de 530 médecins libéraux du département de Meurthe-et-Moselle. France; 2006.
6. Mourgues JM, Le Breton G. Rapport CNOM: Santé et jeunes médecins - 2016. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/sante_et_jeunes_medecins.pdf.
7. Enquêtes nationales de l'ISNAR-IMG [Internet]. ISNAR-IMG. [cité 27 août 2018]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/enquetes-nationales/>
8. Bertrand D. Pourquoi si peu de médecins généralistes désignent un confrère comme médecin traitant?: enquête qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 20 médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [1970-2013, France]: Université de Bordeaux II; 2009.
9. Thompson WT, Cupples ME, Sibbett CH, Skan DI, Bradley T. Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioners' care of their own health: qualitative study. *BMJ.* 29 sept 2001;323(7315):728-31.
10. Leriche B. Le médecin malade | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 27 août 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/le-medecin-malade-746>
11. Plagnard S. Difficultés et spécificités à soigner un confrère en médecine générale, en Midi-Pyrénées [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2017.
12. Bauguion A, Canévet J-P. Quand le médecin généraliste soigne un de ses confrères: une consultation difficile? France; 2013.
13. Lhote M. Soigner un médecin malade: quelles spécificités?: étude qualitative auprès de médecins franciliens [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2011.
14. Herpin N. Barney G. Glaser, Anselm Strauss, La découverte de la théorie ancrée. Stratégies pour la recherche qualitative. Lectures [Internet]. 26 oct 2010 [cité 27 août 2018]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/lectures/1357>

15. Coavoux S. Ian Hacking, Entre science et réalité. La construction sociale de quoi ? Lectures [Internet]. 28 nov 2008 [cité 27 août 2018]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/lectures/689>
16. Patton MQ. Two Decades of Developments in Qualitative Inquiry: A Personal, Experiential Perspective. *Qual Soc Work*. 1 sept 2002;1(3):261-83.
17. Glasersfeld 1984 an Introduction to Radical Constructivism | Reality | Epistemology [Internet]. Scribd. [cité 27 août 2018]. Disponible sur: <https://fr.scribd.com/document/130054608/Glaserfeld-1984-an-Introduction-to-Radical-Constructivism>
18. Whittemore R, Chase SK, Mandle CL. Validity in qualitative research. *Qual Health Res*. juill 2001;11(4):522-37.
19. Giacomini MK, Cook DJ. Users' guides to the medical literature: XXIII. Qualitative research in health care A. Are the results of the study valid? Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA*. 19 juill 2000;284(3):357-62.
20. *Doing Management Research: A Comprehensive Guide*. SAGE; 2001. 436 p.
21. Duquenne L. YouTube [Internet]. [cité 10 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=ESow95HItD0&feature=youtu.be>
22. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;19(84):142-5.
23. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. Initiation à la recherche. [Éd. 2011. Frappé P, éditeur. Neuilly-sur-Seine [Paris]: GM Santé CNGE; 2011. 216 p.
24. Glaser BG. *Doing Grounded Theory: Issues and Discussions*. Sociology Press; 1998. 254 p.
25. « Doctoring » Doctors and Their Families | Anxiety Disorders | JAMA | JAMA Network [Internet]. [cité 5 sept 2018]. Disponible sur: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/188281>
26. Galam É. Soigner les médecins malades - Seconde partie : quels médecins soignants ? *Médecine*. 1 déc 2013;9(10):471-4.
27. Bonneaudeau S. *Le médecin malade: un patient comme les autres ?* [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2011.
28. Doctors as patients: a systematic review of doctors' health access and the barriers they experience. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 5 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18611318>
29. The need to develop occupational health services for doctors with ill health | The BMJ [Internet]. [cité 5 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.bmj.com/content/352/bmj.i292>
30. Bradley N. Wounded healers. *Br J Gen Pract*. 1 nov 2009;59(568):803-4.

31. Forsythe M, Calnan M, Wall B. Doctors as patients: postal survey examining consultants and general practitioners adherence to guidelines. *BMJ*. 4 sept 1999;319(7210):605-8.
32. Gontharet-Mariette M-H, Mauviard É. Définition du médecin traitant idéal pour la prise en charge de ses confrères: Étude qualitative par focus group auprès de médecins généralistes Hauts-Normands. France; 2013.
33. Galam É. Soigner les soignants La formation implicite des médecins et leurs fragilités. *Médecine*. 1 nov 2015;11(9):388-90.
34. What happens when doctors are patients? Qualitative study of GPs [Internet]. [cité 5 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2765832/>
35. PAMQ [Internet]. PAMQ. [cité 5 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.pamq.org/>
36. PAIMM [Internet]. [cité 5 sept 2018]. Disponible sur: <http://paimm.fgalatea.org/en/index.php#>
37. DGCS_Denise.O. Une stratégie nationale pour « Prendre soin de ceux qui soignent » [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018 [cité 5 sept 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/qualite-de-vie-au-travail/article/une-strategie-nationale-pour-prendre-soin-de-ceux-qui-soignent>
38. Association d'Aide aux Professionnels de santé et aux Médecins Libéraux (AAPML) 0826 004 580 : bilan à 10 ans. | Base documentaire | BDSP [Internet]. [cité 5 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/499326/>
39. EAPH - Association européenne pour la santé des médecins [Internet]. [cité 5 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.eaph.eu/>
40. Legris R. L'autoprescription des antalgiques de palier II chez le médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2014.
41. DP_DISDOCTASTONDOC.pdf [Internet]. [cité 5 sept 2018]. Disponible sur: https://cfar.org/wp-content/uploads/2017/03/DP_DISDOCTASTONDOC.pdf

VII - Annexes

I - Annexe 1 : guide d'entretien

Présentation succincte personnelle et du sujet sans évoquer la problématique

1. « Présentez-vous » (pour connaître le sexe, l'âge, le mode d'exercice, etc. afin de vérifier que la population est diversifiée).
2. Comment s'organise l'activité de soins lorsque vous soignez un confrère ? (Relance : qui appelle, quel motif, quels lieux, quels horaires, quels paiements etc.)
3. En quoi votre prise en charge est-elle différente ? (Relance : approche diagnostique, thérapeutique, dimension globale, durable etc.)
4. Comment vivez-vous cette relation ? (Relance = gêne, narcissisme, inquiétude, autonomie, distance, pudeur, intimité, transfert, identification, relation famille, neutralité...)
5. Avez-vous des exemples de situations où le fait de soigner un confrère s'est révélé compliqué ? Si oui, pouvez-vous développer ?

2 - Annexe 2 : tableau Excel des caractéristiques des médecins et des entretiens

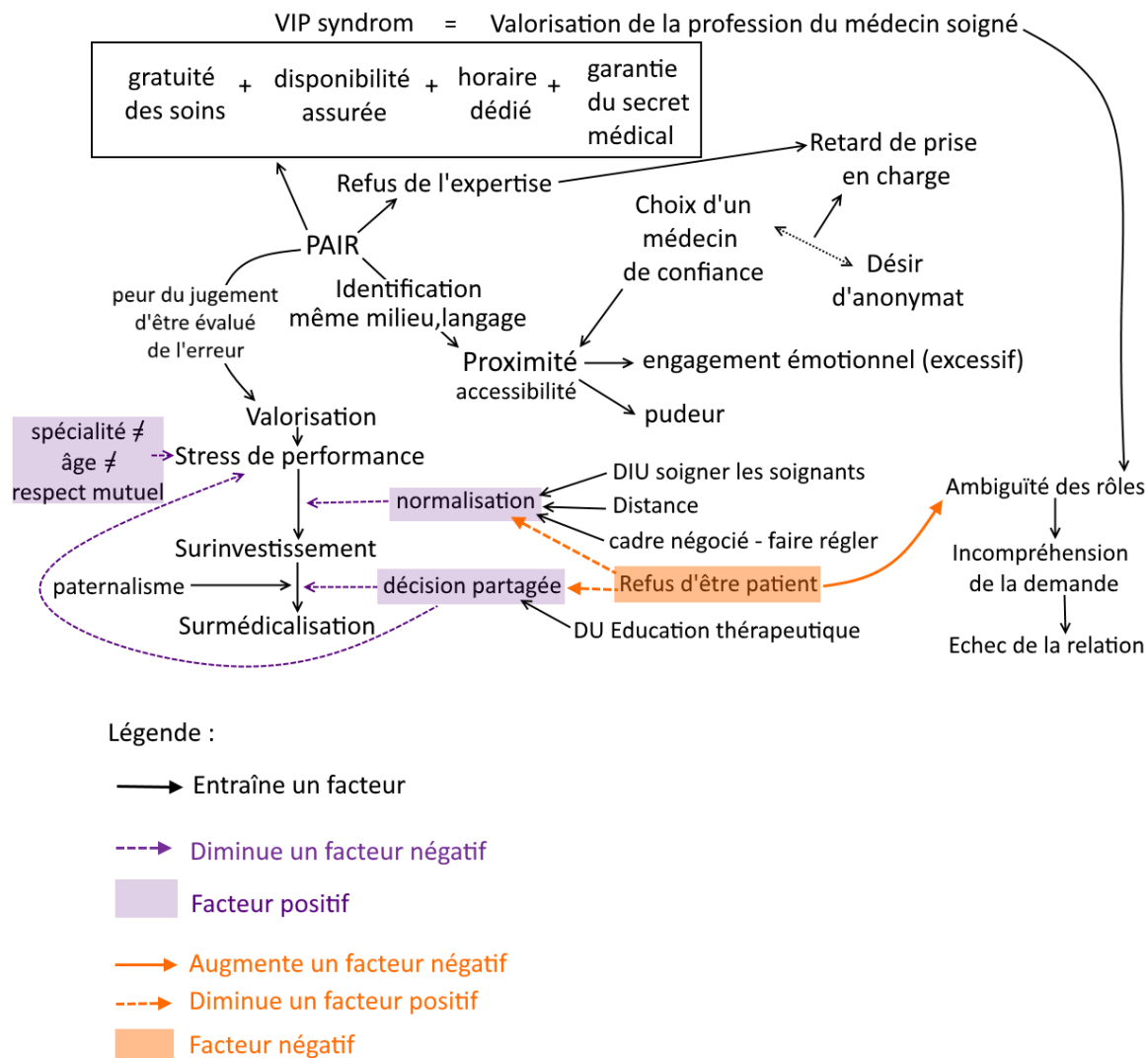
Sexe	Âge (ans)	Exercice	Installation	Département	Exercice associé	Date d'inclusion	Date d'entretien	code d'anonymat	temps de l'enregistrement (min)	temps total de l'entretien (min)	Médecin traitant
M	63	Rural	En groupe	Somme	MSU	22/05/17	26/05/17	CE	21	60	oui
M	59	Rural	En groupe	Oise	Gériatre, MSU, médecin agréé	22/05/17	29/05/17	HG	22	60	oui
M	60	Rural	MSP	Aisne	MSU	22/05/17	08/06/17	DM	15	30	non
F	32	Urbain	En groupe	Somme		22/05/17	09/06/17	NF	17	30	oui
F	60	Semi-rural	Seule	Aisne		22/05/17	12/06/17	TB	26	60	plus maintenant
M	38	Urbain	En groupe	Somme	SOS médecin	22/05/17	16/06/17	MB	12	30	non
F	63	Semi-rural	En groupe	Oise	Médecin coordinateur réseau soins palliatif ambulatoire, MSU	22/05/17	28/06/17	VB	25	90	oui
F	62	Rural	En groupe	Oise	Conseillère ordinale	22/05/17	28/06/17	GD	20	90	oui
F	33	Rural	En groupe	Oise	MSU	14/11/17	16/11/17	BS	15	30	oui
M	34	Semi-rural	En groupe	Somme		14/11/17	17/11/17	GB	10	30	oui
F	54	Semi-rural	En groupe	Oise	MSU	14/11/17	20/11/17	OC	7	30	oui
F	69	Urbain	En groupe	Oise	Cumul emploi retraite	14/11/17	20/11/17	KG	9	30	oui
F	32	Rural	Seule MG avec d'autres paramédicaux	Oise		14/11/17	21/11/17	QD	10	30	oui
M	65	Urbain	En groupe	Aisne	Fonction ordinale	14/11/17	24/11/17	HC	21	30	oui
F	44	Rural	En groupe	Somme	Médecin coordinateur en maison de retraite, sexologue	05/07/17	28/11/17	DH	12	30	oui

MG : Médecin Généraliste

MSU : Maître de Stage Universitaire

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

3 - Annexe 3 : Théorisation ancrée : schéma explicatif



DIU : Diplôme InterUniversitaire

VIP syndrom : Very Important Person syndrom (syndrome de la personne très importante)

Attitude et ressenti des médecins généralistes soignant leurs confrères : étude qualitative

Résumé

Introduction : Le médecin est un patient à part. Sa pratique de l'autoprescription favorise un retard de prise en charge. Le médecin croit en son invulnérabilité et accepte difficilement le rôle de patient. L'étude se penchait sur le médecin qui soigne son confrère et recherchait les spécificités de cette relation. L'objectif principal de cette étude était de déterminer l'attitude et le ressenti des médecins soignant leurs confrères. Méthode : Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de généralistes ayant soigné un confrère. Résultats analysés selon la méthode de la théorisation ancrée et du paradigme du constructivisme. Résultats : Quinze généralistes ont été interrogés. Le soin d'un pair est source de difficultés. Le soignant doit faire face à une absence de suivi, un retard de prise en charge, un refus d'être patient, une identification source de surinvestissement. La peur du jugement et de l'erreur médicale entraînent un stress de performance et une surmédicalisation. Le soignant doit apprendre à cadrer la relation, à prendre du recul et à favoriser l'anonymat. Les soignés peuvent être adressés à distance du lieu d'exercice pour faciliter la confidentialité. Discussion : L'ambiguïté des rôles peut aboutir à un échec de la relation. Le soignant doit définir le positionnement et les actions de chacun. La mise en place de structures dédiées de soins, le renforcement du suivi médical sont des mesures à promouvoir. Conclusion : Le médecin doit être formé et disposer de référentiels pour soigner ses confrères.

Mots clés : médecine générale, étude qualitative, patient.

Behavior and feeling of general practitioners treating their colleagues: qualitative study

Abstract

Introduction: The practitioner is not a patient like any other ones. Their practice of self-prescription might cause some delay regarding the treatment. Their beliefs in their own invulnerability make them quite reluctant to take up the patient role. This study focuses on the specificities of this relationship from the nursing physicians' perspectives. More specifically, we wanted to understand what physicians treating their colleagues could feel or how they would behave. Method: A qualitative study, through semi-structured interviews made next to general practitioners who have treated their colleagues. The encoding of these interviews was done by the use of the grounded theory method and the paradigm of constructivism. Results: Fifteen general practitioners were interviewed. Physicians may have difficulty to treat others physicians. The carer must face a lack of follow-up, delays in treatment, an unwilling patient, identification source of over-investment. The fear of judgment and medical error can cause performance stress and over-medication. The caregiver has to learn how to frame the relationship, distance themselves and encourage anonymity. Discussion: Ambiguity between doctors and patient's roles may lead to the relationship's failure. The caregiver needs to set both them and their colleague to the doctor and patient role. Healthcare structures for physicians needs to be promoted to strengthen follow-up. Conclusion: Medical school should teach physicians how to treat colleagues and create guidelines.

Key-words: general practice, qualitative research, patient.