



HAL
open science

Les médecins et leur santé : attentes et souhaits quant à leur suivi médical : étude qualitative auprès de dix-sept médecins généralistes du Maine-et-Loire

Agnès Hofferer

► To cite this version:

Agnès Hofferer. Les médecins et leur santé : attentes et souhaits quant à leur suivi médical : étude qualitative auprès de dix-sept médecins généralistes du Maine-et-Loire. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02461207

HAL Id: dumas-02461207

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02461207>

Submitted on 30 Jan 2020

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 CAEN - NORMANDIE

FACULTÉ de MÉDECINE

Année 2019

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 28 août 2019

par

Madame Agnes HOFFERER

Née le 25 avril 1991 à Angers (49)

Les Médecins et leur santé : attentes et souhaits quant à leur suivi médical

Etude qualitative auprès de dix-sept médecins généralistes du Maine-et-Loire

Président : Monsieur le Professeur LE COUTOUR Xavier

Membres : Madame le Docteur DE JAEGHER Sophie

Monsieur le Docteur SAINMONT Nicolas

Madame le Docteur SCOUARNEC-MEREL Marie-Camille, Directrice de thèse

Année Universitaire 2018/2019**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	COQUEREL Antoine	Pharmacologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
M.	DERLON Jean-Michel <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	Neurochirurgie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique

M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUIZ Jean-Luc	Anesthésiologie et réa. médecine péri-opératoire
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	HURAUULT de LIGNY Bruno	Néphrologie
	Éméritat jusqu'au 31/01/2020	
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LEPORRIER Michel	Hématologie
	Éméritat jusqu'au 31/08/2020	
M.	LEROY François	Rééducation fonctionnelle
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophthalmologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence

Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie – Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS A TEMPS PLEIN

M.	VABRET François	Addictologie
----	-----------------	--------------

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

M.	de la SAYETTE Vincent	Neurologie
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
Mme	LESCURE Pascale	Gériatrie et biologie du vieillissement
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------

Année Universitaire 2018 / 2019**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DEBRUYNE Danièle <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2019</small>	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	Hématologie
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
M.	HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEPORRIER Nathalie <small>Éméritat jusqu'au 31/10/2020</small>	Génétique
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie générale

M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	REPESSÉ Yohann	Hématologie
M.	SESBOÛÉ Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André (fin 31/08/19)	Médecine générale
Mme	DE JAEGHER-NOEL Sophie (fin 31/08/2021)	Médecine générale
M.	LE BAS François (fin 31/08/19)	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas (fin 31/08/19)	Médecine générale

Remerciements

Au Professeur Xavier Le Coutour,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury, veuillez accepter l'expression de ma gratitude.

Au Docteur Sophie De Jaegher,

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury et de juger ce travail.

Au Docteur Nicolas Sainmont,

J'ai appris à tes côtés lors du premier séminaire sur l'organisation de l'exercice ambulatoire.

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

Au Docteur Marie-Camille Scouarnec-Merel,

MC, merci d'avoir accepté de m'accompagner, souvent booster, conseiller dans ce travail. Merci pour ta bonne humeur en toutes circonstances, ta disponibilité. Merci aussi pour ta compréhension. Sans toi ce travail n'aurait jamais abouti.

Remerciements personnels

A mon Nico, mon merveilleux mari, mon meilleur soutien pour cette thèse et nos autres projets plus ou moins fous ! Merci pour ta présence et ton soutien, ton amour... tu as toujours été là pour moi, je souhaite que l'on continue notre chemin longtemps.

A Zoé, notre plus précieux trésor, tu as transformé chacune de nos journées, mais quel bonheur de te compter parmi notre famille, tu nous apportes beaucoup de fraîcheur et d'amour !

A ma famille, en particulier mes parents et mes frères et sœur qui avez suivi mon parcours depuis le début et qui avez bien souvent cru en moi beaucoup plus que moi-même, merci... Merci aussi de m'avoir enseignée le sens de l'effort et du travail. Je vous souhaite à chacun de trouver au moins autant de plaisir à aller travailler que j'en ai aujourd'hui.

A tous les copains rencontrés de la P1 à maintenant, ça fait beaucoup de monde finalement, vous saurez vous reconnaître, merci pour les bons moments partagés et le soutien,.. à bientôt pour d'autres moments à venir...

AU SIMBAN et ses bureaux, participer à la vie syndicale au cours de mon internat a été une réelle plus-value, merci pour les rencontres, débats, échanges, merci à chacun d'avoir pris le temps de participer pour faire avancer les choses à sa manière !

A l'ISNAR-IMG, une incroyable aventure au fil de chaque bureau, et à Wonder Bab et GP. Pour toutes ces heures de travail présentiel ou à distance, sur le forum ou dans la réalité, merci pour cette expérience incroyable et la big famille des VC que j'ai eu l'immense joie de découvrir lors de mon premier congrès ! Mention spéciale mon binôme congrès #SuperEquipe Tabie et Clarkie, big hug <3 !

Aux médecins qui ont bien voulu m'accorder de leur temps, précieux et se livrer honnêtement à l'exercice de l'entretien, merci de m'avoir laissée entrer dans votre sphère personnelle de la santé et de la maladie, merci pour votre confiance et votre intégrité. Chacun des échanges a été différent et j'ai pu en retenir quelques leçons de vie, quelle chance pour moi !

A mes futurs collègues du Département de Médecine Générale, merci pour votre engagement pour la formation des internes, je prends plaisir à voir l'évolution de notre formation et j'espère que je serai à la hauteur pour poursuivre ces chantiers avec vous, dans la bonne humeur of course ! A Philippe qui m'a donné envie de suivre cette aventure. Un remerciement tout spécial à Chris' qui m'a tant aidée et soutenue pour cette thèse, merci pour ton amitié, contente de continuer l'aventure avec toi !

A tous les médecins et équipes paramédicales qui ont croisé ma route au cours des stages d'externat et d'internat et qui ont contribué à la formation du médecin que je suis aujourd'hui.

Aux médecins généralistes qui m'ont ouvert les portes de leur cabinet. A Karine avec qui j'ai découvert la médecine générale pendant mon externat, merci de m'y avoir donné goût. A Alexis, merci de m'avoir enseigné la rigueur de l'interrogatoire et l'examen clinique, à Patrice, la présence discrète, merci de m'avoir appris à écouter mes patients, à Françoise et Rémi, merci pour tout, votre bon accueil, les longs débriefings (et aussi les moins longs), vos conseils, votre bonne-humeur... et aux médecins rencontrés au long de mon parcours qui m'ont donné envie ou m'ont convaincue de poursuivre dans cette voie.

Abréviations (classées par ordre alphabétique)

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
CDOM : Collège Départemental de l'Ordre des Médecins
CMP : Centre Médico Psychologique
CNCI : Certificat de Non Contre-Indication
CNOM : Collège National de l'Ordre des Médecins
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPS : Carte de Professionnel de Santé
CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
CSCT : Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique
DES : Diplômes d'Etudes Spécialisées
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EUROPEP : European task force On Patient Evaluation of general Practice
FCASS : Fondation Canadienne pour l'Amélioration des Services de Santé
HAD : Hospitalisation A Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
ISNAR-IMG : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale
LiSSa : Littérature Scientifique en Santé
MOTS : Médecins Organisation Travail Santé
MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
QVT : Qualité de Vie au Travail
SFMG : Société Française de Médecine Générale
SMART : Santé des Médecins Anesthésistes Réanimateurs au Travail
SPS : Soins aux Professionnels de Santé
SUDOC : Système Universitaire de DOCumentation
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux
WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of Practitioners/Family Physicians

INDEX Tableaux et figures

Figure 1 : Le guide d'entretien

Tableau 1 : La grille d'entretien

Tableau 2 : Le questionnaire d'anonymisation

Figure 2 : Exemple d'un entretien

Tableau 3 : La grille d'anonymisation

Figure 3 : A qui s'adresseraient les professionnels de santé en cas de souffrance psychologique ? (1)

Figure 4 : Les déterminants de la qualité de vie au travail – Schéma issu de la commission pour la qualité de vie au travail dans les établissements médico-sociaux (EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) et établissements accueillant des personnes handicapées) (2)

Figure 5 : Modèle bidimensionnel de KARASEK (3), Schéma issu de la commission pour la qualité de vie au travail dans les établissements médico-sociaux (EHPAD et établissements accueillant des personnes handicapées) (2)

Figure 6 : Les six leviers de la FCASS (Fondation Canadienne pour l'Amélioration des Services de Santé) de l'amélioration des services de santé (4)

Figures 7 et 8 : Association MOTS (Médecins Organisation Travail Santé) – Récapitulatifs de la procédure (5)

Sommaire

I.	Introduction.....	1
1.	Généralités	1
2.	Contexte et intérêt de l'étude	1
3.	Définitions.....	2
3.1.	La santé	2
3.2.	Le médecin traitant	2
3.3.	Le médecin généraliste ou encore médecin de famille	3
3.4.	Arrêt maladie	4
3.5.	Autoprescription	4
3.6.	Automédication.....	5
4.	Objectifs de l'étude	5
II.	Matériel et méthodes.....	7
1.	Type d'étude	7
2.	Population d'étude	7
2.1.	Population cible	7
2.2.	Critères d'inclusion.....	7
2.3.	Recrutement.....	8
2.4.	Nombre de sujets à inclure	8
3.	Recherche bibliographique	8
4.	Les entretiens	9
4.1.	De type semi-dirigé	9
4.2.	Le guide d'entretien.....	9
4.3.	Grille d'anonymisation	9
4.4.	Déroulement des entretiens	10
4.5.	Présentation de la thèse.....	10
4.6.	Réalisation des entretiens	10
5.	Analyse des données	11
5.1.	Retranscription mot à mot	11
5.2.	Analyse thématique	11
III.	Résultats.....	13
1.	Les données générales des entretiens et participants	13
1.1.	Les entretiens et les participants	13
1.1.1.	Nombre de demandes et refus.....	13
1.1.2.	Lien avec les médecins	13
1.1.3.	Date et durée	13
1.1.4.	Evènement indésirable	13
1.2.	Caractéristiques sociodémographiques	13
1.2.1.	Années de validation du DES et sexe	13

1.2.2. Zone d'exercice.....	14
1.2.3. Mode d'activité.....	14
1.3. Le tableau récapitulatif.....	14
1. Choix du médecin traitant.....	15
1.1 . Eux-mêmes.....	15
1.1.1 Qui choisir ?.....	15
1.1.2 Doute sur la plus-value.....	15
1.1.3 Fréquence.....	15
1.1.4 Plus pratique.....	15
1.1.5 Ne l'empêche pas de consulter un collègue.....	15
1.1.6 Mauvais médecin traitant pour soi-même.....	16
1.1.7 N'allait pas voir le médecin traitant qu'il avait choisi.....	16
1.2. Quelqu'un d'autre.....	16
1.2.1. Habitude d'avoir un médecin.....	16
1.2.2. Difficile d'être médecin et patient à la fois.....	16
1.2.3. Meilleure prise en charge.....	17
1.2.4. Serait mieux mais pas prêt.....	17
1.2.5. Pas installé donc pas possible.....	17
1.3. Critères de choix.....	17
1.3.1. Pour parcours de soin.....	17
1.3.2. Sexe.....	17
1.3.3. Médecin traitant d'enfance, de leurs études.....	17
1.3.4. Facilité d'organisation.....	18
1.3.5. Le lien avec le médecin traitant.....	18
1.3.6. Sérieux.....	19
1.3.7. Pratique Gynéco.....	19
1.3.8. Age du médecin.....	20
1.3.9. Compétences du médecin généraliste.....	20
1.3.10. Difficultés à choisir.....	20
1.4. Moment du choix d'un médecin traitant.....	20
1.4.1. L'installation professionnelle.....	20
1.4.2. Pour les enfants.....	21
1.4.3. La maladie.....	21
1.4.4. Devient nécessaire en vieillissant et avec les antécédents.....	21
1.4.5. Devient nécessaire en vieillissant car plus à la page.....	21
1.5. Spécialiste.....	21
2. Souhait pour la relation médecin-malade.....	22
2.1. Confiance dans les compétences.....	22
2.2. Objectivité, regard extérieur ouverture.....	22
2.3. Ecoute.....	22

2.4.	Mêmes pratiques, mêmes connaissances	22
2.5.	Disponibilité.....	23
2.6.	Remis en place si besoin	23
2.7.	Centralise les choses.....	23
2.8.	S'appuyer sur un autre.....	23
2.9.	Examen complet.....	24
2.10.	Relation formalisée à un moment donné ?	24
2.11.	Quel statut lorsqu'ils sont patient ?	25
2.12.	Même exigence pour lui que pour ses patients.....	25
2.13.	Appui organisationnel.....	25
2.14.	Objectivité	26
2.15.	Échange sur la conduite à tenir.....	26
2.16.	Le moins de traitements possibles	26
2.17.	Réseau.....	26
3.	Motifs de consultation.....	27
3.1.	Intérêt de la consultation	27
3.2.	Ne peut pas être fait soi-même.....	27
3.3.	Problème personnel, souffrance au travail... ..	27
3.4.	Administratif	28
3.5.	Aigu.....	28
3.6.	Suivi	28
3.7.	Avis	28
3.8.	Echec thérapeutique	29
3.9.	Prescription examens complémentaires	29
3.10.	Gynécologie.....	29
3.11.	Certificats.....	29
3.12.	Peu de besoins	30
3.13.	Vaccinations	30
3.14.	Inquiétude de l'entourage	30
3.15.	Arrêt de travail.....	30
3.15.1.	Consultation spécialisée	30
3.15.2.	Réalisé par leur médecin traitant.....	31
3.15.3.	Signification de l'arrêt de travail.....	31
3.15.4.	Valeur réglementaire de l'arrêt	31
3.15.5.	Difficulté à s'arrêter soi-même	31
3.15.6.	Faible indemnisation en cas d'arrêt maladie.....	31
3.15.7.	Organisation des libéraux en cas d'arrêt maladie.....	32
3.15.8.	Réglementation non connue	32
4.	Freins à consulter	32
4.1.	Pas de problème	32

4.2.	Première consultation.....	32
4.3.	Connaissance de la charge de travail de l'autre	33
4.4.	Peur de déranger.....	33
4.5.	Faisable soi-même.....	33
4.6.	Relation de soins compliquée, difficile pour médecin du médecin aussi.....	33
4.7.	Désaccord dans la prise en charge.....	34
4.8.	Pudeur.....	34
4.9.	Accepter de laisser sa santé à un tiers	34
4.10.	Manque de temps.....	34
4.11.	Déni	35
4.12.	Le fait de ne pas régler la consultation	35
5.	Influence des habitudes avant leur vie de médecin.....	35
5.1.	Le fait d'avoir un médecin traitant depuis l'enfance.....	35
5.2.	Apprendre à devenir patient : un travail dès la petite enfance et tout au long de la vie.....	35
6.	Humains avant médecins	36
6.1.	Pas épargnés par la maladie	36
6.2.	Des patients comme les autres	36
6.3.	Dépend du caractère aussi	36
6.3.1.	Des hypochondriaques parmi les médecins	36
6.3.2.	Alors que d'autres semblaient plus détendus.....	36
6.3.3.	Des médecins pas toujours prêts à accepter la condition de patient	37
6.3.4.	La tendance à repousser les choses	37
7.	Influence de leur expérience comme soignant de soignants	37
7.1.	Bien accompagner le patient	37
7.2.	Annoncer sa profession d'emblée	37
7.3.	Déni de sa pathologie	38
8.	Influence du statut de malade	38
8.1.	Changement de place	38
8.2.	Poussé à avoir un médecin	38
8.3.	Fait prendre conscience de ce qu'est la maladie	38
8.4.	Bénéfice de la maladie : apprendre pour sa propre pratique	39
9.	Le recours à l'autoprescription	39
9.1.	Non.....	39
9.2.	Motifs d'autoprescription.....	39
9.2.1.	Facilitation	39
9.2.2.	Licence de sport	39
9.2.3.	Viroses et pathologies aiguës.....	40
9.2.4.	Vaccination	40
9.2.5.	Antidépresseurs.....	40
9.2.6.	Antécédents connus	40

9.2.7.	Troubles du sommeil.....	40
9.3.	Maîtrise de l'autoprescription	41
9.3.1.	Bonne maîtrise	41
9.3.2.	Risques.....	41
9.4.	Modalités.....	42
10.	En quoi le statut de médecin peut les avantager ?	42
10.1.	Même langage.....	42
10.2.	Facilite le travail du médecin traitant	42
10.3.	Notion du temps.....	42
10.4.	Voies de prise en charge différentes du parcours de soin classique.....	43
10.5.	Collègue souvent connu, met à l'aise	43
10.6.	Connaissance de soi.....	43
11.	Inconvénients du statut de médecin pour leur prise en charge	43
11.1.	Conduite ambivalente des médecins.....	43
11.1.1.	Paradoxe entre la conduite à tenir et ce qui est fait.....	44
11.1.2.	Pas distance nécessaire pour soi-même.....	44
11.2.	Sous traitement	44
11.2.1.	Par soi-même.....	44
11.2.2.	Par confrères.....	44
11.3.	Surinvestigation	45
11.4.	Poids des connaissances	45
11.5.	Les médecin-patients étaient entourés d'autres médecins dans le cadre professionnels mais pas forcément pour leur prise en charge personnelle.....	45
11.6.	Détachement professionnel difficile	46
11.6.1.	Difficultés à laisser la main	46
11.6.2.	Se met à la place du médecin qui soigne un confrère	46
11.6.3.	Comparaison avec sa propre pratique	46
11.6.4.	Evaluation des pratiques.....	47
11.6.5.	Manque de recul quand il s'agit de soi-même.....	47
11.6.6.	Patient particulier	47
11.6.7.	Pas le droit d'être malade	47
12.	Avantages matériels du fait de leur statut de médecin.....	48
12.1.	N'en attendent pas	48
12.2.	Mais n'a pas eu besoin.....	49
12.3.	A fait comme tout le monde	49
12.4.	Paiement	49
12.5.	Avantages attendus	50
13.	La prescription d'examens complémentaires et avis spécialisés	50
13.1.	Par soi-même	50
13.2.	Démarche qui évolue avec le temps	51

13.3.	Par leur médecin traitant.....	51
13.4.	Selon les circonstances	51
13.5.	Par gynécologue	51
13.6.	Par collègue	51
14.	En termes d'informations.....	52
14.1.	Comme patient classique	52
14.2.	Démarche diagnostique et thérapeutique.....	52
14.3.	Différent car parle même langage	53
14.4.	Informations dans les domaines qu'ils maîtrisent moins.....	53
14.5.	Adaptée à ses connaissances.....	53
15.	Prévention	53
15.1.	La prévention était réalisée par leur propre médecin traitant	54
15.2.	La prévention était réalisée par un autre médecin	54
15.3.	Il y avait peu de prévention réalisée	54
16.	Ce qu'il faudrait faire – Les propositions des médecins.....	54
16.1.	Soutien.....	54
16.2.	Consultation régulière.....	54
16.3.	Médecine du travail	55
16.4.	Un médecin spécialiste de la santé de ses pairs ?	56
16.5.	Besoin de rien	56
16.6.	Se résigner à être un bon patient.....	56
16.6.1.	Médecin, mais aussi patient.....	56
16.6.2.	Un patient comme un autre.....	56
16.7.	Ne pas pouvoir être son propre médecin traitant	57
16.8.	Informers les futurs médecins	57
17.	Pour les pairs.....	57
18.	Influence de l'expérience de l'entourage	58
19.	Consultation gynéco pour les femmes	58
20.	Changement générationnel.....	58
21.	Souffrance au travail	59
21.1.	Fréquente	59
21.2.	Facteur de risque de souffrance au travail	59
21.2.1.	Pratique isolée	59
21.2.2.	Forte demande	59
21.3.	Sous-dépiée	60
IV.	Discussion.....	61
1.	Forces de l'étude	61
1.1.	Méthodologie.....	61
1.2.	Population.....	61
1.3.	Entretiens	61

1.4. L'analyse	61
2. Limites de l'étude	62
2.1. La population	62
2.2. Les entretiens	62
3. Analyse des thèmes	62
1. Choix du médecin traitant.....	62
2. Souhaits pour la relation médecin-malade.....	64
3. Motifs de consultation	65
4. Arrêt de travail.....	66
5. Freins à consulter.....	66
6. L'influence de leurs habitudes avant leur vie de médecin.....	67
7. Des médecins humains ?.....	68
8. Influence de leur expérience de soignants de soignants.....	68
9. Quelle était l'influence du statut de malade ?.....	68
10. Le recours à l'autoprescription	68
11. Avantage du statut de médecin	69
12. Inconvénients : le revers de la médaille ou les inconvénients associés au métier de médecin.....	69
13. Avantages matériels du fait de leur statut de médecin	70
Peu d'avantages étaient attendus. Un médecin mentionnait souhaiter des délais de consultation plus courts pour les médecins et constatait avec dépit que cela n'était plus possible. Les médecins mentionnaient dès lors qu'ils n'avaient pas été confrontés à des situations graves ou nécessitant des explorations supplémentaires, que leur perception des choses pourrait changer ou que spontanément ils bénéficieraient peut-être d'un traitement de faveur car les médecins entre eux étaient attentifs à rendre service à leurs pairs.....	
14. La prescription d'examens complémentaires et avis spécialisés.....	70
15. En termes d'informations	71
16. Quid de la prévention ?.....	71
17. Propositions des médecins pour mieux prendre en charge leur santé.	72
18. Influence de l'expérience de l'entourage.....	73
19. Changement générationnel	73
20. Souffrance au travail.....	73
4. Exploitation des résultats et comparaison avec la littérature	74
1. Choix du médecin traitant.....	74
2. Prise en charge des pairs.....	76
3. Attente des médecins	76
4. Motifs de consultation	78
5. Freins à consulter.....	79
6. Autodiagnostic et autoprescription	79
7. Parcours de soins	81
8. Influence du statut de médecin	81

8.1. Le médecin un malade comme les autres	81
8.2. Le médecin, un malade particulier	82
9. Avantages	82
10. Inconvénients	83
10.1. Le manque d'objectivité quand il s'agissait de soi-même.	83
10.2. Le déni	83
10.3. Le manque de temps	84
10.4. La moins bonne prise en charge par les confrères à cause de leur profession.	84
11. Influence des expériences de l'entourage médical des médecins	84
12. Gynécologie	85
13. La problématique de l'arrêt de travail	86
14. A propos de la prévention	86
15. Changement générationnel	87
16. La souffrance au travail	89
16.1. Fréquence de la souffrance au travail	89
16.2. Des facteurs favorisants identifiés	89
17. Les propositions	90
17.1. Possibilité ou non d'être son propre médecin traitant ?	90
17.2. Soutien et soins dédiés aux professionnels de santé	90
17.3. Une médecine préventive pour les indépendants ?	90
17.4. Organisation du travail : peut mieux faire ?	91
17.5. Rompre l'isolement	92
17.6. Autodépistage du mal-être professionnel ?	92
17.7. L'information et la formation	93
IV. Conclusion	95
Bibliographie	97
Annexes	101
Annexe 1 : Le guide d'entretien	101
Annexe 2 : La grille d'entretien	103
Annexe 3 : Le questionnaire d'anonymisation	104
Annexe 4 : exemple d'analyse d'un entretien	104
Annexe 5 : Grille d'anonymisation	105
Annexe 6 : A qui s'adresseraient les professionnels de santé en cas de souffrance psychologique ? (1)	106
Annexes 7 et 8 : Association MOTS – Récapitulatifs de la procédure (5)	107
Annexe 9 : les entretiens, verbatims et enregistrements audio.	108
Résumé	111

I. Introduction

1. Généralités

Le Dalaï Lama nous enseigne que « prendre soin des autres, partager leurs problèmes, faire preuve de compassion [...] est le fondement d'une vie heureuse pour soi-même, pour sa famille et pour l'humanité toute entière ». Pouvons-nous penser que les soignants, par leur métier, sont particulièrement enclins au bonheur ?

L'actualité de ces dernières années semble nous dire le contraire en révélant régulièrement le mal-être et l'épuisement professionnel des soignants à travers des événements tragiques parfois. Parmi les 10 822 répondants à l'enquête du CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins) (1) sur la santé des médecins parue en 2018, un quart s'estime en mauvaise ou moyenne santé. LEGHA R.K. (2) aux Etats-Unis exprime bien ce paradoxe : « Qu'un médecin au cœur du système de santé et entouré de ressources puisse être souffrant sans recevoir de soins appropriés défie l'entendement et doit nous interpeller ». Le rapport du CNOM établi par LERICHE B. sur le Médecin malade en 2008 (3) mentionne que « le médecin se caractérise par une véritable cécité professionnelle qui l'entraîne à modifier l'idée qu'il peut avoir de son propre état de santé, ceci d'une façon consciente ou inconsciente. »

Il est donc urgent d'agir pour la santé des soignants. Plusieurs initiatives en ce sens ont déjà vu le jour : les plateformes d'appels réservées aux professionnels de santé, comme la PLATEFORME SPS (Soins aux Professionnels de Santé) qui permet de recevoir et traiter des appels dans le cadre d'entretiens anonymes et gratuits, les *15 mesures pour le bien-être des étudiants en santé* suite au rapport de MARRA D. le 3 avril 2018 (4), la campagne « *Dis doc, t'as ton doc ?* » (5) incitant les médecins à déclarer un médecin traitant. Depuis la réforme de 2004 (6), 79 à 93 % de médecins ont effectivement un médecin traitant déclaré, cependant il s'agit d'eux-mêmes dans 62 à 86 % des cas.

2. Contexte et intérêt de l'étude

S'il faut soigner les médecins, nous avons pu nous rendre compte au travers de consultations où nous y avons été confrontés que cela n'est pas simple. DUQUENNE L., dans sa thèse (6) met en évidence les difficultés à soigner un confrère : « absence de suivi, retard de prise en charge, refus d'être patient, 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. »

Dans la thèse de JORET C. au sujet de la perception des médecins généralistes de leur propre santé, les médecins interrogés au sujet de la prise en charge de confrère semblent préférer éviter cette situation « lorsqu'on soumet l'idée aux participants de prendre en charge un collègue médecin, tous s'accordent à dire que s'ils peuvent éviter cette situation, ils le feront car il leur paraît extrêmement compliqué, inconfortable, jugeant et peu épanouissant de traiter un collègue. On comprend bien alors toute la difficulté qu'ils peuvent éprouver eux-mêmes à aller consulter un confrère généraliste » (7).

Bien que les difficultés existent, comment peut-on mieux soigner nos pairs ? Nous nous sommes d'abord intéressés aux spécificités de la consultation des médecins et nous avons retrouvés de nombreux travaux à ce sujet, aussi nous avons décidé de nous placer du côté du médecin-patient et de sa consultation. Quelles étaient les attentes des médecins lorsqu'ils consultaient leur médecin traitant ?

3. Définitions

3.1. La santé

D'après l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité

3.2. Le médecin traitant

Inscrit dans la réforme de l'assurance maladie d'août 2004 (8), mise en place depuis janvier 2006, le médecin traitant est un médecin généraliste ou d'une autre spécialité que le patient choisi de désigner comme médecin traitant. Ce médecin ne peut pas être un remplaçant, il doit être installé. Il aura en charge de coordonner la prise en charge du patient.

Le choix d'un médecin traitant est obligatoire à partir de l'âge de 16 ans afin de bénéficier du remboursement optimal de la part obligatoire du montant de la consultation. Si le patient n'a pas de médecin traitant désigné, il est moins bien remboursé : 30% moins un euro au lieu de 70% moins un euro. Depuis 2016 (8), la Convention Médicale a instauré le médecin traitant de l'enfant, cependant la déclaration n'est pas obligatoire et le remboursement est optimal que la déclaration soit effectuée ou non.

L'enquête réalisée en 2010 par l'Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire et l'Union Régionale des Médecins Libéraux des Pays de la Loire recensait 74% de médecins ayant déclaré un médecin, il s'agissait d'eux-mêmes pour 62% d'entre eux (9).

3.3. Le médecin généraliste ou encore médecin de famille

Il est le médecin de premier recours qui pratique la médecine générale. Reconnue spécialité depuis 2004, la médecine générale est définie par la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of Practitioners/Family Physicians) en 2002 (9) selon 11 caractéristiques :

- « Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.
- Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.
- Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelle, familiale, et communautaire.
- Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.
- Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.
- Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
- Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.
- Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
- Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.
- Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.
- Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle. »

Ces missions sont donc effectuées par le médecin généraliste lors de son activité professionnelle. Mais dès lors qu'il s'agit de sa propre santé, peut-il les réaliser pour lui-même ? Qu'en est-il alors du « colloque singulier », célèbre expression utilisée par DUHAMEL G. en 1917 (10) afin de désigner la relation médecin malade ?

Les attentes des patients quant à leur consultation ont été étudiées et quantifiées dans la thèse de EL HAFDI S. (11) traitant du ressenti des patients sur la consultation en médecine générale. Elle a pour cela utilisé un questionnaire type, EUROPEP (European task force On Patient Evaluation of general Practic) (12). Son étude mettait en évidence les attentes des patients : un soulagement rapide de symptômes (76,1%), des informations sur leurs symptômes ou maladie (73,1%), que le médecin se souvienne de ce qui a été dit ou fait précédemment (43,1%), des propositions en termes de prévention (23,4%), la résolution de problème émotionnel (18,6%). Qu'en est-il du médecin-patient ? Est-il un patient comme les autres ?

3.4. Arrêt maladie

L'arrêt maladie ou arrêt de travail pour maladie permet une indemnisation couvrant la période pour laquelle l'employé est arrêté. Il s'agit d'une prescription médicale réalisée sur feuillets spécifiques à transmettre à la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) ou via internet. En France, la loi prévoit depuis 1928 (13) une indemnisation à partir du sixième jour de maladie pour l'assuré malade à condition de fournir une attestation médicale. L'assuré reçoit alors un demi-salaire quotidien jusqu'à la guérison ou consolidation de sa blessure pour un maximum de six mois. Depuis, la réglementation a évolué : l'indemnité est due dès le quatrième jour. Il n'y a pas de jour de carence en cas d'accident de travail, maladie professionnelle, affection longue durée, congé maternité ou paternité ou d'adoption. Les indemnités sont souvent complétées par l'entreprise selon la législation et la convention collective applicable. Par exemple, chez les fonctionnaires, l'employeur donne une indemnité dès le deuxième jour d'arrêt. Pour les indépendants, les indemnités journalières sont versées à partir du huitième jour en cas d'accident ou maladie et du quatrième jour en cas d'hospitalisation d'une durée supérieure à sept jours. Pour les médecins libéraux, l'indemnité journalière est versée à partir du quatre-vingt-onzième jour et pour une durée maximale de trente-six mois.

3.5. Autoprescription

Désigne mot-à-mot le fait de prescrire pour soi-même, mais n'a pas de description littérale. Légalement, la prescription est possible dès lors que l'étudiant en médecine devient interne alors

qu'il a passé le CSCT (Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique). Concrètement, un interne peut donc rédiger des ordonnances à son nom. Il existe néanmoins un flou juridique à ce sujet. On lit dans l'article 8 du Code de déontologie médicale (14) « Dans les limites fixées par la loi et compte tenu des données acquises de la science, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. »

3.6. Automédication

D'après le CNOM, il s'agirait de « l'utilisation, hors prescription médicale, par des personnes pour elles-mêmes ou pour leurs proches et de leur propre initiative, de médicaments considérés comme tels et ayant reçu l'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) avec la possibilité d'assistance et de conseils de la part des pharmaciens. » (15) L'institut IPSOS© rapporte que l'automédication concernait 75 à 85 % de la population française en 2013. L'autoprescription diffère de l'automédication car elle consiste en une prescription médicale qu'un soignant se fait à lui-même. Le médecin a également la possibilité d'acheter en pharmacie des médicaments délivrés sous prescription au moyen de sa carte de professionnel de santé. A la différence qu'avec une ordonnance, il devra payer les frais médicaux.

4. Objectifs de l'étude

Le médecin, malgré sa profession ne semble échapper ni à la souffrance, ni à la maladie. Il n'est cependant pas un malade comme les autres par ses connaissances, sa pratique professionnelle, l'accès aux thérapeutiques et avis médicaux. Ainsi, plusieurs options s'offrent à lui en cas de symptômes : se prendre en charge soi-même, faire appel à un confrère dans le cadre d'une consultation ou encore prendre un avis médical.

Le médecin a la possibilité de déclarer un médecin traitant notamment pour une prise en charge optimale de ses soins médicaux mais peut également jouer lui-même ce rôle de médecin traitant. Ce médecin traitant peut être lui-même, qu'il soit médecin généraliste ou d'une autre spécialité. S'il décide de prendre un autre médecin comme médecin traitant, le médecin n'a pas l'obligation de consulter ce confrère choisi comme médecin traitant et qui a à priori les mêmes compétences que lui, il n'est pas non plus privé de son exercice médical envers lui-même lorsqu'il déclare un médecin traitant autre que lui-même.

Nous avons souhaité travailler sur les attentes des médecins généralistes lorsqu'ils consultent leur médecin traitant. L'objectif principal de l'étude était de connaître les attentes des médecins

généralistes lors de leurs consultations. Les objectifs secondaires étaient d'identifier les critères de choix du médecin traitant, les freins à la consultation, le recours à l'autoprescription et de mieux connaître le parcours de soin du médecin généraliste afin de mieux envisager la consultation de ce patient.

Nous avons souhaité étudier les attentes des médecins généralistes concernant leurs consultations chez leur médecin traitant, en nous intéressant à ce qu'ils attendaient d'un confrère ayant à priori les mêmes compétences qu'eux. Nous avons vu que la plupart des médecins se déclarent comme médecin traitant, nous souhaitons savoir quels étaient les critères de choix de leur médecin traitant des médecins généralistes. Par ailleurs, les médecins sont souvent décrits comme « les cordonniers les plus mal chaussés »(16) ; nous avons voulu le vérifier en étudiant les occasions dans lesquelles les médecins généralistes avaient recours à leur médecin traitant et quels étaient les freins à consulter. Nous voulions savoir quelles étaient, d'après les médecins généralistes, les spécificités de leur statut de médecin et quelle influence celui-ci pouvait avoir dans la relation avec leur médecin traitant. Enfin, nous avons essayé de mettre en lumière les souhaits des médecins généralistes quant à leur parcours de soins.

II. Matériel et méthodes

Nous décrivons dans cette partie l'étude que nous avons réalisée ainsi que les choix qui nous ont paru les plus pertinents afin de répondre à nos questions.

1. Type d'étude

Etant donné que nous souhaitions voir émerger des idées, explorer le vécu des médecins, leurs représentations et mécanismes de pensées, c'est la méthode qualitative qui a été choisie car elle permet d'effectuer ce travail exploratoire et nous semblait la plus appropriée. Pour cela, des entretiens ont été effectués auprès de médecins généralistes acceptant de se rendre disponibles.

2. Population d'étude

2.1. Population cible

Nous avons défini la population que nous souhaitions interroger afin de répondre au mieux à notre question de recherche et avons choisi les médecins généralistes car ils sont les plus nombreux à être déclarés médecins traitants. Par ailleurs, ils ont, par leur diplôme de médecin généraliste, les mêmes compétences que celui qu'il pourrait choisir comme médecin traitant aussi il nous semblait intéressant d'étudier leurs attentes dans ce contexte. Nous avons proposé cette étude à des médecins ayant un médecin traitant déclaré afin de s'intéresser au rôle du médecin traitant pour ces médecins. Ce médecin traitant pouvait être quelqu'un d'autre mais aussi eux-mêmes.

2.2. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient les suivants : des médecins généralistes, libéraux ou hospitaliers, en activité, installés ou non, ayant un exercice rural ou urbain, une activité mixte parfois, des médecins remplaçants, certains détenaient des diplômes complémentaires, d'autres non, des hommes, des femmes, des médecins d'âges différents, ayant un médecin traitant déclaré, exerçant dans le Maine-et-Loire.

Les médecins ayant participé devaient exercer dans le Maine-et-Loire pour des raisons logistiques, afin de faciliter le travail de l'investigatrice qui habitait alors là-bas. Nous avons tâché d'avoir une population aussi diversifiée que possible. En qualitatif, la diversification est un critère de qualité de l'étude, cela signifie que nous recherchons la variation maximale au sein de notre population d'étude

afin de pouvoir explorer largement la question de recherche au cours des entretiens. Il n'y a pas de notion de représentativité chiffrée comme dans la méthodologie quantitative.

2.3. Recrutement

Nous avons obtenu de la part du CDOM (Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins) du Maine-et-Loire la liste des médecins généralistes exerçant dans le département. Nous avons exclu les médecins que nous connaissions personnellement afin de ne pas avoir de biais affectif, puis nous avons contacté les médecins un par un après tirage au sort.

Nous ne disposions pas des coordonnées des médecins, nous cherchions leurs coordonnées dans l'annuaire afin de les contacter. Lorsque nous étions directement en lien avec le médecin, nous lui expliquions brièvement notre étude, les conditions de rencontres et lui propositions de participer. La plupart du temps, nous étions en contact avec une secrétaire du cabinet à qui nous expliquions simplement notre travail et nous propositions de rappeler le médecin ou bien d'envoyer un mail afin de lui proposer de participer.

2.4. Nombre de sujets à inclure

Les médecins étaient inclus les uns après les autres. Nous sommes arrivés à saturation des données à partir du quatorzième entretien, c'est-à-dire que nous ne mettions pas en évidence de nouveaux thèmes, nous avons alors réalisé encore trois entretiens afin de confirmer qu'il n'y avait pas de nouveaux thèmes et de compenser les premiers entretiens plus courts.

3. Recherche bibliographique

Afin de nourrir la réflexion et construire notre raisonnement scientifique, nous avons effectué une bibliographie en utilisant la technique dite « effet boule de neige » ou « de proche en proche ». Les recherches ont été effectuées à partir du moteur de recherche Google, de la base de données LiSSa (Littérature Scientifique en Santé) et du catalogue SUDOC (Système Universitaire de Documentation). Les mots clés étaient « relation médecin-malade », « médecin-patient », « santé des médecins », « santé des professionnels de santé ». Ceux-ci étant assez génériques, il n'a pas été possible de réaliser une équation de recherche, aussi, nous sommes partis de nos premiers résultats et avons réalisé d'autres recherches avec les mots-clés des sources retrouvées.

4. Les entretiens

4.1. De type semi-dirigé

L'entretien semi-dirigé permettait à la fois de suivre la réflexion de l'interviewé en le laissant libre d'exprimer le cours de sa pensée. Il est semi-dirigé, donc ni un monologue libre, ni un questionnaire avec des questions précises. Nous utilisons des questions de relance afin d'approfondir de faire préciser certains thèmes.

4.2. Le guide d'entretien

Aux prémices de notre travail, la recherche bibliographique effectuée nous a permis d'émettre des hypothèses initiales. Nous avons ensuite réalisé un sondage auprès d'un collectif de médecins afin de valider et enrichir ces hypothèses puis nous avons pu constituer le guide d'entretien (Annexe 1) qui a servi à explorer la problématique. Le guide d'entretien comportait des questions ouvertes et laissait le champ libre à l'interviewé pour exprimer ses idées, son vécu sans limite de temps ou de thème. Des questions de relance plus précises permettaient de revenir sur certains thèmes non abordés.

Comme son nom l'indique, il devait guider les entretiens mais l'investigatrice n'avait pas à le suivre strictement comme s'il s'agissait d'un questionnaire. Ainsi, il a pu être retravaillé une première fois lors d'entretiens tests au cours d'une séance de tutorat de thèse à l'université. Nous avons également appris des techniques pour mener un entretien à l'université et à l'occasion d'un atelier recherche lors d'un congrès.

Au fur et à mesure des entretiens et particulièrement au début, le guide d'entretien s'est enrichi de nouvelles relances afin d'explorer de nouvelles hypothèses. Après quelques entretiens, nous l'avons fait évoluer en grille d'entretien afin de nous sentir plus libres dans l'enchaînement des sujets à aborder. (Annexe 2).

4.3. Grille d'anonymisation

Les entretiens étaient numérotés les uns après les autres dans l'ordre où ils étaient réalisés et les caractéristiques des médecins étaient recensées dans la grille d'anonymisation à la fin de l'entretien (Annexe 3) :

- sexe,
- statut : hospitalier, installé ou remplaçant,

- type(s) de structure(s) d'exercice : hospitalière, HAD (Hospitalisation A Domicile), cabinet médical, équipe de soins primaires, cabinet médical de groupe, maison médicale,
- activité : urbaine, rurale, mixte,
- année de fin d'études (DES – Diplôme d'Etudes Spécialisées),
- thésé ou non,
- diplômes complémentaires,
- durée de l'entretien.

La retranscription des entretiens était faite secondairement.

4.4. Déroulement des entretiens

Les rencontres débutaient par une prise de contact entre le médecin et l'investigatrice. Ils faisaient connaissance, au cabinet ou parfois dans un restaurant ou un café, le médecin était remercié pour sa participation puis après avoir rappelé le thème de la thèse, l'entretien démarrait en même temps que l'enregistrement. Les thèmes étaient abordés les uns après les autres, sans contrainte d'ordre mais au fil de la discussion et des enchaînements logiques. En fin d'entretien, nous proposons un temps d'échanges assez libre.

4.5. Présentation de la thèse

Lors de la prise de contact aussi bien téléphonique que par courrier, la question de recherche n'était pas dévoilée afin que les médecins puissent répondre le plus spontanément possible pour l'entretien. Cette condition est nécessaire afin de ne pas influencer les réponses des participants.

4.6. Réalisation des entretiens

Les entretiens se sont déroulés sur la période du 21 janvier 2019 au 26 avril 2019. Le lieu ainsi que la date de l'entretien étaient fixés selon les disponibilités du médecin, au moment où cela était le plus simple pour lui afin de ne pas l'importuner dans son activité. La plupart des entretiens avaient lieu sur le temps du midi avant la reprise des consultations. Il lui était précisé lors de la prise de contact initial que l'entretien pouvait durer jusqu'à une heure afin de ne pas être contraint par le temps. Les

entretiens se sont déroulés en face à face, seuls et la durée était libre, s'arrêtant lorsque tous les thèmes avaient été abordés et que le médecin n'avait rien à ajouter de plus. Nous précisions aux médecins avant qu'ils acceptent l'entretien que l'enregistrement resterait confidentiel et anonyme afin de permettre une parole libre. L'enregistrement était effectué au moyen du dictaphone d'un smartphone et dans un climat calme et de bienveillance afin que le médecin puisse se livrer sans crainte, un nouvel accord était recueilli le jour de l'entretien. En cas de refus les données auraient été notées de façon manuscrite sur le guide d'entretien mais le cas ne s'est heureusement jamais présenté.

5. Analyse des données

5.1. Retranscription mot à mot

Chacun des entretiens était retranscrit intégralement en respectant le phrasé, les onomatopées, les répétitions ou tics de langage. Les interruptions ont été notifiées.

Les enregistrements étaient numérotés au fur et à mesure qu'ils étaient traités et ils étaient traités au fur et à mesure qu'ils étaient menés, un par un. Arbitrairement, l'investigatrice était nommée « A » et les médecins « M numéro de l'entretien » ; pour l'entretien 1 : M1, l'entretien 2 : M2, ... Les noms des villes ou les mots pouvant dévoiler l'identité d'un médecin ont été tronqués afin de garantir l'anonymat comme convenu avec les médecins.

5.2. Analyse thématique

Le corpus d'entretiens retranscrits a été le support de l'analyse.

Dans un premier temps, nous avons procédé après relecture à une analyse thématique décontextualisée aussi appelée analyse longitudinale. Celle-ci se faisait entretien par entretien, au sein d'un fichier excel (exemple d'analyse d'un entretien en Annexe 4). Chaque entretien comportait sa feuille de calcul avec les références de l'expression et le ou les thèmes et sous-thèmes auxquels elle faisait notion.

L'étape suivante a constitué à regrouper et réorganiser les thèmes retrouvés au sein des différents entretiens et à sélectionner les citations qui semblaient les plus pertinentes afin d'illustrer les thèmes retrouvés. Il s'agissait de l'analyse transversale.

Cette dernière analyse compilait les résultats issus de deux analyses distinctes effectuées par deux personnes différentes, il s'agit de la triangulation des données qui permet d'exploiter au maximum les entretiens.

L'analyse en deux temps a permis une approche globale de l'ensemble des entretiens.

III. Résultats

1. Les données générales des entretiens et participants

1.1. Les entretiens et les participants

1.1.1. Nombre de demandes et refus

Nous avons finalement mené dix-sept entretiens.

Le décompte des médecins contactés a été abandonné très tôt devant le grand nombre de refus et l'incertitude que les médecins aient bien reçus nos sollicitations puisque très souvent nous contactions indirectement les médecins via leur secrétariat. Les principaux motifs de refus étaient le manque de temps, d'intérêt pour la question, la pudeur.

1.1.2. Lien avec les médecins

Les médecins n'étaient pas connus auparavant. Il est à signaler qu'un médecin a été recruté par « effet boule de neige » par une de ses consœurs qui l'a invité à participer à l'entretien après s'être elle-même prêtée à l'exercice, sans lui avoir expliqué de quoi il s'agissait.

1.1.3. Date et durée

Les entretiens se sont déroulés du 21 janvier 2019 au 26 avril 2019. Ils ont duré entre 5 minutes 30 et 44 minutes, soit une durée moyenne de 23 minutes et 16 secondes.

1.1.4. Evènement indésirable

Un problème d'enregistrement a rendu inexploitable la deuxième moitié du treizième entretien, les notes prises au cours de cet entretien ont permis de retrouver les idées principales.

1.2. Caractéristiques sociodémographiques

1.2.1. Années de validation du DES et sexe

Les participants avaient validé leur DES entre 1982 et 2018.

Il y avait deux femmes et sept hommes.

1.2.2. Zone d'exercice

Onze participants travaillaient en zone urbaine, dont un en mixte car il faisait moins d'un jour par semaine en HAD, en milieu rural, nous avons considéré qu'il travaillait en zone urbaine. Les six autres participants travaillaient en zone rurale, l'un d'eux travaillait principalement en zone rurale, plus de trois semaines par mois, nous avons considéré en zone rurale dans notre étude.

1.2.3. Mode d'activité

Six étaient salariés et travaillaient en structure hospitalière. Un d'eux avait une activité mixte car il travaillait également en HAD, moins d'un jour par semaine. Les dix autres avaient une activité libérale, deux étaient remplaçants, trois avaient une activité solo, les cinq autres travaillaient en maison médicale, cabinet médical ou pole de santé.

1.3. Le tableau récapitulatif

N°	Sexe	Hospitalier ou Installé ou Remplaçant	Type de structure	Zone (urbaine semi rurale ou rurale)	Année de validation DES	Diplôme(s) complémentaire(s)	Durée entretien
1	F	hospitalier	hôpital	urbaine	2004	gériatrie	11'24
2	F	hospitalier	hôpital	urbaine	2007	gériatrie	8'36
3	F	hospitalier	hôpital	urbaine	2014	urgences	12'30
4	M	hospitalier	2 hôpitaux	urbaine	2017	urgences	5'30
5	M	hospitalier	hôpital et HAD	mixte	2005	gériatrie, soins palliatifs, douleur	27'12
6	F	hospitalier	hôpital	urbaine	2004	addictologie, tabacologie	25'07
7	H	installé	cabinet médical seul	urbaine	1985	ostéopathie, médecine du sport	44'09
8	F	installée	équipe de soins primaires	rural	1991		31'19
9	H	installé	cabinet médical de groupe	rural	2008		15'22
10	H	hospitalier	hôpital et CMP (Centre Médico Psychologique)	urbaine	2014	psychiatrie	34'37
11	F	installée	cabinet médical seul	rural	2002		14'02
12	F	installée	cabinet médical de groupe		2014		25'43
13	F	installée	cabinet médical seul	urbaine	1982		25'61
14	H	remplaçant	cabinets médicaux	mixte, prédominance rurale	2004		26'44
15	H	installé	maison médicale	rural	2009		26'00
16	F	remplaçante	cabinets médicaux	rural	2018		26'56
17	F	installée	cabinet médical	urbaine	1997	addictologie	34,17

1. Choix du médecin traitant

1.1. Eux-mêmes

1.1.1 Qui choisir ?

Certains médecins exprimaient des difficultés à choisir quelqu'un d'autre comme médecin traitant.

M7 « Bah d'abord qui parce que j'ai beaucoup de gens qui viennent de partir à la retraite. J'ai un de mes bons collègues qui était un pote à moi, mais bon on s'entend bien, j'le connais bien et tout et j'aurai pas eu d problème d'aller le voir si, un coup d tension, fin, mais euh il est en pseudo retraite, il travaille un ptit peu mais j'vais pas le, je sais qu'il finit son activité, il a presque 65 ans donc voilà. Et puis d'autres, j'suis pas vraiment allé, les plus jeunes, bah j'les connais pas vraiment donc j'vais pas me lancer dans... et les plus vieux ils ont tendance à prendre leur retraite avant moi aussi. »

M13 « C'est difficile hein ? »

1.1.2 Doute sur la plus-value

Certains médecins généralistes ne voyaient pas l'intérêt d'un médecin traitant alors qu'eux-mêmes l'étaient.

M13 « Quand j'ai eu des problèmes bah jme suis adressée à mes collègues et puis voilà. Et puis on fait la synthèse ensemble et puis on en parle, on discute euh voilà bon. Aller raconter ma vie à quelqu'un qui est médecin généraliste, je ne vois pas l'intérêt. Et puis j'aurai du mal à prendre quelqu'un qui est généraliste. »

M17 « Dans ce cadre là, par exemple, je sais pas trop ce que ça m'apportera plus que ce que je sais déjà en fait. Je sais ce qu'il va falloir que je me mette à faire maintenant mais je ne prends pas le temps de le faire. Voilà. »

1.1.3 Fréquence

Parmi les médecins étant leur propre médecin traitant, certains pensaient que la plupart des médecins généralistes étaient leur propre médecin.

M3 « J'pense que ya pas beaucoup de médecins qui ont un médecin généraliste sans que ça soit eux ou leur entourage. »

1.1.4 Plus pratique

Les médecins qui se choisissaient comme propre médecin traitant avançaient l'argument pratique d'un point de vue organisationnel.

M2 « j'pense que ce serait mieux d'avoir un médecin généraliste, j'en suis même convaincue. C'est plus pour des raisons de temps, de caractères pratiques, de réactivité aussi, de se dire que s'il y a besoin par exemple d'un antibiotique c'est plus facile de se faire la prescription et d'aller tout de suite le prendre le soir que de prendre rendez-vous. J'avoue que c'est plus par facilité. »

M9 « j'ai pas besoin de trucs particuliers. Côté pratique quoi. Côté purement paperasse. Ce qui m'empêchera pas d'aller voir un collègue si j'ai besoin hein, c'est purement mettre un nom dans la case. »

1.1.5 Ne l'empêche pas de consulter un collègue

Le fait d'être son propre médecin traitant n'était pas nécessairement considéré comme un frein à consulter un collègue.

M9 « moi? parce que j'ai pas besoin d'avis particulier[...] Ce qui m'empêchera pas d'aller voir un collègue si j'ai besoin hein, c'est purement mettre un nom dans la case. »

M13 « oui, bah c'est moi déclaré médecin traitant puis bah quand j'ai un problème, bah j'appelle mes collègues hein. »

1.1.6 Mauvais médecin traitant pour soi-même

Le choix fait par les médecins d'être leur propre médecin traitant n'était pas toujours considéré par eux-mêmes comme la solution optimale pour la prise en charge de leur santé.

M5 « ouais sauf que euh, on n'a pas la distance nécessaire par rapport à la situation et à fortiori quand c'est la sienne on fait pas forcément les bons choix. »

M15 « Euh, moi j'me prends jamais ma tension artérielle, on s'palpe pas le ventre, on s'palpe pas les ganglions.. Voilà quoi. On s'palpe des choses qui nous apparaissent mais en s'disant "oh ça doit être normal quoi". Le meilleur moyen d'avoir une merde c'est d'passer à côté en... en mettant ça, en passant ça par-dessus la jambe quoi. Donc j'pense que c'est pas très bien. Si c'était une question, j'te réponds tout d'suite. C'est pas bien d'être son médecin traitant. »

1.1.7 N'allait pas voir le médecin traitant qu'il avait choisi

Ils ne consultaient pas le médecin traitant qu'ils avaient déclaré donc s'étaient déclarés eux-mêmes.

M15 « J'l'ai déclarée comme médecin traitant et puis euh, si tu veux, j'l'ai revue qu'une fois. Et puis au bout de, j'crois qu'y a cinq ans, au bout d'trois quatre ans d'installation j'me suis dit c'est bon c'est ridicule, hop, j'me mets comme médecin traitant et voilà. Mais c'qui est, moyen j'pense. »

1.2. Quelqu'un d'autre

1.2.1. Habitude d'avoir un médecin

Les médecins qui avaient un médecin traitant autre qu'eux-mêmes avaient toujours eu l'habitude de consulter un médecin généraliste en cas de problème de santé.

M6 « qui a été longtemps mon médecin d'enfance et quand il est parti en retraite il y a eu longtemps un moment un peu de flottement et après c'est quelqu'un que je connais qui est pas une copine mais que je connais avec qui j'ai pu faire des échanges et qui a pu accepter d'être mon médecin traitant. »

M14 « non c'est un médecin généraliste qui me suivait déjà pendant mes études et avant, à qui je garde un contact un peu distant mais que je garde toujours comme médecin traitant, enfin que j'ai déclaré comme médecin traitant à l'époque quand le système s'est mis en place. »

1.2.2. Difficile d'être médecin et patient à la fois

Les médecins qui avaient choisi un médecin traitant estimaient qu'il est difficile de prendre soin de sa propre santé.

M6 « parce que on est, on n'est pas bon médecin pour soi et pour son entourage, donc avoir quelqu'un extérieur, c'est bien. »

M12 « j'trouve ça pas mal que ça soit quelqu'un d'autre qui... qui nous examine quoi et qui nous entende. [...] J'trouve que c'est pas mon rôle, c'est pas à moi de soigner, et j'crois qu'il faut qu'on nous dise aussi ce qu'on va faire mais j'crois que quand ça me concerne moi, j'le fais moins bien que de c'que j'le dis à mes patients. »

1.2.3. Meilleure prise en charge

Des médecins considéraient que choisir un médecin traitant autre qu'eux-mêmes leur permettait de bénéficier d'une meilleure prise en charge.

M2 « je pense que le fait d'avoir un médecin traitant ça permet sans doute d'être euh... de moins retarder la prise en charge. »

M10 « ah non c'est pas moi. Je veux pas que ça soit moi parce que sinon je me traiterai pas bien. Maintenant pour moi c'est important pour moi de ne pas me traiter moi-même sinon je ne ferai pas bien les choses en fait. Et surtout je négligerai plein de trucs. [...] C'est, j pense que ma santé vaut mieux que ça quoi, ma santé vaut mieux que ça. »

1.2.4. Serait mieux mais pas prêt

Certains médecins approuvaient le bénéfice à avoir un médecin traitant autre qu'eux-mêmes mais n'avaient pas encore fait la démarche.

M8 « et ça vous pensez que cette prévention que vous ne faites pas trop c'est parce que vous être votre propre médecin ou, si vous aviez un médecin déclaré? M8 : ouais. Ouais. A : ça changerait quelque chose? M8 : jsuis à peu près sûre. [...] ouais. J'pense que j'irai plus facilement consulter. »

M15 « très bonne question. Oui ce s'rait bien j'pense d'avoir quelqu'un. Mais euh.. j'ai pas fait la démarche pour l'instant. Enfin la démarche en tous cas intellectuelle j'l'ai pas faite ouais. »

1.2.5. Pas installé donc pas possible

L'un des médecins a signalé que du fait de son statut de remplaçant il ne pouvait être son propre médecin traitant.

M14 « Et en plus comme j'ai jamais été installé, administrativement c'est tout de même un peu compliqué que un médecin traitant soit qqn d'autre qu'un médecin installé hein. »

1.3. Critères de choix

1.3.1. Pour parcours de soin

Des médecins déclaraient qu'ils avaient choisi un médecin traitant afin d'être dans le parcours de soins et de bénéficier des remboursements.

M6 « Après moi j'ai un médecin traitant parce qu'il fallait en avoir un aussi pour avoir euh, la prise en charge euh, pour les autres spécialistes, donc euh voilà, mais j'vais la voir, j'suis pas allée depuis... »

M11 « j'avais fait la démarche. Sans vraiment réfléchir à qui pourrait me soigner je l'avais fait parce qu'il fallait déclarer un médecin traitant. Et comme je, moi je suis pas suivie spécialement je vais pas voir un autre médecin, à part spécialiste, mais euh, donc j me suis dit ce sera moi et puis voilà. »

1.3.2. Sexe

Un médecin qui devait changer de médecin dirait qu'elle choisirait plutôt une femme.

M16 « Peut être plutôt une femme, je sais pas pourquoi. Voilà, des idées comme ça. »

1.3.3. Médecin traitant d'enfance, de leurs études...

Le médecin traitant de certains était celui qu'ils avaient choisi pendant leurs études, voire leur enfance.

M16 « alors j'ai un médecin traitant, sur le papier administratif de la sécu, c'est mon médecin de quand j'étais jeune. Il est dans la ville où j'habitais avant donc c'est à 550 km d'ici. Et jme dis que ça n'a plus de sens d'aller chez elle parce qu'elle est loin et c'est débile je veux pas continuer à revenir dans ma ville d'origine, c'est pas du tout ma région, c'est sûr que j'y retournerai pas pour vivre donc euh, pfff. Donc j'ai un médecin traitant auquel je suis attachée mais j pense que je la reverrai pas. Donc faudrait que j'en trouve un ici. »
M17 « oui. J'en avais un parce que euh, en fait je l'avais choisie quand j'étais étudiante. C'était mon ancienne associée, Dr *** euh. J'l'ai gardée. »

1.3.4. Facilité d'organisation

L'accès aux soins facile était un critère de choix du médecin traitant pour la plupart des médecins.

M2 « Quelqu'un, bah faut qu'ça soit facile au niveau des horaires, ça c'est important, [...] la question pratique d'organisation me paraît importante. Aussi. »

M10 « euh, lieu géographique. [...] proximité. Proximité de où j'habitais en fait. Je suis allé voir le cabinet en bas de la rue en fait. Voilà. Pour la facilité en fait. Facilité en plus c'était un quartier plutôt neuf, ya un labo à côté, pharmacie-labo-cabinet médical donc c'était... jme suis dit BANCO! »

M12 « que j'ai choisie du coup euh, bah pour sa proximité parce qu'elle est pas loin de chez moi. [...] J'en ai changé récemment parce que j'ai déménagé. »

Quelques-uns n'accordaient pas d'importance à l'accessibilité de leur médecin traitant.

M6 « non pas forcément. »

M8 « et puis, bah jsuis pas sûre, la proximité d'aller voir un médecin proche de chez soi, qu'on connaît forcément parce qu'on travaille avec lui. J'ai l'impression que c'est pas là qu'on va aller. On va pas voir un copain. Quand on est médecin et qu'on a des patients "copains", c'est pas bien, c'est pas très agréable pour le médecin. Et j pense que c'est pareil quand on est médecin, d'avoir un copain médecin, médecin traitant, mieux vaut aller voir un, si on doit avoir un médecin, un médecin qu'on ne connaît pas. »

Se choisir comme médecin traitant est parfois perçu comme la solution la plus simple

M8 « par facilité. Première chose par facilité. Oui c'était plus simple. Ça veut dire qu'il n'y a aucune autre démarche à faire. Ça veut dire qu'on va pas voir son copain installé à côté en disant "euh, tu veux pas être mon médecin?" ouais voilà.. simplicité, facilité. »

M9 « mouais un truc facile à faire également aussi. »

1.3.5. Le lien avec le médecin traitant

Pour les médecins qui choisissaient un médecin traitant autre qu'eux-mêmes, il était important de ne pas connaître celui-ci sur le plan personnel. Certains avaient rencontré auparavant le médecin dans un cadre professionnel.

M6 « quelqu'un que je connais qui est pas une copine mais que je connais avec qui j'ai pu faire des échanges et qui a pu accepter d'être mon médecin traitant [...] ouais, on s'était rencontré dans des soirées dans, on faisait partie du même groupe de FMC à l'époque, on avait été en stage ensemble euh voilà. [...] Après on se connaît mais on n'a pas de rapports intimes. C'est pas une copine, mais c'est quelqu'un que je connais et que j'apprécie. »

M17 « Dans les collègues, à la fois on a envie de quelqu'un qu'on connaît parce qu'on a envie qu'il soit sérieux, et à la fois on a envie de quelqu'un qu'on ne connaît pas trop pour pas qu'ça prenne le dessus. Et le côté amical. Donc voilà. J'en suis là. [...] J'suis même venue

remplacer au cabinet donc y'avait aussi ce côté où euh, à un moment donné, j'avais récupéré mon dossier parce qu'on peut pas faire les deux en même temps. [...] et en même temps quelqu'un qui me connaît pas trop intimement pour euh, bah pour pas que ça empiète sur notre point de vue. »

Si les médecins avaient tendance à privilégier un médecin traitant non connu personnellement, ce critère avait moins d'importance quand il s'agissait de consulter un médecin spécialiste.

M8 « en tant que médecin traitant. Parce que tous les soins que j'ai pu avoir depuis quelques temps parce qu'on vieillit on a plus de soins, c'est que des gens du coin que je connais. Les spécialistes, j'les connais. »

Pour d'autres, le fait de connaître le médecin était un critère de choix.

M7 « J'ai un de mes bons collègues qui était un pote à moi, mais bon on s'entend bien, j'le connais bien et tout et j'aurai pas eu d problème d'aller le voir si, un coup d'tension, fin, mais euh il est en pseudo retraite, il travaille un ptit peu mais j'vais pas le, je sais qu'il finit son activité, il a presque 65 ans donc voilà. Et puis d'autres, j'suis pas vraiment allé, les plus jeunes, bah j'les connais pas vraiment donc j'vais pas me lancer dans. et les plus vieux ils ont tendance à prendre leur retraite avant moi aussi. [...] bah j'vous dit, en fonction un peu de son âge que j'connais depuis très longtemps et puis y'en a pas 36 000, euuuh, j'm'entends bien avec lui et off, voilàà. C'est pas forcément par ses qualités. Enfin, Ses qualités moi je ne les connais pas non plus, mais c'est plus parce que moi j'm'entends bien avec lui, plus comme ça quoi. »

M9 « Bah quelqu'un avec qui j'ai un peu d'affinité déjà, j'les connais donc ça sera forcément un copain je pense, j'dirai, pour un généraliste j'dirai plutôt un copain, et quelqu'un en qui j'ai confiance ouais... »

Le médecin traitant de certains leur avait été recommandé.

M12 « Et parce qu'on me l'a recommandée aussi.[...] Mais par contre qui m'a été recommandée par ... [...] ouais, des collègues et amies. »

M17 « En fait j'l'avais choisie parce que j'avais entendue parler d'elle par euh, ma belle-soeur, qui consultait au cabinet et j'étais étudiante à *** donc voilà. Et après j'en ai pas changé. »

1.3.6. Sérieux

Les médecins souhaitaient un médecin sérieux et ils jugeaient cela sur le suivi de formation continue.

M3 « Euh, j'ai regardé dans la liste de médecins généralistes de maîtres de stages, universitaires, euh ceux qui était donc dans ***, qui avait de bonnes appréciations. [...] on voyait qu'elle se formait avec les internes, elle allait à des formations. [...] Pour le reste, j'attends qu'elle connaisse la littérature, en tous cas qu'elle connaisse les choses qui doivent se faire actuellement, qu'elle soit un médecin formé et qui continue de se former. »

M17 « c'est ça mes critères, à la fois quelqu'un que je connais pour son sérieux parce qu'en plus, comme je suis exigeante vis-à-vis de mes patients j'ai pas envie de quelqu'un qui prend les choses un peu à la ... [...] donc j'ai envie de savoir si c'est quelqu'un qui se forme qui est sérieux [...] j'ai trouvé une collègue qui accepte de me suivre parce qu'on se voit souvent sur des formations, donc je sais qu'elle est sérieuse ... »

1.3.7. Pratique Gynéco

Le médecin traitant devait faire de la gynécologie pour certains médecins rencontrés.

M3 « et elle faisait de la gynéco. Ça pour moi c'était un critère. »

1.3.8. Age du médecin

Les médecins avaient envie d'un médecin qui avait environ leur âge.

M3 « Elle était plutôt jeune »

M7 « Bah d'abord qui parce que j'ai beaucoup de gens qui viennent de partir à la retraite ? J'ai un de mes bons collègues qui était un pote à moi, mais bon on s'entend bien, j'le connais bien et tout et j'aurai pas eu d problème d'aller le voir si, un coup d tension, fin, mais euh il est en pseudo retraite, il travaille un ptit peu mais j'vais pas le, je sais qu'il finit son activité, il a presque 65 ans donc voilà. Et puis d'autres, j'suis pas vraiment allé, les plus jeunes, bah j'les connais pas vraiment dopnc j'vais pas me lancer dans. Et les plus vieux ils ont tendance à prendre leur retraite avant moi aussi. Bah j'veous dit, en fonction un peu de son âge »

1.3.9. Compétences du médecin généraliste

Les médecins-patients choisissaient un médecin généraliste comme médecin traitant afin de pouvoir consulter pour des sujets qu'ils ne maîtrisaient pas.

M1 « J'pense que les médecins généralistes en cabinet n'ont pas les mêmes compétences que même moi qui suis de formation médecine générale en milieu hospitalier parce que malgré tout mon exercice professionnel il va être relativement ciblé, alors que le sien va être beaucoup plus étayé et beaucoup plus large donc il peut avoir une vision et un abord différent des problématiques. »

M4 « euhhhhhhhh j pense à un sujet où je me sentirais dépassé euh jsais pas par exemple de la dermato ou un truc qui m'inquièterait en dermato en effet j pense que j'irai consulter [...]

ouais puis même en médecine générale, j pense que chacun à son champ de compétences. Ya plein de choses auxquelles nous on est un peu moins habitué et même quand ça nous concerne une fois je pense qu'on lâche la main quand ça nous maîtrise plus trop, quand c'est plus trop notre champ de compétences. »

1.3.10. Difficultés à choisir

Certains médecins avaient des difficultés à trouver un médecin traitant car ils étaient exigeants.

M8 « ffffff, parce que j'ai pas, je cherche LE médecin DES médecins. Ce que je vous disais tout à l'heure. Ce que vous faites c'est hyper intéressant. Parce que la relation médecin à la maladie, enfin à sa maladie, à ses pathologies c'est quand même quelque chose de très compliqué avec plein de choses qui interviennent. »

M16 « Mais là toute la complexité ça va être de trouver un médecin ici parce que je sais pas je me dis je fais comment, je cherche dans l'annuaire, euh, mais si ça se trouve je vais tomber sur quelqu'un qui va pas me plaire [...] Donc ouais euh, c'est compliqué je trouve de trouver comment choisir son médecin traitant. [...] Mais c'est juste moi qui, je sais pas je me fais toute une histoire que moi-même je sois médecin donc c'est un contact particulier, donc est-ce que je vais prendre quelqu'un au hasard [...] je sais pas, je sais pas comment m'y prendre... »

1.4. Moment du choix d'un médecin traitant

On note que certaines étapes de vie semblent entraîner le choix d'un médecin traitant.

1.4.1. L'installation professionnelle

M10 « Concrètement, c'est depuis que je suis sur*** que je me suis installée en tant que, en post-internat quoi et j'ai pris un médecin »

1.4.2. Pour les enfants

M4 « concernant mon fils que j'ai eu ya un an maintenant mais me concernant non, j'ai pas été voir de médecin. »

M10 « et puis, euh, et puis aussi par rapport à mes enfants. Du coup c'est devenu un peu le médecin de famille. »

1.4.3. La maladie

Lorsqu'il était devenu malade, il avait été nécessaire pour lui d'avoir un médecin traitant.

M1 « Alors j'ai choisi de prendre un médecin traitant déclaré tout simplement parce que j'ai eu un gros problème de santé. »

1.4.4. Devient nécessaire en vieillissant et avec les antécédents

Certains médecins étaient leur propre médecin traitant mais se projetaient avec un médecin traitant autre qu'eux-mêmes en vieillissant, notamment s'ils étaient amenés à avoir des problèmes de santé.

M13 « Mais pour l'instant tant qu'jsuis encore en activité et puis qu'je voilà jvais bien mais en vieillissant certainement qu'j'en aurais besoin. (rires) [...] Alors moi jme dis dans 5 ans, 10 ans, yaura des choses qui ont évolué, si jamais j'ai des choses qui apparaissent, je saurai pas faire. »

M15 « j'pense que à .. 50 ans, j'pense qu'à 50 ans j'essaierai d'trouver quelqu'un ouais. Hum, aujourd'hui euh... non mais s'tu veux aujourd'hui euh... j'suis pas encore obèse, j'fume pas, j'bois comme tout l'monde, euh... j'ai pas, ya pas de pathologies dans ma famille importante, donc j'pense que j'suis pas très à risque, j'ai un risque à mon avis c'est la pression professionnelle et mon rythme de vie parce que j'ai d'autres engagements que ma vie professionnelle. Donc voilà, j'dors pas beaucoup, mal, euh voilà, c'est plutôt ça le risque. C'est tout. »

1.4.5. Devient nécessaire en vieillissant car plus à la page

Pour d'autres, ce serait le fait de ne plus être à jour dans ses connaissances et les dernières recommandations qui le pousserait à choisir un médecin traitant.

M13 « bah oui. Bah toutes façons faudra peut-être que j'en prenne un au fil du temps et en vieillissant puis j's'rai plus à la page, je s'rai plus non plus au courant de tout c'qui s'fait parce que ça évolue tellement vite la médecine. [...] Ah oui je pense parce qu'on est vite dépassé si on suit pas les formations, si on va pas, on est dépassé. Alors moi jme dis dans 5 ans, 10 ans, yaura des choses qui ont évolué, si jamais j'ai des choses qui apparaissent, je saurai pas faire. [...] donc euh, non mais je pense qu'avec, au fil du temps je s'rai obligée, ça j'en ai bien conscience. »

1.5. Spécialiste

Peu d'entre eux projetaient un médecin spécialiste comme médecin traitant.

M1 « Ah mais pour moi un médecin spécialiste ne peut pas être un médecin traitant. [...] on n'a pas les mêmes fonctions ni les mêmes rôles. »

M12 « parce que si les spécialistes s'auto déclarent euh.. là je, non, ça n'a aucun sens pour moi. Parce que quand on est spécialiste on peut plus faire de la médecine générale. [...] Moi en tous cas la plupart des spécialistes que je connais ils me disent bien j'ai perdu le reste quoi. C'est pas la même médecine. Donc chacun son boulot, et pour le premier recours c'est le médecin généraliste, ça me paraît plus logique. (rires) »

2. Souhait pour la relation médecin-malade

2.1. Confiance dans les compétences

Les médecins souhaitaient faire confiance au professionnel qu'ils consultent.

M1 « Et puis en soit, quand j'ai eu besoin d'un avis, enfin si j'y suis allée pour un avis c'est que j'avais aussi suffisamment confiance, dans les compétences de mon médecin traitant pour prendre cet avis en tant que tel. [...] Si je lui ai demandé un avis en me disant que je ne vais pas en tenir compte parce que c'est qu'un médecin traitant, bah voilà. »

M5 « Ah c'est pas évident mais sinon ça sert à rien d'aller voir quelqu'un si on fait les choses à sa place euh, devant ou derrière, donc autant qu'il perde pas son temps et qu'il voit quelqu'un d'autre si je fais mes lettres de prescriptions ou d'auto introduction auprès des spécialistes. Enfin c'est pas honnête, si je vais le voir c'est pour avoir son avis et faire ce qu'il me propose de faire ou de ne pas faire d'ailleurs mais voilà si je vais pas pour suivre ce qu'il me préconise, autant ne pas y aller. »

2.2. Objectivité, regard extérieur ouverture

Les médecins consultaient afin d'avoir un autre regard sur leur situation.

M2 « alors je ... alors une objectivité déjà par rapport à euh.. quand on est son propre médecin on est plus mal placé je pense pour avoir un regard pertinent sans doute. Oui donc plus pour une question d'objectivité sur plein de choses. »

M5 « ouais parce que je peux me tromper. Justement parce que j'ai pas la distance nécessaire par rapport à la situation et si je vais le voir c'est justement pour avoir un avis extérieur neutre. »

2.3. Ecoute

Les médecins attendaient aussi d'être écoutés.

M2 « c'est aussi un échange, un lien, quelqu'un à qui on peut aussi confier un peu sa santé, qu'on soit pas seul à la porter »

M12 « et je sais pas le fait de... le fait de le verbaliser et bah ça nous permet de prendre du recul un peu sur ce qui nous arrive et euh, là de ce dire, bah non là ce que j'ai, si je revenais dans le chapitre non c'est pas, c'est pas si grave que ça et j'minquiète pour rien, bah c'est plutôt ça j pense que j'aurai plutôt tendance à m'inquiéter trop vite je pense et que j'en perds le recul parce que le fait qu'on ressent nous j'trouve ça différent. »

2.4. Mêmes pratiques, mêmes connaissances

Les médecins choisissaient des médecins dont l'activité était similaire à la leur.

M10 « Mon expérience parce que ça m'est arrivé de soigner des médecins, pas très souvent mais ça m'est arrivé [...] j pense que ça a été bien d'accompagner complètement les choses. Enfin en tous cas j pense que c'était important pour le médecin. »

M11 « donc moi ce que j'aime et que j'essaye aussi de faire passer c'est surtout de la bienveillance donc euh c'est ce que j'attends aussi et c'est surtout les gens vers qui je vais parce que ce sont des amis. »

M17 « c'est peut être un peu ça, alors, pas forcément quelqu'un qui fait tout comme nous mais en tous cas qui a les mêmes connaissances et oui, qui en est au même niveau de formation, enfin qui suit un minimum euh, bah les nouveautés [...] Donc j'avais très envie que ça soit pas moi et en même temps, faut que ça soit quelqu'un qui réponde quand même à mon cahier des charges. Je trouve qu'on est un peu exigeant en fait quand on est médecin, par rapport au cahier des charges. »

2.5. Disponibilité

Les médecins attendaient une disponibilité de leur médecin consulté.

M5 « Mais j'ai quand même un médecin généraliste, que j'ai appelée, qui n'était pas disponible et j'étais incapable de me déplacer quoi. »

M16 « et ben quelqu'un de sympa, d'ouvert sur le plan de la discussion parce que c'est qqc que j'aime bien et je suis moi-même comme ça donc euh, j'ai pas envie d'un médecin qui m'expédie. »

2.6. Remis en place si besoin

Le médecin attendait que si besoin son médecin consulté recadre la prise en charge.

M5 « Et en gros elle m'a dit, "ok c'est simple, on se revoit dans un mois si c'est pareil je te remets encore un mois d'arrêt. Donc où tu fais les choses correctement ou tu les fais pas correctement mais tu seras arrêté. T'as le choix." "Oui m'dame". Mais du coup, c'était normal, j'ai pas fait ce qu'il fallait comme il fallait il fallait un recadrage, elle l'a fait. Donc euh, c'était bien. »

M12 « Bah oui. Pour mon reflux c'était tout à fait ça. J'avais besoin qu'elle me dise euh, ce qu'il fallait que je fasse, l'épaule aussi,... »

2.7. Centralise les choses

Le médecin traitant détenait le dossier du patient et ainsi coordonnait les soins.

M4 « Le médecin généraliste, enfin, moi j'ai fait un stage en médecine générale on voit que c'est une prise en charge globale et ça permet d'aborder certains sujets que t'aborderais pas avec d'autres professionnels de santé. »

M6 « elle est déclarée comme mon médecin traitant donc elle reçoit les compte-rendus, donc elle a reçu le compte-rendu de l'intervention et c'est aussi le lieu où je sais qu'il y a les compte-rendus. C'est un peu le pilier central même si je m'appuie pas trop dessus mais ça reste un,... une référence. »

M10 « mais surtout la question des courriers : à qui est-ce qu'on les envoie? C'est-à-dire que moi je veux pas recevoir mon dossier médical que moi. C'est-à-dire que s'il se passe n'importe quoi demain, moi j'ai aucun dossier médical, j'existe pas et puis vu que moi j'ai pas de cabinet. Je serai généraliste, peut être que je me poserai des questions différentes parce que je pourrai avoir un dossier à mon nom et puis l'archiver comme un dossier normal alors que moi j'suis, j'exerce dans un autre domaine, du coup ça veut dire quoi, tous les courriers on me les envoie à moi, j'suis mon propre médecin, mais il faut que jme tienne un dossier à moi mais que personne d'autre pourrai consulter que moi parce qu'il serait chez moi? »

2.8. S'appuyer sur un autre

Les médecins souhaitaient prendre de la distance par rapport à leur prise en charge et s'appuyer sur un autre.

M12 « Comme quand on est malade on a besoin de sa maman, on a envie de l'appeler et bah je sais c'est pareil. (rires) Non j'trouve que.. ouais... j'trouve que c'est bien que les gens prennent soin d'eux. Et c'est ce je dis des fois au médecins enfin aux autres personnes mais on est là pour prendre soin de vous, et euh.. de s'priver d'ça j'suis pas sûr que ça soit.. bon. J'sais pas dans quel sens mais... »

M16 « mais en même temps j'ai quand même envie de pouvoir m'épancher éventuellement et dire si ya des choses qui vont pas ou, moralement notamment. »

2.9. Examen complet

Un médecin attendait surtout un examen clinique complet.

M15 « bah ya un médecin à qui j'pense ici, qui est à mon avis un excellent médecin, qui j'pense en examinant un confrère, m'examinerait très bien. Complètement. [...]J'attends un examen clinique complet, se palper un foie, les aires ganglionnaires, une thyroïde et euh.. se faire un toucher rectal pour la prostate, ça m'paraît impossible de l'faire soi-même quoi. »

2.10. Relation formalisée à un moment donné ?

Concernant la façon d'établir la relation médecin-patient, les médecins étaient mitigés ; certains avaient formalisé le tout et étaient satisfait de la relation avec leur médecin :

M1 « D'emblée, je lui ai bien dit que voilà je viendrai l'embêter que si vraiment j'avais besoin »

M3 « Euh, j'ai un désir de grossesse, donc j'lui dis, quand je tomberai enceinte, j'veux que tu fasses comme, euh, j'la tutoie, comme si j'étais bah voilà une patiente qui était pas médecin, parce que vraiment j'y connais rien en gynéco, j'ai tout oublié. Donc voilà. »

D'autres semblaient dire que chacun avait trouvé sa place naturellement :

M10 « Oui j'pense que c'est pas tout à fait, enfin quand ça réagit comme ça, parce que après quand t'as des médecins qui, justement sont en capacité de respecter la partie confraternelle ou la partie de la compétence de l'autre et en même temps de faire une prise en charge médicale normale, je trouve que c'est plus facile. Mais j'pense qu'il y a des médecins qui accepteraient pas ça non plus. Mais j'pense que si tu vas voir un collègue, c'est que t'es prêt à accepter cette position là, alors que quand tu te prends toi-même en charge j'pense que c'est que t'as pas envie. Alors dans c'cas là, j'pense que les deux sont ok, tout dépend comment on a envie de faire les choses. Mais j'pense que si tu vas voir quelqu'un, si tu fais la démarche de voir quelqu'un en tant que médecin, c'est que t'as pas envie de te soigner toi-même, t'as pas envie qu'on te renvoie à ta compétence. »

M12 « bah non la première euh, la première rencontre elle m'a demandé de lui raconter ce qui m'amenait. Et j'crois en même temps j'crois qu'un médecin traitant pour moi j'ai dû la voir peut être une seule fois jusque là parce que j'l'avais rencontrée pour ma fille, donc elle suit ma fille. Et puis euh, mais non la première fois qu'on s'est rencontré elle m'a dit racontez-moi votre histoire, votre parcours, vos problèmes de santé et puis on... bah non bah chez pas j'ai été considérée selon moi comme une patiente classique donc on n'a pas euh, pas convenu d'une attitude particulière, il me semble pas. Parce que la première fois que j'l'vais rencontrée pour ma fille j'lui avais demandé que j'sois suivie aussi puis elle m'avait dit ya pas de problème, j'vous suivrais. Enfin ouais non on n'a pas.. Et moi en tant que médecin traitant de médecins, hum... J'ai pas non plus de... Cette question là j'l'ai jamais abordée avec quelqu'un. Non j'me suis sentie naturellement, à me considérer comme quelqu'un de classique. »

Les derniers n'avaient pas voulu formaliser quoique ce soit et ne s'y retrouvaient pas :

M7 « peut-être, peut-être, faudrait leur poser la question. (rires) aussi hein. Après c'est pas facile non plus pour eux, ouais si on se retourne, après c'est du second degré, savoir ce qui est (rires). Ouais sûrement que ça joue aussi. Moi je viens le voir, j'me connais bien en rhumato comme je fais pas mal d'activités, je lui dis ça j'peux le faire machin, donc il pense que je maîtrise le truc mais j'aimerais bien avoir une info de ce qu'il pense lui en tant que spécialiste »

2.11. Quel statut lorsqu'ils sont patient ?

Certains médecins souhaitaient qu'on tienne compte de leur statut de médecin.

M11 « bah oui c'est plutôt bien quoi ils me reconnaissent, bon bah voilà c'est le problème et ils me disent vraiment dans le détail avec les termes médicaux. Je pense qu'ils n'auraient pas dit ça comme ça à un patient qui n'avait pas de connaissances quoi. [...] justement euh, avec les termes et je peux entendre. Je sais ce que ça veut dire si on me dit j'ai un truc dans la tête ou euh, voilà qu'au moins on utilise pas la langue de bois et qu'on me dise clairement avec les vrais mots et bien sûr qu'on y mette les formes mais pas qu'on m'infantilise quoi, jveux dire jsuis médecin je sais les tenants et les aboutissants quoi. [...] je sais pas tout mais évidemment. Ce problème là c'est que j'y allais avec la trouille d'avoir une patate dans la tête donc j'avais pas envie qu'on me dise "alors ma ptite dame euh", non on dit ya un truc ya pas de truc quoi. D'accord ? Hein, que ça soit clair. »

M16 « bah par exemple quand je suis allée voir l'allergologue, donc quand j'avais fini mon internat, je trouvais qu'elle avait une façon de me conseiller les traitements ect.. qui était sans doute mieux que si j'avais été une patiente. [...] Parce qu'elle sait que je comprends, que je sais quels sont les mécanismes... que je connais les différents qui existent, et du coup elle -même m-a dit, bon bah je vous propose celui-ci d'anti-histaminiques, après franchement yen a qui tolèrent bcp mieux certains que d'autres, yen a qui sont plus efficaces certains que d'autres donc hésitez pas à en tester d'autres si vous voulez. Moi je vous conseille par exemple et puis elle m'a donné une petite liste de ceux qu'elle trouvait bien parce qu'elle savait qu'après je me débrouillerai et je pourrai me prescrire moi-même les choses. »

D'autres tenaient à être considérés comme un patient normal.

M5 « on est comme tout le monde, j'veux dire on a le droit d'être malade. Et on a le droit de bénéficier du, de l'avis du médecin, autre que nous. »

M10 « On a tendance à négliger à mon avis la partie humaine du médecin en face, on a tendance à lui confier toute sa compétence médicale et négliger en fait justement qu'il vient justement pour pas avoir à gérer cette question-là, à mon avis. [...] il y en a qui perçoivent quand même assez bien, qui arrivent assez bien à gérer ce truc là, mais c'est souvent de relayer, la, de se décharger de leur responsabilité sur ma présence, théorique hein. Donc tu pourras te refaire ça, tu pourras te renouveler ton truc, tu pourras euh, alors que j'sais pas, jsuis pas convaincu que c'est c'qu'on vient chercher en fait. »

2.12. Même exigence pour lui que pour ses patients

Les médecins-patients comparaient la prise en charge de leur propre santé avec ce qu'ils faisaient pour leurs propres patients et attendaient la même chose.

M10 « Mon expérience parce que ça m'est arrivé de soigner des médecins, pas très souvent mais ça m'est arrivé dans le contexte de la psychiatrie. Euh. Jpense que ça a été bien d'accompagner complètement les choses. Enfin en tous cas jpense que c'était important pour le médecin. »

M17 « parce qu'en plus, comme je suis exigeante vis-à-vis de mes patients j'ai pas envie de quelqu'un qui prend les choses un peu à la ... »

2.13. Appui organisationnel

Un médecin voyait son médecin traitant comme un appui organisationnel.

M1 « Donc c'était pour moi à la fois un appui potentiellement organisationnel pour les arrêts maladies, les choses comme ça mais aussi effectivement une sécurité au cas où j'ai besoin d'un coup de main. »

2.14. Objectivité

Les médecin-patients attendaient un regard objectif de la part du médecin consulté sur leur situation.

M2 « alors je ... alors une objectivité déjà par rapport à euh.. quand on est son propre médecin on est plus mal placé je pense pour avoir un regard pertinent sans doute. Oui donc plus pour une question d'objectivité sur plein de choses. »

M5 « ouais parce que je peux me tromper. Justement parce que j'ai pas la distance nécessaire par rapport à la situation et si je vais le voir c'est justement pour avoir un avis extérieur neutre. »

M10 « euh, non parce que je, j pense que pour objectiver un truc qu'on est en train de traverser, c'est pas possible de le faire soi-même en fait. Enfin c'est plus compliqué. Après pour tout ce qui est notamment psychologique en fait. Enfin pour moi c'est pas possible parce qu'on est déjà dans notre autorégulation en permanence donc on peut pas, à mon avis on peut pas prendre bien soin de soi, bien gérer sa santé mentale quand on est soi-même déjà pris dans le feu du truc »

2.15. Échange sur la conduite à tenir

Les médecins attendaient de pouvoir échanger avec le médecin consulté sur la conduite à tenir.

M12 « ça j'trouve ça important, de... que ça soit validé, par quelqu'un d'autre. »

M14 « quand je pense que peut être faudrait faire des examens ben j'y vais, j'lui raconte l'histoire et puis... on voit ensemble [...] bah oui parce que quand on discute avec un médecin de quoi faire devant un symptôme persistant, de quoi faire, par quel bout on va le prendre [...] bah deux médecins entre eux, voilà. On argumente avec les "mêmes connaissances". »

M17 « qu'il partage son processus de pensées, sa réflexion diagnostique. »

2.16. Le moins de traitements possibles

Les médecins souhaitaient une prise en charge minimaliste.

M10 « ah oui parce que déjà j'essaye de pas prendre de traitement du tout. »

M12 « bah, j'essaye de faire avec le moins de médicaments possibles et j'trouve que c'est pas à moi d'le faire. »

2.17. Réseau

Certains médecins attendaient que le médecin traitant ait un réseau à qui les adresser si besoin.

M2 « euh, c'est quelqu'un aussi qui a un réseau qui peut nous adresser à des gens qu'on ne connaît pas nécessairement c'est une ouverture autre. »

M12 « C'est vrai que j'ai cette attente là et c'que j'ai eu la dernière fois quand j'y suis allé, j'y suis allée en urgences ya pas longtemps pour une sinusite, le médecin du coup m'a demandé à la fin j'appelle pour prendre le RDV pour vous chez l'ORL ? Parce que j'm'étais déjà traitée, j'avais tjs aussi mal, donc il a changé de traitement et il me dit du coup j'prends rdv pour vous et jvous rappelle ? Ah oui, oui oui on fait ça. »

3. Motifs de consultation

3.1. Intérêt de la consultation

Consulter un médecin autre pour un problème de santé permet à certains médecin-patients d'en prendre conscience.

M12 « Ouais j pense que ça fait prendre conscience de, qu'il y a peut-être vraiment un problème de santé ou faut faire attention ou faut faire autrement et non ça m'arrive de m'autoprescrire mais euh, j'essaye de faire le moins possible. »

3.2. Ne peut pas être fait soi-même

Les médecin-patients consultaient généralement pour des choses non faisables par eux-mêmes (ou leur conjoint médecin).

M3 « Ah et si j'ai eu, bon j te parle de mes soucis de santé mais j'ai eu des abcès à répétition au niveau des aisselles. Mon conjoint il est ***, bon il faut pas être *** pour savoir traiter des abcès mais euh bref, j'ai incisé toute seule ou il l'a fait et je me suis mise sous antibiotiques plusieurs fois et j'ai eu un germe résistant [...] mais euh j'ai fait toute seule, vraiment. »

M12 « j me suis fait une entorse du genou et du coup tout ce qui est examen au niveau du genou je pouvais pas [...] donc en fait tous les actes que j'peux pas faire toute seule »

M17 « Plutôt pour des trucs qui traînent que j'identifie pas. [...] Fin, et puis j pense quand même, là pour cette histoire de vertige, la sémiologie j'arrive pas à la faire. J'arrive pas à savoir si j'ai un nystagmus un truc. On peut pas s'autoexaminer dans certaines situations.»

3.3. Problème personnel, souffrance au travail...

Les médecins avaient recours ou imaginaient avoir recours à leur médecin traitant en cas de souffrance au travail ou problème personnel.

M3 « Si je me mettais en arrêt de travail par exemple parce que les choses sont psychologiquement trop difficiles, bah c'est pas un truc à la légère, faut vraiment que ça soit cadré par le médecin, faut qu'il soit au courant [...] parce que derrière il y a autre chose, il faut aller creuser, avoir un soutien psychologique, c'est pas juste me mettre en arrêt, donc d'entretiens,... »

M16 « mais en même temps j'ai quand même envie de pouvoir m'épancher éventuellement et dire si ya des choses qui vont pas ou, moralement notamment [...] si c'est un arrêt pour un problème psychologique, clairement c'est que je vais vraiment vraiment mal donc faudrait de toutes façons que je me fasse aider par quelqu'un [...] sur le plan du moral, le jour où ça va pas, où il y a un problème dans ta vie j pense que tu le vois pas forcément venir et que si t'as pas déjà ton médecin, tu débarques comme ça chez quelqu'un que tu connais pas et qui ne te connaît pas, parce que t'es en pleine anxiété, en pleine dépression en plein burn-out pour n'importe quel soucis personnel et du coup j pense que c'est un peu délicat de commencer à t'exprimer sur ce sujet avec quelqu'un que t'as jamais vu et que tu viens voir pour la première fois dans un cadre de détresse. Donc j pense que c'est mieux par mesure de précaution d'avoir qqn avant. [...] j' trouve que le médecin généraliste est plus à même de le faire et j'aurai pas de difficultés à lui parler de mes problèmes au travail, je pense. J pense que les médecins généralistes, on est peut-être sensible au burn-out chez les médecins. Euh, donc je pense qu'il serait compréhensif, s'il l'est pas c'est que je l'ai mal choisi (rires). C'est pour ça que faut que je le choisisse bien. Mais ouais non j pense que j'aurai pas de mal à lui en parler. J'espère que j'aurai jamais besoin de le faire donc je ne sais pas si j'expérimenterai la chose mais on verra (rires). »

La faible protection sociale en cas d'arrêt de travail était évoquée

M8 « Donc en cas de burn-out, vous fermez d'abord boutique et vous vous enlisez dans vos démons. »

Aborder le sujet du travail en consultation même si cela est à la frontière de la relation médecin-patient peut faire partie du rôle du médecin traitant.

M12 « la consultation à la fin elle pouvait se transformer sur euh, sur du comment ça se passe au côté professionnel mais j'trouve que ça peut faire aussi partie de la consultation. Après des fois ça déborde et les rôles s'inversent, et où le médecin commence à ... à nous raconter pas l'inverse mais j'sais pas Hum. »

3.4. Administratif

Les médecin-patients pouvaient avoir recours à leur médecin traitant pour des questions administratives.

M1 « Par exemple j'ai eu tout un tas de dossiers médicaux à remplir pour des assurances eh bien je les ai remplis moi-même et je suis passé pour qu'elle me les signe parce que j'voulais pas les signer non plus. Elle était contente que j'lui remplisse, elle m'a remercié à chaque fois mais en soit moi j'avais besoin de sa signature, j'ai pas à lui infliger de remplir un truc que je pouvais faire pour la soulager »

M6 « J'suis allée la voir à une période où j'avais besoin d'avoir un médecin et voilà. j'ai pas vue depuis trois ans parce que j'avais un problème de cheville donc j'avais besoin, c'était un accident de travail de certificats, et je me voyais pas les faire moi. »

3.5. Aigu

Les médecins s'accordaient à dire qu'ils ne consultaient pas pour un problème aigu simple.

M10 « J'pense que la persistance du symptôme, ça compte. En gros quand la phase aiguë est passée et que ça va durer. Ou quelque chose de trop aigu, ou je me dis ya un truc que je ne comprends pas, que je m'explique pas malgré mes connaissances.»

M16 « Par contre, si vraiment j'allais pas bien, euh, que je suspectais une pneumopathie par exemple quelque chose comme ça, là faudrait que je consulte ce serait pas très raisonnable de prescrire un antibiotique euh, en m'auto auscultant. »

3.6. Suivi

Les médecins consultaient pour le suivi de pathologies chroniques, ces rendez-vous étaient l'occasion de faire le point dans le cadre d'une prise en charge globale.

M1 « Déjà parfois je culpabilisais un peu pour les arrêts maladies euh.. mais c'était l'occasion aussi de refaire un point ces arrêts maladies donc j'pense que c'était pas, c'était pas non plus que du temps perdu. On faisait des consultations assez courtes, mais bon au moins ça me permettait quand même de partager un certain nombre de choses, ne serait-ce que verbalement. »

M17 « pour une maladie chronique j'pense que je consulterai aussi parce que je sais que je suis négligente et après il faut être aussi un minimum sérieux. Enfin on peut pas demander aux gens de faire ce que nous on ferait pas nous même. Après j'irai peut être pas tous les 3 mois hein. Mais bon, j'pense qu'à un moment donné ça serait ça mon critère, ça serait du chronique, ou quelque chose que j'identifie pas. »

3.7. Avis

Certains médecins attendaient un avis.

M1 « Et puis en soit, quand j'ai eu besoin d'un avis, enfin si j'y suis allée pour un avis c'est que j'avais aussi suffisamment confiance, dans les compétences de mon médecin traitant pour prendre cet avis en tant que tel. »

M10 « ouais c'est ça j'sais pas si c'est ... et ça m'paraît important euh, j'y vais pour un avis en fait donc cet avis s'il est pas donné j'reste avec juste euh ce que j'avais déjà avant donc du coup c'est, enfin j'me sens pas du tout accompagné quoi. Si on m'donne pas d'avis, si on m'dit bah tiens tu sais ça va. »

3.8. Echech thérapeutique

D'autres médecins consultaient plutôt en deuxième recours, après échec de la prise en charge qu'ils avaient initiée.

M5 « Mais euh, enfin, la dernière fois, on a un peu fait n'importe quoi. Enfin n'importe quoi.. Euh, l'inaction commençait à me peser un peu du fait des douleurs tout ça et à un moment j'ai fait trop en fait, et ça a pas manqué, ça a refait mal, très très mal, donc au bout d'un mois d'arrêt je suis revenu au point zéro donc quand je suis allée la voir »

M12 « Enfin là j'voyais que j'faisais des renouvellement, et j'me suis dit "bon", faut qu'en rediscute parce que j'trouve que j'm'autoprescrit trop et il m'faut un avis. euh, un deuxième avis, enfin voilà, un avis médical.. Et depuis, j'en ai parlé, j'ai moins de symptômes (rires). »

M17 « le collègue se dit que si on est là, c'est pour un truc qu'on n'a pas résolu nous-même donc forcément quand les gens viennent nous voir on est des premiers recours, donc j'ai l'impression que quand on consulte le collègue, il est déjà en deuxième recours. »

3.9. Prescription examens complémentaires

Les médecins pouvaient consulter leur médecin traitant car ils pensaient avoir besoin de subir des examens complémentaires.

M5 « euh non j'consulterai. La consultation puis c'est mon médecin qui voit quels euh, quels compléments il faut faire. Après c'est toujours enfin c'est jamais très simple mais le deal c'est ça quand même. »

M17 « Je consulterai pour des trucs qui traînent en fait. Plutôt pour des trucs qui traînent que j'identifie pas. J'pense aussi, c'est aussi dans l'idée de pas s'autoprescrire les examens spécialisés parce qu'après j'ai pas envie d'être repérée comme celle qui se prescrit plein de trucs. Donc j'pense que je consulte aussi pour voir un spécialiste à la demande de mes collègues et pas m'auto prescrire les spécialistes non plus quoi. »

3.10. Gynécologie

Les femmes médecins consultaient leur médecin traitant pour des motifs gynécologique.

M3 « Donc ça va être tout ce qui est contraception, pose de stérilet, retrait de stérilet,... même des conseils sur la contraception, moi je ne sais plus. J'ai su. Du fait que je sois *****, j'ai oublié tous les combiens il faut faire un frottis tout ça. »

M16 « et en tant que femme on a le frottis à faire, parce que c'est un des rares trucs qu'on peut pas faire soi-même donc je vais être obligée à un moment donné de me motiver. [...] j'ai l'impression que mes amies médecin femmes, c'est pareil elles vont consulter que pour les problèmes gynéco, mais j'pense que j'ai aucune amie qui s'est pris un médecin généraliste ici »

3.11. Certificats

La consultation pour le CNCI (Certificat de Non Contre-Indication) ne faisait pas l'unanimité.

M3 « AH si les certificats médicaux, j'avais pas dit, de sport, par exemple pour les courses j'ai besoin de CNCI, je me force à y aller, parce que voilà j'ai aucun symptômes, la consultation ne dure pas bcp de temps, mais je me force à y aller c'est un peu, on discute d'autre chose, c'est un moment important. Pour moi ça n'est pas qu'une formalité sinon je me le ferai tout seul. »

M16 « C'est vrai que mon dernier certificat de sport c'est une amie qui me l'a fait, donc c'est sans doute pas très bien. Elle m'a examinée hein mais comme c'était pour du sport je m'en fichais que ça soit une amie comme ça, on a fait ça en stage, c'était sans doute pas très bien de faire ça mais, voilà. Donc c'est vrai que pour les certificats faudrait quand même idéalement si j'avais un médecin sur place j'irai voir mon médecin quand même. Je vais pas me faire mes propres certificats. J'crois qu'on peut mais... j'trouverai ça assez... bizarre. »

3.12. Peu de besoins

Certains médecins n'avaient pas beaucoup de besoins en termes de consultation.

M4 « Il m'a suivi jusque... La dernière fois qu'il m'a vu je devais être externe.

M6 « J'suis allée la voir à une période où j'avais besoin d'avoir un médecin et voilà. j'lai pas vue depuis trois ans parce que j'avais un problème de cheville donc j'avais besoin »

M17 « Donc j'avais un médecin traitant déclaré mais en même temps je vois bien que enfin que je considère que je m'en sers pas beaucoup. »

3.13. Vaccinations

Plusieurs médecins rencontrés ont avoué que leurs vaccinations n'étaient pas à jour ou qu'ils n'avaient aucune idée de leur statut vaccinal.

M5 « non les vaccinations ne sont pas à jour. Faut que je prenne le temps de le faire mais, faut que je prenne le temps. »

3.14. Inquiétude de l'entourage

C'est l'inquiétude de l'entourage qui faisait consulter certains médecins-patients.

M16 « Pareil j'avais vu un ORL quand j'étais interne en stage prat en niveau 1, j'ai une voix un peu cassée, j'ai eu la voix complètement cassée en fait à chaque fois et c'est le médecin avec qui je bossais qui m'a forcé il m'a fait mon courrier pr aller chez l'orl, en disant que j'avais probablement un nodule sur les cordes vocales ce qui était le cas. Euh, donc ouais c'est souvent les gens qui me forcent un peu peut être. C'est pareil pr aller chez l'allergologue il me fallait un courrier et c'est pareil c'est un des médecins là où j'étais en stage en saspas qui, pareil j'étais comme ça et il m'a dit non mais *** jte fais un courrier. Et c'est eux en fait qui me forcent. »

M17 « C'est-à-dire que j'essaye quand même de consulter quand ya des choses qui inquiètent mon entourage parce que je me dis après tout ya pas que moi. »

3.15. Arrêt de travail

3.15.1. Consultation spécialisée

L'arrêt de travail était souvent réalisé lors d'une consultation auprès d'un autre spécialiste.

M16 « et si c'est d'un point de vue physique, si je me suis cassée le bras ou autre, je serai amenée à consulter de toutes façons un médecin spécialiste donc il me le ferait je pense [...] pour un certificat d'accident enfin d'arrêt de travail pardon, ça me semblerait délicat de me le faire moi-même. »

M17 « Alors j'ai été en arrêt de travail une fois parce que je me suis, enfin deux fois, parce que j'ai eu deux décollements de rétines. C'étaient des situations un peu aiguës. »

3.15.2. Réalisé par leur médecin traitant

Les médecins étaient unanimes sur le fait que quelles que soient les conditions, ils ne réaliseraient pas eux-mêmes un arrêt de travail.

M1 « Ah globalement j'ai très enfin j'ai eu très peu besoin de la solliciter parce que voilà ça c'est plutôt passé [...] je continuais à la consulter notamment pour le renouvellement de mes arrêts de travail. »

M3 « J'ai jamais été en arrêt de travail mais si j'avais besoin d'être en arrêt de travail, j'irai voir mon médecin je ne me ferai pas mon arrêt. »

3.15.3. Signification de l'arrêt de travail

Les médecins accordaient de la valeur à l'arrêt de travail et n'envisageaient pas de le faire eux-mêmes, ils souhaitaient notamment l'expertise de quelqu'un d'autre.

M9 « Et puis jme vois pas me prescrire un arrêt par exemple, pour qu'ça reste recevable et qu'il n'y ait pas de discussions dessus, j'irai voir quelqu'un, j'demanderai à mon collègue. On est plusieurs donc c'est plus simple. »

M15 « Autant l'automédication me dérange pas trop si je sens qu'je suis un peu modéré. Un arrêt d'travail j'pense que ça doit, j'pense que vraiment l'arrêt d'travail c'est un certificat l'arrêt de travail. Donc j'pense que ça nécessite une expertise, ça nécessite un avis objectif. Et j'pense que ça doit découler d'un raisonnement clinique qui n'est pas euh.. élaboré dans sa propre tête. »

3.15.4. Valeur réglementaire de l'arrêt

Les médecins abordaient la valeur réglementaire de l'arrêt de travail.

M9 « même arrêt de travail, de toutes façons je suis pas sûre que ça ait une valeur si je me fais un arrêt à moi-même. [...] je me vois pas me prescrire un truc pour moi-même jsais pas, j'ai pas la réponse mais j'suis pas sûre qu'on ait forcément le droit. »

M14 « j'veux dire je sais pas quelle légitimité ça aurait vis-à-vis d'une assurance de lui dire j'suis en arrêt de travail, jme le suis prescrit tout seul. C'est bizarre, voilà. »

3.15.5. Difficulté à s'arrêter soi-même

Les médecins exprimaient la difficulté de prendre conscience du besoin de s'arrêter et donc la nécessité d'un regard extérieur sur leur situation.

M3 « on a du mal à se dire « allez là il faut que je fasse une pause parce que je ne vais pas bien », je ne suis pas là mais j'imagine, enfin j'ai imaginé ça déjà et donc il faut aussi qu'administrativement ça ne vienne pas de quelqu'un de ma famille, il faut que ça soit quelqu'un d'extérieure, quelqu'un de neutre qui considère que je dois être en arrêt. »

M10 « c'est légitime que moi j'décide pas pour moi de mon arrêt, parce que je suis pas capable de m'autoévaluer si jsuis dans un moment de souffrance, il faudrait que quelqu'un m'aide à l'élucider, mais quelqu'un de plutôt libre de ma situation [...] en m'disant vu que je veux pas me prescrire d'arrêt est-ce que ce qui se passe là, selon un confrère est compatible avec le fait que j'aille bosser quoi. Encore une fois c'est pour avoir un regard objectif sur un truc. »

3.15.6. Faible indemnisation en cas d'arrêt maladie

Les médecins évoquaient la faible protection sociale en cas de régime libéral.

M7 « Mais c'est moi qui m'étais fait mon arrêt enfin c'est moi qui me suis arrêté, j'ai pris sur mes congés quoi. En fait j'ai jamais pris d'arrêt de travail quoi. »

M8 « Vu que les arrêts maladies ne sont pris en charge qu'après 3 jours d'hospitalisation ou 15 jours d'arrêt maladie si vous avez une bonne assurance privée, bon voilà. »

3.15.7. Organisation des libéraux en cas d'arrêt maladie

En cas d'arrêt maladie, une partie des médecins libéraux s'organiserait comme s'il s'agissait de congés.

M8 « J'prendrai des vacances. Moi j'ferme. Vu que les arrêts maladies ne sont pris en charge qu'après trois jours d'hospitalisation ou quinze jours d'arrêt maladie si vous avez une bonne assurance privée, bon voilà. Donc en cas de burn-out, vous fermez d'abord boutique et vous vous enlisez dans vos démons. »

Une partie des médecins libéraux s'arrangeaient avec ses confrères pour la continuité des soins.

M11 « J'm'arrange avec mon confrère. Comme on s'arrange pour les vacances, et bah là ya un jour où j'ai dit écoute là je peux pas venir j'ai des examens et lui il a assuré quoi, je l'ai appelé et lui il a assuré. Mais ça a duré deux jours. [...] ça veut dire que je mets un mot en disant exceptionnellement je peux pas, adressez-vous euh, à mon confrère et à l'époque ça a pas posé de problème. »

3.15.8. Réglementation non connue

La plupart des médecins libéraux ne connaissait pas la réglementation en cas d'arrêt maladie.

M11 « je sais même pas en fait. (rires) est-ce que le papier après je l'envoie à la sécu? [...] si c'est un truc ou je sais que ça va durer longtemps, euh là je me renseignerai et je poserai la question. [...] Donc je crois que je me renseignerai au moment où j'en aurai besoin parce que pour l'instant ça m'a pas... j'ai pas eu besoin. »

M14 « j'veux dire je sais pas quelle légitimité ça aurait vis-à-vis d'une assurance de lui dire j'suis en arrêt de travail, j'me le suis prescrit tout seul. C'est bizarre »

4. Freins à consulter

4.1. Pas de problème

Un des médecins n'avait pas de difficultés à consulter.

M12 « bah non quand j'y vais c'est qu'il y a besoin. C'est vrai que j'y vais, j pense que j'y vais que vraiment, si j'y vais c'est que j'en ai vraiment besoin. [...] Ya, des consultations q' moi en tant que médecin, si c'était l'inverse, enfin si j'étais l'médecin, qu'j'estime c'était logique de venir... donc euh... hum. Mais non j'y vais, j'ai pas l'impression de déranger. »

4.2. Première consultation

Pour un médecin, le plus difficile était la première consultation.

M15 « J'pense que ce qui est difficile c'est l'premier pas. Consulter une première fois quelqu'un euh pour un problème de santé, c'est assez difficile. Quand le médecin qu'on voit dit euh... faut faire une prise de sang et une radio et puis j'vous revois après, le deuxième rendez-vous j'pense qu'il pose aucun soucis. J'pense que c'est ça l'problème. »

4.3. Connaissance de la charge de travail de l'autre

Les médecins hésitaient à consulter à cause de la surcharge de travail du confrère.

M1 « En partant du principe que les rdv sont quand même blindés et c'est un peu compliqué d'avoir des rendez-vous, quitte à en prendre un, il faut vraiment que ça ait du sens. Si c'est pour faire une ordonnance que je peux faire par moi-même euh voilà. »

M7 « Parce que nous quand vous êtes le médecin référent vous vous occupez vraiment de tout hein. Ah tous les papiers, les machins, dans une journée, euh, pff, les coups de fil et ceci, on fait vraiment toutes les demandes d'ALD, les demandes d'handicapés [...] Donc c'est ce côté médecin référent moi qui me bloquerait un peu vis-à-vis d'un collègue, moi je vais encore lui mettre une lettre ou de la paperasserie, donc c'est ça qui me bloquerait un petit peu. [...] Non c'est ce côté déléguer et puis dire le médecin référent il faut qu'il se démerde avec mon dossier, c'est ça qui me pose pb, tiens je te file tout puis tu te débrouilles, c'est ça qui bloque. »

M17 « ya aussi ça, c'est le fait qu'on sait très bien qu'on est tous surbookés, qu'on a des salles d'attentes pleines et j'ai pas envie de consulter pour ce qui me semble être un bobo. »

4.4. Peur de déranger

Les médecins éprouaient de la culpabilité, avaient peur de déranger leur médecin.

M1 « Déjà parfois je culpabilisais un peu pour les arrêts maladies euh.. mais c'était l'occasion aussi de refaire un point ces arrêts maladies donc j pense que c'était pas, c'était pas non plus que du temps perdu. On faisait des consultations assez courtes, mais bon au moins ça me permettait quand même de partager un certain nombre de choses, ne serait-ce que verbalement. »

M10 « Autant moi j'ai voilà j'ai déclaré mon médecin mais clairement je vais peu souvent le voir parce que même si j'y vais, ya des fois où jme dis que c'est un peu abusé. J'ai le sentiment que ça pourrait être vécu comme abusé de la part du médecin. Que jvienne le voir. Alors que c'est pourtant un truc qui moi peut me gêner. Mais qui va pas être considéré comme quelque chose d'important et pourtant dans certains moments de vie bah ça l'est plus ou moins quoi. »

Ce sentiment de culpabilité était moins fort avec le spécialiste.

M16 « ouais. C'est con hein. A la limite quand c'est un spécialiste moins parce que du coup ça se justifie. Ya un médecin, un médecin du sport tu me diras c'est un spécialiste aussi. »

4.5. Faisable soi-même

Les médecins essayaient de ne pas consulter pour des motifs qu'ils auraient pu régler par soi-même.

M16 « j'aurai pas non plus envie de le déranger, j'aurai l'impression de le déranger parce que je peux me débrouiller toute seule, (rires) donc euh, voilà. »

M17 « Après euh, jme rends compte encore aujourd'hui que on a tendance a essayer de s'autotrainer parce que ça gagne du temps, parce qu'on se dit oui je sais donc voilà qu'est-ce qu'il va me dire de plus »

4.6. Relation de soins compliquée, difficile pour médecin du médecin aussi

Les médecins se projetaient à la place du médecin traitant et ne souhaitaient pas le mettre en difficulté.

M5 « Et la personne qui est en face elle a du mal à faire abstraction du fait que le patient en face est médecin. Et donc de toutes façons la relation elle est biaisée des deux côtés. Voilà. C'est compliqué. »

M13 « oui bah c'est ça aussi et puis ... bha je sais, si jamais moi je soupçonne quelque chose et que le confrère ne l'évoque pas, bah qu'est-ce qu'il fait comme travail ? Parce qu'on est quand même un ptit peu au courant, on fait d'la médecine aussi, on est généraliste. »

M17 « Peut-être aussi de pas mettre le collègue mal à l'aise ».

4.7. Désaccord dans la prise en charge

Un médecin craignait un désaccord dans la prise en charge.

M17 « et je me rends compte qu'en fait je n'étais pas toujours d'accord avec leurs prises en charge [...] et qu'après une fois que je leur ai demandé leur avis bin je suis un peu coincée pour pas le suivre. Et peut-être aussi qu'il y a cette appréhension-là de dire bah, je vais peut-être pas être d'accord avec ce qu'on me propose parce qu'en fait après je vais être coincée je vais être obligée de le suivre (rires) »

M17 « si j'ai pas envie de le faire ou si j'ai pas le temps bah du coup je serai coincée. Mais ce serait bien pour avoir un autre avis. Mais euh, voilà, c'est pour ça qu'il faut quand même que je le fasse parce que là je finis par me poser des questions. »

4.8. Pudeur

Les médecins avaient des difficultés à consulter par pudeur.

M7 « on dit pas toujours, on a une certaine pudeur et puis, même pas de pudeur, de pas vouloir euh, aller embêter, c'est même pas d'la pudueur, mais ne, ne pas étaler son truc, et puis ne pas aller demander au collègue qui qui bien sûr ne vous fera pas régler et voilà. C'est un peu tout cet ensemble de chose qui fait qu'on a toujours du mal à consulter, pour ma part en tous cas. J'crois que je suis pas le seul. »

M17 « Et puis bah il va connaître mon intimité aussi. Dans les collègues, à la fois on a envie de quelqu'un qu'on connaît parce qu'on a envie qu'il soit sérieux, et à la fois on a envie de quelqu'un qu'on ne connaît pas trop pour pas qu'ça prenne le dessus. »

4.9. Accepter de laisser sa santé à un tiers

Les médecins déléguaient difficilement leur prise en charge médicale à un autre médecin.

M2 « Donc c'est sans doute très bien de confier sa santé à un tiers, après il faut accepter de ne pas avoir, enfin peut être de laisser la main et ça c'est pas toujours simple. »

M3 « bah je trouve quand on est médecin c'est difficile de se faire soigner par quelqu'un »

M15 « j'ai pas fait la démarche pour l'instant. Enfin la démarche en tous cas intellectuelle j'l'ai pas faite ouais. [...] Euhhh. Maintenant aujourd'hui lui demander de s'occuper de moi, euh, ... y compris pour les choses un peu intimes, euh j'suis pas prêt quoi. »

4.10. Manque de temps

Les médecins pointaient le manque de temps pour consulter.

M5 « Après on a toutes les bonnes excuses qui vont bien pour ne pas y aller, qu'on n'a pas le temps machin tout ça... Mais c'est pas bien, c'est une bêtise.. Et mes vaccinations ne sont pas à jour. (rires) Non non mais c'est paradoxal mais mais pour autant je pense que c'est quand même ça. »

M5 « Le temps passe si vite. (rires). En fait quand on regarde un tout ptit peu, on voit tout ce qu'il y a, tout ce qu'on fait pas forcément très... La visite annuelle pourrait être quelque chose d'obligatoire pour tout le monde. »

4.11. Déni

Les médecins, malgré leurs connaissances, avaient tendance à être dans le déni de la pathologie pour eux-mêmes.

M5 « J'ai fait une appendicite à 33 ans j'arrivais tout juste au ***, enfin non j'allais y arriver. C'était, enfin les signes étaient mais euh, évident, ouah on va attendre. Bah j'ai eu raison à force d'attendre je me suis retrouvé avec une péritonite. C'est pas grave? »

M8 « Deuxième chose, je pense que les questions qui vont venir vont permettre d'en parler, un médecin par définition n'est jamais malade. Nous sommes complètement immortels. Et on écoute toute la journée la plainte des autres, et je crois qu'on n'a pas envie d'aller raconter notre plainte à d'autres médecins. Voilà donc ça c'est ... »

4.12. Le fait de ne pas régler la consultation

La gratuité des actes par le confrère mettait mal à l'aise un médecin-patient qui ne consultait pas.

M7 « bah euh, j'avais enfoncer les portes ouvertes, mais c'est toujours le même problème d'aller consulter sachant que le collègue va pas bien sûr vous faire régler, c'est toujours voilà...[...] C'est toujours ce truc là, la confraternité. On s'rait mieux si on y allait... C'est vraiment ce côté non j'paye pas mon acte. Au contraire, ça nous bloque pour consulter entre autre. Moi ça me bloquait un ptit peu ce genre de truc. »

5. Influence des habitudes avant leur vie de médecin

Il semble que les habitudes de consultations de médecins avant qu'ils le deviennent influent sur leurs pratiques en termes de prise en charge actuellement.

5.1. Le fait d'avoir un médecin traitant depuis l'enfance

Plusieurs médecins rapportent qu'ils avaient l'habitude de consulter un médecin lorsqu'ils étaient enfants.

M4 « Alors j'avais pas choisi, j'étais petit, c'était un ami de mes parents et voilà. »

M6 « non. qui est un autre médecin que euh, qui a été longtemps mon médecin d'enfance et quand il est parti en retraite il y a eu longtemps un moment un peu de flottement et après c'est quelqu'un que je connais qui est pas une copine mais que je connais avec qui j'ai pu faire des échanges et qui a pu accepter d'être mon médecin traitant. »

5.2. Apprendre à devenir patient : un travail dès la petite enfance et tout au long de la vie

Un médecin rapporte que son éducation médicale a commencé dès son enfance.

M12 « mais j'ai aussi été éduquée comme ça : ma maman soignait tout ce qui est pathologies ORL virales, voilà, c'est que je fais moi-même, c'était elle aussi qui les soignait, elle est pas du tout médecin hein [...] et c'est vrai qu'il y avait chez le médecin que quand y avait quelque chose de plus sérieux, que quand y avait besoin et souvent on était rendu dans un état bah où faut, faut traiter, donc non j'ai pas du tout l'impression de déranger quand j'y vais. [...] la seule personne qui peut nous apprendre à devenir patient, c'est notre parent quand ils nous éduquent et notre médecin j'trouve. »

M17 « oui. J'en avais un parce que euh, en fait je l'avais choisie quand j'étais étudiante. C'était mon ancienne associée, Dr *** euh. J'l'ai gardée. »

6. Humains avant médecins

Toute la conduite des médecins concernant leur santé n'était pas guidée par leur statut de médecin.

6.1. Pas épargnés par la maladie

Les médecins n'étaient pas épargnés par la maladie.

M6 « On est médecin mais on est aussi patient (rires). On est des êtres humains aussi, on peut être malade.. »

M7 « C'est pas super agréable d'être malade mais que ce soit pour les médecins ou les malades. [...] Donc le statut de malade qu'est-ce que vous voulez c'est au jour le jour vous vous dites il faut faire ça puis après vous évoluez, vous faites votre truc, à chaque jour suffit sa peine »

6.2. Des patients comme les autres

Les médecin-patients étaient des patients comme les autres.

M12 « j'crois qu'on est des patients normaux. Qu'on n'est pas les pires. (rires). Il y a des patients qui sont beaucoup plus difficiles à traiter qu'un médecin, et qu'on est des patients qui ont besoin d'être pris en charge comme un patient X ou Y. [...] parce que j'pense pas qu'on puisse le faire tout seul. 'fin, j'veux dire un patient X ou Y il doit aussi traiter son rhume tout seul, il doit aussi traiter son angine virale tout seul, ou pas mais yen a une partie qui pourront, ils vont traiter leur gastro tous seuls mais ils vont venir pour leur arrêt de travail mais ils ont pas forcément besoin qu'on leur dise de boire. Mais non j'pense qu'on est des patients comme tout le monde. »

M15 « on n'est pas différent des autres. Notre corps est fait pareil que, c'est l'même corps que les autres patients. C'qui faudrait juste c'est qu'il y ait une espèce d'obligation quoi. »

6.3. Dépend du caractère aussi

Les participants décrivaient que les réactions, les conduites n'étaient pas les mêmes pour eux tous car le caractère personnel, indépendamment de leur profession influençait dans la manière dont était menée leur prise en charge.

6.3.1. Des hypochondriaques parmi les médecins

Certains médecins étaient décrits comme hypochondriaques.

M9 « Après j'ai connu des collègues qui étaient un peu hypochondriaques, qui s'posaient des questions à tout va donc euh, ça peut être un biais. Mais j'en connais quand même plus qui s'écoutent pas trop et qui vont bouffer du paracétamol, de l'ibuprofène quand ils ont la grippe pour aller bosser et pas forcément aller consulter. »

M9 « ouais. Bah après on et avant tout des hommes avec chacun les mêmes défauts que la population générale. Yen a qui font l'autruche, d'autres qui sont hypochondriaques et puis ya tous les autres au milieu quoi, dont j'fais partie je pense (rires), donc non non ça me pose pas de soucis particuliers. »

6.3.2. Alors que d'autres semblaient plus détendus

M13 « bah moi c'est pas mon cas, j'm'affole jamais. Enfin j'm'affole pas hein franchement. »

6.3.3. Des médecins pas toujours prêts à accepter la condition de patient

M6 « Mais je pense, moi j'ai pas de solution pour dire, mais je pense que c'est l'enfer quoi, les médecins qui sont malades c'est horrible parce que en tant que médecin on sait des trucs mais on sait pas tout, donc on imagine le pire ou on minimise en disant voilà c'est rien machin. Et donc du coup on, on peut pas être en position, on peut pas être un malade lambda, c'est pas possible parce qu'on a des connaissances, parce que notre métier nous oblige à avoir ces connaissances là. Après c'est en fonction des personnalités de chacun. Jpense que ceux qui ont, enfin les chirurgiens qui ont notamment une confiance en eux super haute, ça doit être insupportable de se retrouver en position de... faut qu'jme fasse opérer, c'est pas possible, ça doit être, c'est psychologiquement insupportable. Donc là j'ai vraiment pas de solution là. »

M10 « Donc je trouve ça plutôt euh, plutôt intéressant qu'il y ait les informations même si elles sont euh, pas toutes importantes, encore une fois j'pense qu'il y a des médecins qui supporteraient pas qu'on leur rappelle ça parce qu'ils ont le statut de médecin et ya une question de, d'une quête de garder ce truc là et je.. Mais encore une fois c'est individuel, j'pense que c'est compliqué de répondre de façon absolue à ce truc là quoi. »

6.3.4. La tendance à repousser les choses

Un médecin décrivait sa tendance à repousser les choses.

M16 « ouais bah après j'ai toujours été de nature je pense à repousser un peu les choses parce que je me dis que ça va passer puis ça passe pas, notamment les problèmes d'allergie que je traîne depuis peut être 7 ou 8 ans. Donc j'étais déjà en médecine. [...] comme beaucoup de choses dans ma vie même sans parler du domaine médical, il y a des choses qu'on a envie de faire et puis on repousse, pour moi c'est pareil, je fais que de repousser »

7. Influence de leur expérience comme soignant de soignants

Avoir soigné des soignants façonnait leurs attentes pour leurs propres soins.

7.1. Bien accompagner le patient

Avoir vu la détresse de patient-médecin permettait de prendre conscience que le savoir et la connaissance ne rendent pas moins humain un médecin et qu'il a besoin d'empathie.

M8 « j'ai envie, je pense que j'ai envie qu'on me porte comme un patient. J'ai envie d'être intégralement prise en charge et pas que ma pathologie. Enfin je pense. Parce que mine de rien, on est quand même angoissé pour euh... Et jle vois à travers, j'ai deux patients médecins, qui ont eu des soucis de santé, ils ont la, ils ont des angoisses, peut être pire que des gens qui savent pas, parce qu'on a déjà le cheminement, on sait que là il se passe ça puis après il va se passer ça. On a un cheminement dans l'histoire de la maladie et ils le savent, ils sont plus angoissés et donc j'ai l'impression pour en avoir parlé avec eux, et donc que de pouvoir poser leurs angoisses, qui sont différents du patient lambda, d'les poser complètement et de dire voilà je, je veux qu'on me rassure à chaque étape, je veux être comme les autres, qu'on m'explique, peut être différemment mais qu'on m'explique et je crois que c'est c'est important, de pas être pris, d'être pris comme un patient normal mais qui en sait un peu plus. »

7.2. Annoncer sa profession d'emblée

Un médecin-patient disait l'importance d'être transparent avec le médecin consulté vis-à-vis de sa profession.

M15 « Et la deuxième raison, c'est, qu'en tant qu'interne, j'ai eu un médecin dans un box aux urgences, qui ne s'était pas annoncé comme médecin. J'commençais à lui expliquer qu'on allait lui donner un traitement qui fluidifiait le sang, qu'il avait un coeur qui était irrégulier. Et puis au bout d'une demie heure il m'a dit bah j'suis médecin. J'avais trouvé ça très désagréable. Donc maintenant moi si j'suis amené à consulter, euh... ou si je consulte pour mes enfants, euh, j'suis plutôt du genre à cacher ma profession mais là j'l'annonce clairement d'emblée, dès le début. Pour pas couper les gens. C'est pas agréable, en pleine consultation de dire "oui bah j'comprends bien ce que vous dites, j'suis médecin", genre pas sympa quoi. Voilà. [...] bah oui, pour mettre cartes sur tables. »

7.3. Déni de sa pathologie

Le médecin-patient avait conscience qu'on pouvait être dans le déni malgré nos connaissances.

M15 « j pense. Surtout je pense que j'aurai du mal à m'arrêter, j'pense que j'attendrai surtout que ça soit qqn d'autre qui m'arrête. Plutôt que moi-même. J'ai eu le cas, j'étais à *** là. Ma femme était en interCHU et ya un cousin de ma femme, j'faisais du SOS médecin et sa femme m'appelle un jour, j'étais à l'autre bout de la ville, elle me dit Bruno va pas bien, euh.. et en fait, j'ai suspecté une hémorragie méningée, mais j'étais pas sûr. Et il était justement pas bien sur l'plan psy.. une déprime à moitié ect.. et quand j'ai dit, écoute j pense qu'il faut que t'aille à l'hôpital parce que j'suis pas sûr de mon coup pis euh, moi j'suis pas objectif avec toi, il a au début refusé puis ensuite il a dit "bah écoute, tu fais un courrier puis tu fais comme si j'étais un patient...euh voilà, c'est vraiment toi qui m'envoies". Une heure après il était dans l'hélicoptère. Donc euh, j pense que c'était la bonne attitude, lui il serait jamais parti. »

8. Influence du statut de malade

8.1. Changement de place

Certains médecins avaient été malades et cela modifiait leur perception.

M1 « oui ah oui ça c'est certain que ça change des choses [rire] on va dire ça comme ça. Oui inévitablement. Mais à un moment il faut aussi s'occuper de soi quand il faut s'occuper de soi. Après dans le sens où j'ai dû arrêter mon activité professionnelle donc je basculais de l'autre côté de de mais c'est la règle du jeu aussi. Mais j'ai pas trouvé ça difficile. »

M15 « alors c'est un peu gênant au début parce qu'on aime pas trop être de l'autre côté du bureau, faut être honnête! Après euh, ... si ça a quand même des avantages, faut pas exagérer, on comprend ce qui est fait, on comprend où veut aller l'autre médecin en face.. voilà. »

8.2. Poussé à avoir un médecin

Être malade conduisait à avoir un médecin traitant propre.

M1 « Alors j'ai choisi de prendre un médecin traitant déclaré tout simplement parce que j'ai eu un gros problème de santé.

M2 « Pour l'instant aussi parce que j'ai pas de soucis de santé particulier. Si à un moment ou à un autre il y avait un suivi différent, j'pense que ce serait mieux que j'ai un médecin généraliste [...] J'ai pas eu besoin de faire d'examen complémentaires mais j'pense que si un jour je me posais la question d'en faire, j'aurai besoin d'un regard extérieur pour en savoir la pertinence euh... »

8.3. Fait prendre conscience de ce qu'est la maladie

La maladie rappelle aux médecins ce qu'est être malade.

M8 « J'ai donc été hospitalisée il était 10h le soir, j suis arrivée dans la chambre, personne n'a su que j'étais là. C'est à dire que le lendemain matin, j'ai sonné parce que je me suis dit c'est bizarre personne n'est venu je devais être opérée, et qqn est arrivé en disant

"bah qu'est-ce que vous faites là?". Donc c'est important d'être patient "x" parce qu'on se rend compte que, ouah. Donc ça ça m'a servi de leçon »

M10 « ah c'est toujours plus particulier quand on va pour des interventions par exemple où on se retrouve en blouse, cul nu, avant d'aller au bloc et qu'on est dans le lit et qu'on voit l'étudiante infirmière, l'infirmière, là j'sais qu'on passe vraiment d'l'autre côté d'la barrière. Alors que quand je vais en consultation bah oui j'y vais pour moi mais je c'est plus facile et plus simple quoi. »

Avoir été concernée par la souffrance au travail rendait un médecin sensible à cela.

M17 « Il se trouve que dans mon parcours j'ai commencé par faire du libéral et j'ai arrêté. J'ai ensuite fait du salariat et j'ai arrêté. Il s'trouve qu'à posteriori, euh, j'pense que le contexte est un contexte qui aurait pu être traité si j'avais été consulter. Donc oui c'est un thème qui m'est un peu cher »

8.4. Bénéfice de la maladie : apprendre pour sa propre pratique

A l'occasion de soins pour eux, les médecins apprenaient pour leur pratique.

M16 « j'préfère avoir les informations complètes, parce que déjà on apprend toujours des choses, même après pour les patients (rires). Et moi j'ai changé certaines choses sur l'allergologie après la consultation pour mes patients. »

9. Le recours à l'autoprescription

9.1. Non

Certains médecins n'avaient pas recours à l'autoprescription ou très peu.

M5 « autoprescription ? M5 : euuuh, non. Non. »

M12 « Ouais j'pense que ça fait prendre conscience de, qu'il y a peut-être vraiment un problème de santé ou faut faire attention ou faut faire autrement et non ça m'arrive de m'autoprescrire mais euh, j'essaye de faire le moins possible. »

9.2. Motifs d'autoprescription

9.2.1. Facilitation

L'autoprescription était réalisée pour faire gagner du temps au médecin.

M1 « alors euh en soit j'ai effectivement fait de l'autoprescription. Alors c'était plus de la facilitation de ce qu'on me demandait de faire puisque plusieurs fois j'étais obligée de refaire des bilans sanguins notamment et donc du coup ça évitait qu'ils m'envoient l'ordonnance, c'était un gain de temps aussi donc du coup c'est moi qui faisais moi-même mes ordonnances de bilan sanguin. Sur le plan médicamenteux, ça m'est arrivé mais très ponctuellement, aussi pour faciliter les choses. »

M17 « Après euh, j'me rends compte encore aujourd'hui que on a tendance à essayer de s'autotraitier parce que ça gagne du temps, parce qu'on se dit oui je sais donc voilà qu'est-ce qu'il va me dire de plus »

9.2.2. Licence de sport

Les médecins trouvaient justifié de ne pas réaliser d'autoprescription dans ce domaine mais le faisaient parfois.

M5 « Les renouvellements de licence de sport maintenant ils ont changé c'est plus tous les ans, c'est plus pour toutes les mêmes disciplines, ils sont en train de revoir pas mal de choses. Mais euh, là j'm'en suis fait quand même quelques-unes. »

M16 « Ce qui pourrait me poser problème ce serait pour un certificat de sport, ou un certificat tout court. C'est vrai que mon dernier certificat de sport c'est une amie qui me l'a fait, donc c'est sans doute pas très bien. Elle m'a examinée hein mais comme c'était pour du sport je m'en fichais que ça soit une amie comme ça, on a fait ça en stage, c'était sans doute pas très bien de faire ça mais, voilà. Donc c'est vrai que pour les certificats faudrait quand même idéalement si j'avais un médecin sur place j'irai voir mon médecin quand même. Je vais pas me faire mes propres certificats. J'crois qu'on peut mais... j'trouverai ça assez... bizarre. »

9.2.3. Viroses et pathologies aiguës

Pour des viroses et pathologies aiguës bénignes, les médecins s'automéduquaient.

M4 « surtout de l'ostéoarticulaire et un peu d'orl de temps en temps, je fais de la piscine donc ça m'arrive d'avoir des sinusites des choses comme ça. »

M11 « à part du doliprane? (rires) ouais ya pas grand chose que je prends parce que j'ai la chance de même pas avoir les gastro de mes patients, non non je choppe rien, un rhume bah je vais prendre notamment un sirop, un truc quand je tousse, mais c'est tout quoi. »

M12 « oui. (rires) euh... bah oui. Je fais régulièrement des angines bactériennes donc ça j'consulte jamais, jme les prescrit. Euh... bah, en fait tout ce qui va être pathologie ORL, virus et bactérien.»

9.2.4. Vaccination

Un médecin se vaccinait.

M14 « j'me vaccine souvent. J'fais l'vaccin pour la grippe c'est vrai, souvent j'suis d'jà pris dans l'travail, ma perspective c'est de pas tomber malade ».

9.2.5. Antidépresseurs

Un médecin s'était prescrit un traitement antidépresseur.

M17 « C'est vrai que quand j'ai lâché mon boulot la première fois, je m'étais mise sous antidépresseurs, ça m'a rien fait du tout. En fait. Je n'en ai pas du tout accusé les effets attendus. »

9.2.6. Antécédents connus

Les médecins s'automéduquaient sur des antécédents connus.

M6 « j'suis migraineuse, donc je me fais des prescriptions d'antalgiques. C'qui est pas très bien d'ailleurs j'pense mais, j'pense que si j'étais patient lambda j'en aurai peut être pas autant ». J'veux pas en manquer non plus donc j'ai toujours une boîte d'avance, enfin, voilà.

M10 « Après il y a des problèmes chroniques pas important qu'en effet, pour le coup, ça m'arrive de m'auto médiquer sur des trucs qui sont déjà bilanté. Des symptômes qui sont connus ou négligeables quoi : céphalées »

9.2.7. Troubles du sommeil

Certains médecins se prescrivait des anxiolytiques pour des troubles du sommeil.

M15 « maintenant comme bcp de médecins, j'dors extrêmement mal donc une fois de temps en temps, une boîte de somnifère, une boîte d'alprazolam ... enfin j'suis pas moi c'qui me passe par la tête. [...] C'est pas non plus une ordonnance par mois mais ça peut être quand j'suis en garde. »

9.3. Maîtrise de l'autoprescription

9.3.1. Bonne maîtrise

Les médecins estimaient bien maîtriser leurs prescriptions.

M7 « non, non non, non je maîtrise bien mais je fais très gaffe, je suis assez, j'ai jamais niveau alcool, tabac, en médecine tout ce qui est règles hygiéno-diététiques, je suis assez rigide avec mes patients donc pour moi-même je suis peut être encore plus rigide, je me fais pas de cadeaux. »

M9 « Non parce que c'est pas souvent revenu, je suis très peu consommateur, j'ai pas de soucis de ce côté-là. »

M10 « non parce que si jamais ya une persistance des symptômes, je vais aller consulter. »

9.3.2. Risques

L'autoprescription comportait des risques. Le premier était de ne pas connaître ses limites.

M1 « j'pense qu'il y a toujours des risques mais euh il y a toujours des risques, oui. Après euh j'ai jamais fait d'autoprescription avec un doute. Ca m'est arrivé une fois donc j'ai consulté. Bon à l'occasion d'un renouvellement mais aussi parce que j'avais une inquiétude et j'avais besoin d'avoir un autre avis quoi, enfin, j'avais besoin de me faire examiner et j'y suis allée aussi pour ça. Et j'pense que j'aurai pas fait d'autoprescription dans ce contexte-là. »

M3 « j'pense qu'il y en a. C'est vrai que jusqu'à où on s'autoprescrit des choses, il faut connaître ses limites, mais ouais c'est risqué. »

Les médecins évoquaient le risque lié à l'addiction.

M10 « et puis jsuis assez rigoureux avec des trucs jme connais assez bien en terme de fonctionnement bah jvais pas m'autoprescrire de benzo quoi. Ca c'est zéro. Jme connais, voilà, je sais qu'j'ai pas besoin d'un risque addictif pour moi. Donc j'fais très gaffe. »

M15 « Mais les psychotropes ... Moi yavait un moment où j'dormais vraiment très mal et j'en prenais régulièrement jme suis dit, j"me suis dit stop quoi. »

Il existait un risque de surconsommation des médicaments.

M6 « j'suis migraineuse, donc je me fais des prescriptions d'antalgiques. C'qui est pas très bien d'ailleurs j'pense mais, j'pense que si j'étais patient lambda j'en aurai peut être pas autant. »

M7 « Et puis les antalgiques que je peux prendre, bon bah j'prends le minimum euh, conseillé paracétamol et tout. Si j'prends un anti-inflammatoire je sais pertinemment qu'il ne faut pas en abuser et je fais vraiment gaffe à ça parce que sur les reins, surtout sur les reins »

Paradoxalement les médecins pouvaient se sous-traiter.

M7 « Non, non de ce qui est question de ça je ne fais pas n'importe quoi, je vais pas me traiter, je vais peut être me sous-traiter pour l'antalgie. »

M15 « Si y avait un médecin derrière qui prescrivait, peut-être qu'il y aurait une prise en charge, par un psychologue euh... »

La mauvaise observance était un risque de l'autoprescription.

M16 « j'avais essayé l'aérius mais ça n'avait pas trop marché, j'avais pas continué, alors que j'étais gênée hein, c'est des symptômes qui me faisaient vraiment suer mais pour autant je sais pas j'ai mis du temps. »

Les médecins étaient exposés aux effets indésirables des traitements prescrits.

M7 « Et puis les antalgiques que je peux prendre, bon bah j'prends le minimum euh, conseillé paracétamol et tout. Si j'prends un anti-inflammatoire je sais pertinemment qu'il ne faut pas en abuser et je fais vraiment gaffe à ça parce que sur les reins, surtout sur les reins, je fais très attention, à ce que j'ai pu voir chez ma mère qui avait eu des problèmes d'arthrose, sur mes patients que j'vois avec l'arthrose, pour mes patients que je vois avec l'arthrose que je suis. L'insuffisance rénale c'est pas exceptionnel avec les anti-inflammatoires ça c'est pas très bon, donc euhh, une fois que j'me traite je fais ça pas mal. »

Les médecins ne bénéficiaient pas de la réévaluation des traitements.

M6 « j'suis migraineuse, donc je me fais des prescriptions d'antalgiques. C'qui est pas très bien d'ailleurs j'pense mais, j'pense que si j'étais patient lambda j'en aurai peut être pas autant ». J'veux pas en manquer non plus donc j'ai toujours une boîte d'avance, enfin, voilà »

9.4. Modalités

Certains médecins faisaient des ordonnances. D'autres utilisaient leur carte CPS (Carte de Professionnel de Santé).

M9 « que j'peux avoir avec ma carte professionnelle mais que j'me fais pas forcément remboursé. Enfin quand yen a plusieurs, quand ya une liste, j'le fais sinon pour acheter une boîte d'amox, j'lachète comme ça. »

M14 « Et en plus avec notre carte professionnel ils disent rien moi j'prends l'traitement pour trois mois, quatre mois, cinq mois six mois, j'prends toutes les boîtes et j'les emmène chez moi j'ai pas besoin de retourner à la pharmacie tous les mois. »

10. En quoi le statut de médecin peut les avantager ?

10.1. Même langage

Les médecins parlent et comprennent le langage médical.

M11 « dans ce qu'ils disaient il y avait des termes médicaux plus précis, mais je ne me suis pas sentie lésée dans le soin parce que j'étais médecin, pas du tout. Peut-être même un peu plus d'attention parce que justement ils mettaient le, euh comment dire le vocabulaire adapté à moi non. Non j'ai trouvé ça bien. »

M16 « voilà en fait je me dis nan le médecin en face de toi va quand même s'exprimer avec des termes plus médicaux et ça ya pas de problème évidemment, c'est normal. »

10.2. Facilite le travail du médecin traitant

Ils pouvaient faciliter le travail de leur médecin.

M1 « au contraire parce que j'estime que j'peux de par mes fonctions faciliter aussi le travail du médecin traitant. Par exemple j'ai eu tout un tas de dossiers médicaux à remplir pour des assurances eh bien je les ai remplis moi-même et je suis passé pour qu'elle me les signe parce que j'voulais pas les signer non plus. Elle était contente que j'lui remplisse, elle m'a remercié à chaque fois mais en soit moi j'avais besoin de sa signature, j'ai pas à lui infliger de remplir un truc que je pouvais faire pour la soulager »

10.3. Notion du temps

Être médecin permettait de comprendre que le temps du médecin consulté était compté.

M10 « euh. J'pense que ça me permet de comprendre pourquoi ça va si vite. Parce que j'ai fait des remplacements. [...] j'trouve que ça va trop vite, c'est n'importe quoi. Euh, mais on le sent en fait. Après, j'pense que ça dépend des médecins aussi hein bien sûr, mais c'est ultra speed quoi. J'dégaine ma carte vitale euh comme tous les autres patients, plus vite que mon ombre. C'est une réalité hein, je sais qu'ils ont pas le temps, ils sont hyper blindés, ça c'est un côté globalement désagréable, peut être que je comprends mieux parce que j'ai été aussi généraliste et je sais pourquoi est-ce qu'il speed comme ça... »

10.4. Voies de prise en charge différentes du parcours de soin classique

Les médecin-patients choisissaient leurs propres spécialistes et n'utilisaient pas nécessairement le réseau habituel du médecin traitant.

M5 « on a accès aux avis de spécialistes euh, entre deux portes, par téléphone. On a tous dans notre réseau euh, professionnel ou amical, encore plus amical, bah jconnais l'rhumato, la place en rhumato j'ai eu parce que je connaissais un rhumato quoi. Enfin j'en connaissais même plusieurs, donc voilà, ça aide . »

M8 « comme c'est toujours en urgence, c'est toujours une catastrophe, et que c'est, ya forcément, bref vous avez votre IRM le lendemain quoi, parce que votre confrère dit "oulala oulala oulala pourquoi t'es pas venue plus tôt", voilà donc après ça s'enchaîne. »

M9 « Mais euh, bah après j'pense que quand on a un vrai truc, on consulte assez facilement d'autant qu'on peut avoir l'accès assez facile à des collègues spécialistes ou généralistes. »

10.5. Collègue souvent connu, met à l'aise

Les médecins connaissaient souvent les collègues qu'ils consultaient.

M11 « souvent c'est des copains, ou frères ou copines donc moi ce que j'aime et que j'essaye aussi de faire passer c'est surtout de la bienveillance donc euh c'est ce que j'attends aussi et c'est surtout les gens vers qui je vais parce que ce sont des amis. »

M16 « Euh, et puis c'était un peu plus à la cool quoi. Donc bah voilà, si je tarde à envoyer le courrier, hésitez pas à m'envoyer un mail pour avoir le résultat de la prise de sang, enfin j'ai eu l'impression que ça c'était un avantage. »

10.6. Connaissance de soi

Par leur métier, les médecins présentaient l'avantage de bien se connaître eux-mêmes.

M7 « Non non je fais très attention. C'est dans le suivi puisque je suis mon propre médecin. Mon propre médecin généraliste. Si vous voulez j'anticipe euh, je suis tout de suite au fait de ma pathologie car je suis déjà au courant. (rires) »

M9 « bah c'est pas, ouais c'est d'être à l'écoute de soi quoi. Après c'est c'qu'on fait, c'est ce qu'on a essayé d'apprendre apparemment autour des patients donc normalement (rires) faudrait pouvoir le faire mais non j'pense pas qu'j'attendrai forcément... »

M13 « Nous on connaît assez bien les symptômes je pense, donc c'est plus facile d'aller nous-même, demander euh l'avis des spécialistes. »

11. Inconvénients du statut de médecin pour leur prise en charge

Cette remarque d'un des médecins illustre bien ce thème :

M16 « Après bah je sais pas si c'est un avantage pour tout. »

11.1. Conduite ambivalente des médecins

11.1.1. Paradoxe entre la conduite à tenir et ce qui est fait

Les médecins ne faisaient pas toujours ce qu'ils pensaient être le mieux pour leur santé.

M5 « Avoir les hypothèses, les traitements, la démarche à suivre, voilà. Je savais que j'avais pas fait ce qu'il fallait mais voilà. [...] J'ai fait une appendouille à 33 ans [...] les signes étaient mais euh, évident, ouah on va attendre. Bah j'ai eu raison à force d'attendre je me suis retrouvé avec une péritonite.»

M15 « ce s'rait bien j'pense d'avoir quelqu'un. Mais euh.. j'ai pas fait la démarche pour l'instant. Enfin la démarche en tous cas intellectuelle j'l'ai pas faite ouais. »

11.1.2. Pas distance nécessaire pour soi-même

Les médecin-patients manquaient de distance quand il s'agissait de leur propre santé.

M6 « peut être que si j'avais pas été médecin, je serai allée consulter. Alors que là je me suis dit ouais c'est ça je prends un antalgique ça va passer tout ça machin. Oui je pense qu'il y a des retards diagnostiques. J'ai fait l'appendicite j'pense que j'étais un ptit peu, enfin bon retard diagnostic parce que c'était pas possible que ça soit ça. J'vais même pas pensé. Quand j'avais pensé de toutes façons j'étais arrivée à un stade où ça pouvait être que ça. Donc en fait, oui j'pense qu'on parce qu'on, soit on minimise, soit on se dit mon Dieu catastrophe, et donc euh on veut pas trop ça, on laisse traîner, on s'automédique un peu et oui retard diagnostic ça c'est sûr. »

M12 « J'trouve que c'est pas mon rôle, c'est pas à moi de soigner, et j'crois qu'il faut qu'on nous dise aussi ce qu'on va faire mais j'crois que quand ça me concerne moi, j'le fais moins bien que de c'que j'le dis à mes patients. »

11.2. Sous traitement

11.2.1. Par soi-même

Les médecin-patients ne se traitaient pas suffisamment.

M7 « le fait de côtoyer la maladie, à un moment quand vous tombez dessus vous allez d'abord fermer les yeux pour pas voir qu'il y a du sang dans les selles ou pas voir qu'il y a des petits signes d'alerte, vous allez attendre un ptit peu hein, c'est un peu le risque d'attentiste, de fataliste, bah toute façon on est un peu fataliste hein.»

M10 « Donc ça j'pense qu'en effet ya peut être des moments où on se sous traite et on va moins voir le médecin parce qu'on est médecin. Et là j'pense que c'est un biais euh. Autoalimenté. Psychologique purement. Et là pour le coup, on n'est pas vraiment patient dans ces moments-là. Et j'pense que c'est juste un déclin à avoir »

11.2.2. Par confrères

Les médecin-patients pensaient qu'ils étaient parfois moins traités, ils n'étaient pas pris en charge complètement car ils étaient médecins.

M5 « Euh, donc voilà, on connaît, on connaît. Et pour autant je suis ressorti de rhumato j'ai été obligé d'augmenter mes traitements et je leur ai dit que ce qu'ils me proposaient comme traitement ça m'allait pas et que ça n'allait pas le faire. Et là pour le coup j'avais raison. Parce que j'ai pas été pris en charge complètement, comme un patient lambda en rhumato. »

M10 « En tous cas, euh, je sais pas comment ça pourrait s'organiser mais c'est vrai que j'pense qu'il y a des moments où on n'est pas assez bilanté par rapport à ce qu'on voit faire dans la population générale. on va peut être plus facilement faire des bilans à des patients qui sont pas médecins qu'à des patients-médecins.»

11.3. Surinvestigation

Les médecin-patients bénéficiaient parfois de plus (voire trop) d'examens complémentaires parce qu'ils étaient médecins.

M8 « J'ai été opérée il n'y a pas très longtemps d'un mélanome que je m'étais diagnostiqué. Un mélanome sur le bras. Donc je l'ai fait enlever. Le chirurgien quand il a eu le compte-rendu-histo et il m'a dit "eh", bah oui mais si j'lai fait enlever c'est parce que je pensais que c'était ça quoi. Et là là et ton indice de Breslow, il était pas élevé ect... Bon ça c'est fait, j'ai consulté et j'ai eu plus d'examens que j'aurai du avoir. J'ai vu un patron, par hasard, qui m'a fait faire le grand jeu, au cas où. Et j'lui disais, mais est-ce bien raisonnable? Si si si. Et à force d'aller d'examen en examen, on s'dit bah on va finir par me trouver une merde quoi. Et quand vous sortez du pet-scan et que le manip vous dit « faut y retourner parce qu'il y a un truc qu'on n'a pas bien vu », même si vous savez qu'au pet vous avez zéro risques d'avoir une localisation secondaire, sachant à quoi sert un pet scan, on flippe. »

M17 « non, non au contraire, en fait. Parce que c'est des fois ce que je crains. Qu'on soit pas forcément, j'ai pas envie de faire plus d'examens complémentaires, parce que le collègue a peur de passer à côté d'un truc parce que je suis médecin.»

11.4. Poids des connaissances

Les connaissances pouvaient générer de l'angoisse chez les médecins.

M8 « Et en même temps, j'ai eu un patient qui a eu exactement la même chose, au même endroit. Curieusement, suivi par le même dermato, et j'ai bien vu que lui, alors qu'il avait un peu plus de risque d'avoir des complications, lui il est allé "bah ouais on va m'enlever un ganglion bah j'ai un truc et tout". Vous parlez de mélanome bah oui c'est un cancer de la peau, le mélanome ça peut être très méchant... Donc on n'a pas cette euh, cette innocence, que, qui manque un peu, »

M9 « quand on a des vrais problèmes quand on commence à avoir un vrai truc ça peut être plus embêtant de connaître le, tous les trucs un peu graves possibles.»

Un des médecins n'osait pas poser de questions lorsqu'elle ne connaissait pas tout à la prise en charge médicale.

M16 « c'est pas facile non plus pour le médecin qui soigne et se dire "non bah jvais pas lui faire l'affront de lui expliquer ça alors que je suis sûre qu'elle le sait". Alors que si justement il faut réexpliquer donc euh, je sais pas c'est, je sais pas si c'est très clair ce que je dis mais je suis pas sûre que ça soit toujours un avantage et moi jpeux le vivre justement comme le côté négatif que je me sens pas forcément légitime de poser certaines questions donc j'oserai pas forcément les poser.. »

11.5. Les médecin-patients étaient entourés d'autres médecins dans le cadre professionnels mais pas forcément pour leur prise en charge personnelle

Malgré les médecins qui les entouraient, les médecin-patients ne bénéficiaient pas forcément d'une prise en charge personnalisée leur permettant de prendre en charge correctement leur santé.

M5 « parce que justement on consulte mais sans consulter on prend des avis à droite à gauche mais sans consulter et se mettre en tenue d'examen comme un patient normal. Laisser l'autre réfléchir avec bah c'qu'on fait quoi les signes cliniques, les antécédents, les hypothèses et qu'est-ce que je fais pour étayer mes hypothèses. Bah le travail du médecin, on l'empêche de faire ça réellement »

M10 « C'est, mais le collègue tu peux pas non plus le... Ca dépend de la relation. Quand la relation elle est professionnelle uniquement, c'est compliqué de dire à ton collègue de s'arrêter. Quand par contre tu le connais un peu plus que simplement de façon professionnelle, là tu peux à mon avis parce que tu as un impact différent. Il me semble. »

11.6. Détachement professionnel difficile

Les médecin-patients avaient du mal à se détacher de leur rôle de médecin lorsqu'ils consultaient pour eux-mêmes.

11.6.1. Difficultés à laisser la main

Les médecins avaient des difficultés à quitter leur rôle de médecin même lorsqu'il s'agissait de leur propre prise en charge.

M5 « bah, parce que parce que on fait un peu notre travail dans notre tête pour nous. Ce qui est pas forcément bien. On arrive un peu avec des des des idées sur quels examens seraient éventuellement pertinents et du coup il faut arriver à se détacher de ça pour laisser le médecin, le fameux médecin traitant quoi, faire sa réflexion et son travail. »

M6 « bah parce que, on sait. Donc forcément on sait mieux, c'est aussi bien, pt'être pas mieux mais on sait aussi bien que les professionnels qu'on rencontrer et on pourrait avoir... je sais qu'ya certains médecins euh, ça peut arriver hein, dans les stages euh, pfou, c'était pas facile de les prendre en charge parce qu'ils avaient déjà une idée de ce qu'ils voulaient faire. »

11.6.2. Se met à la place du médecin qui soigne un confrère

Les médecin-patients avaient tendance à se mettre à la place du médecin qu'ils consultaient et à envisager la consultation pour eux.

M3 « Après j'pense que ça doit être compliqué d'avoir des patients qui sont eux-mêmes médecins car on ne sait pas jusqu'où on doit leur expliquer les choses, mais j'lui dis.. »

M10 « j'ai été aussi généraliste et je sais pourquoi est-ce qu'il speed comme ça.. Mais jme dis que ça doit pas être agréable pour lui. Après il a pas l'air d'en souffrir donc euh, tant mieux que il faut des qui souffrent pas d'ça quoi.

M16 « Après comme je suis médecin généraliste justement je sais pas trop, je sais que ça peut être un ptit peu, ça peut être un malaise pour le médecin de soigner un médecin, donc j'ai pas envie de le mettre mal à l'aise non plus. »

11.6.3. Comparaison avec sa propre pratique

Les médecin-patients avaient tendance à comparer leur consultation avec leur propre pratique et à avoir des attentes similaires.

M7 « non, non non, non je maîtrise bien mais je fais très gaffe, je suis assez, j'ai jamais niveau alcool, tabac, en médecine tout ce qui est règles hygiénodiététiques, je suis assez rigide avec mes patients donc pour moi-même je suis peut être encore plus rigide, je me fais pas de cadeaux. »

M8 « Alors que ça devrait être de la prévention simple et qu'on dit bien à nos patients bah, on y pense pour eux quoi, et pas pour nous. »

M12 « YA, des consultations q'moi en tant que médecin, si c'était l'inverse, enfin si j'étais l'médecin, qu'estime c'était logique de venir. Bon. Après je suis un médecin qui trouve que toutes les consultations sont à peu près justifiées parce que si quelqu'un est venu pour rien c'est qu'il n'y a pas rien. »

M16 « et ben quelqu'un de sympa, d'ouvert sur le plan de la discussion parce que c'est qqc que j'aime bien et je suis moi-même comme ça donc euh, j'ai pas envie d'un médecin qui m'expédie. »

11.6.4. Evaluation des pratiques

Le médecin-patient, alors qu'il était en consultation, pouvait évaluer la pratique du professionnel de santé consulté.

M15 « et jte dis il a fait des trucs, par exemple l'acuité visuelle il a fait sans et avec lunettes. Moi j'fais pas l'acuité visuelle avec lunettes parce que j'trouve que ça donne pas grand chose, après c'est peut être pas bien. Mais bon quand les lunettes ont deux-trois ans, de toutes façons elles peuvent être inadaptées donc j'dis aux gens bah ça fait trois ans, reconsultez quoi. »

11.6.5. Manque de recul quand il s'agit de soi-même

Les médecin-patients ne parvenaient pas à avoir suffisamment de recul quand il s'agissait d'eux-mêmes.

M5 « ouais parce que je peux me tromper. Justement parce que j'ai pas la distance nécessaire par rapport à la situation et si je vais le voir c'est justement pour avoir un avis extérieur neutre. »

M11 « voui c'est vrai quand ya des trucs qui sortent de l'ordinaire et que je sais pas trop, comme c'est pas facile d'avoir le recul pour soi, dans ces cas là je fais appel à des connaissances. »

Ils utilisaient parfois la dissociation afin d'avoir un recul suffisant.

M11 « c'est pas facile d'avoir le recul, parce que forcément on a de l'inquiétude qui n'est pas forcément justifiée mais on n'arrive pas à prendre le recul. [...] "si un patient présente ça et vient te voir, qu'est-ce que tu fais?" J'ai besoin de me dissocier. Hein parce que comme ça ya l'affect qui prend le dessus et on n'a plus ses idées claires quoi. Voilà. »

11.6.6. Patient particulier

Les médecin-patients ne se considéraient pas comme des patients classiques.

M6 « ouais de centraliser un peu les choses quoi [...] même si pour moi c'est plus ou moins ça, parce qu'on est des patients un peu particuliers. »

M14 « oui bien sûr, ça influence euh, ça influence bien sûr l'attitude du médecin, son action et je vais même dire mais c'est peut-être hors sujet. Je soigne pas ma famille, mais j'ai l'impression que ça influence le comportement des médecins vis-à-vis de ma famille. »

M16 « Mais c'est juste moi qui, je sais pas je me fais toute une histoire que moi-même je sois médecin donc c'est un contact particulier, donc est-ce que je vais prendre quelqu'un au hasard ou [...] je sais pas comment m'y prendre... »

Leurs formations et professions exigeaient d'eux des connaissances et compétences qu'ils ne pouvaient ignorer.

M6 « Quand on est médecin, on doit savoir des choses, connaître des choses même si on est pas au-dessus des autres, on a obligatoirement une nécessité de connaissances et de, forcément, ça peut nous mettre au-dessus de. Parce que c'est nécessaire d'avoir ces connaissances-là. »

11.6.7. Pas le droit d'être malade

Les médecin-patients ne se sentaient pas « le droit » de tomber malade.

M14 « J'fais l'vaccin pour la grippe c'est vrai, souvent j'suis d'jà pris dans l'travail, ma perspective c'est de pas tomber malade... plus que d'le refiler aux gens bizarrement... mais euh... je pense que on refille pas si facilement que ça la maladie aux gens si on est attentif et soigneux. »

M14 « par contre, être malade, c'est quelque chose qu'est très mal supporté quand on travaille en médecine libérale parce que moi par exemple je remplace les médecins, ffff, bah des fois ils sont rendus à l'autre bout du monde, j'peux être seul dans un cabinet, si j'suis malade plusieurs jours, le cabinet ya personne plusieurs jours et donc c'est... problématique donc... j'vais travailler malade hein. »

12. Avantages matériels du fait de leur statut de médecin

12.1. N'en attendent pas

Des médecin-patients exprimaient qu'ils ne souhaitent pas bénéficier d'un traitement de faveur à cause de leur statut.

M1 « ça après j'estime que c'est un état d'esprit.. Tout comme j'vais avoir le même état d'esprit dans mon travail [...] Bah non mais non j'étais en arrêt maladie, à un moment donné j'pense qu'on change de statut malgré tout même si on garde son numéro RPPS, son tampon pour pouvoir continuer à faire des prescriptions »

M17 « non, non au contraire, en fait. Parce que c'est des fois ce que je crains. Qu'on soit pas forcément, j'ai pas envie de faire plus d'examens complémentaires, parce que le collègue a peur de passer à côté d'un truc parce que je suis médecin. C'est peut-être ça aussi qui me dit "ne va pas trop vite consulter. parce que sinon je sais que je vais partir dans un truc, voilà. Mais parce que c'est un deuxième recours. Je disais un truc mais je gère pas toute seule. Donc non j'ai pas envie d'avoir un traitement de faveur. »

Des médecins ne se présentaient pas comme Docteur ... lorsqu'ils prenaient leurs rendez-vous de patients.

M2 « euh non, euh non jamais. Quand j'prends rendez-vous j'dis pas euh c'est le Dr Untel. Jme présente et je n'attends pas de passe-droits ou de facilités ou aménagements particuliers. »

M6 « Après j'essaye de pas forcément dire aller « j'suis docteur euh », je reste, j'essaye de rester à ma place de patient, mais c'est pas facile, parce qu'on a le même langage. »

M10 « En tous cas je me plie à ce qui se fait. A titre d'exemple j'ai eu une consultation ophtalmo hier. Ça fait un an que j'attends. J'ai pas cherché à faire prévaloir mon statut de médecin pour avancer le truc. Euh, c'est comme ça partout, euh enfin voilà.»

Les médecins ne trouvaient pas normal de pouvoir bénéficier d'avantages dus à leur profession.

M7 « oui, oui oui, ni plus ni moins, vraiment j'ai horreur du favoritisme tout ce qui est réseau, moi ce que j'ai horreur c'est quand j'ai un patient qui vient, monsieur, parce qu'il est chef d'entreprise et tout, de toutes façons on voit tout de suite la façon dont il prend ses rendez-vous au téléphone, "moi je", tac un rendez-vous, urgence, comme ça, et j'ai horreur de ça ça a un côté réseau, et j'ai horreur de ça il faut les voir sous prétexte qu'il y a un niveau intellectuel ou un niveau culturel ou financier il sort un petit peu du lot il faudrait tout de suite se mettre en quatre parce qu'ils savent que ça marche comme ça et ça marche bien parce qu'il y a plein de réseaux entre gens un petit peu de la haute quoi. Mais j'ai horreur de ça ce réseau. Donc moi j'aimerais pas non plus en tant que médecin on ah bah,... »

M8 « ah ça facilite certes, ça facilite. Ouais cest plus facile d'avoir un examen rapidement. C'est plus facile d'avoir un rdv avec le patron du service qu'avec l'interne. C'est pas normal »

12.2. Mais n'a pas eu besoin

Les médecins ne cherchaient pas à avoir d'accès rapides mais n'avaient pas été confrontés à des situations d'urgences ni graves.

M₃ « Ah oui c'est ça que je voulais dire, j'ai jamais trop eu besoin de prendre rendez-vous en urgence, c'est beaucoup de programmé et de choses non urgentes. »

M₁₄ « Si un jour ça me rend service, j'imagine que j'le f'rai parce que ya des gens avec qui je suis suffisamment proche pour demander et puis, en général les confrères, ils sont, confrères et consoeurs, ils sont ... assez avenants sur des demandes vis-à-vis d'un autre confrère. »

12.3. A fait comme tout le monde

Les médecins avaient bénéficié de délais plus rapides mais en passant par la voie classique.

M₁₀ « J'aurai pas, peut être que j'aurai pas eu de lunettes de secours j'aurai peut-être essayé de forcer mais comme n'importe qui aurait forcé. »

M₁₂ « Et du coup-là pour la procédure PMA avec la gynécologue elle me prend effectivement en tout tout tout début ou à la toute fin de ses consultations pour que ça colle avec mon emploi du temps. Mais comme elle me dit elle fait pareil avec les autres patientes qui travaillent. Donc bon jme dis que euh.. enfin je sais qu'elle va me voir à 8H20 et elle va démarrer plus tôt pour moi, donc là effectivement peut être que ça utilise un peu le joker consoeur. [...] mais j'ai l'impression qu'elle le fait pour tout le monde. Jsuis jamais toute seule dans la salle d'attente (rires), donc là peut être un peu »

12.4. Paiement

Les médecins consultés n'étaient pas à l'aise avec le fait de faire payer le professionnel de santé qu'ils recevaient en consultation.

M₁₅ « Euh, maintenant le système sécu est fait de telle sorte que, maintenant ici ya 40 professionnels de santé, au début j'étais hyper gêné d'avoir des professionnels de santé dans mon bureau, de les faire payer, euhh, bon bah quand j'ai vu que chez le pharmacien quand y'avait 1 euro 40 de ... dérinoux il m'le faisait payer bon bah jme suis dit bahh. Comme tout l'monde après tout. ET j'ai vu une orthophoniste et une infirmière ya pas longtmeps, euh, dans les deux dernières années, quand j'leur ai dit écoute j'suis là, j'suis quand j'refuse la carte, la première fois souvent j'refuse la carte, et les deux m'ont dit "non non tu prends la carte, moi en fait ça va plus me gêner que tu m'fasse pas payer plutôt que..." Donc quand les gens vous disent ça en face, on fait comme tout l'monde on fait payer et puis euh.. et puis voilà quoi. Mais c'est pas très agréable. J'aime pas trop. J'aime pas trop quand j'suis d'l'autre côté du bureau. J'aime pas faire payer. Non j'aime pas trop soigner les soignants. Et surtout ceux que j'connais. Après là ya une fille dans l'pôle dont j'suis l'médecin traitant et qui veut également, j'fais aussi le suivi gynéco, donc elle m'a dit clairement, elle m'a dit "toi, en dehors de toi je me ferai suivre par personne sur l'plan gynéco" euh... c'est, cette fille là si je refuse, ça veut dire qu'il faut qu'elle aille sur ****, elle a 50 min de route aller-retour euh, ... la salle d'attente euh.. Donc voilà c'est ... Donc quand ya un suivi régulier, j'suis son ptit bébé, c'est sûr que le nombre de consultations tout cumulé euh... Bon on va s'faire payer finalement. »

Les médecin-patients tenaient à régler leurs consultations

M₁₅ « Et puis la preuve, quand il m'a dit au revoir, j'ai dit non non on prend la carte vitale, tu m'as consacré du temps euh, au début il a pas voulu j'ai dit si si t'as pris du temps pour moi tu m'as examiné, t'as fait un ECG, t'as une secrétaire qui va peut être taper le

compte-rendu donc euh.. Voilà. Non non j'attends que ça soit le plus normal possible. [...] oui parce que tout travail mérite salaire, parce que euh... s'il me fait la fleur de la consultation il me fait pas une fleur il le fait à la sécu, euh, que la sécu a déjà du mal à tout nous payer.. Euh j'suis pro sécu, pro système de santé français, j'suis conventionné, secteur 1, bah voilà, je prône la médecine euh, sociale, la médecine voilà. Maintenant quand on fait une fleur à qqn dans l'système de santé, on fait une fleur à la sécu hein. »

Les médecins bénéficiaient souvent d'un tarif avantageux sur la consultation.

M6 « non, pas spécialement. Mais spontanément les spécialistes ils nous font pas payer le, le dépassement d'honoraires. Toujours je paye mes consult mais pas le dépassement. Alors que j'ai rien demandé mais c'est un, un cadeau de confrères. »

Les médecins appréciaient ou attendaient un geste sur le tarif de la consultation

M10 « ça m'est arrivé souvent d'avoir des médecins qui en face faisait le serment d'Hippocrate en terme de règlement. Après c'est purement la vision du médecin en face, moi ça m'dérange pas du tout de payer, j'trouve plutôt ça légitime. Euh, surtout que souvent on peut et ya le remboursement. Le geste confraternel que j'ai pu apprécier c'était dans le contexte chirurgical de pas avoir de dépassement d'honoraires. Ça je trouvais ça plutôt très confraternel et j'ai trouvé ça très agréable. Après si ça avait pas été fait est-ce que ça m'aurait gêné je me suis pas posé la question parce que c'était pas le cas. Systématiquement ça avait été proposé et j'ai trouvé ça plutôt sympa. Par contre payer une consultation qui est remboursée donc avancer en fait un frais pour un collègue qui a pris du temps ça me paraît pas déconnant non plus. J'attends pas forcément la gratuité ou l'absence de quoique ce soit. Mais si ça se fait je trouve ça plutôt sympa et puis ça met quelque chose d'un peu différent dans la relation »

M11 « Et c'est vrai que j'avais été très surprise quand j'avais été voir la neurologue parce que je venais elle savait que j'étais médecin, et que au moment de me faire payer, elle m'a mis hors parcours de soin et j'ai pas trop compris, jme suis dit c'est pas très cool, jsuis moi-même médecin, jlui fait le courrier par voie orale peut être mais enfin je me suis adressée quoi. »

12.5. Avantages attendus

Certains attendaient des délais de consultation plus courts.

M11 « ouais j'aimerais bien. C'est pas toujours possible et c'est pas vraiment le cas. pour avoir des rdv plus rapides ou euh, ouais, c'est pas c'est de moins en moins possible et on a beau être médecin je trouve que c'est pas évident. [...] quand c'est des trucs pas urgents, j'aimerais pas attendre six mois quoi. Bah comme dermato et tout ça mais je me rends compte que euh, bah que j'appelle moi pour les patients ou que ça soit moi pour moi, on a aucun passe-droit quoi. Pff »

M11 « alors que c'était vrai avant quoi. Quand le médecin appelait avant, dans certaines spécialités ils faisaient quand même attention, ah c'est le médecin qui appelle donc euh, voilà, et puis en plus que c'est pour le médecin lui-même on a envie d'avoir un petit passe-droit quoi. [...] parce qu'on est confrère et qu'on peut faire un petit geste, voilà parce qu'on a pas le temps, qu'on est pressé et qu'on a envie que ça soit rapidement pris en charge quoi. »

13. La prescription d'examens complémentaires et avis spécialisés

13.1. Par soi-même

Les médecins se prescrivait eux-mêmes leurs examens complémentaires.

M4 « ouais j'ai fait une imagerie lombaire la dernière fois parce que j'ai fait une vraie sciatique et qui trainait, mais sinon les biologies, ça fait très longtemps que j'en ai pas fait, si ce n'est les sérologies pour les maladies professionnelles. »

M8 « Les examens que je me prescris c'est toujours "est-ce que je pourrai avoir rapidement un truc parce que je vais pas bien, parce que j'ai ci parce que j'ai ça". »

13.2. Démarche qui évolue avec le temps

Les médecins étaient plus vigilants avec l'âge.

M7 « en vieillissant, euh, bah on est plus... on est plus sage quoi. Fin plus sage je sais pas mais enfin, on réfléchit à ce qui se dit aussi, on fait plus attention et j'ai demandé des examens que je faisais jamais quand j'avais la trentaine quoi. »

13.3. Par leur médecin traitant

Les médecins consultaient s'ils pensaient avoir besoin d'examens.

M5 « euh non j'consulterais. La consultation puis c'est mon médecin qui voit quels euh, quels compléments il faut faire. Après c'est toujours enfin c'est jamais très simple mais le deal c'est ça quand même. [...] Mais qu'il me dise qu'il faille plutôt voir le rhumato ou le gastro ou je sais trop rien, ou pas d'ailleurs, bah ce sera ça. »

M10 « non j'prescris pas d'examens complémentaires. Jamais. [...] Parce que, parce que enfin sinon on peut aussi tomber dans le côté s'inquiéter un peu pour plein de choses et psychoter sur des problèmes minimes et puis exagérer sans être hypochondriaque et avoir un peu tendance à aller faire ça et en même temps on a tendance à pas se faire faire forcément des bilans quand il faudrait à certains moments. »

13.4. Selon les circonstances

Les médecins adaptaient leur prescription à la situation.

M3 « jme suis déjà prescrit des sérologies pré-vaccinales quelque chose comme ça. J'peux m'le faire, j'peux me le prescrire. Mais si c'est quelque chose d'un peu plus poussé, là par exemple pour l'anémie je lui ai laissé je lui fais confiance à mon médecin. »

M11 « après quand ya un problème ou quand je sais pas trop je fais comme pour mes patients quoi, je fais appel à quelqu'un, un ptit diagnostic téléphonique, ou une petite aide, on a ça avec les spécialistes de l'hôpital et c'est vrai qu'ils ont maintenant beaucoup des boites mails, beaucoup des téléphones directs, donc on leur pose la question directement, ça c'est pratique. »

13.5. Par gynécologue

Le gynécologue était aussi un repère pour le médecin.

M6 « euuuuh, bah non parce que euh, du coup j'ai, c'est pas mon médecin traitant mais j'ai la gynéco une fois par an. [...] donc le bilan sanguin si y'en a un à faire c'est elle qui me le prescrit, la mammo c'est elle qui me la prescrit, 'fin, c'est aussi, j'ai aussi ce repère-là, qui est pas mon médecin généraliste mais qui est un repère et que je sais que je vais voir une fois par an, elle me connaît depuis longtemps donc euh, ça reste un autre repère, qui est ma forcément le médecin traitant mais voilà, qui est un autre repère. »

13.6. Par collègue

Les médecins faisaient appel à leur entourage médecin s'ils pensaient avoir besoin d'examens complémentaires.

M3 « plus des choses on va dire ortho, articulaire, rhumato, des ptits soucis de lombalgies et autre. Mais ça en général à l'hôpital je m'arrange soit avec des copains, mais je vais pas voir directement un médecin traitant. »

M6 « donc euh j'suis descendue, vlouuuuuup faire une écho, donc là j'ai dit j'suis docteur *****, vous pouvez m'faire une écho? Et j'ai appelé directement le chirurgien.»

C'étaient parfois leurs collègues qui les alertaient sur leur état de santé et la nécessité de consulter.

M16 « j'ai eu la voix complètement cassée en fait à chaque fois et c'est le médecin avec qui je bossais qui m'a forcée il m'a fait mon courrier pour aller chez l'orl, en disant que j'avais probablement un nodule sur les cordes vocales ce qui était le cas. »

14. En termes d'informations

14.1. Comme patient classique

Les médecin-patients disaient ne pas recevoir les mêmes informations que n'importe quel patient.

M2 « Mais euh sur des suivis de grossesse par exemple quand on est suivi par un gynéco extérieur on ne va pas nécessairement, ou par une sage-femme, d'ailleurs peut être plus par une sage-femme, mais par un gynéco en tous cas, on ne va pas avoir exactement les mêmes conseils, les choses qui sont peut-être un peu standardisées, voilà, l'éducation, d'une manière générale du patient, probablement que c'est un peu raccourci quand on est médecin soi-même. »

M8 « c'est extrêmement difficile, pour moi. J'trouve ça très difficile d'être patient. Euh, parce qu'on connaît bcp de choses et qu'on n'a pas envie de les connaître quand on est malade, on peut pas savoir et l'interlocuteur qui est en face, souvent n'arrive pas à se démarquer du fait qu'il sait que vous savez donc on n'a que des informations incomplètes parce qu'on est sensé savoir, mais qu'on sait pas tout, euh, donc c'est... voilà. C'est pas facile d'être médecin malade. »

Les médecin-patients souhaitaient recevoir les mêmes informations qu'un patient lambda.

M8 « à la limite j'ai envie de leur dire "mais j'veux pas de savoir quoi, expliquez-moi je ne sais rien je suis juste une néophyte, est-ce que c'est grave est-ce que c'est pas grave? quels sont les risques?" voilà. j'trouve, j'ai l'impression que c'est plus confortable. Que mon patient, il ne sait pas qu'on meurt d'un mélanome. Il sait pas. On euh... l'innocence des fois c'est bien. »

M16 « ouais, ouais, ça me, j'préfère avoir les informations complètes [...] Euuuh, et puis voilà même si elle me dit des trucs que je sais déjà on s'en fout, c'est bien de le réentendre quand même donc je trouve que c'est bien qu'il ou elle te réexplique tout même si t'es en médecine, tout en... »

M17 « et ça m'est arrivé de pas dire, c'était pas pour moi c'était pour mes enfants, mais ça m'est arrivé de pas dire à des spécialistes que j'étais médecin. Pour qu'il délivre, déjà pour mes enfants, pour qu'il délivre une information naïve, de connaissance. Ensuite, justement pour qu'ils les prennent comme des patients lambdas. Et après si j'avais l'impression que peut-être ça aurait été bien que y ait des choses qui soient faites différemment, j'annonçais la couleur. »

14.2. Démarche diagnostique et thérapeutique

Les médecins souhaitaient qu'on leur explique la démarche diagnostique et thérapeutique.

M8 « c'est pour ça que je trouve que c'est important qu'on soit pris par des médecins qui expliquent "on faire telle chose pour telle chose", le risque c'est qu'il se passe ça, ... Au lieu de nous laisser gamberger parce qu'on est sensé savoir. »

M12 « Donc j'ai peut être besoin aussi qu'on me le redise et ce ptit côté euh, bah qu'on me donne une conduite à tenir que le médecin va nous donner. J'trouve que c'est pas mon rôle, c'est pas à moi de soigner, et j'crois qu'il faut qu'on nous dise aussi ce qu'on va faire mais j'crois que quand ça me concerne moi, j'le fais moins bien que de c'que j'le dis à mes patients. »

14.3. Différent car parle même langage

Les informations délivrées seraient forcément différentes car le médecin-patient partageait le langage du médecin consulté.

M6 « il n'est forcément pas au même niveau qu'un patient parce qu'on parle le même langage, parce que voilà mais malgré tout ça reste un regard extérieur [...] forcément les questions vont être peut-être plus directes, les personnes vont employer des termes plus médicaux sans ... enfin voilà. et euh, oui ça va être forcément un peu différent. Après j'essaye de pas forcément dire aller j" suis docteur euh, je reste, j'essaye de rester à ma place de patient, mais c'est pas facile, parce qu'on a le même langage. »

M6 « Donc c'est là que c'est forcément biaisé c'est que forcément quand j'y vais j'attends aussi d'avoir un regard de professionnel et qu'j'sois traitée comme une patiente, même si, c'est différent parce qu'on parle le même langage mais s'entendre dire que bah oui euh, ya un calcul dans la vésicule et qu'il faut l'enlever et que j'm'en doutais bien j'étais pas dupe mais voilà. »

14.4. Informations dans les domaines qu'ils maîtrisent moins

Les médecins attendaient des informations dans les domaines dans lesquels ils n'avaient pas de pratique dans le cadre de leur activité professionnelle.

M3 « Donc ça va être tout ce qui est contraception, pose de stérilet, retrait de stérilet,... même des conseils sur la contraception, moi je ne sais plus. J'ai su. Du fait que je sois *****, j'ai oublié tous les combien il faut faire un frottis tout ça. »

M4 « ouais puis même en médecine générale, j pense que chacun à son champ de compétences. Ya plein de choses auxquelles nous on est un peu moins habitué et même quand ça nous concerne une fois je pense qu'on lâche la main quand ça nous maîtrise plus trop, quand c'est plus trop notre champ de compétences. »

M14 « un cancer euh, bah, je... j'écouterai, bah comment dire un cancer j'écouterai quand même beaucoup plus un cancérologue qui m'explique les différentes options thérapeutiques parce que c'est quand même très compliqué et si j'en ai des notions je peux pas mesurer le pour et le contre de... chaque situation par moi-même je pense... »

14.5. Adaptée à ses connaissances

Des médecins attendaient davantage des informations adaptées à leurs connaissances.

M11 « avec les termes et je peux entendre. Je sais ce que ça veut dire si on me dit j'ai un truc dans la tête ou euh, voilà qu'au moins on utilise pas la langue de bois et qu'on me dise clairement avec les vrais mots et bien sûr qu'on y mette les formes mais pas qu'on m'infantilise quoi, jveux dire jsuis médecin je sais les tenants et les aboutissants quoi. »

M15 « non j'pense que j'suis grand et que j'peux interpréter mes propres examens, les traitements j'pense que j's'rai capable de savoir c'qui m'serait prescrit et de voilà. Euh. En tant que médecin on a aussi des sources pour aller chercher les effets indésirables qui tirent dans les coins ou machin, ou l'crat quand ta femme est enceinte, tu vas sur l'crat tout seul quoi. Après en terme de pathologie, si un jour j'fais d'l'hypertension, euh, moi j'attends pas forcément que l'médecin me dise perd du poids, fais d'l'activité physique et mange moins d'sel quoi.. Bon il me l'redira peut être et j'trouverai ça bien mais j'attends pas ça. »

15. Prévention

Plusieurs cas de figures se présentaient dans ce domaine :

15.1. La prévention était réalisée par leur propre médecin traitant

M7 « bah feu, ça me. J'ai été une fois ou deux par an, histoire de vérifier son appareil. Si j'la vois une fois par an, desfois deux, ais c'est vraiment grand maxi, c'est vraiment grand grand maximum. »

M14 « euh...j'essaye de faire un passage de temps en temps un peu pour rien, et puis à l'occasion de certains symptômes un peu pour rien dans le sens : que quelqu'un d'autre prenne ma tension, que il regarde, éventuellement me vacciner [...] Donc euh,ouais c'est ça en gros c'est pour des actes préventifs »

15.2. La prévention était réalisée par un autre médecin

M9 « Après ça se fait de temps en temps, quand tu fais un prêt par exemple. En l'occurrence j'ai quand même rempli mes papiers avec euh, avec rigueur, c'est à dire j'ai pas rempli moi-même les papiers, j'suis allée voir mon copain, qui m'a pris la tension, mon copain pfff, mon collègue d'à côté, qui m'a pris ma tension, qui m'a écouté le cœur. »

15.3. Il y avait peu de prévention réalisée

M8 « la prévention jsuis pas sûre qu'on soit très fort là-dessus. [...] A part je vous dis les frottis et les mammos en tant que femme, et encore les frottis, ya peut être pas la règle des trois ans. Euh, parce que ça c'est un ptit peu facile et parce qu'on nous dit de le faire. Une biologie euh, j'en fais une tous les dix ans quoi. »

M9 « pour moi? J'ai pas l'âge encore (rires) j'ai pas l'âge encore euuuuh, est-ce que je fais de la prévention, non pas spécialement. [...] Après j'ai eu l'occasion de faire des ecg plutôt pour tester le matériel, plutôt ce genre de choses. J'ai fait des épreuves d'effort quand j'étais interne en cardio (rires), ça commence à dater un peu. Donc non je fais pas vraiment de réelle prévention euh, parce que pour le moment moi j'ai pas de ... »

M15 « Euh, moi jme prends jamais ma tension artérielle, on s'palpe pas le ventre, on s'palpe pas les ganglions.. Voilà quoi. On s'palpe des choses qui nous apparaissent mais en s'disant "oh ça doit être normal quoi". Le meilleur moyen d'avoir une merde c'est d'passer à côté en... en mettant ça, en passant ça par dessus la jambe quoi. »

16. Ce qu'il faudrait faire – Les propositions des médecins

Les médecins rencontrés proposaient plusieurs pistes pour mieux prendre en charge la santé des médecins en général.

16.1. Soutien

Un médecin avançait qu'il était important d'être entouré.

M5 « Je sais pas je sais pas ce qu'il faut proposer et comment il faut le proposer mais euh, ce qui est sûr c'est que ce sera compliqué. C'est compliqué ce sera de plus en plus compliqué. Ce qu'il faut c'est pas être tout seul ça c'est sûr. Où qu'on soit d'ailleurs. Ça c'est sûr. »

16.2. Consultation régulière

Plusieurs médecins proposaient une consultation régulière chez le médecin traitant.

M4 « peut être qu'ça rendrait la chose un peu moins administrative que la visite de santé enfin la visite qu'on a annuellement ici. On croise quelqu'un très ponctuellement, c'est un examen très sommaire, on regarde surtout nos sérologies et autre. Jpense que ça permet d'aborder des sujets avec un médecin généralistes, des sujets qui sont plus propres à la médecine générale, je sais pas si la souffrance au travail ça fait partie »

M6 « Donc le système n'aide pas à faire que ce soit habituel que tous les deux ans, on voie un médecin du travail, on ait un suivi, on soit obligé de se faire vacciner contre la grippe,... enfin des trucs qui pourraient paraître évident. [...] le système ne nous aide pas non plus à avoir l'habitude d'avoir un, si tous les deux ans on avait une visite régulière, on serait habitué depuis le début. mais là ya rien. Donc ça aide pas. »

M15 « C'qui faudrait juste c'est qu'il y ait une espèce d'obligation quoi. Moi demain je reçois une convocation pour un ... pour une forme de médecine préventive, j'pense que j'irai. J'irai parce que j'fais rien pour moi donc euh... ce s'rait l'occasion de voilà de ... d'avoir un avis objectif quoi.

16.3. Médecine du travail

Les médecins rencontrés discutaient de la place de la médecine du travail dans cette indication.

M6 « bah, médecine du travail ou autre chose. mais l'avantage de la médecine du travail c'est que comme c'est dans le cadre du travail, c'est réglementaire, c'est statutaire c'est obligé donc si ça rentre dans la médecine scolaire qui voit tous les étudiants tous les deux ans, le machin, le truc, ça roule, donc celle-là ou un autre, c'est ce que je vois le plus facile, enfin c'est peut-être pas le plus facile à mettre en place mais le plus logique parce que on est dans un système de n'importe quelle personne qui travaille a une visite de médecine du travail donc je ne vois pas pourquoi nous on en aurait pas. »

M8 « donc juste mais on en a parlé, mon rêve c'est d'avoir un médecin du travail. On n'a même pas le temps de faire des prises de sang à l'IRSA? Institut Régional de la Santé je sais plus quoi, où tous les salariés ont le droit, je crois que c'est tous les 4 ans, prise de sang, examen oculaire, cardio,... euh, spirométrie, frottis....; On a pas ça, pourquoi on n'a pas ça? et les artisans aussi. »

M15 « une chose : c'est que j'pense que... j'pense qu'il serait important qu'il y ait une espèce de médecine du travail du médecin. [...] oui, mais c'est pas parce qu'on est en libéral qu'il faut pas être suivi, j'veux dire on dit toujours que les artisans et les paysans sont mal suivis, ils consultent pas ils ont une médecine du travail qui est pourrie euh... mais nous c'est pareil on a une médecine du travail qui est pourrie hein. Donc j'pense qu'il faudrait, on n'a pas la médecine du travail, donc j'pense qu'il faudrait une médecine du travail qui nous suive bien, qui dise que tous les cinq ans ya un grand bilan bah voilà quoi. Biologie, ... »

Pour d'autres, cela était du ressort du médecin traitant

M4 « j'pense que tu l'intègres un petit peu plus et de façon objective et c'est un peu détaché de ton employeur.. »

M16 « Euh, j'aurai pas du tout envie de m'épancher sur le plan moral avec un médecin du travail, j'trouve que le médecin généraliste est plus à même de le faire et j'aurai pas de difficultés à lui parler de mes problèmes au travail, je pense. Donc nan je suis pas sûre qu'il me soit utile mais après c'est parce que c'est mon point de vue général sur la médecine du travail. J'pense pas que enfin ouais je sais pas. C'est vrai que j'y avais jamais pensé, c'est vrai la question pourrait se poser, pourquoi nous on n'aurait pas une médecine du travail... Ouais mais franchement je sais pas à quoi il me servirait, parce qu'il me renverrait mon médecin généraliste puisqu'il ne peut rien me prescrire donc euh, il me faudrait de toutes façons un MG donc j'irai voir un MG. »

16.4. Un médecin spécialiste de la santé de ses pairs ?

Un médecin était favorable à un spécialiste de la santé des médecins.

M8 « moi j pense qu'il faudrait un MT pour les médecins, une formation enfin qu'il existe qq part un médecin qui sait s'occuper de patients médecins. [...] Genre médecin du travail avec euh, la possibilité de faire bcp plus qu'un médecin du travail. J pense qu'on aurait besoin de ça, quelqu'un de ... qui existe, qui est notre médecin, qui ait vraiment cette compétence de prendre en charge des médecins, qui ont cette particularité d'en savoir un ptit peu plus mais qui ont exactement les mêmes angoisses que les autres patients. »

La plupart estimaient ne pas avoir besoin d'un parcours de soin particulier.

M5 « spécialistes des médecins pour soigner les médecins? on arriverait quand même de toutes façons, on arriverait avec nos idées de médecin. C'est compliqué de ne pas être partie prenante, enfin de ne pas influencer celui qui est en face. Parce qu'on arrive quand même avec des idées finalement. C'est... quasiment schizophrénique comme histoire. »

M15 « on n'est pas différent des autres. Notre corps est fait pareil que, c'est l'même corps que les autres patients.»

16.5. Besoin de rien

Pour l'un d'eux, c'était surtout aux médecins de se mobiliser pour leur propre santé

M9 « non, bah non j pense pas. après chaque cas est unique mais euh... J'sais pas, en c'qui me concerne j'vois pas bien ce que ça m'apporterait à moi, après sur l'ensemble de la population, effectivement avec ceux qui sont en difficultés, en burn out et compagnie... ça peut être ça un peu la question et euh... j'vois pas c'qu'un médecin ferait de plus. Encore faut-il aller le voir. Hors normalement quand t'es médecin, même si t'es en burn out, tu devrais savoir qui aller voir. Après il faut y aller, mais je pense pas qu'il y ait besoin de mettre en place des choses. »

16.6. Se résigner à être un bon patient

16.6.1. Médecin, mais aussi patient

Les médecins avaient à accepter d'être patient parfois.

M5 « C'est juste, enfin c'est à nous médecins mais surtout patient d'accepter d'être patient et le plus proche possible d'un patient normal. J'arrive je dis voilà j'ai tel ou tel signe, l'autre il prend la tension, il fait l'auscultation enfin comme pour un patient. On se retrouve torse nu et on a le droit à tout ce qu'il faut pour essayer de trouver ce qu'il se passe quoi. »

M9 « normalement quand t'es médecin, même si t'es en burn out, tu devrais savoir qui aller voir. Après il faut y aller, mais je pense pas qu'il y ait besoin de mettre en place des choses. »

16.6.2. Un patient comme un autre

Ils souhaitaient être considéré comme un patient comme un autre.

M7 « la confraternité à la con là, je viens te voir mais sans te voir, tu m'fais payer, bah non j te fais pas payer. On arrête un peu ça, on vient en tant que patient, on a une carte vitale, on est assez humble. »

M12 « j crois qu'on est des patients normaux. Qu'on n'est pas les pires. (rires). Il y a des patients qui sont beaucoup plus difficiles à traiter qu'un médecin, et qu'on est des patients qui ont besoin d'être pris en charge comme un patient X ou Y. »

16.7. Ne pas pouvoir être son propre médecin traitant

Des médecins discutaient de ne pas avoir la possibilité d'être son propre médecin traitant.

M10 « il faudrait supprimer cette possibilité là. Déjà ça permettrait de ... Après pourquoi ça a été possible au départ, moi j'connais pas l'historique, ya peut être un historique intéressant à retrouver. Est-ce que c'était pour désengorger les files actives incroyables que le médecin pouvait s'autoprescrire des trucs ? Après qu'on puisse s'autoprescrire pourquoi pas, mais qu'on puisse se déclarer comme son propre médecin, ça pose quand même question. Je, enfin j'ai l'impression. Pour moi. Si ça se trouve les médecins qui s'autotraient sont meilleurs parce que ils sont hyper surs d'eux. »

M12 « C'est difficile les obligations.. [...] et puis jsuis pas sûre que ça change qqc. C'est vrai qu'on a le droit de se déclarer comme son propre médecin traitant j'crois. »

16.8. Informer les futurs médecins

Les médecins proposaient une information lors de la formation initiale des futurs médecins des risques liés à leur métier pour leur santé.

M5 « ça pourrait être intéressant de se dire les travers sur notre santé, du fait d'être médecin. Avec les risques d'automédication, d'addiction, on est quand même dans les professions les plus exposées aux addictions euh, les risques sur les retards diagnostics, parce que justement on consulte mais sans consulter on prend des avis à droite à gauche mais sans consulter et se mettre en tenue d'examen comme un patient normal. Laisser l'autre réfléchir avec bah c'qu'on fait quoi les signes cliniques, les antécédents, les hypothèses et qu'est-ce que je fais pour étayer mes hypothèses. Bah le travail du médecin, on l'empêche de faire ça réellement. Mais du coup peut être que l'idée d'informer les futurs médecins sur les risques sur leur santé de leur métier, enfin les risques indirects, voilà pas l'exposition aux radiations quand il y a des champs troués et je ne sais trop quoi ou les rayons pour les chirurgiens les radiologues ces trucs là.. mais les trucs de la vie courante. Ça ça pourrait être intéressant. [...]ouais j pense que ça c'est un truc un peu à démystifier dans nos études » .

M12 « Peut être qu'on peut l'enseigner à nos patients médecins qu'on est là pour prendre soin d'eux et que c'est pas à eux de gérer les choses, on peut apprendre à un patient à devenir patient. C'est peut être notre rôle. (rires) Hum... hum. On n'a pas eu besoin de me l'enseigner. »

17. Pour les pairs

Les médecins voulaient généralement la même chose pour leurs proches que pour leur propre santé, notamment ne pas être le médecin traitant de leurs proches ni le leur.

M12 « Et je suis pas le médecin généraliste de ma fille ni de mon mari non plus. C'est pas la question mais pour moi-même je délègue.»

M16 « On a déjà été mis en garde pas mal pendant nos études sur le fait de ne pas soigner sa famille, ou son entourage proche. Que c'était important parce qu'on pouvait pas être objectif, et que ça pouvait être compliqué après. Voilà, donc ça je l'ai souvent entendu pendant mes études euh, donc c'est quelque chose qui est très clair pour moi et c'est clair que j'aurai jamais dans ma patientèle. Pour dépanner ok mais sinon j'aurai pas euh ma famille dans ma patientèle. C'est vrai qu'on parle beaucoup moins de soi-même j'ai pas le souvenir qu'on nous ait beaucoup dit "vous soignez pas vous-même", "prenez un médecin", c'est vrai qu'on nous en parle pas. Mais en même temps on le sait. »

18. Influence de l'expérience de l'entourage

Les médecins avaient parfois été marqués par le vécu de proches, collègues, aînés.

M5 « il y a une histoire qui m'a marqué quand j'étais même pas tout à fait, si j'étais en médecine. Ya une médecin d'un CH, pneumologue, qui s'automédiquait, qui bossait comme une tarée, elle a pris des cortico, dans un contexte de toux, machin tout ça. Et puis en fait elle a exacerbé sa pneumopathie. Elle est arrivée en arrêt au CH de *** elle a été massée, elle a été récupérée et puis elle est repartie. Et j pense qu'elle aurait à peu près mon âge maintenant. Donc euh, il y a des choses qui calment dans la vie et ça ça m'a quand même un peu marqué quoi. Elle est décédée, d'une maladie aigüe, dont elle était spécialiste. C'est quand même con.

M15 « j pense. Surtout je pense que j'aurai du mal à m'arrêter, j' pense que j'attendrai surtout que ça soit quelqu'un d'autre qui m'arrête. Plutôt que moi-même. J'ai eu le cas, j'étais à *** là. Ma femme était en interCHU et ya un cousin de ma femme, j'faisais du SOS médecin et sa femme m'appelle un jour, j'étais à l'autre bout de la ville, elle me dit Bruno va pas bien, euh..et en fait, j'ai suspecté une hémorragie méningée, mais j'étais pas sûr. Et il était justement pas bien sur l'plan psy.. une déprime à moitié ect.. et quand j'ai dit, écoute j pense qu'il faut que t'aille à l'hôpital parce que j'suis pas sûr de mon coup pis euh, moi j'suis pas objectif avec toi, il a au début refusé puis ensuite il a dit "bah écoute, tu fais un courrier puis tu fais comme si j'étais un patient...euh voilà, c'est vraiment toi qui m'envoies". Une heure après il était dans l'hélicoptère. Donc euh, j pense que c'était la bonne attitude, lui il serait jamais parti. »

19. Consultation gynéco pour les femmes

Le suivi gynécologique, qu'il soit effectué par le gynécologue, la sage-femme ou le médecin traitant était l'occasion de refaire un point sur la santé globale.

M6 « donc le bilan sanguin si y'en a un à faire c'est elle qui me le prescrit, la mammo c'est elle qui me la prescrit, 'fin, c'est aussi, j'ai aussi ce repère-là, qui est pas mon médecin généraliste mais qui est un repère et que je sais que je vais voir une fois par an, elle me connaît depuis longtemps donc euh, ça reste un autre repère, qui est ma forcément le médecin traitant mais voilà, qui est un autre repère. »

M9 « Après euh, nous on est moins en tant qu'hommes pt'être moins sujet que les femmes médecins tu parlais avec les grossesses, donc là forcément ya un contact qui est pas le même, obligatoire, j' pense pas qu'on se fasse son propre suivi de grossesse, ça m'étonnerait, en tous cas j'en connais pas. »

M16 « et en tant que femme on a le frottis à faire, parce que c'est un des rares trucs qu'on peut pas faire soi-même donc je vais être obligée à un moment donné de me motiver. Ça va être un peu l'élément qui va me forcer. [...] Donc ouais euh, c'est compliqué je trouve de trouver comment choisir son médecin traitant. Donc en attendant bah j'ai toute 2019 pour trouver (rires), pour le frottis. »

20. Changement générationnel

Les médecins avaient noté des changements des mentalités dans le cadre du mode de vie. Cela semblerait induire une différence sur la prise en charge, notamment de leur propre santé.

M7 « Peut-être que les plus jeunes ça va se décoincer un petit peu. Je pense, ça devrait coller. »

M17 « j'ai l'impression que le travail a évolué, d'être dans la génération intermédiaire, entre les anciens médecins qui passaient leur vie au boulot et les jeunes médecins qui ont envie de profiter de leur vie comme tout le monde et je me dis peut-être ils vont aussi avoir un autre regard sur leur santé. Je sais pas si vous avez repéré ça ou pas. [...] bah ce que je me dis, c'est que peut-être ils ont, je pense que les générations qui avaient tout le temps le nez dans le guidon, c'était souvent des générations qui s'autotraient aussi qui consultaient

pas qui soignaient même parfois toute la famille je pense. Et que peut être aujourd'hui le fait de changer notre regard sur notre métier et d'avoir envie de prendre du temps en fait ça change aussi la façon de regarder notre santé. et que peut être les jeunes générations consulteront plus ou seront plus attentives à leur santé. Parce que je pense qu'on est aussi passé d'une médecine un peu technique, ou finalement aujourd'hui on est plus attentif à d'autres approches, à prendre du temps, à la relaxation, à l'écoute du symptôme. Peut-être que parce que c'est aussi dans l'ère du temps. La méditation pleine conscience, tout ça, toutes ses approches là elles vont plutôt vers une santé plus saine enfin une vie plus saine, une alimentation plus saine... tout ce qu'on fait des fois pas. Enfin on est quand même plus attentif à ça je trouve. Peut-être ça va aussi nous permettre de prendre plus au sérieux notre propre santé. Hier il y avait des pneumologues qui disaient aux patients qu'il faut arrêter de fumer et qui fumaient. Aujourd'hui, ça devient plus compliqué de faire ça quand même... »

21. Souffrance au travail

21.1. Fréquente

Les médecins notaient que le burn-out était un phénomène fréquent.

M10 « en tous cas j'ai l'impression que c'est important et on voit que même dans le domaine direct professionnel, il y en a plein qui sont en souffrance enfin on le voit direct, nos collègues qui sont un peu en épuisement professionnel débutant et qui ont des réactions irascibles, on le voit bien quoi [...] ya plein de collègues qui auraient besoin de se poser un peu ou de se mettre en arrêt. »

21.2. Facteur de risque de souffrance au travail

On identifiait plusieurs facteurs de risque de souffrance au travail.

21.2.1. Pratique isolée

M10 « alors en effet la santé, j pense la santé mentale des médecins elle est pas évidente parce qu'on est quand même assez isolé dans notre pratique. Il n'y a pas tant de supervisions que ça, donc on se retrouve parfois isolé dans notre fonctionnement et c'est pour ça que c'est intéressant et c'est pour ça je pense que j'ai privilégié la pratique collégiale avec un hôpital, j pense que c'est pour ça aussi que les médecins travaillent aussi en groupement euh, dans les cabinets maintenant parce que l'isolement est complexe et augmente la souffrance potentielle. Alors après chacun est différent et vit des trucs différents mais il me semble qu'il y a un peu de ça quand même. »

21.2.2. Forte demande

M15 « on a un métier qui est passionnant mais qui est quand même hyper oppressant quand même, hyper oppressant. Donc sur le plan psy, j pense qu'il y a du boulot quand même. [...] Et encore j pense que j'étais plus complet que c' que je suis aujourd'hui. J'commence à fatiguer. (rires) J' pense qu'il y a dix ans j'mordais la médecine à pleines dents. Aujourd'hui j'adore mon métier mais j' pense que j'commence à fatiguer un peu ouais. »

M17 « On est soumis dans des, en fait on est, on a des demandes paradoxales tout le temps en fait il faut à la fois qu'on se protège et il faut à la fois qu'on réponde à la demande des urgences ou autre. Donc à un moment donné, on est un peu schizophrènes par moment. Je pense que si quelqu'un de l'extérieur nous disait bah là il faut savoir dire non, là il faut imposer des choses, là il faut se reposer... bah on le ferait plus facilement. »

21.3. Sous-dépiétée

La souffrance au travail n'était pas encore assez connue ni banalisée.

M₅ « Ya... quand même une souffrance au travail de la part des médecins qui est à mon avis très méconnue. Dans la catégorie, profession à risque d'épuisement professionnel euh, on est quand même bien situé même si on se dit plus fort que tout le monde. Et ça va être de pire en pire parce qu'il y aura une pression sur la médecine efficace et qui coûte pas cher qui va devenir compliquée à gérer. Nos obligations institutionnelles ne correspondront pas aux attentes de la population. »

M₁₇ « je pense sincèrement que les situations de burn out, elles sont pas du tout gérées comme elles devraient être gérées, je pense que faut qu'on s'en rende compte nous-même déjà. Et puis quand on s'en rend compte souvent il est un peu tard et on est dans des situations où on a l'impression d'être noyé dans un truc où on ne peut pas se dépêtrer. »

IV. Discussion

1. Forces de l'étude

1.1. Méthodologie

Nous avons choisi la méthode qualitative et les entretiens semi-dirigés afin d'exploiter notre question de recherche. Cela nous a permis d'avoir une ouverture dans les réponses obtenues et de faire émerger de nouveaux thèmes sans induire les réponses.

1.2. Population

Une force de cette étude était la recherche de la variation maximale par la diversification de la population qui comprenait des médecins généralistes en activité avec différentes caractéristiques (âge, sexe, type d'activité, lieu d'exercice, ...). Ils étaient tous issus du même département mais cela a permis de ne pas se disperser et de recruter des profils variés.

1.3. Entretiens

L'enquêteur ne connaissait pas personnellement les médecins interrogés ce qui limitait le biais d'influence. Les médecins participants s'étaient rendus disponibles en réservant une heure pour l'entretien, nous avons rencontré certains au cours de leurs journées de repos, cela nous permettait de ne pas être contraint par le temps.

Tous les entretiens étaient réalisés par la même enquêtrice ce qui permettait une reproductivité et équité entre les entretiens. L'enregistrement des entretiens était de qualité et a permis une retranscription fidèle.

1.4. L'analyse

L'analyse était réalisée par l'enquêtrice, il y avait donc une part de subjectivité puisque même si l'analyse se faisait après décontextualisation (sans prise en compte des données caractéristiques des participants), l'enquêtrice connaissait le contenu des entretiens. Cependant, une triangulation des données avait été réalisée par une personne qui ne connaissait pas le sujet et qui avait réalisé l'analyse, permettant l'objectivité.

2. Limites de l'étude

2.1. La population

La population était composée de médecins généralistes, leur temps étant compté nous supposons qu'ils ont accepté de répondre à l'enquête car ils présentaient un intérêt pour le sujet ou la recherche (les thèses d'internes), ainsi nous avons probablement un biais de sélection dans le recrutement de la population et un biais de non-réponse avec les médecins non intéressés qui n'ont pas donné réponse. Les médecins qui refusaient de participer avançaient le manque de temps, l'indisponibilité ou le refus de se prêter à l'expérience.

2.2. Les entretiens

Il s'agissait du premier exercice de ce type pour l'enquêtrice, les premiers entretiens étaient trop directifs en lien avec son manque d'expérience dans la matière et donc de durée brève, cependant le nombre d'entretiens menés a permis d'exploiter largement le sujet.

Concernant la perte de la moitié du treizième entretien, elle a été compensée par les notes prises par l'enquêteur.

On note cependant que l'entretien le plus court était celui mené avec le médecin recruté par effet « boule de neige » par sa collègue ; bien qu'il se soit prêté à l'entretien immédiatement, il n'était peut-être pas complètement disponible.

3. Analyse des thèmes

1. Choix du médecin traitant

Dans notre étude, nous retrouvions des facteurs associés au choix d'un médecin traitant autre que soi-même :

- la maladie,
- le fait de ne plus pratiquer la médecine générale en cabinet,
- l'exercice en groupe,
- avoir des enfants ou un désir de grossesse,
- s'établir professionnellement.

Nous avons aussi eu un résultat que nous n'attendions pas influençant le choix d'un médecin traitant chez des médecins n'en ayant pas initialement : l'âge. D'une part nécessitant une vigilance sur des petits maux du quotidien (lombalgies..) pouvant être les signes de pathologies plus graves et d'autre

part, après la retraite pendant laquelle les médecins cessaient leur activité et donc le suivi de formation. Ainsi, les médecins disaient qu'à un moment donné, ils se devaient d'avoir un autre médecin traitant qu'eux-mêmes. En l'absence d'antécédents notables, certains plaçaient la barre à cinquante ans, pour d'autres à la retraite.

Le médecin pensait souvent qu'il était préférable pour sa santé d'avoir un médecin traitant autre que lui-même mais cela ne le faisait pas choisir quelqu'un d'autre pour autant.

Le médecin traitant était souvent le médecin d'enfance ou qui les avait suivis pendant leurs études s'ils n'avaient pas déménagé. Le fait de changer de lieu de vie nécessitait parfois de changer de médecin et les mettait en difficulté.

La plupart des médecins qui choisissaient un médecin traitant souhaitaient que l'accès à celui-ci soit facile (proximité du lieu de travail ou lieu de vie) afin de le consulter sans difficultés en cas de besoin. C'était parfois pour des raisons de facilité que les médecins se désignaient comme médecin traitant ce qui n'était pas possible pour les remplaçants.

Les médecins souhaitaient ne pas connaître personnellement le médecin traitant qu'ils avaient choisi pour s'occuper de leur santé, sauf deux qui s'étaient désignés et qui, s'ils devaient choisir quelqu'un d'autre, préféreraient le connaître. On peut se demander si pour ces deux médecins, l'importance de la sympathie au cours des soins n'est pas un facteur important. Si les médecins avaient à cœur de choisir un médecin généraliste objectif et donc non impliqué dans leur vie personnelle, cela n'avait pas d'importance pour eux en ce qui concernait la consultation du spécialiste.

Lors du choix de leur médecin, ils appréciaient avoir reçu des recommandations par leur famille, un autre médecin, ou avoir rencontré le médecin lors de formations continues, gages que le médecin continuait de se former et qu'il était à jour dans ses connaissances et sa pratique. Le critère formation n'était pas retenu pour les médecins plus âgés. Les plus jeunes femmes diplômées choisissaient un médecin traitant qui pratiquait la gynécologie alors que les femmes diplômées depuis plus d'une dizaine d'années consultaient pour ces motifs un gynécologue et une sage-femme.

Les médecins semblaient choisir un médecin qui avait environ le même âge qu'eux. Ils attendaient aussi quelqu'un ayant des pratiques similaires aux leurs. Était-ce afin de faciliter leur projection dans la consultation en tant que médecin et non patient et ainsi se reconnaître dans les pratiques médicales ? Ils disaient attendre une ouverture et une confrontation des points de vue lors de la consultation néanmoins.

Pour la plupart d'entre eux, notamment deux femmes en cours de changement de médecin, le statut de médecin, en dehors d'avantages liés à la profession, rendait particulier et complexe le choix d'un médecin traitant.

Tous s'accordaient à dire que si médecin traitant il y avait, le médecin généraliste était le mieux placé pour tenir ce rôle.

2. Souhaits pour la relation médecin-malade

Les médecins qui consultaient leur médecin étaient unanimes sur le fait de lui faire confiance, autrement la consultation n'avait pas d'intérêt pour eux. Le fait d'éventuellement être amené à mettre en cause la conduite thérapeutique ou diagnostique du professionnel de santé était un frein à la consultation. Cette situation était éventuellement envisagée par des médecins généralistes ayant une activité ambulatoire.

A contrario, certains médecins attendaient de leur médecin qu'il les remette en place si cela s'avérait nécessaire. Il s'agissait de médecins ayant déclaré un médecin traitant, avec une activité plutôt hospitalière, qui pouvaient parfois organiser leur parcours de soins en autonomie avec leur contact et considérait que cela n'était pas bénéfique pour leur santé.

Néanmoins, si certains médecins comparaient la consultation à un échange entre pairs, ils attendaient davantage un œil extérieur, une ouverture sur leur prise en charge, ils souhaitaient pouvoir lâcher prise sur leur santé.

Les médecins attendaient également d'être écoutés.

Ils souhaitaient que leur médecin soit disponible et puisse coordonner leur prise en charge : détenir le dossier médical, réaliser un arrêt de travail si besoin, adresser à un spécialiste, ... Nous reviendrons spécifiquement sur ce dernier point qui faisait débat.

Un médecin attendait un examen complet, ce qui rejoint la notion de « non faisable par soi-même ».

Nous observons plusieurs types de relation avec leur médecin :

- Un ressenti positif sur une relation qui avait été formalisée dans laquelle le médecin-patient avait donné ses souhaits, par exemple « être traité comme tout le monde »
- Pour certains médecins-patient, la relation s'était établie naturellement sans qu'elle ait eu besoin d'être formalisée, ils avaient un ressenti positif et se sentaient patients.

- Enfin pour le dernier groupe, la relation n'avait jamais été formalisée et le médecin-patient ne trouvait pas sa place, était mal à l'aise à cause de son statut de médecin.

Quelques médecins souhaitaient que leur médecin les adresse au sein de leur réseau de soins si un avis spécialisé était demandé. Il s'agissait principalement des médecins les plus jeunes pour lesquels on peut supposer que le réseau de soins est moins établi et de ceux ne travaillant pas en structure hospitalière. Il semble que ces médecins n'aient pas le même accès aux soins.

Quant à tenir compte de leur statut de médecin, les médecins-patients étaient partagés à ce sujet. Ceux qui n'avaient pas déclaré de médecin traitant préféraient globalement qu'on tienne compte de leur statut. Ce qui semble en cohérence avec le fait de ne pas avoir déclaré de médecin alors que ceux qui ont déclaré un médecin peuvent être considérés comme souhaitant entrer dans la filière normale de soins.

Les médecins avaient à cœur d'être cohérent entre les attentes qu'ils avaient envers leurs patients quant à leur santé et leur propre prise en charge.

3. Motifs de consultation

Le fait de consulter aidait les médecins à prendre conscience qu'ils pouvaient avoir un problème de santé. Les médecins étaient amenés à consulter pour des choses non faisables par eux-mêmes ou leur conjoint médecin.

Dans l'esprit des médecins, leur médecin traitant pouvait avoir une place particulière en cas de problème personnel ou de souffrance au travail, plus que le médecin du travail. Pour eux, il était ainsi plus aisé d'avoir un médecin traitant connu avant que les problèmes arrivent afin de se sentir en confiance pour les aborder.

Les médecins pouvaient avoir recours à leur médecin traitant pour des questions administratives. Tous s'accordaient à dire qu'ils ne consultaient pas pour des problèmes aigus simples. En revanche ils consultaient ou consulteraient pour un suivi, pas nécessairement en cas de simple renouvellement d'ordonnance mais plutôt pour faire le point par rapport à la maladie.

Ils consultaient parfois pour demander un avis concernant des symptômes non connus ou les alertant. En cas d'échec thérapeutique, ceux ayant un médecin autre qu'eux-mêmes consultaient unanimement.

La consultation pour la prescription d'examens complémentaires était discutée, certains consultaient pour en discuter, d'autres se prescrivait directement les examens spécialisés ou demandaient leurs propres avis et/ou consultation, notamment s'ils étaient leur propre médecin traitant.

Les médecins généralistes exerçant à l'hôpital exprimaient que le médecin généraliste avait des compétences qui lui étaient propres, notamment dans des domaines qu'eux ne maîtrisaient pas ou dans lesquels ils ne pratiquaient pas ; justifiant le recours à la consultation.

Les motifs gynécologiques pour lesquels les femmes consultaient leur médecin généraliste étaient : le suivi cervico-utérin, la contraception, le suivi de grossesse non compliquée.

La consultation pour le CNCI (Certificat de Non Contre-Indication) était discutée. Les médecins qui consultaient pour ce motif souhaitaient généralement faire un point sur leur santé en termes de prévention.

Certains médecins exprimaient le peu de besoin qu'ils avaient.

Pour quelques médecins, l'inquiétude de l'entourage à propos de leur état de santé justifiait une consultation.

4. Arrêt de travail

Souvent réalisés par des spécialistes en cas d'urgence. Autrement les médecins étaient unanimes, quelles que soient les conditions, sur le fait de ne pas réaliser soi-même l'arrêt de travail, notamment parce qu'ils le redéfinissaient comme un soin nécessitant pour être objectif, l'expertise de quelqu'un d'autre. Ils exprimaient la difficulté à se dire à soi-même qu'il fallait s'arrêter, aussi la consultation leur permettait de valider ce droit qu'ils ne s'accordaient pas facilement. Nous avons également un consensus sur la faible indemnisation en cas d'arrêt maladie. La réglementation en cas d'arrêt maladie était peu connue par tous.

5. Freins à consulter

Pour deux médecins, un ayant un médecin traitant déclaré, l'autre étant son propre médecin traitant, il n'y avait pas de difficultés pour consulter. Le deuxième consultait alors un de ses confrères travaillant dans la MSP (Maison de Santé Pluriprofessionnelle).

C'est la première consultation qui pouvait être la plus difficile à initier. Une fois que les deux partis s'étaient rencontrés, le suivi ou une seconde consultation pouvait avoir lieu plus facilement.

La connaissance de la charge de travail de l'autre, les salles d'attente pleines étaient des raisons de retarder une consultation. Certains médecins rapportaient la peur de déranger, la culpabilité. Ce sentiment de culpabilité est étonnamment moins fort avec le spécialiste. Ces deux derniers freins à consulter, la peur de déranger et la culpabilité, étaient davantage exprimés par les médecins exerçant depuis plus d'une dizaine d'années. Les médecins se sentaient particulièrement coupables de consulter pour des choses qu'ils auraient peut-être pu faire eux-mêmes. Mais force était de constater que faire par soi-même en partant de l'intention de gagner du temps n'était finalement pas toujours bénéfique.

Les médecins craignaient de mettre en difficulté leur confrère.

Certains craignaient un désaccord dans la prise en charge, notamment les médecins généralistes ayant une activité ambulatoire, bien que pour une partie de ces derniers la consultation puisse être le lieu d'un échange sur la conduite à tenir.

L'ensemble des médecins exprimait des difficultés à laisser sa santé à un tiers.

La contrainte temps et le manque de temps pouvait être une cause de non-consultation.

Les médecins faisaient parfois preuve de déni face à leurs symptômes ce qui ne les menait pas à consulter.

Les accords de confraternité comme la gratuité des actes mettaient mal à l'aise certains des médecins bien que cela soit de moins en moins courant.

6. L'influence de leurs habitudes avant leur vie de médecin.

Les médecins qui avaient été habitués à consulter pour leur suivi dans l'enfance puis divers problèmes de santé (simples), éprouvaient moins de gêne à consulter. Il semblait y avoir un effet générationnel avec une plus grande facilité à accepter la normalité, le statut de patient chez les plus jeunes.

Il semblait y avoir un rôle important de l'éducation reçue. Un médecin rapporte comment elle a été éduquée par des parents non-médecins pour sa santé enfant, mesures symptomatiques et consultation si persistance ou aggravation. Cela semble lui donner de l'aisance et pas de remords pour consulter pour elle ou un de ses parents.

7. Des médecins humains ?

En effet les médecins n'étaient pas épargnés par la maladie... comme tout patient, ils étaient des patients comme les autres après tout. Une part de leur caractère pouvait entrer en jeu dans leur prise en charge ou leur réactivité aux événements de la journée. Etaient décrits dans notre étude le côté hypochondriaque, la difficulté de s'abaisser au statut de patient, la tendance à repousser les choses.

8. Influence de leur expérience de soignants de soignants.

Pour leur propre prise en charge, les médecins s'inspiraient de leur expérience de soignants de soignants. Ainsi, ceux qui avaient vu des soignants en détresse face à la maladie avaient pris conscience qu'ils n'étaient pas plus forts que d'autres et qu'ils pouvaient avoir besoin d'attention, d'information, de soutien,... Leur expérience leur faisait délivrer leur identité dans la branche du soin rapidement. Pour y avoir été confrontés, ils étaient conscients que la maladie peut être à l'origine de déni chez certains et que le déni pouvait prendre différentes formes chez les médecins.

9. Quelle était l'influence du statut de malade ?

Les médecins présentaient des difficultés à « passer de l'autre côté de la barrière » lorsque cela leur arrivait. Néanmoins, cela avait poussé certains à faire la déclaration d'un médecin traitant et à être suivis.

Les médecins disaient également qu'être confronté à la maladie leur donnait un aperçu de ce qu'est « être malade ».

Enfin, un médecin disait qu'elle avait pu apprendre pour sa propre pratique.

10. Le recours à l'autoprescription

Peu de médecins n'y avaient pas recours (une minorité). Les motifs de prescription pour soi-même étaient : la facilitation d'ordonnance, les viroses et pathologies aiguës bénignes, la vaccination, les antidépresseurs, des renouvellements d'ordonnance et des pathologies chroniques connues, les troubles du sommeil.

Les médecins estimaient avoir une bonne maîtrise de l'autoprescription. Ils reconnaissaient qu'il puisse y avoir des risques comme celui de ne pas connaître ses limites, l'addiction, la

surconsommation de ce dont nous avons besoin, le sous-traitement, la mauvaise observance, l'absence de suivi ...

11. Avantage du statut de médecin

Pour les malades qu'ils étaient, les médecins bénéficiaient de quelques avantages liés à leur profession :

- Le partage du même langage que le médecin,
- La facilitation du travail de leur médecin traitant,
- La compréhension de la notion du temps et la rapidité d'une consultation attendue,
- Les médecins pouvaient parfois bénéficier d'une prise charge par des réseaux parallèles,
- Souvent, ils connaissaient leurs médecins et cela rendait la consultation un peu plus agréable,
- Un des médecins expliquait qu'il se connaissait mieux lui-même d'où la possibilité de se traiter soi-même.

12. Inconvénients : le revers de la médaille ou les inconvénients associés au métier de médecin.

Les médecins avaient beau savoir, ils ne faisaient pas toujours ce qui était nécessaire ni le mieux pour leur santé. Ils manquaient également de distance pour eux-mêmes. Les médecins étaient parfois sous-traités par leurs confrères.

A contrario, les médecins bénéficiaient parfois de trop d'explorations.

Concernant les connaissances, elles avaient bien sûr un rôle bénéfique, elles permettaient une meilleure communication auprès du médecin et une bonne compréhension. Néanmoins le fait de connaître pouvait générer de l'angoisse chez certains médecins. Par ailleurs, un médecin interviewé n'osait pas poser de questions qui « trahiraient » qu'il ne connaît pas tout d'une prise en charge.

Être quotidiennement entourés de médecins n'était pas forcément bénéfique : les médecins pouvaient discuter d'un problème de santé avec leurs collègues au cours d'une discussion, sans que cela ne soit formalisé, il ne s'agissait pas de conditions idéales pour prendre en charge ce problème de santé. Cela pouvait donner l'impression d'avoir pris le temps de faire le point, mais hors « cadre » de soin, hors toute relation thérapeutique, cela n'était pas nécessairement pertinent, il y avait un risque de mauvais diagnostic, sur ou sous-diagnostic.

Les médecins avaient des difficultés à laisser la main à quelqu'un d'autre, ils se mettaient souvent à la place du médecin qui soigne voire faisaient des comparaisons avec leurs propres pratiques.

Enfin, les médecins ne se sentaient pas le droit de tomber malade.

13. Avantages matériels du fait de leur statut de médecin

La quasi-totalité des médecins de notre étude n'attendait pas d'avantage du fait de leur statut de médecin. L'une d'entre eux, exerçant depuis plus d'une dizaine d'année en attendait, elle mentionnait qu'autrefois les médecins bénéficiaient de passe-droits et qu'il était dommage que cela n'existe plus. Les autres médecins de notre étude critiquaient beaucoup cela, c'était même inconcevable pour certains. Y aurait-il eu un changement des mentalités à ce sujet ? Les médecins n'étaient pas aussi catégoriques : ils n'avaient jamais été confrontés à une situation grave ni d'urgence, peut-être que dans un tel cas ils feraient davantage appel à leur réseau. Peut-être aurions-nous eu des résultats différents en choisissant d'interroger des médecins malades ou bien des médecins plus âgés uniquement ? Parmi les médecins travaillant en hospitalier, certains avaient bénéficié d'une hospitalisation grâce à leurs connaissances personnelles.

Concernant le règlement de la consultation, tous appréciaient qu'en cas de dépassement d'honoraires, les médecins ne leur facturent pas de dépassement d'honoraires. Deux médecins qui étaient leur propre médecin traitant trouvaient normal de payer la consultation mais n'étaient paradoxalement pas à l'aise avec le fait de faire régler les médecins ou professionnels de santé qui venaient en consultation chez eux. Il semblait y avoir un effet générationnel : les médecins qui n'avaient pas payé leur consultation avait consulté des médecins en exercice depuis un certain temps, ils décrivaient que la question ne s'était pas posée avec les médecins plus jeunes et que cela leur convenait. Finalement les avantages matériels de ce type semblaient complexifier la relation médecin-malade. Cette problématique était propre aux soins dispensés dans le privé.

Peu d'avantages étaient attendus. Un médecin mentionnait souhaiter des délais de consultation plus courts pour les médecins et constatait avec dépit que cela n'était plus possible. Les médecins mentionnaient dès lors qu'ils n'avaient pas été confrontés à des situations graves ou nécessitant des explorations supplémentaires, que leur perception des choses pourrait changer ou que spontanément ils bénéficieraient peut-être d'un traitement de faveur car les médecins entre eux étaient attentifs à rendre service à leurs pairs.

14. La prescription d'examens complémentaires et avis spécialisés

Par quelle(s) voie(s) se font la prescription d'examens complémentaires et avis spécialisés ?

Les médecins qui n'avaient pas de médecin traitant déclaré prescrivait eux-mêmes leurs examens complémentaires tout en reconnaissant qu'ils en faisaient probablement moins que s'ils avaient été suivis par quelqu'un d'autre. Ils demandaient également eux-mêmes leurs avis spécialisés, le plus souvent auprès de confrères avec lesquels ils travaillaient pour leurs patients.

Les médecins hospitaliers, même s'ils avaient un médecin traitant déclaré semblaient avoir un accès plus « facile » aux examens complémentaires et avis spécialisés, aussi ils ne consultaient pas nécessairement leur médecin traitant mais allaient voir directement leurs collègues en cas de besoin.

Les médecins libéraux ayant un médecin traitant avaient plutôt tendance à le consulter et à être soigné dans le réseau de soins du confrère concerné. Cependant ils exprimaient que dans des situations d'urgence, ils auraient peut-être recours à des confrères ou amis.

Les femmes qui avaient un suivi par un(e) gynécologue et étaient leur propre médecin traitant mentionnaient que ce médecin consulté faisait parfois la prescription d'examens complémentaires.

15. En termes d'informations

La plupart des médecins se plaisaient à dire qu'ils souhaitaient recevoir les mêmes informations qu'un patient « lambda ». Cependant ils espéraient que le médecin partage avec eux sa démarche diagnostique et thérapeutique. Ils étaient conscients que malgré tout, les informations délivrées ne seraient pas les mêmes puisqu'ils parlaient le même langage que le médecin.

Le contenu des informations attendues par les médecins semblait également varier selon leur exercice professionnel : les médecins exerçant en libéral attendaient davantage d'informations dans les domaines de spécialités, les médecins exerçant en hospitalier disaient ne pas maîtriser tout le champ de la médecine générale et attendre des informations, notamment dans ces domaines.

Les médecins qui attendaient des informations ciblées c'est-à-dire en tenant compte de leur profession et donc de leur connaissance du domaine médical étaient leur propre médecin traitant et diplômés depuis plus de dix ans. Cela sous-entend qu'il pourrait y avoir un lien entre l'expérience médicale du médecin et les soins qu'il souhaite recevoir. Ces médecins ajoutaient que lors d'une consultation avec un médecin spécialiste, ils seraient friands de recevoir des informations.

16. Quid de la prévention ?

La question de la prévention a surtout été abordée en pensant aux médecins qui étaient leur propre médecin traitant. En effet, elle était réalisée par le médecin traitant lorsque les patients en avaient

un. Les médecins les plus jeunes consultaient en ce sens de temps en temps pour des choses simples ou un certificat, dans l'attente de faire un bilan un peu plus global de santé. Pour les femmes qui étaient leur propre médecin traitant et avaient un suivi gynécologique, le gynécologue faisait une partie de cette prévention avec un bilan biologique, la mesure tensionnelle et la prévention en gynécologie.

Les médecins qui étaient leur propre médecin admettaient qu'ils auraient un meilleur suivi et notamment en prévention en consultant quelqu'un d'autre. Pour certains, c'était l'occasion de dire qu'à partir d'un certain âge, ils devraient choisir leur propre médecin traitant, ils plaçaient la barre à cinquante ans environ.

17. Propositions des médecins pour mieux prendre en charge leur santé.

Les médecins faisaient des propositions afin d'améliorer la prise en charge de la santé des médecins. Ils n'étaient pas favorables à des obligations.

Une consultation régulière et globale avec interrogatoire, examen clinique complet, bilan biologique, point sur les vaccinations, vaccination grippale saisonnière, évaluation de la santé mentale était proposée par les médecins qui étaient leur propre médecin traitant essentiellement. Ils répondraient positivement à une convocation pour ce type de consultation, même non obligatoire.

Si la médecine du travail avait été évoquée, les médecins hospitaliers étaient plutôt favorables à une prise en charge par le médecin traitant qui avait une vue d'ensemble sur leur santé ; les médecins généralistes travaillant en ambulatoire regrettaient à peu près tous qu'il n'y ait pas de médecine du travail pour les libéraux (et pour tous les indépendants), qu'une visite par le médecin du travail permettrait d'aborder l'ergonomie du poste de travail, la santé au travail. Cependant ceux qui avaient un médecin traitant avaient le sentiment qu'ils discutaient facilement et assez systématiquement de leur travail avec leur médecin.

Les médecins hospitaliers pointaient que l'inconvénient de la médecine du travail est qu'elle était liée à l'employeur, aussi si une consultation de prévention était organisée, il faudrait qu'elle soit réalisée indépendamment de l'employeur.

Nous évoquons avec les médecins l'existence d'un médecin spécialiste de la santé des médecins qui semblait répondre aux attentes d'un des médecins interrogés qui n'avait pas encore trouvé son médecin traitant. Pour les autres médecins, il n'était pas nécessaire de créer un parcours de soin particulier.

Les médecins évoquaient aussi un changement d'attitude à avoir de leur côté : accepter d'être patient, en attendant ils espéraient être considérés comme un patient normal.

Ne plus pouvoir se déclarer comme son propre médecin traitant avait été discuté mais globalement les médecins n'étaient pas favorables au schéma interdiction/obligation dans ce cadre.

Pour deux jeunes médecins, l'un ayant étant son propre médecin, l'autre ayant un médecin déclaré, il n'y avait pas de place dans le parcours de formation pour une information des futurs médecins sur leur propre santé. Peut-être parce qu'ils étaient au clair sur cette question et n'avaient pas eu de difficultés à prendre en charge les soucis qu'ils avaient eus. Pour tous les autres, hommes, femmes, plus ou moins jeunes, quel que soit le lieu et type d'activité, une information des futurs médecins était pertinente.

18. Influence de l'expérience de l'entourage

Les médecins avaient parfois été marqués par le vécu de proches, collègues, aînés. Cela ne semblait pas avoir d'influence sur le choix de leur médecin traitant, mais quel que soit leur choix, ils prêtaient attention à leur santé et avaient conscience de leur finitude.

19. Changement générationnel

Les médecins avaient noté des changements des mentalités selon les générations de médecin.

Il semblait que les plus jeunes médecins consultaient plus facilement.

Les médecins qui avaient déclaré un médecin traitant avaient également plus facilement recours à leur médecin pour prendre en charge leur santé.

20. Souffrance au travail

Les médecins qui travaillaient en milieu hospitalier semblaient avoir été davantage confrontés au burn-out de confrères, cela les mettait en garde pour leur santé et les rendait conscients de leur fragilité potentielle. Ils avaient plus souvent un médecin traitant.

Les médecins hospitaliers pointaient la solitude et l'isolement comme gros facteurs de risque de burn-out. Pour les médecins libéraux, la pression et la forte demande croissantes auxquelles ils étaient parfois soumis étaient des facteurs de risque de burn-out.

Tous s'accordaient à dire que ces situations de burn-out étaient fréquentes et souvent mal gérées, qu'il existait indéniablement du déni, un retard à la consultation du médecin. Si la souffrance des confrères semble avoir plus d'impact en milieu hospitalier qu'en milieu libéral, c'est probablement parce que le contact en milieu libéral est moins régulier qu'en milieu hospitalier.

4. Exploitation des résultats et comparaison avec la littérature

1. Choix du médecin traitant

Dans notre étude, nous comptons à la fois des médecins étant leur propre médecin traitant et des médecins ayant un médecin autre qu'eux-mêmes. Pour certains, cela était une démarche permettant la prise en charge des frais de santé lorsqu'ils consultaient un spécialiste, pour d'autres, il y avait un réel désir d'être pris en charge par quelqu'un autre qu'eux-mêmes.

Les facteurs associés au choix d'un médecin traitant dans notre étude étaient : la maladie, le fait de ne plus pratiquer la médecine générale en cabinet, l'exercice en groupe, avoir des enfants ou un désir de grossesse, s'établir professionnellement, l'âge.

Concernant l'association entre l'activité salariée et la désignation du médecin traitant autre que soi-même, cela était également retrouvé dans une étude allemande (17) où l'hypothèse pour expliquer la plus forte déclaration de médecin traitant chez les médecins salariés étaient que la plupart des médecins généralistes étaient leur propre employeur donc n'avaient pas besoin de certificat en cas d'arrêt de travail puisqu'ils prenaient sur leurs propres congés. En cas d'arrêt de travail, les médecins libéraux de notre étude confirmaient cette démarche.

Depuis la réforme de 2004 (8), on observe une augmentation de déclaration de médecin traitant ; l'étude de littérature effectuée entre 2003 et 2013 par GALLICE L. (6) retrouve les résultats suivants : « Avant la réforme de 2004, environ 9/10 médecins n'avaient pas de médecin référent. Depuis, seuls 2/10 n'en n'ont pas déclaré, mais la majorité se sont auto-déclarés », par ailleurs, la grande majorité des médecins ne consultent pas de confrère généraliste pour prendre en charge leur santé, quel que soit leur médecin traitant désigné.

Dans notre étude, il y avait des médecins ayant déclaré un médecin traitant pour des raisons administratives, dans ce cas, il s'agissait souvent d'eux-mêmes. Une part non négligeable, de médecins avait choisi un médecin traitant autre que soi-même et quasiment tous les médecins étaient convaincus de la plus-value du suivi par un autre médecin qu'eux-mêmes.

L'étude qualitative de JORET C. portant sur le rapport des médecins généralistes à leur propre santé et à la maladie parue en 2017 (6) retrouve que « La désignation d'un médecin traitant autre qu'eux-mêmes était tout ce qu'il y a de plus administratif et ne changeait rien à leur démarche de soin ». Il semble que les choses aient évolué, du moins nous ne retrouvons pas ce résultat.

Bien que les médecins étaient convaincus du bénéfice de déclarer et consulter un autre médecin, nous ne pouvions dire si le fait d'avoir un médecin traitant était associé à avoir un meilleur état de santé. Dans l'enquête du CNOM datant de 2018 (18), presque 70% des participants qui se déclarent être en mauvaise ou moyenne santé n'ont pas de médecin référent autre qu'eux-mêmes. Pour autant il n'est pas établi de lien statistique entre le fait d'avoir un médecin référent ou l'état de santé, selon les quatre adjectifs de santé en auto-déclaration. La revue de littérature de KAY M., MITCHELL G., CLAVARINO A. et al. conclut également qu'encourager les médecins à avoir leur propre médecin traitant n'est pas suffisant et qu'il ne s'agit que de la première étape. (19)

Dans notre étude, les médecins qui s'étaient auto-déclarés pensaient que cela faisait l'unanimité au sein de leur profession, trouvaient cela pratique, mais que néanmoins, cela ne les empêchait pas de consulter un collègue s'ils avaient besoin d'un avis sur leur état de santé.

On retrouve des résultats similaires dans la thèse de CHAPUSOT J. (20) intitulée *Attitude du médecin généraliste vis-à-vis de la prise en charge de sa santé : étude qualitative auprès de 15 médecins généralistes lorrains*. Les arguments des médecins qui se sont déclarés comme médecin traitant sont les suivants : la simplicité, le côté pratique, le gain de temps, l'accès direct au spécialiste sans consulter le médecin traitant, l'absence de problème de santé, le problème de la confiance et de la confidentialité.

Certains ne voyaient pas l'intérêt alors qu'eux-mêmes étaient médecins généralistes. Cet argument est retrouvé dans la thèse de GALLICE L. (6) « à cause de leur domaine de compétences similaire au leur ».

Nous retrouvons que certains médecins comprenaient l'intérêt d'avoir un médecin traitant mais ne savaient pas qui choisir ou n'étaient pas prêts à franchir le cap, ce qui était également retrouvé dans la thèse de GALLICE L. (6) « Les études qualitatives relèvent que les médecins, de manière générale, ont conscience de la nécessité d'un interlocuteur objectif et à l'écoute, mais ils n'en ressentent pas l'utilité personnelle. Certains pensent qu'ils n'en ont tout simplement pas besoin, d'autres avouent une certaine négligence, mais aussi, au-delà du manque de temps et de la difficulté à choisir le confrère, beaucoup ont peur de déranger, ont honte, ou peur du jugement de leurs compétences.

Enfin, d'autres avancent le manque de distance thérapeutique avec une difficulté à se confier et une crainte du manque de confidentialité au sein de la profession ».

La revue de littérature intitulée *Doctors as patients : a systematic review of doctors'health access and the barriers they experience* réalisée par KAY. M, MITCHELL G., CLAVARINO. A et al. mettait également en évidence cette difficulté supplémentaire à choisir un médecin généraliste pour les médecins. Cela était davantage exprimé par les femmes bien qu'elles soient plus nombreuses finalement à déclarer un médecin traitant. (19)

Dans notre étude, les médecins ne discutaient pas la peur du manque de confidentialité, par contre, la plupart des médecins avait ou aurait choisi un médecin qu'ils ne connaissaient pas sur un plan personnel auparavant afin de conserver une objectivité. Deux médecins de notre étude auraient choisi un ami ou quelqu'un avec qui ils s'entendaient bien.

Ce n'est pas le résultat retrouvé dans l'étude de GALLICE L. (6) « Parmi ceux ayant désignés un confrère, environ la moitié ou plus ont choisi un proche (ami, associé), et en général davantage un médecin généraliste qu'un spécialiste ». Les médecins interrogés dans l'étude n'auraient pas non plus choisi un médecin spécialiste comme généraliste. Dans la revue *Responsabilité*, GALAM E. (21) préconisait dans ce sens de choisir « un praticien qu'on ne connaît pas trop intimement mais dont on sait qu'il est compétent ou à l'écoute».

2. Prise en charge des pairs

Dans notre étude, il semblait exister une corrélation entre le fait de ne pas souhaiter prendre en charge la santé des proches et d'être soigné par quelqu'un d'autre. Cette tendance n'était pas retrouvée dans la thèse de JORET C. (7) « la majorité d'entre eux se refuse à soigner leurs proches, de peur d'un manque d'objectivité la plupart du temps alors qu'a contrario ils n'ont aucun problème à se prendre en charge eux-mêmes... »

3. Attente des médecins

Certains médecins souhaitaient être pris en charge comme des patients « normaux » ce qui est retrouvé également par GALAM E. dans l'article sur la santé des soignants (22) « Ils se considéraient et souhaitaient être considérés comme des patients non médecins pour ce qui concerne la vision qu'ils peuvent avoir de la maladie mais aussi leur impuissance face à celle-ci [...] Je crois qu'il vaut mieux être patient et ne pas savoir ».

Dans notre étude, les médecins étaient en effet partagés entre deux attentes, ils souhaitaient une objectivité, un regard extérieur sur leur état de santé, et en même temps, ils espéraient une sympathie. Néanmoins, ils exprimaient ce paradoxe et le risque avec cette sympathie de perdre l'objectivité attendue. Dans la revue *Médecine*, GALAM E. (22) déclare « comme tout patient, [le médecin] a besoin à la fois d'une distance « de sécurité » et d'une proximité humaine, bienveillante et efficace. »

Les médecins de notre étude avaient confiance dans les compétences du médecin consulté. Dans la revue *Médecine* (22), la compétence était un critère de choix des praticiens consultés.

Seul un médecin de notre étude mettait en avance l'importance d'être examiné complètement. Nous retrouvons cela dans la thèse de JORET C. (7) : « la réalisation d'un examen médical complet, l'objectivité du diagnostic et des traitements proposés. »

Discuter de la prise en charge et la conduite à tenir était un souhait des médecins de notre étude. Dans la thèse de DUQUENNE L. (23), les médecins qui recevaient des médecins en consultation exprimaient que « La décision partagée permettrait d'aborder plus sereinement la prise en charge d'un confrère ».

Il pourrait être intéressant de comparer ces attentes à celles des patients de la population générale que EL HAFDI S. a étudiées dans sa thèse intitulée *Le ressenti des patients sur la consultation de médecine générale* (11). Elle met en évidence que lors de la consultation du médecin généraliste, les patients attendaient : le soulagement rapide des symptômes (76.1%), des informations concernant les symptômes et la maladie (71.3%), que le médecin se souvienne de ce qui a été dit ou fait précédemment (43.1%), des propositions dans le domaine de la prévention (23.4%), l'aide du médecin pour résoudre les problèmes émotionnels (18.6%). La plupart sont retrouvés par les médecins de notre étude qui invoquent cependant en premier lieu l'objectivité non retrouvée ici.

D'après BOLTANSKI L. (24), « le besoin médical des sujets sociaux est fonction, au moins partiellement, de leur compétence médicale », il semble que cela ne se vérifie pas chez les sujets médecins qui constituent ainsi une exception.

Quelques médecins de notre étude évoquaient également assez facilement le sujet de la souffrance psychologique ou de la santé au travail lorsqu'on parlait du thème de la santé des médecins. Certains attendaient de pouvoir en parler avec leur médecin traitant en cas de besoin. Dans l'étude *Vulnérabilité des Professionnels de Santé* (1), on avait demandé à des professionnels de santé à qui il

s'adresseraient en cas de souffrance psychologique. 30% d'entre eux ce seraient adressés à leur médecin dont 15% à leur médecin généraliste (Annexe 6). Parmi les 842 médecins interrogés, 46% savaient où chercher de l'aide en cas de difficultés, 54% ne savaient pas.

4. Motifs de consultation

Dans notre étude, nous retrouvons que le recours au médecin traitant par les médecins généralistes était pour ce qui ne peut être fait soi-même, des problèmes personnels, de la souffrance au travail, de l'administratif, du suivi, un avis, un échec thérapeutique, de la gynécologie. Etaient discutées : la prescription d'examen complémentaires, la réalisation de certificats. Certains consultaient à la suite de l'inquiétude de l'entourage.

La thèse de DUQUENNE L. (23) étudiant les spécificités des consultations des médecins généralistes retrouvait les motifs de consultation suivant : « formalité administrative, pathologie aiguë, suivi de pathologie chronique, deuxième avis, suivi gynéco, présage d'une pathologie grave ». Les résultats semblent similaires avec en plus dans notre étude le champ de la souffrance au travail.

Comparons les motifs de consultation de nos médecin-patients à ceux des patients de la population générale. Nous utilisons pour cela les données issues de la base de données de la SFMG (Société Française de Médecine Générale). Dans la population générale, les dix premiers résultats de consultation sont les suivants (25) : examen systématiques et prévention (24.28%), état fébrile (17.38%), hypertension artérielle (13.10%), rhinopharyngite, rhume (12.34%), vaccination (12.06%), état morbide afebrile (11.49%), hyperlipidémie (8.36%) lombalgie (6.88%), arthropathie-périarthropathie (5.96%), douleur non caractéristique 5.11%). Il semble en effet que le médecin ne consulte pas en première intention pour les mêmes motifs que les autres patients, nous pourrions parler de médecine de « deuxième recours » comme l'avait exprimé un des médecins interrogés dans notre étude.

Par ailleurs, il était intéressant de voir que certains médecins de notre étude déclaraient qu'ils consulteraient leur médecin traitant en cas de problème personnel ou souffrance au travail. Cela n'avait pas été évoqué par tous ceux qui avaient un médecin traitant. La revue de littérature de KAY M., MITCHELL G., CLAVARINO A. et al. retrouvait qu'avoir un médecin traitant était associé à recevoir de meilleurs soins en cas de problème physique mais pas dans le domaine de la santé mentale. Plusieurs hypothèses sont à formuler afin d'expliquer ce résultat : la santé mentale, un sujet encore tabou, trop peu abordé dans les consultations en général, d'autant plus avec un médecin bien qu'il

fasse partie d'une population à risque ; ou encore des efforts de la part du médecin-patient pour ne pas aborder ce sujet en consultation.

5. Freins à consulter

Notre étude mettait en évidence comme freins à consulter à cause du statut de médecin : la connaissance de la charge de travail de l'autre, la peur de déranger, des actes faisables par soi-même, la difficulté de la relation de soins pour le confrère, la crainte d'un désaccord dans la prise en charge, la pudeur, la difficulté à laisser quelqu'un d'autre s'occuper de sa santé, le manque de temps, le déni et parfois les gestes de confraternité comme la gratuité de la consultation.

GALLICE L. (6) dans sa thèse, classait les freins à une bonne relation avec un soignant en trois catégories :

- En tant que soigné : gêne à consulter un confrère, honte, peur de déranger, difficulté à se confier, négligence de sa santé, manque de temps, aptitude à l'autogestion, mauvaises expériences, peur de se confronter à la maladie.
- Vis-à-vis du soignant : doute des compétences des confrères, crainte de ne pas être considéré comme un patient comme les autres, négligence de la part de ceux qu'ils consultent, un manque de disponibilité, manque de soutien ou d'empathie, une crainte du jugement, manque de respect du secret.
- Du fait du système : manque de référents, manque d'anonymat, gestion de l'arrêt de travail, gratuité et de l'accès à l'autoprescription, frein culturel.

Un résultat intéressant mais non évoqué par les médecins interrogés dans notre étude était les conséquences de la maladie sur la carrière comme frein à consulter, une étude londonienne (26) avait notamment mis en évidence dans le domaine des soins psychiatriques la peur d'être interdit d'exercer, d'être en difficultés financières ainsi que la détérioration de l'image en cas de maladie psychiatrique que les médecins donnaient d'eux-mêmes auprès de leurs patients et collègues.

6. Autodiagnostic et autoprescription

Fréquents, pratiqués unanimement par les médecins de notre étude à des degrés divers, l'autodiagnostic suivi de l'autoprescription étaient également retrouvés dans la littérature :

« L'intégralité des médecins ont répondu qu'ils s'autodiagnostiquaient puis s'autotraient par la suite. Quel que soit l'évènement rapporté, on retrouvait systématiquement la même démarche de soin, avec seulement dans un deuxième temps, si besoin, le recours à un spécialiste. » (7)

De la même manière dans la thèse de LE QUINTREC T. (27) à propos du *Suivi médical des étudiants en troisième année de diplômes d'études supérieures (DES)* « Plus de 80 % des internes avaient déjà utilisé l'autoprescription et autant de femmes avaient eu recours à l'autoprescription pour leur contraception. Un interne sur dix s'était déjà prescrit des hypnotiques et 13 % des benzodiazépines. »

Intéressons-nous au détail de l'autoprescription : dans notre étude, cela était dans le cadre de la facilitation d'ordonnance, licence de sport, viroses et pathologies aiguës, vaccination, antidépresseurs, traitement en lien avec un ou des antécédents connus, troubles du sommeil. Dans la thèse de GALLICE L. (6) « Ils s'auto-prescrivent à la fois des examens de dépistage (57%), des mesures préventives (vaccins 51%), des examens complémentaires et des mesures curatives, pour des symptômes aigus ou chroniques, en prescription initiale ou en renouvellement (26% s'auto-médiquent « toujours », 30% « souvent », 21% « rarement » et seulement 2% « jamais »).

Dans notre étude certains médecins estimaient maîtriser l'autoprescription, comme dans la thèse de LABELLE G. à propos de l'autoprescription des médecins généralistes en Rhône-Alpes (28) établissant que 60% des médecins généralistes estiment que l'auto-prescription peut se faire de manière objective. Par ailleurs, LABELLE G. et les auteurs de l'étude allemande *Illness behaviour of general practitioners—a cross-sectional survey* (17) (*le comportement des médecins généralistes face à la maladie – une étude transversale*) retrouvent que le fait d'avoir un médecin traitant autre que soit même diminue l'auto-prescription (28) ce que nous retrouvons aussi.

Les motifs d'autoprescription retrouvés par LABELLE G. (28) étaient similaires à ceux retrouvés dans notre étude : infection ORL, diarrhée aiguë, céphalée, toux gênante, rachialgie ou arthralgie, épigastralgie, infection génito-urinaire, insomnie, épuisement professionnel.

Des effets indésirables tels que l'addiction, la surconsommation de médicaments, le sous-traitement, la mauvaise observance, l'absence de réévaluation étaient rapportés par les médecins de notre étude. LABELLE G. (28) retrouvait que « 21% des médecins déclarent leur auto-prescription non-conforme dans sa durée. 49.5% des médecins perçoivent un risque important de retard diagnostic et 35.7% un risque important sur le plan addictogène ».

7. Parcours de soins

Dans notre étude, une partie des médecins consultait ou aurait consulté directement le médecin spécialiste en cas de besoin, indépendamment d'avoir ou non déclaré un médecin traitant. La plupart des médecins étant leur propre médecin traitant était dans ce cas. Une autre partie aurait d'abord consulté le médecin traitant pour objectiver leur état de santé. Cela n'était pas le cas dans le travail de JORET C. qui retrouvait la préférence des médecins généralistes de consulter directement un spécialiste au lieu de passer par leur médecin traitant « Les médecins généralistes sont à la recherche d'une plus-value, d'un bénéfice direct à aller consulter un confrère spécialiste d'organe lié aux connaissances supplémentaires qu'il peut apporter à un sujet précis, il ne voit pas forcément l'intérêt à aller consulter un autre généraliste avec lequel il se trouve sur un pied d'égalité »

Il semblait dans notre étude que les médecins hospitaliers consultaient davantage directement un spécialiste en cas de besoin.

Les médecins les plus-jeunes consultaient plus facilement leur médecin généraliste avant de consulter un médecin spécialiste. Il n'y avait pas d'effet générationnel par rapport au recours au spécialiste dans l'étude de JORET C. (7).

Dans notre étude, les médecins bénéficiaient plutôt de réelles consultations mais il existait un biais alors qu'ils étaient entourés de médecins dans le cadre professionnel. Dans la thèse de JORET C. (7), la plupart des médecins « prennent volontiers rendez-vous avec des spécialistes de connaissance, voire des amis », ils ne se contentaient pas « d'une consultation de couloir, d'un avis à la va-vite, à partir du moment où ils prennent rendez-vous avec un confrère, c'est pour être vu en consultation ».

8. Influence du statut de médecin

8.1. Le médecin un malade comme les autres

Le médecin était avant tout un être humain, il pouvait être touché par la maladie. Cela était retrouvé dans plusieurs travaux, notamment dans le livre de WINCKLER M., *La maladie de Sachs* (29) « La médecine est une maladie qui frappe tous les médecins de manière inégale. Certains en tirent des bénéfices durables. D'autres décident un jour de rendre leur blouse parce que c'est la seule possibilité de guérir – au prix de quelques cicatrices. Qu'on le veuille ou non, on est toujours médecin. Mais on n'est pas tenu de le faire payer aux autres, et on n'est pas non plus obligé d'en crever. » ou encore « Comme chez tout autre individu, le médecin malade peut ressentir choc,

déstabilisation, régression, révolte, peur, etc. avec un manque de recul par rapport à sa situation. »
(6). La maladie était une expérience qui rend humble et humain. Cela est retrouvé également dans les travaux de GALAM E. (22) : « Les certitudes ça rend tout puissant et la maladie ça apprend qu'on est quelqu'un comme les autres et c'est très bien comme ça ».

8.2. Le médecin, un malade particulier

Même si le médecin était avant tout un être humain, il avait des spécificités du fait de sa profession.

GALAM E. écrit (22) « Le médecin est familier des maladies, mais il les connaît à partir d'un autre rôle. Devenir malade représente un changement radical de position et surtout de statut pour le médecin qui doit renoncer au moins partiellement à la place qu'il avait avant, sans pour autant pouvoir effacer l'expérience et le savoir acquis à partir de cette même place. »

Dans la thèse de JORET C. (7) « [les médecins] s'estiment tous en bonne santé, ils pratiquaient tous l'auto diagnostic et l'auto prescription mais en même temps l'écrasante majorité reconnaît que le fait d'être médecin généraliste représente un désavantage à sa propre prise en charge médicale. »

Nous n'avons pas étudié le ressenti du médecin par rapport à sa propre santé, cependant, les médecins évoquaient spontanément les mauvais soins ou plutôt le manque de soins dont ils bénéficiaient.

9. Avantages

Dans notre étude, les médecins se sentaient avantagés par la meilleure compréhension du langage, du temps médical, le fait de connaître les confrères et d'être bien reçus, la possibilité d'obtenir parfois plus rapidement des examens, la connaissance de soi.

Cela était retrouvé dans l'article de GALAM E. (22) « Les avantages d'être soignants ont été évoqués : compréhension plus grande de la maladie, de ses conséquences et des traitements, autonomie avec possibilité d'autoprescription, favoritisme dans la prise en charge, accès aux soins facilité par la connaissance des réseaux et des structures de prise en charge. »

Dans la thèse de GALLICE L., (6) « concernant leur propre santé : certains médecins sont plutôt sereins, grâce à leurs connaissances qui leurs donnent certains repères, alors que d'autres semblent d'autant plus angoissés qu'ils connaissent les pathologies graves et les évolutions défavorables vues au cours de leur exercice. »

DUQUENNE L. (23) qui a étudié la relation côté médecin rapportait (23) du point de vue du médecin consulté rapporte une plus grande proximité avec le patient « 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 », « 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 » ou encore « La profession du patient se retrouve alors valorisée par le médecin-soignant ».

Par ailleurs, il existe des avantages matériels « Le soigné peut bénéficier de traitement de faveur : [...] gratuité des soins, [...] horaire dédié, [...], un temps d'écoute plus long, [...], une disponibilité assurée [...], des demandes d'avis téléphoniques, [...] désir d'anonymat ». (23)

10. Inconvénients

Plusieurs inconvénients étaient retrouvés dans notre étude et la littérature.

10.1. Le manque d'objectivité quand il s'agissait de soi-même.

Les médecins interrogés exprimaient la difficulté à être objectif pour soi-même.

GALAM E. (22) « Les inconvénients étaient l'absence d'objectivité face à ses propres symptômes, la compréhension immédiate des symptômes, de la maladie, du pronostic et des risques éventuels, une tendance à la dramatisation des signes cliniques, un retard probable à la consultation par manque de temps ou déni, une angoisse liée à la connaissance médicale. Plusieurs médecins (pas tous) reconnaissaient l'impossibilité d'être objectif sur son propre état de santé et de s'examiner soi-même, en conservant une distance suffisante : « J'ai pas de stéthoscope assez long pour m'ausculter le dos moi-même. » »

FALISSARD B. (30) exprime également l'ambiguïté et le risque pour le médecin se soignant lui-même : « Fusionner en une seule personne le soignant et le soigné soulève de nombreuses difficultés parmi lesquelles le déni, l'impossibilité de prendre du recul et de se dégager d'interférences émotionnelles, sans compter les difficultés techniques inhérentes à la réalisation sur soi-même d'un examen clinique digne de ce nom »

10.2. Le déni

Plusieurs patients de notre étude rapportent des expériences personnelles et de collègues ayant été dans le déni à un moment donné.

Dans la thèse de GILLARD L., « face à un évènement préoccupant, 23% n'ont pris ni avis auprès d'un collègue ni réalisé d'exams complémentaires » et environ la moitié prennent un avis spécialisé. Par exemple, parmi les médecins généralistes confrontés à un accident d'exposition au sang (43%), 73% ont réalisé une sérologie, 15% ont pris un avis médical et 26% n'ont rien fait. Devant un naevus suspect : 14% ne prennent pas d'avis spécialisé. »

Le rapport de LERICHE B.(31) relate aussi « le médecin se caractérise par une véritable cécité professionnelle qui l'entraîne à modifier l'idée qu'il peut avoir de son propre état de santé, ceci d'une façon consciente ou inconsciente ».

PORTALIER D. (32) « les médecins, malgré leurs connaissances scientifiques, oscillent entre refus des symptômes, déni de la maladie et la crainte immédiate d'un diagnostic grave »

10.3. Le manque de temps

Le manque de temps était tenu responsable de la faible fréquence de consultation des médecins dans notre étude et la littérature également. Des médecins relataient une « mauvaise prise en charge médicale du fait du surmenage et du manque de temps. »(7)

10.4. La moins bonne prise en charge par les confrères à cause de leur profession.

Les médecins se sentaient parfois lésés dans le soin à cause de leur profession et cela était retrouvé dans la littérature : « Dans le même temps, l'attitude des soignants pouvait être un inconvénient en limitant les investigations ou en les majorant « Il m'a donné 36 000 explications, j'ai strictement rien entendu, écouté, ça ne m'intéressait pas ». « De même, il existait tout un éventail de position entre le nécessaire lâcher-prise, le contrôle ou la négociation avec le soignant. » (22)

11. Influence des expériences de l'entourage médical des médecins

Dans notre étude, les expériences de confrères malades semblaient avoir une influence sur l'importance que les médecins portaient à leur santé. Cela n'avait pas été étudié dans les études que nous avons retrouvées. Par contre, on retrouvait dans la thèse de LE ROY-VIATOR L. l'influence de l'entourage malade dans la surveillance personnelle dans le cas du suivi par frottis cervico-utérin(33).

« Le fait de connaître dans son entourage proche une femme ayant eu des lésions précancéreuses ou un cancer du col de l'utérus sensibilise significativement davantage les femmes médecins à leur propre dépistage ($p = 0,002$). » Dans notre étude, les expériences des médecins autour n'avaient pas

d'influence sur le choix du médecin traitant, cependant ces médecins semblaient plus sensibles à leur santé et consultaient ou demandaient un avis en cas de doute.

12. Gynécologie

Dans notre étude, les jeunes femmes diplômées réalisaient leur suivi gynécologique auprès de leur médecin traitant alors que les femmes diplômées depuis plus d'une dizaine d'année étaient suivies par un (e) gynécologue. Ces résultats non retrouvés dans d'autres études peuvent s'expliquer par la démocratisation des professionnels de santé et notamment des gynécologues dont la capacité a disparu en 1987 car la spécialité n'était pas reconnue en Union Européenne. En 2003, la formation des gynécologues médicaux reprend via le DES de gynécologie médicale, cependant, beaucoup moins de professionnels sont formés. (34)

Notre étude mettait en évidence qu'un des motifs de consultation des médecins femmes était la gynécologie. Elles semblaient globalement à jour de leur frottis réalisé par leur médecin traitant ou leur gynécologue. LE ROY-VIATOR L. (33) a étudié la santé des médecins généralistes à travers le dépistage du cancer du col chez les médecins généralistes franciliennes. Sa thèse mettait en évidence que « Le fait d'avoir déclaré ou non un médecin traitant (autre que soi-même) n'est pas un critère influençant le suivi gynécologique des femmes médecins ($p > 0,05$). » Concernant la répartition des soignants réalisant le suivi gynécologique des médecins : « 84,2% des médecins ont déclaré se faire suivre sur le plan gynécologique. [...] La grande majorité d'entre elles (81,8%) était suivie par un gynécologue, 6,7% par une sage-femme et 7,9% par un médecin généraliste. Cinq femmes avaient un double suivi. » et « Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre le professionnel de santé qui a réalisé le dernier frottis (et qui assure le suivi gynécologique dans la majorité des cas) et l'observance des femmes médecins par rapport à leur dépistage ($p > 0,05$). »

Enfin, en termes de fréquence du dépistage : « le taux de dépistage, tout âge confondu, des femmes médecins [...] est plus élevé que les femmes de la population générale. »

Cette assiduité des femmes médecins au dépistage par frottis cervico-utérins, auprès de leur médecin traitant mais surtout gynécologue laisse penser que ces professionnels peuvent avoir un rôle à jouer dans la santé des médecins sur un plan plus global à l'occasion de ces consultations.

13. La problématique de l'arrêt de travail

Dans notre étude, les médecins libéraux avaient souvent renoncé à s'arrêter, ils prenaient sur leurs congés personnels. La plupart ne connaissait pas ou mal la législation en cas d'arrêt de travail pour un médecin libéral. Ils n'envisageaient pas avoir besoin d'un arrêt de travail.

La problématique de l'arrêt de travail chez les indépendants est connue et souvent discutée. Dans l'enquête du CNOM (18), « plus de 40% ont déjà renoncé à s'arrêter alors que leur état de santé le justifiait, principalement par crainte de désorganiser le service dans lequel il travaille ou à cause des difficultés rencontrées pour trouver un remplaçant. » La problématique est différente mais existe également chez les professionnels salariés.

A propos de l'arrêt de travail, on retrouvait dans la thèse de JORET C. (7) la problématique financière chez les libéraux, la difficulté pour trouver un remplaçant, la méconnaissance de la couverture sociale,... Les médecins travaillaient le plus longtemps possible. « il est plus facile de s'arrêter au sein d'un cabinet de groupe car les collègues peuvent absorber le surplus de patients. Dès qu'on exerce seul, et/ou qu'il s'agit d'un arrêt longue durée, une condition s'impose, trouver un remplaçant et on se confronte alors à leur manque. Le problème des remplaçants apparaît au premier plan, vient ensuite le problème financier, même si pour certains celui-ci ne semble pas présenter un frein, pour d'autres il est susceptible d'engendrer des frais énormes. Plusieurs d'entre eux arrivent donc à la conclusion que l'exercice libéral pousse les gens à continuer à travailler là où d'autres se seraient déjà arrêtés. »

14. A propos de la prévention

Notre étude mettait en évidence la quasi-inexistence de prévention chez les médecins n'ayant pas de médecin traitant déclaré. Un résultat similaire était retrouvé dans la revue de littérature intitulée *Doctors as patients : a systematic review of doctors'health access and the barriers they experience* (19), où était mis en évidence que les médecins ayant un médecin traitant étaient effectivement plus susceptibles de recevoir des soins préventifs. Cependant, avoir un médecin traitant n'assurait pas toujours une meilleure santé ce qui s'entend puisque les individus ne sont pas égaux en ce sens, selon leur patrimoine génétique, l'environnement auquel ils sont exposés,...

Il semble intéressant de signaler qu'une étude allemande (17) s'intéressant à la prévalence de la déclaration d'un médecin traitant et aux facteurs associés avait mis en évidence que la maladie chronique était un facteur faisant choisir un médecin traitant, cependant le lien entre maladie chronique et médecin traitant n'était pas clair : la maladie était-elle la conséquence du choix d'un

médecin ou le fait d'avoir un médecin était-il associé à un meilleur dépistage de pathologie chronique ? Cette question serait intéressante à étudier. Notre étude retrouvait principalement un médecin pour qui la maladie avait déclenché la procédure de choix mais par ailleurs les médecins qui étaient leur propre médecin traitant semblaient bénéficier de moins de mesure de prévention que les autres.

15. Changement générationnel

Nous avons discuté à plusieurs reprises dans notre étude d'un effet générationnel traduisant un changement global lié à l'âge des habitudes des médecins en termes de santé pour eux-mêmes. Les médecins de notre étude discutent ce changement des mentalités et une vision différente de la profession. Dans le cadre de l'enquête sur la santé des étudiants et jeunes médecins (35), plus d'un participant sur deux a déclaré avoir un médecin référent soit 2,1 fois de plus que pour les médecins inscrits au tableau de l'ordre ; effet générationnel ou lié au statut d'étudiant ?

A propos des étudiants, MARRA D. écrivait dans les *15 mesures du bien-être en santé* (36) « Vivre ses études puis sa profession comme un sacerdoce est remis en cause, d'autant plus que les conditions de l'exercice médical rencontrées dans les hôpitaux sont plus difficiles. » Cela illustre en partie le changement global des maturités.

JORET C. (7) mentionnait « nombre de thèses de médecine générale abordant le problème de la santé du médecin généraliste sous différentes formes (on recense une trentaine de thèses ces dix dernières années) ce qui montre combien la nouvelle génération se préoccupe de son avenir personnel aussi bien que professionnel ».

Malgré cela, dans la thèse de JORET C. (7), il semblait qu'il n'y avait pas de différence de prise en charge selon l'âge du médecin. « L'âge du médecin interviewé ne change en rien la façon de se prendre en charge. On aurait pu croire qu'avec le temps et le travail de sensibilisation, les jeunes médecins auraient davantage le réflexe de désigner un confrère or, dans cet échantillon, l'effet « âge » ne se ressent pas ».

Pourtant ces changements semblent être décrits à l'échelle nationale, le constat de l'évolution de la médecine avec des malades plus lourds, des prises en charges de plus en plus ambulatoires et une pression hospitalière avec des environnements compliqués sont sources de mal-être au travail (37). Le CNOM annonce dans son rapport souhaiter « permettre aux médecins de retrouver du temps médical au service de leurs patients, qui est la première de leur demande ; il nous faut faire émerger

une nouvelle pratique médicale, qui permette aux médecins de bâtir leur carrière et de redonner du sens à leur métier. »

De son côté, Marisol TOURAINE lançait en décembre 2016 la stratégie nationale de la qualité de vie au travail composée d'un volet pour les professionnels travaillant dans secteurs médicaux, paramédicaux et psychosociaux en hospitalier (38) et un second volet dédié aux libéraux.

Dans ces rapports est donc discuté la qualité de vie au travail (QVT) , inspirée notamment de travaux canadiens (39). Ils mettent en évidence l'importance de la notion d'équipe dans le cadre de l'activité des professionnels de santé, la nécessité d'une cohérence globale entre le système, les établissements et les équipes, la recherche de la satisfaction des motivations profondes des agents (argent, évolution, travail accompli de manière satisfaisante).

Les déterminants de la qualité de vie au travail étaient résumés dans le schéma ci-dessous :

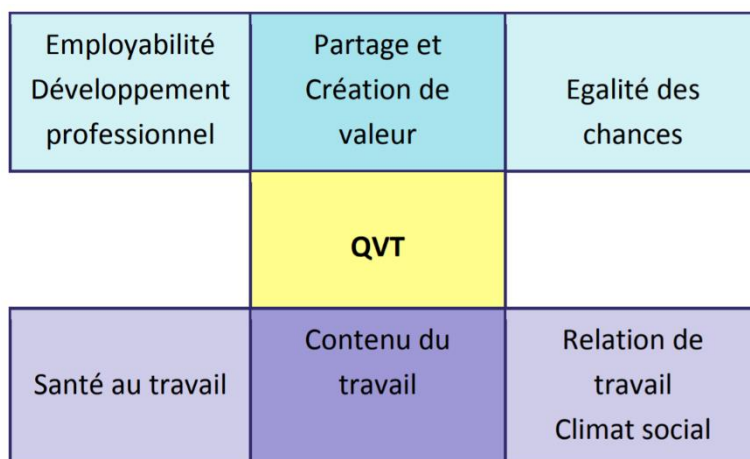


Figure 4 : Les déterminants de la qualité de vie au travail – Schéma issu de la commission pour la qualité de vie au travail dans les établissements médico-sociaux (EHPAD et établissements accueillant des personnes handicapées) (2)

Dans une étude qualitative londonienne parue dans le *BMJ online* en 2016 (26) étudiant les croyances et attitudes de médecin séniors concernant la maladie mentale dans la profession médicale, un changement générationnel était également mis en évidence et attribué aux évolutions de la formation, une plus grande importance apportée à la qualité de vie et aux changements du système notamment le temps de travail, les congés qui protégeaient les médecins de l'épuisement professionnel et du stress.

16. La souffrance au travail

16.1. Fréquence de la souffrance au travail

Dans notre étude, alors que nous évoquions le thème de la santé des médecins qui se voulait être vaste, plusieurs médecins avaient spontanément abordé le problème de la souffrance au travail qui leur semblait lié.

De la même manière l'enquête du CNOM (18) de 2018 intitulée *La santé des médecins : un enjeu majeur de santé publique Du diagnostic aux propositions* est particulièrement éclairante dans ce domaine : sur les 10822 répondants, un quart ont déclaré être en mauvaise (22%) ou moyenne (3%) santé. Dans l'enquête sur la santé des étudiants et jeunes médecins (35), c'est un quart des répondants qui évaluait sa santé comme étant moyenne ou mauvaise.

16.2. Des facteurs favorisants identifiés

Dans notre étude, les médecins identifiaient spontanément l'activité isolée et la forte demande de soins comme facteurs favorisants un burn-out. Cela s'inscrit dans la lignée des travaux sur la qualité de vie au travail réalisés à l'échelle nationale (19, 20, 21). Agnès BUZYN disait (40) « Le sens que l'on trouve dans notre travail fonde notre engagement. Il est le moteur de notre action pour faire vivre une médecine humaine et humaniste ».

Le Modèle de KARASEK et THEOREL illustré par le schéma ci-dessous illustre les effets de l'autonomie et l'exigence assimilable à la forte demande au travail. En effet l'épanouissement se fait au mieux lorsque le médecin peut développer son activité en bénéficiant d'une forte autonomie et d'exigence fortes, cela dans un équilibre fragile.

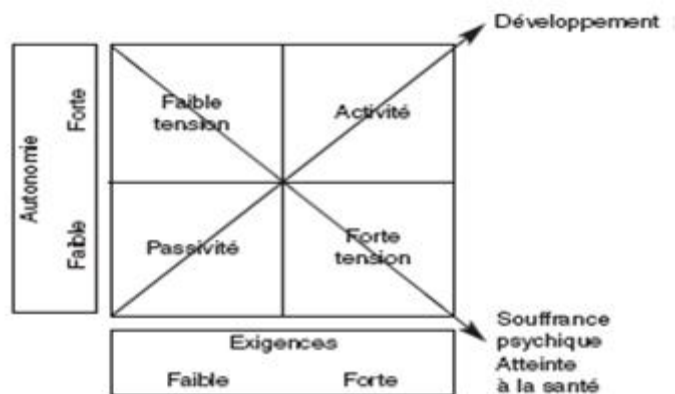


Figure 5 : Modèle bidimensionnel de KARASEK (3), Schéma issu de la commission pour la qualité de vie au travail dans les établissements médico-sociaux (EHPAD et établissements accueillant des personnes handicapées) (2)

17. Les propositions

17.1. Possibilité ou non d'être son propre médecin traitant ?

Ne pas pouvoir être son propre médecin était discuté dans notre étude même si globalement les médecins, qu'ils soient ou non leur propre médecin traitant s'accordaient à dire que le format obligation ou interdiction ne serait probablement pas bénéfique. On retrouvait cette idée dans la thèse de JORET C. (7) C'est également une pratique commune en Australie où les médecins sont obligés de consulter un confrère : la loi interdit aux médecins de se faire une ordonnance. Au Québec, l'autoprescription est limitée. Cette solution avait été discutée et plutôt réfutée par nos participants pour qui une consultation régulière semblait pertinente. On retrouve également cette idée dans la stratégie nationale pour la qualité de vie au travail (15, 16, 17).

17.2. Soutien et soins dédiés aux professionnels de santé

À la suite de la stratégie nationale, se sont déployées les possibilités d'appels anonymes et gratuits sur plusieurs plateformes : l'association SPS (41) mais également au sein des URML (Unions Régionales des Médecins Libéraux). Pour la Normandie, un numéro d'appel est dédié aux professionnels de santé 24 heures sur 24 : 06 08 282 589(42). L'URML Bretagne dispose également d'un numéro, elle propose également des consultations anonymes et gratuites dédiées aux professionnels de santé(43), à l'image des consultations de prévention dédiées aux salariées, avec également une évaluation psychique à l'issue du bilan complet. Dans sa thèse, JORET C. (7), expliquait l'importance de ne pas négliger le suivi psychologique du médecin « c'est une chose de s'occuper de la santé physique du médecin, ce qu'ils estiment pouvoir faire assez facilement au final, mais la prise en charge des difficultés psychologiques soulève beaucoup de questions ».

17.3. Une médecine préventive pour les indépendants ?

Effectivement, plusieurs médecins de notre étude déploraient l'absence d'une médecine du travail dédiée aux professionnels de santé libéraux voire même aux indépendants. L'enquête de 2018 du CNOM (18) retrouvait qu'au cours des deux dernières années, un tiers des étudiants et/ou jeunes médecins avait rencontré la médecine du travail ou universitaire. Plus l'étudiant évoluait dans sa formation moins il rencontrait la médecine universitaire ou du travail. À titre illustratif, les post-

internats et jeunes professionnels ont déclaré à 22% avoir rencontré la médecine du travail ou universitaire au cours des deux dernières années alors qu'ils sont 47% en deuxième cycle. Cependant, ce sont les étudiants du deuxième cycle qui se déclarent en moins bonne santé. Si le suivi semble nécessaire à instaurer afin de dépister des troubles psychologiques ou somatiques, il ne semble pas améliorer l'état de santé entre deux populations différentes.

Dans notre étude, la place de la médecine du travail ainsi que l'utilité d'un médecin spécialiste de la santé des médecins étaient discutées. La stratégie nationale de la qualité de vie au travail pour les professionnels de santé libéraux (38) le gouvernement proposait d'Influencer à avoir son propre médecin traitant. Dans la continuité de « Dis doc, t'as ton doc ? » (44), campagne de sensibilisation menée par la commission SMART (Santé des Médecins Anesthésistes Réanimateurs au Travail) du collège français des anesthésistes réanimateurs, menée vers les étudiants et les professionnels de santé pour les inciter à prendre un médecin traitant et écarter les tentations d'autodiagnostic et d'automédication. Concernant la prévention, l'Assurance Maladie étudie les modalités d'accès aux soins de dépistage et prévention pour les médecins afin d'étendre à d'autres territoires et professionnels de santé.

17.4. Organisation du travail : peut mieux faire ?

Peu étudiée dans notre étude, il existait une question « d'ergonomie » et « organisation du travail », afin que chaque professionnel trouve son adéquation, son équilibre entre ce qu'il fait, ce qu'il y a à faire par la demande et ce qu'il faut faire. La FCASS (Fondation Canadienne pour l'Amélioration des Services de Santé) illustre ces propos à travers le schéma ci-dessous. Ainsi la santé du professionnel de santé est étroitement liée à la santé du système et vice-versa.



Figure 6 : Les six leviers de la FCASS de l'amélioration des services de santé (4)

Un exemple de l'optimisation du temps de travail pourrait être de regrouper les visites par secteur afin de limiter les déplacements (45), proposé par LEGRAND J. dans son site internet pour le *développement durable au sein du cabinet médical*.

Les médecins de notre étude discutaient aussi de l'ergonomie au travail notamment en termes d'organisation du temps de travail. Cela est proposé par l'association MOTS (5) (Annexes 7 et 8) dans laquelle un « médecin-effecteur exerce un métier spécifique et nouveau, celui d'un médecin accompagnant d'autres médecins dans une démarche d'amélioration de leur vécu médico-professionnel et personnel, à travers une analyse réflexive de leur organisation de travail et l'orientant si nécessaire vers un réseau à visée thérapeutique dans une dimension de promotion de leur santé globale. ».

A un échelon supérieur, celui des établissements de santé, des financements vont être alloués suite à la concertation Ma Santé 2022 (46): « Dès 2019, les établissements hospitaliers recevront un financement accru pour favoriser la qualité. L'enveloppe allouée sera portée à 300 millions d'€ contre 60 millions d'€ aujourd'hui. »

17.5. Rompre l'isolement

Les médecins hospitaliers semblaient dire que l'isolement, la solitude étaient des facteurs de risque de burn-out. L'exercice de groupe semble en effet bénéfique pour le médecin et le patient. Troisième engagement du Pacte Territoire Santé (47), il est étendu dans *Ma Santé 2022* avec notamment les CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) (46). Les regroupements professionnels sont un élément déterminant pour rompre l'isolement et favoriser la qualité de vie au travail, que ce soient les équipes de soins primaires (comme les MSP et les centres de santé), les cabinets de groupe ou les CPTS permettant aux professionnels de se réunir au niveau d'un territoire de proximité pour faire aboutir leurs projets.

17.6. Autodépistage du mal-être professionnel ?

Quant au dépistage par le médecin-patient lui-même du mal-être au travail, on retrouvait différentes positions dans notre étude : pour certains médecins, leur formation leur permettrait de savoir si eux-mêmes n'allaient pas bien, ils n'auraient qu'à se prendre en charge, alors que pour d'autres, il y avait un risque de déni et de retard diagnostique. JORET C. (7) posait la question du dépistage du mal-être et de la formation personnelle à l'autodépistage. Dans le guide intitulé *Risques psychosociaux des internes, chefs de cliniques et assistants (médecine, pharmacie et odontologie)* réalisé en 2017 par la

DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins), nous constatons que le diagnostic ou la prise de conscience ne sont pas évidents « la personne peut ne pas ressentir de manière précoce les effets négatifs des risques psychosociaux qui peuvent être insidieux. Il n'y aura donc dans ce cas pas forcément de plainte spontanée ou lors d'un entretien. Une modification du comportement peut alors être le seul signe même si toute modification de comportement ne révèle pas systématiquement un mal-être », « doivent attirer l'attention :

- plaintes de patients sur la qualité des soins,
- courriers de sortie réalisés avec un délai important,
- entrées non vues,
- erreurs minimales ou plus graves
- changements fréquents sur le tableau de garde
- plaintes des collègues de l'équipe médicale ou paramédicale
- absentéisme ou présentéisme
- augmentation des accidents de travail
- agressivité, hypersensibilité, pleurs
- propos cyniques inhabituels
- apparition d'un désinvestissement, isolement, perte de confiance ».

Il existe des questionnaires spécifiques d'aide au diagnostic ou d'évaluation d'intensité spécifiques de symptômes comme le *Oldenbourg Burnout Inventory*, le *Copenhagen Burnout Inventory*, le *Shirom Melamed Burn-out Measure* et le *Burnout Measure de Pines*.

Cependant, ces questionnaires sont difficiles à utiliser en autonomie car le résultat de certains n'a aucune valeur individuelle et n'est utilisé qu'en étude de population. De plus, il est préférable d'accompagner le patient à la réception du résultat. Par ailleurs, les résultats issus des questionnaires ne suffisent pas pour orienter vers une prise en charge.

17.7. L'information et la formation

Dans notre étude, nous proposons également d'informer les futurs médecins des spécificités et risques inhérents à leur métier.

Parmi les trois axes d'action de la stratégie pour la qualité de vie au travail pour les professionnels libéraux (38) était le développement d'une formation initiale et continue à propos de la santé au travail et des risques psycho-sociaux.

Est mentionné dans le rapport de la DGOS (48) « L'importance des effets psychologiques, physiques et sociaux du stress et leurs conséquences en termes de santé publique justifient pleinement l'intégration de cette problématique dans les programmes de formation initiale et continue. [...] Une

meilleure connaissance des mécanismes physiopathologiques, des symptômes et des prises en charges efficaces participera à la sensibilisation des futurs praticiens vis-à-vis de cette problématique et à l'amélioration de la prise en charge des patients concernés. »

L'académie nationale de médecine le préconise également dans son rapport de 2016 (49) « Une priorité doit être donnée aux maladies dites de société (complications somatiques et psychiques du stress) dans les programmes de formation des étudiants en médecine et de développement professionnel continu des professionnels de santé. »

L'ISNAR-IMG (Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale) préconise également la formation des internes aux problématiques des risques psychosociaux (50) au cours de journées de formation dans différentes structures prenant en charge des malades atteints de pathologies psychiatriques et psychologiques.

IV. Conclusion

Aujourd'hui, en France, il existe un paradigme : nous bénéficions à la fois d'un des meilleurs systèmes de santé au monde, efficace et efficient, cependant, les acteurs qui le font fonctionner sont en souffrance. Cela ne date pas d'aujourd'hui comme le disait en 1976 STELLMAN J.-M. (51) « Si vous vous êtes jamais demandé comment des individus arrivent à travailler avec des malades en restant eux-mêmes en bonne santé...la réponse est qu'ils ne peuvent pas. »

Par ailleurs, nous rencontrons actuellement un problème de démographie médicale avec une carence en professionnels de santé. Ces deux éléments semblent rendre difficile la pérennité de notre système. A l'image d'une équipe de sportif dans laquelle les joueurs sont blessés, peut penser que si les professionnels qui font fonctionner le système de santé se portent mal, alors le système de soins ira mal également.

Dans notre étude, nous avons mis en évidence le besoin de soins et de prendre soin de soi des professionnels de santé qui constataient surtout jouir d'une moins bonne prise en charge que la population générale malgré un accès aux soins facilité parfois dû à leur réseau professionnel, cependant cela n'était pas toujours bénéfique pour leur propre santé.

Si GALAM E. disait (52) « les médecins croient être légitimes à ne pas se soigner. Il y a un vrai blocage culturel. Le fait que les soignants se pensent invulnérables, indestructibles fait partie de ce qu'on appelle le curriculum caché. C'est le processus qui transforme les gens en médecins, qui les fait passer de l'autre côté du bureau », il semblait néanmoins y avoir un changement, en partie générationnel, à la manière de prendre soin de sa santé. Les médecins les plus jeunes avaient davantage un médecin traitant déclaré qui n'était pas eux-mêmes que les médecins plus âgés. Les médecins hospitaliers avaient quasiment tous un médecin traitant qu'ils consultaient.

Il serait intéressant d'étendre cette étude à des médecins d'autres spécialités afin de constater si le recours au médecin traitant se fait davantage lorsque le domaine de compétence est éloigné de leur pratique. Les résultats semblaient aller dans ce sens dans notre étude entre hospitaliers et libéraux. Cependant on peut également imaginer que le rythme de travail très dense est un frein à consulter un médecin, il serait donc pertinent de chercher à le confirmer dans un travail complémentaire.

Un autre évènement inattendu et marquant de cette étude était l'influence sur la perception de leur santé des médecins de côtoyer des confrères malades. Nous l'avons exploré assez brièvement mais il serait intéressant de s'y attarder davantage. Les médecins semblaient également dépourvus devant

le mal-être de leurs confrères et ne savaient pas toujours quelle attention ils devaient y prêter. A ce sujet, l'article 56 du code de déontologie médicale (53) dit « Les médecins se doivent assistance dans l'adversité. » Le CNOM ajoute dans les commentaires : « Au-delà d'une obligation morale, l'assistance aux confrères dans l'adversité est aussi une obligation déontologique et confraternelle ; le terme adversité devant être entendu au sens large englobant les difficultés de santé, matérielles, morales, sociales et professionnelles. » Cela constitue une autre piste intéressante à étudier.

Nous finirons sur cette citation de ROMAN S. et PREVOST C. issue du livre *La Santé des médecins état des connaissances et approches préventives au Québec*.

« Encore aujourd'hui, la culture médicale encourage les médecins à prioriser leur travail au détriment de leurs besoins. Ceci entretient la fausse croyance que le fait de prendre soin de soi s'oppose à l'altruisme. Pourtant, le bien-être du médecin est nécessaire au maintien de son engagement professionnel, de sa compassion, de sa compétence à long terme. Le dogme du sacrifice de soi est une notion à courte vue et est voué à l'échec. Il faut plutôt reconnaître que prendre soin de sa santé est une condition essentielle pour être médecin. On doit encourager les soignants à entretenir des liens personnels et professionnels pour développer un réseau de soutien efficace pour faire face aux défis de la pratique médicale... Une réorientation du modèle pathologique vers un modèle de bien-être et de résilience pourrait constituer la pierre angulaire d'un projet visant à promouvoir et à maintenir la santé des médecins en tant qu'individus et, ultimement, la vitalité de la profession ».

Bibliographie

1. FARINA H, LE ROY R. Vulnérabilité des professionnels de santé [Internet]. STETHOS, Asso SPS; 2016 oct [cité 10 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.asso-sps.fr/assets/stethos-international---phciens-vuln%C3%A9rabilit%C3%A9s-des-pds---rapport---10.2016-version-26.10.16.pptx>
2. Secrétariat d'état chargé des personnes handicapées. Commission pour la qualité de vie au travail dans les établissements médico-sociaux (EHPAD et établissements accueillant des personnes handicapées) - Synthèse des travaux [Internet]. 2017 [cité 20 juin 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_travaux_commission_qvt_en_ems.pdf
3. VAN WASSENHOVE W. Modèle de Karasek [Internet]. 2014 [cité 15 mai 2019]. Disponible sur: https://hal-mines-paristech.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/875731/filename/modele_de_karasek.pdf
4. FCASS. Accélérer l'amélioration des services de santé : Outil d'évaluation de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé [Internet]. 2014 [cité 22 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.cfhi-fcass.ca/Libraries/Documents/Self-Assessment-Tool-2014-F.sflb.ashx>
5. MOTS. Guide pratique d'analyse psychosociale et ergonomique de son exercice professionnel [Internet]. 2019 [cité 10 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.association-mots.org/wp-content/uploads/sites/4204/2017/06/guide-pratique-autoanalyse.pdf>
6. GALLICE L. La santé des médecins généralistes libéraux français à partir d'une étude de la littérature de 2003 à 2013 [Internet] [Thèse d'exercice Médecine]. Toulouse; 2014 [cité 16 déc 2018]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/442/1/2014TOU31017.pdf>
7. JORET C. Quelle perception le médecin généraliste a-t-il de sa propre santé, quel rapport a-t-il vis-à-vis de la maladie ? : étude qualitative auprès des médecins généralistes normands [Thèse d'exercice]. Caen Normandie, UFR Santé; 2017.
8. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie [Internet]. JORF n°0190 17082004 p. 14598. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158&categorieLien=id>
9. OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE DES PAYS DE LA LOIRE, UNION REGIONALE DES MEDECINS LIBERAUX DES PAYS DE LA LOIRE. Vie professionnelle, vécu du travail et état de santé des médecins généralistes des Pays de la Loire [Internet]. 2010 juin [cité 10 déc 2018]. Disponible sur: https://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2010panel1_v4_rapport.pdf
10. DUHAMEL G. Vie des Martyrs. 1917.
11. EL HAFDI S. Le ressenti des patients sur la consultation de médecine générale [Internet] [Thèse d'exercice Médecine]. Amiens; 2016 [cité 16 déc 2018]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01364880/document>
12. GROUPE R, WENSING M. Patient evaluate general / family practice the EUROPEP instrument 2000 [Internet]. [cité 16 déc 2018]. Report No.: ISBN: 90-76316-11-2. Disponible sur: <http://test.equam.ch/wp->

content/uploads/2018/01/Grol_Wensing_2000_The_EUROPEP_Instrument_EQUIP_WONCA.pdf

13. Article 41, loi du 19 mars 1928 portant ouverture et annulation de crédits sur l'exercice de 1927 au titre du budget général et des budgets annexes. mars 19, 1928.
14. CNOM. Article 8 [Internet]. Code de déontologie médicale. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-generaux-medecins-art-2-31/article-8-liberte-prescription>
15. POUILLARD J. L'automédication : Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins [Internet]. 2001 [cité 10 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/automedication.pdf>
16. DE MONTAIGNE M. Essais. 1572.
17. SCHULZ S, EINSLE F, SCHNEIDER N, et al. Illness behaviour of general practitioners—a cross-sectional survey. *Occupational Medicine*. 3 oct 2016;(67):33-7.
18. CNOM, BOUET P, MORALI J. La santé des médecins : un enjeu majeur de santé publique Du diagnostic aux propositions [Internet]. 2018 [cité 12 déc 2018]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_rapport_sante_des_medecins.pdf
19. KAY M, MITCHELL G, CLAVARINO A, et al. Doctors as patients : a systematic review of doctors' health access and the barriers they experience. *British Journal of General Practice*. 1 juill 2008;(58):501-8.
20. CHAPUSOT-FILIPOZZI J. Attitude du médecin généraliste vis-à-vis de la prise en charge de sa santé : étude qualitative auprès de 15 médecins généralistes lorrains. [Internet] [Thèse d'exercice Médecine]. Nancy; 2012 [cité 21 mars 2019]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2012_CHAPUSOT_FILIPOZZI_JULIE.pdf
21. GALAM E. Le soignant patient : quelles spécificités ? MACSF [Internet]. juin 2017 [cité 22 avr 2019];(66). Disponible sur: <https://www.macs-f-exerciceprofessionnel.fr/Reglementation-et-actualite/Ethique-medicale-societe/sante-soignants-sujet-tabou>
22. Galam E. Soigner les médecins malades Première partie: un patient (pas tout à fait) comme les autres. *Médecine*. 2013;9(9):420-3.
23. DUQUENNE L. Attitude et ressenti des médecins généralistes soignants leurs confrères : étude qualitative [Internet] [Thèse d'exercice Médecine]. Amiens; 2018 [cité 13 mars 2019]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02115522/document>
24. BOLTANSKI L. Les usages sociaux du corps. 1971;205-33.
25. SFMG. Les diagnostics les plus fréquents [Internet]. 2009 [cité 23 avr 2019]. Disponible sur: <http://omg.sfm-g.org/content/donnees/top25.php#>
26. BIANCHI EF, BHATTACHARYYA MR, MEAKIN R. Exploring senior doctors' beliefs and attitudes regarding mental illness within the medical profession: a qualitative study. *BMJ Open* [Internet]. 16 sept 2016 [cité 26 juin 2019]; Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5030586/>
27. LE QUINTREC T. Le suivi médical des étudiants en troisième année de diplômes d'études spécialisées (DES) de médecine à la faculté d'Angers (49) [Internet] [Thèse d'exercice

Médecine]. Angers; 2013 [cité 12 avr 2019]. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20096569/2013MCEM670/fichier/670F.pdf>

28. LABELLE G. Etude de l'autoprescription médicamenteuse chez les médecins généralistes de Rhône-Alpes [Thèse d'exercice Médecine]. Lyon 1; 2013.
29. WINCKLER M. La maladie de Sachs. 1998.
30. FALISSARD B. La santé des médecins : quelques éléments de discussion à partir d'une analyse textométrique de la littérature. Bull Acad Natle Méd. 27 sept 2016;(no 7):1351-62.
31. LERICHE B. Le médecin malade [Internet]. 2008 [cité 10 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/lemedecinmaladesynthese.pdf>
32. PORTALIER GAY D, FLORI M-F. Les médecins: des patients comme les autres [Thèse d'exercice Médecine]. Lyon 1; 2008.
33. LE ROY-VIATOR L. Santé des médecins généralistes : dépistage du cancer du col de l'utérus chez les médecins généralistes franciliennes (Enquête quantitative sur le dépistage par frottis cervico-utérin et ses freins) [Internet] [Thèse d'exercice Médecine]. Sorbonne; 2018 [cité 26 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/TheseLiseLeroy-Viator.pdf>
34. BORVO COHEN-SEAT N. Risque de disparition de la gynécologie médicale - Question orale n° 1343S de Mme Nicole Borvo Cohen-Seat (Paris - CRC-SPG) publiée dans le JO Sénat du 19/05/2011 - [Internet]. mai 19, 2011 p. page 1281. Disponible sur: <https://www.senat.fr/questions/base/2011/qSEQ11051343S.html>
35. ANEMF, ISNAR-IMG, ISNI, et al. Enquête Santé Mentale des Jeunes Médecins [Internet]. 2017 [cité 12 déc 2018]. Disponible sur: https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/ESMJM_Dossier_de_presse.pdf
36. MARRA D. 15 mesures pour le bien-être des étudiants en santé [Internet]. 2018 [cité 12 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/lemedecinmalade.pdf>
37. MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail [Internet]. 2016 déc [cité 20 juin 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_qvt_05122016.pdf
38. MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail - Prendre soin de ceux qui soignent - second volet consacré aux professionnels exerçant en ambulatoire [Internet]. 2017 mars [cité 12 mars 2019]. Disponible sur: https://www.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-04/2017-03-20_qvt_ambulatoire.pdf
39. SECRETARIAT D'ETAT CHARGE DES PERSONNES HANDICAPEES, MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Stratégie pour favoriser la qualité de vie au travail en établissements médico-sociaux - « La Qualité de vie au travail pour un accompagnement de qualité » [Internet]. 2018 juin [cité 12 févr 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_qvt_ems.pdf
40. HAS. La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins - Expérimenter, c'est imaginer [Internet]. 2017 sept [cité 12 mars 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-11/acte__colloqueqvt_2017.pdf
41. Association SPS [Internet]. [cité 12 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.asso-sps.fr/>

42. URML Normandie. L'Antenne Normande d'Aide aux médecins est accessible par téléphone 7jour/7 et 24h/24 pour répondre aux médecins et étudiants en médecine en difficulté ou en situation d'épuisement professionnel [Internet]. 2019 [cité 26 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.urml-normandie.org/wp-content/uploads/2019/05/Sant%C3%A9-medecin-CP-mai-2019-v02.pdf>
43. URML Bretagne [Internet]. Disponible sur: <https://www.urpsmlb.org/sur-le-terrain/sante-des-medecins/>
44. SMART. Dis doc, t'as ton doc? [Internet]. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé; 2016 [cité 12 déc 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/dis-doc-t-as-ton-doc-une-campagne-pour-prendre-soin-de-ceux-qui-soignent>
45. LEGRAND J. Santé durable [Internet]. 2018 [cité 26 juin 2019]. Disponible sur: <http://santedurable.net/>
46. MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Ma Santé 2022 un engagement collectif - Dossier de presse [Internet]. 2018 sept [cité 28 juin 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf
47. MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Engagement 3 : Favoriser le travail en équipe, notamment dans les territoires ruraux et périurbains [Internet]. 2015 nov [cité 10 déc 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/pts/les-10-engagements-du-pacte-territoire-sante/article/engagement-3-favoriser-le-travail-en-equipe-notamment-dans-les-territoires>
48. DGOS. Risques psychosociaux des internes, chefs de cliniques et assistants (médecine, pharmacie et odontologie) [Internet]. 2017 févr [cité 21 mai 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_guide_risques_psychosociaux_280217.pdf
49. OLIE J-P, LEGERON P. Rapport de l'Académie Nationale de Médecine sur le Burn-Out [Internet]. 2016 févr [cité 23 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2016/02/26-fev-2016-RAPPORT-ACADEMIE-Burn-out-V3.pdf>
50. ISNAR-IMG. Formation des futurs généralistes en Santé Mentale - Synthèse de la commission éphémère de l'ISNAR-IMG Mai -Juin 2018 Adoptée par le Conseil d'Administration à Rennes 8 - 10 Juin 2018 [Internet]. [cité 23 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/180610-Formation-en-Sant%C3%A9-Mentale-Synth%C3%A8se-de-la-CE-de-IISNAR-IMG-Adopt%C3%A9e-CA-Rennes.pdf>
51. STELLMAN J-M. Occupational Health & Safety. 1976.
52. NAPOLIER F. Médecins, mais pourquoi ne vous soignez-vous pas ? Egora news [Internet]. 21 avr 2015 [cité 10 avr 2019]; Disponible sur: <https://lesgeneralistes-csmf.fr/2015/04/21/medecins-mais-pourquoi-ne-vous-soignez-vous-pas/>
53. CNOM. Art 56 du code de déontologie médicale, article R.4127-56 du code de la santé publique [Internet]. févr 18, 2019. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/rapport-medecins-membres-professions-sante-art-56-68-1/article-56-confraternite>

Annexe 1 : Le guide d'entretien

Bonjour, je m'appelle Agnès je finis mon internat en mai et je fais une thèse sur les consultations des médecins chez leur médecin traitant.

Comme je vous avais demandé par téléphone l'entretien est enregistré. A la fin je vous poserai des questions pour l'anonymiser. Je peux vous l'envoyer une fois qu'il sera rédigé si vous le souhaitez. Le but de cet entretien est de converser avec vous sur ce sujet sans jugement de valeur de ma part. Je souhaite savoir comment vous avez choisi votre médecin traitant ?

- Qu'est-ce qui vous a fait choisir Dr X comme médecin traitant ? (affinité, pas connu avant, proximité géographique, inconnu géographique)
- Est-ce que vous auriez pu choisir quelqu'un avec qui avez des affinités comme médecin traitant ou plutôt quelqu'un que vous ne connaissiez pas avant ?
- Est-ce que vous auriez pu choisir un spécialiste comme médecin traitant ? Pour quelles raisons ?

Parler des problèmes de santé : avez-vous des problèmes de santé ?

- Est-ce que vous avez des antécédents médico-chirurgicaux ?
- Comment avez-vous vécu le passage au statut de patient ?
- Se retrouver de l'autre côté dans la relation de soin, ça n'a pas dû être évident ?

Pratiquez-vous l'autoprescription ou jamais ?

- Dans quels cas ?
- Quels sont d'après vous les risques de l'autoprescription ? L'autoprescription comporte-t-elle des risques d'après vous ?

S'ils sont leur propre médecin traitant :

- Y-a-t-il des pathologies pour lesquels vous iriez voir un confrère à propos de votre santé ? Et les arrêts de travail ? L'administratif ? Le frottis cervico-vaginal pour les femmes ? 2^{ème} avis ? Pathologie aigue, grave ou chronique ? La nécessité de réaliser des examens complémentaires ?
- Pour quelles raisons avez-vous choisi d'être votre propre médecin traitant ? (pas confiance, pas besoin, plus pratique, pas de problème de santé, problème de confidentialité)...

S'ils ont un médecin traitant :

- Allez-vous voir votre médecin traitant pour toutes vos pathologies ou parfois faites-vous de l'autoprescription ?
- Pourquoi ?
- A votre avis cela constitue-t-il un risque ?
- Faites-vous le bilan avant d'aller le voir où attendez-vous son expertise ? Pour quelle raison ?
- Les examens complémentaires, vous vous les prescrivez vous-même ? (Radio Scanner) ? Pourquoi ?
- Comment procédez-vous en cas de 2^{ème} avis ? pour le suivi d'une pathologie chronique ? D'une pathologie grave ?

Et durant les consultations quelles sont vos attentes face à vos connaissances médicales ?
Quelles informations médicales souhaitez-vous recevoir lorsque vous consultez ?

A votre avis, votre profession modifie-t-elle la relation de soin avec votre médecin ? La relation médecin - patient ?

- Comment percevez-vous votre consultation ? (patient comme un autre, échange entre pairs, avantage ? inconvénients ?)
- Votre profession de vous laisse-t-elle un patient comme un autre ?

Merci pour votre contribution et vos réponses. Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Annexe 2 : La grille d'entretien

Thèmes	Sous-thèmes
Critères de choix du médecin traitant	Affinité Pas connu avant, neutralité Proximité géographique Inconnu géographique, discrétion Médecin généraliste / autre spécialiste
	Propre médecin traitant (pas confiance, pas besoin, plus pratique, pas de problème de santé, problème de confidentialité)
Antécédents, problèmes de santé	Passage au statut de patient (vécu)
Autoprescription, automédication	Quand, pourquoi, quels pathologies, actes ? Risques ?
Actes, pathologies pour lesquels ils consultent ?	Renouvellements d'ordonnances, suivi de pathologie chronique, Actes non faisables soi-même, suivi gynécologique Administratif
Quel parcours de soins ?	Consultation directe Deuxième avis Après examens
Perception de la consultation	Échange entre pairs Avantage Inconvénient Patient comme un autre
Influences de la profession sur la relation de soin	Négatives : peur, honte, de consulter, déranger, ... Pas confiance, ne pas être traité pareil, être méprisé Perception : échange entre pairs ? traitement de faveur ? Ambiguïté des rôles ? Facilité de compréhension Positive : passe-droits, compréhension plus facile des infos et adaptation
Quelle relation souhaitée ?	Paternaliste ? Décision partagée ? ...
Attentes par rapport aux connaissances médicales	Informations, pas d'informations, patient comme un autre
Echange libre	

Annexe 3 : Le questionnaire d'anonymisation

Numéro d'entretien
 Sexe
 Hospitalier/ Salarié ou Libéral
 Installé ou remplaçant
 Type de structure
 Zone (urbaine semi-rurale ou rurale)
 Année de validation DES
 Thésé ou non

Annexe 4 : exemple d'analyse d'un entretien

N° de ligne	Citation	Thème	Sous-thème	Commentaire
9 à 12	que j'ai choi	choix du MT	proximité, recommandée,	déménagement induit cgt MT
5	14 j'ai toujours	(choix du MT	qqn d'autre, tjs	
6	18 bah...	en fai automédication	aigu, facile	
7	20 à 22	euh.. mais y motif de cs	peut pas faire, gynéco,	exmaen genou
8	24 donc en fait	motif de cs	peut pas faire soi-même	
9	25 . grosso mod	motif de cs	aigué qui se complique	
10	26 quelqu'un q	attente	recul sur soi, soigne différemment	
11	30 à 33	bha là j'ai, c'	motif de cs	échec propre PEC
12	33 Et du coup	er attente	lacher	
13	34 à 35	Non mais cer	parcours de soin du médecin	on peut traiter certaines choses, pas toutes
14	37 comme un dcs	MT	deuxième avis	
15	42 non. J'la	cor choix du MT	non connue	
16	42 Mais par	con choix du MT	recommandée	
17	44 ouais, des	c choix du MT	recommandée	
18	46 à 49	ah si j'avais..	choix du MT	pas connaissance perso
19	50 à 51	plutôt qqn di	choix MT	neutre pr recul
20	54 à 55	c'est ça (rire	motif de cs	compliqué, pas faisable par soi-même
21	57 à 59	ouais, exact	motif de cs	pas faisable soi-même
22	59 à 63	Donc tout ce	motif de cs	examens complémentaires, avis +- adaptation TT
23	65 ouais. Plu	tôt automédication		bactério viral classique..
24	67 à 68	mais le rest	objectif	ne pas prendre soi de sa propre santé
25	71 non. Non	jm explo		avis
26	72 à 76	Savoir si le	motif de cs	faire la part des choses

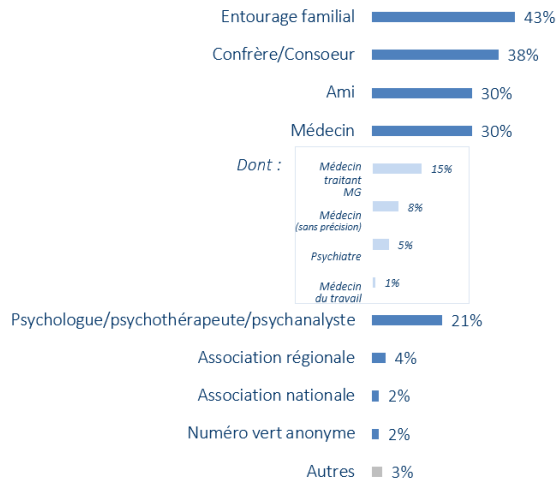
Annexe 5 : Grille d'anonymisation

N°	Sexe	Hospitalier ou Installé ou Remplaçant	Type de structure	Zone (urbaine semi rurale ou rurale)	Année de validation DES	Diplôme(s) complémentaire(s)	Durée entretien
1	F	hospitalier	hôpital	urbaine	2004	gériatrie	11'24
2	F	hospitalier	hôpital	urbaine	2007	gériatrie	8'36
3	F	hospitalier	hôpital	urbaine	2014	urgences	12'30
4	M	hospitalier	2 hôpitaux	urbaine	2017	urgences	5'30
5	M	hospitalier	hôpital et HAD	mixte	2005	gériatrie, soins palliatifs, douleur	27'12
6	F	hospitalier	hôpital	urbaine	2004	addictologie, tabacologie	25'07
7	H	installé	cabinet médical seul	urbaine	1985	ostéopathie, médecine du sport	44'09
8	F	installée	équipe de soins primaires	rural	1991		31'19
9	H	installé	cabinet médical de groupe	rural	2008		15'22
10	H	hospitalier	hôpital et CMP (Centre Médico Psychologique)	urbaine	2014	psychiatrie	34'37
11	F	installée	cabinet médical seul	rural	2002		14'02
12	F	installée	cabinet médical de groupe		2014		25'43
13	F	installée	cabinet médical seul	urbaine	1985		25'61
14	H	remplaçant	cabinets médicaux	mixte, prédominance rurale	2004		26'44
15	H	installé	maison médicale	rural	2009		26'00
16	F	remplaçante	cabinets médicaux	rural	2018		26'56
17	F	installée	cabinet médical	urbaine	1997	addictologie	34,17

Annexe 6 : A qui s'adresseraient les professionnels de santé en cas de souffrance psychologique ? (1)

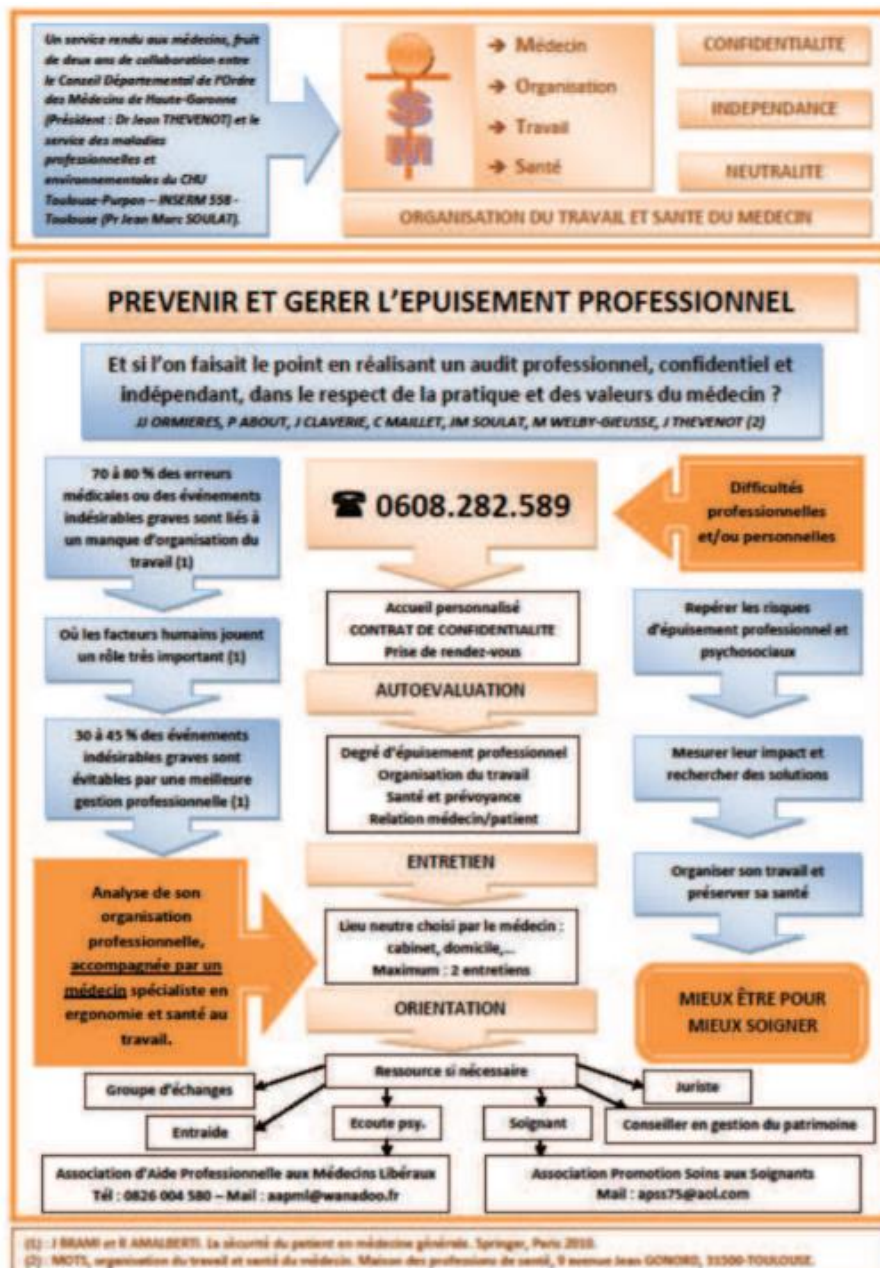
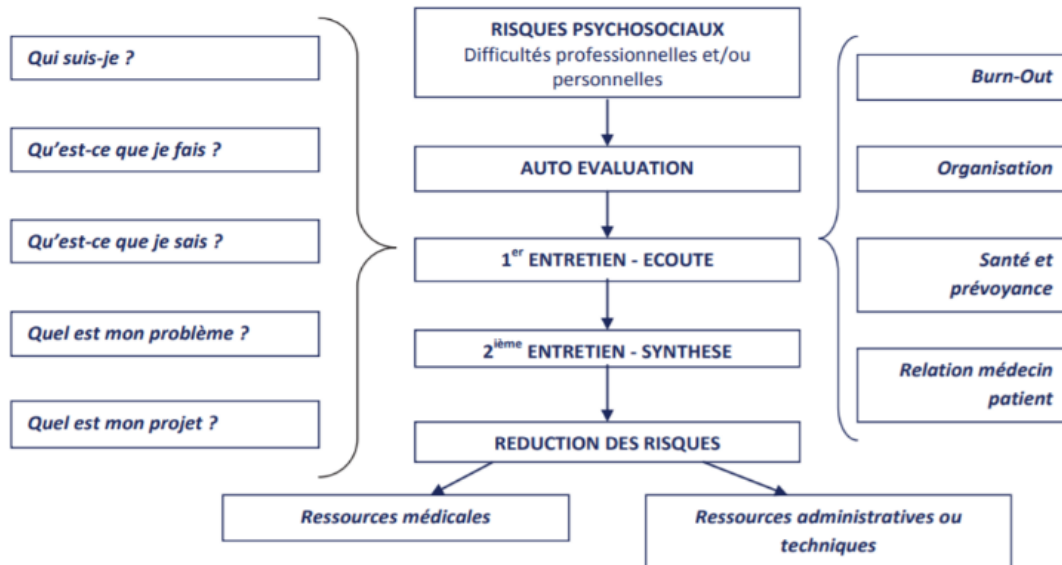
COMPORTEMENT DES PDS EN CAS DE SOUFFRANCE PSYCHOLOGIQUE

3 A QUI S'ADRESSERAIENT LES PDS EN CAS DE SOUFFRANCE PSYCHOLOGIQUE? (n=2132 répondants déclarant savoir à qui s'adresser)



Q3/ Si oui, à qui vous adresseriez-vous en priorité ?

Annexes 7 et 8 : Association MOTS – Récapitulatifs de la procédure (5)



Annexe 9 : les entretiens, verbatims et enregistrements audio.

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2019

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : HOFFERER Agnes

TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

**Les Médecins et leur santé : attentes et souhaits quant à leur suivi médical
Etude qualitative auprès de dix-sept médecins généralistes du Maine-et-Loire**

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

Introduction : la santé et le suivi médical des médecins semblent de mauvaise qualité malgré leur profession. Les médecins français sont plus de 80% à avoir déclaré un médecin traitant depuis 2004. Pour la plupart d'entre eux, celui-ci est eux-mêmes. Quant est-il de ce médecin traitant ? Quelles sont les attentes des médecins généralistes quant à leurs consultations ?

Matériel et méthodes : il s'agissait d'une étude qualitative auprès de 17 médecins généralistes du Maine-et-Loire ayant un médecin traitant déclaré.

Résultats : le choix du médecin traitant n'était pas laissé au hasard par les médecins généralistes. Il existait des attentes quant aux consultations mais aussi des freins à consulter. Les médecins généralistes en tant que patients n'étaient pas tout à fait comme les autres.

Discussion : Tous les médecins n'avaient pas les mêmes attentes. Il semblait exister un effet générationnel, des moments de vie nécessitant le choix d'un médecin. Les médecins étaient conscients du problème et l'abordaient sereinement. Ils faisaient des propositions pour améliorer leur prise en charge.

Conclusion : les médecins généralistes déclarant un médecin traitant avaient des attentes. Il semblait exister un changement des mentalités. Il serait intéressant d'étendre cette étude aux médecins d'autres spécialités.

MOTS-CLÉS : médecin-patient, attentes, relation médecin-malade, médecin traitant, médecin consulté.

TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS : Doctors and their health : expectations and wishes about their medical care. Qualitative study including seventeen general practionners from Maine-et-Loire.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

Background : health and medical follow up of doctors seem to be poor quality despite their profession. Since 2004, more than 80% of french doctors declare a regular doctor. For most of them, it's themselves. What about this regular doctor ? What are the general practionner's expectations regarding their consultations ?

Methods : it was a qualitative study including 17 general practionners from Maine-et-Loire who had declared a regular doctor.

Results : the doctors didn't choose randomly their regular doctor. They had expectations about the consultations and were reluctant to go to a consultation. As patient, general practionners were not like ordinay patients.

Discussion : All doctors didn't have the same expectations. It seemed to be a generational effect, some moments of life requiring doctors to choose a regular doctor. The doctors were aware of this problem and were talking about it serenely. They even made propositions to improve their medical follow up.

Conclusion : Doctors who had declared a regular doctor had expectations regarding to their consultations. It seemed mentalities were changing and it would be interesting to extend this study to doctors from other specialities.

KEY WORDS : doctor-patient, expectations, relation, general practionner, regular doctor.