



UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Un médecin de chaque côté du bureau : Quelle place le médecin-  
patient laisse-t-il à son médecin traitant ?  
Etude qualitative auprès de médecins généralistes des Hauts-de-  
France soignant un confrère**

Présentée et soutenue publiquement le 30 septembre 2021 à 18h  
au Pôle Formation de la faculté Henri Warembourg de Lille.

**Par Clarisse HERTAULT**

---

**JURY**

**Président :**

**Madame le Professeur Sophie FANTONI-QUINTON**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT**

**Madame le Docteur Anita TILLY**

**Madame le Docteur Sophie MICZEK**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Docteur Olivier VERRIEST**

---



## **Avertissement**

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

# Table des matières

<b>I. RESUME .....</b>	<b>1</b>
<b>II. INTRODUCTION.....</b>	<b>2</b>
<b>III. MATERIEL ET METHODE.....</b>	<b>6</b>
A. TYPE D'ETUDE .....	7
B. POPULATION ETUDIEE, CRITERES D'INCLUSION ET ECHANTILLONNAGE .....	7
C. DETERMINATION DU NOMBRE DE SUJETS A INCLURE : .....	7
D. METHODOLOGIE DES ENTRETIENS : .....	8
E. ANALYSE DES ENTRETIENS : .....	8
F. FINANCEMENT ET CONFLITS D'INTERET .....	8
<b>IV. RESULTATS.....</b>	<b>9</b>
A. CARACTERISTIQUES DES ENTRETIENS ET DE L'ECHANTILLON .....	10
1. <i>Données générales concernant les entretiens</i> .....	10
2. <i>Données sociodémographiques de l'échantillon</i> .....	10
B. ANALYSE DES ENTRETIENS .....	11
1. <i>La première consultation, contexte de rencontre et spécialités du médecin malade</i> .....	11
2. <i>L'ambivalence du vécu des médecins soignant un médecin malade</i> .....	13
3. <i>Le déroulement de la consultation</i> .....	20
4. <i>L'attitude du patient-médecin : point de vue du médecin soignant</i> .....	30
5. <i>Place du médecin traitant dans le suivi du médecin-malade</i> .....	42
6. <i>Pistes pour améliorer la prise en charge des médecins malades</i> .....	47
<b>V. DISCUSSION .....</b>	<b>57</b>
A. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE.....	58
1. <i>L'échantillon</i> .....	58
2. <i>La méthode</i> .....	59
3. <i>La réalisation des entretiens</i> .....	59
4. <i>Le sujet</i> .....	60
B. PRINCIPAUX RESULTATS FACE A LA LITTERATURE .....	60
1. <i>Motifs de consultation et choix du médecin</i> .....	60
2. <i>La relation médecin-malade, un vécu ambivalent</i> .....	61
3. <i>La consultation en elle-même : le poids des connaissances</i> .....	62
4. <i>Le colloque singulier</i> .....	64

5.	<i>La prise de rendez-vous et la disponibilité</i> .....	65
6.	<i>Le patient – médecin</i> .....	65
7.	<i>L'auto-prescription et l'accès facile aux spécialistes en premier recours</i> .....	68
8.	<i>Place allouée au médecin traitant un confrère</i> .....	69
9.	<i>Améliorer le soin à un confrère</i> .....	70
10.	<i>Qu'en est - il dans les autres pays ? (35,36)</i> .....	75
<b>VI.</b>	<b>CONCLUSION</b> .....	<b>79</b>
	<b>REFERENCES</b> .....	<b>82</b>
	<b>ANNEXES : QUESTIONNAIRE SEMI-DIRIGE UTILISE</b> .....	<b>86</b>
	<b>SERMENT D'HIPPOCRATE</b> .....	<b>87</b>

# I. Résumé

**Contexte** : Selon la DRESS, 84% des médecins sont leur propre médecin traitant. Lorsque le médecin malade demande un avis auprès d'un confrère, la consultation se fait souvent entre deux portes. Mais, comment le soin à un confrère, pourtant devoir déontologique, est-il vécu quand il est si peu pratiqué ? Quelle place le médecin malade accorde-t-il à son médecin traitant ?

**Méthode** : Enquête qualitative réalisée par entretiens individuels semi-dirigés, auprès de médecins généralistes des Hauts-de-France. Les verbatims ont été analysés un à un manuellement selon le principe de la théorisation ancrée, avec double codage puis triangulation des données.

**Résultats** : 14 médecins ont été inclus entre juin 2020 et mars 2021. La relation que mène un médecin soignant un confrère est source de dualité, entre complexe d'infériorité et relation gratifiante, honorable. Soigner un médecin nécessite une adaptation constante du fait des connaissances présentes de l'autre côté du bureau, tout en faisant preuve d'autorité et d'éducation. Le premier rôle du médecin traitant un confrère est administratif. Celui-ci est alors l'occasion de créer un lien pour une relation de confiance ultérieure, qui permettra un soin plus aisé. Le second rôle concerne le suivi à moyen voir à long terme avec un rôle de coordinateur de soin et de prévention. Cependant, ce rôle propre au médecin généraliste reste peu fréquent car nombre de médecins malades stoppent le suivi en cas d'amélioration de la maladie. Cet abandon est responsable d'une frustration chez les médecins généralistes soignants. Les solutions proposées pour espérer une meilleure prise en charge de la santé des médecins sont l'exonération de leurs soins, la création d'une médecine du travail pour les soignants libéraux, un rendez-vous médical cyclique obligatoire, une campagne de sensibilisation ainsi que le fait de déclarer un médecin différent de soi-même. Les interrogés proposaient également la création d'un numéro vert ; pourtant existant et sous la coupe de l'ordre des médecins, il semble non connu et pire encore : difficilement trouvable sur internet. Ainsi, comment un médecin en souffrance peut-il trouver de l'aide si les structures existantes restent aussi peu visibles ou connues ?

## II. Introduction

« *Etre malade quand on est médecin c'est impensable, il y a quand même 2 cotés à un bureau et c'est l'autre qui est malade* » (1)

Externe en début de cinquième année de médecine, elle déclare des symptômes. Tout bon médecin en devenir, elle réfléchit à sa pathologie, évoque fortement le diagnostic mais décide de l'ignorer et laisse passer le temps à l'aide de traitements symptomatiques. Deux mois plus tard, n'arrivant pas à se soigner, elle décide de consulter un médecin généraliste, qui l'oriente vers le spécialiste. Quelques examens plus tard, le diagnostic est annoncé, son auto-diagnostic était le bon. Après cette phase de déni, elle perd cette image de super-héros qu'elle s'était créée, cette immunité anti-maladie qu'elle lui pensait due. Elle déclare un médecin traitant et apprend à devenir un patient. Trois ans plus tard, devenue interne de médecine générale, elle s'interroge beaucoup sur la question du médecin malade. Cette histoire est celle de l'auteur, celle d'une étudiante en médecine qui apprend à ses dépens qu'elle est une humaine comme tout autre.

Cette invulnérabilité, cette toute puissance médicale est relayée depuis des millénaires comme on peut le retrouver dans la littérature ; à commencer par la maxime de l'Evangile Saint Luc (IV, 23) « *Medice, cura te ipsum* » qui signifie « *Médecin, guéris-toi toi-même* ». Montaigne lui, écrivait que « *La maladie du médecin est un scandale* », alors que Voltaire ajoutait qu'« *il n'y a rien de plus ridicule qu'un médecin qui ne meurt pas de vieillesse* ». Le sujet du médecin souffrant reste donc peu concevable et cela depuis la nuit des temps.

Cependant, le médecin reste un être humain, il peut à ce titre tout aussi bien tomber malade, aussi gravement ou subitement que n'importe qui. Il passera alors de l'autre côté du bureau avec les conséquences que cela engendre, qu'elles soient physiques, psychologiques, financières ou autres.

Paul Lombard (2), avocat, avançait que « *l'homme qui soigne, qui panse, qui opère et souvent qui guérit, est le même qui succombe devant plus fort que lui, devant la mort [...] Mais c'est aussi celui qui s'incline parfois devant son pire ennemi: lui-même [...] Seulement son échec n'a pas la même conséquence que celui de l'homme ordinaire. Il entraîne avec lui la mutilation ou la disparition d'autrui. Le médecin est décidément*



*le plus responsable d'entre les hommes*». Il est ainsi primordial que le médecin traitant soit dans la meilleure santé possible, qu'il s'assure d'un suivi correct et d'une bonne observance. A ce propos, La WONCA (Société Européenne de Médecine Générale – Médecine de famille) (3) précise en 2002 que les médecins généralistes « *ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients* ». La Déclaration de Genève ou Serment du médecin va dans le même sens : « *Je veillerai à ma propre santé, à mon bien-être et au maintien de ma formation afin de prodiguer des soins irréprochables* ».

Ces dernières années, l'intérêt porté à la santé des médecins est de plus en plus important et plusieurs études et thèses (4,5) voient le jour sur le sujet. Elles concernent notamment la prévention en termes de santé ou le vécu du médecin malade. Au travers les résultats de celles-ci, on comprend aisément que peu de médecins (spécialistes ou généralistes) déclarent un médecin traitant autre qu'eux-mêmes (84% des médecins généralistes s'auto-déclarent médecin traitant selon l'étude de la DRESS). Et une autre question se pose, parmi les médecins ayant déclaré un médecin traitant autre qu'eux même, combien le consulte réellement ? Il semble plutôt que les consultations informelles (6), entre deux portes, soient le modèle privilégié, au détriment des rendez-vous en bonne et due forme. Or, le soin à un confrère est un devoir déontologique puisque cité dans l'article 56 du code de déontologie « *Les médecins se doivent assistance dans l'adversité* ». Cette notion est aussi présente dans le Serment d'Hippocrate : « *J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité* » ; Mais, comment est-il réalisé quand il est si peu pratiqué ? Très peu d'études ont été réalisées sur le sujet (7).

On dit souvent que « *Les cordonniers sont les plus mal chaussés* » (Montaigne, Les essais, livre 1). Qu'en pensent les médecins généralistes soignant leurs confrères ? Sont-ils d'accord avec le fait que l'on fasse notre travail avec soins et applications pour nos pairs mais qu'on le néglige quand on le fait pour soi-même ?

C'est ainsi qu'est né ce travail de recherche, comment les médecins/soignants vivent-ils la relation qu'ils mènent avec leur patient-médecin ? Quelle place ce patient

spécifique leur accorde-t-il dans son parcours de soin ? Comment pourrions-nous améliorer cette prise en charge ?

Cette étude s'attache donc à étudier le vécu des médecins généralistes soignant leurs confrères. Le but est de recenser leur vécu, la place qu'il leur est accordée ainsi que d'ouvrir des pistes de réflexions pour améliorer la prise en charge des médecins.

### III. Matériel et méthode

## **A. Type d'étude**

Il s'agit d'une enquête qualitative réalisée par entretiens semi-dirigés, auprès de médecins généralistes des Hauts-de-France. Ce type d'analyse est ici tout à fait adapté puisqu'elle consiste à recueillir des données qualitatives (témoignages, vidéos, notes de terrain etc) dont on extrait le sens afin de comprendre les expériences personnelles. L'analyse qualitative s'intéresse donc aux vécus et aux ressentis d'une population.

## **B. Population étudiée, critères d'inclusion et échantillonnage**

Les critères d'inclusions étaient tout médecin généraliste thésé, exerçant une activité de médecine générale libérale dans la région des Hauts-De-France, ayant ou ayant eu au moins un patient-médecin dans sa patientèle.

Les critères d'exclusions étaient les médecins non thésés, les médecins n'ayant jamais soigné de médecin. Les membres du jury étaient également exclus de notre étude.

L'échantillonnage était réalisé dans un premier temps via nos connaissances, par bouche-à-oreille, puis par effet boule de neige et enfin par contact au hasard (via une recherche de médecins généralistes sur le moteur de recherche Google). La prise de contact était réalisée par mail ou par téléphone. Par délicatesse, il n'y a eu qu'une seule sollicitation par participant. Lors du premier contact, seuls le thème, l'objectif de la recherche et la méthode étaient succinctement évoqués.

Après accord du médecin interrogé, nous convenions d'un rendez-vous sur le lieu de choix de celui-ci. Dans le contexte sanitaire de la crise du coronavirus, une proposition de rendez-vous en visioconférence était également proposée.

## **C. Détermination du nombre de sujets à inclure**

La taille de l'échantillon n'était pas prédéfinie à l'avance puisque soumise au principe de saturation des données. C'est-à-dire que nous avons arrêté d'inclure de nouveaux sujets lorsque l'analyse des entretiens n'apportait plus de nouvelles notions.

## **D. Méthodologie des entretiens**

Le recueil des données est réalisé à l'aide d'entretiens semi-dirigés, ainsi l'enquêteur utilise un guide d'entretien constitué de questions ouvertes portant sur des thèmes en rapport avec la question posée. Une lecture et une analyse de la littérature sont à la base de la réalisation de ce guide d'entretien. L'avantage de cette méthode est qu'elle permet aux personnes interrogées de s'exprimer librement sur le sujet tout en laissant à l'enquêteur la possibilité de demander à préciser des items ou de recentrer sur le sujet.

Au début de chaque entretien, une brève présentation de l'étude et des objectifs ainsi que la nature confidentielle des données étaient rappelés. Après accord préalable des sujets interrogés et sous couvert d'anonymat, chaque entretien était enregistré sur dictaphone puis retranscrit dans leur intégralité.

## **E. Analyse des entretiens**

Chaque verbatim a été analysé un à un, manuellement, en utilisant le principe de la théorisation ancrée.

Ainsi, chaque expression d'un vécu devenait un code, c'est ce qu'on appelle le codage ouvert et inductif. Un double codage, selon la règle de la triangulation des données, était également réalisé. C'est-à-dire qu'un deuxième chercheur analysait les verbatims et réalisait ses propres codes. Les codes obtenus étaient ensuite mis en commun, comparés et analysés afin d'obtenir un code unique pour chaque donnée. Cette étape a pour but d'augmenter la validité interne de l'étude.

L'étape suivante était la catégorisation des codes obtenus, c'est à dire que nous avons classé les codes en thèmes et en catégories. C'est ce qu'on appelle le codage axial. Cette étape permet de faire émerger des liens et donc les théories permettant d'obtenir les résultats de cette étude.

## **F. Financement et conflits d'intérêt**

L'ensemble des frais occasionnés pour l'étude ont été supportés par l'auteur, qui ne déclare aucuns conflits d'intérêts.

## IV. Résultats

## **A. Caractéristiques des entretiens et de l'échantillon**

### **1. Données générales concernant les entretiens**

Quatorze médecins ont été inclus dans l'étude. Les entretiens ont eu lieu entre juin 2020 et Mars 2021. Un premier entretien, appelé entretien test, était réalisé afin de tester le questionnaire. Les données recueillies lors de cet entretien ont été analysées et intégrées à l'étude.

La saturation des données, soit l'absence de nouvelle notion était obtenue au treizième entretien et confirmée lors du quatorzième entretien. Les entretiens ont duré de 10 à 78 minutes avec une durée moyenne de 28.30 minutes.

### **2. Données sociodémographiques de l'échantillon**

Les participants étaient âgés de 33 à 63 ans avec une moyenne de 49.5 années. Parmi les 14 médecins interrogés, 11 étaient des hommes et 3 étaient des femmes.

11 médecins exercent en cabinet de groupe, contre 3 en cabinet individuel. 7 sont maîtres de stage universitaire contre 7 qui ne le sont pas. 3 médecins exercent en zone urbaine, 1 en zone semi-urbaine, 9 médecins dans une zone semi-rurale contre un médecin en zone rurale. La durée d'installation moyenne est de 20 ans [2 ; 36].

12 médecins se déclarent comme leur propre médecin traitant contre 2 médecins qui ont déclaré un médecin traitant différent d'eux-mêmes.

Les caractéristiques des participants sont exposées dans le tableau I.

Tableau I : caractéristiques sociodémographiques des participants

	âge (ans)	sexe	modalités d'exercice	zone d'exercice	durée d'installation (années)	maitre de stage	médecin traitant
M1	33	H	Groupe	semi urbain	2	oui	lui même
M2	62	H	Groupe	Urbain	34	oui	différent de lui même
M3	37	H	Groupe	Urbain	8	Non	différent de lui même
M4	43	H	Groupe	Urbain	12	non	lui même
M5	55	H	Groupe	semi rural	27	oui	lui même
M6	56	H	Groupe	semi rural	29	non	lui même
M7	38	H	Groupe	semi rural	7	oui	lui même
M8	43	F	individuel	semi rural	9	non	lui même
M9	59	H	Groupe	semi rural	34	oui	lui même
M10	37	F	Groupe	semi rural	6	non	lui même
M11	54	F	individuel	semi rural	27	oui	lui même
M12	57	H	individuel	semi rural	29	non	lui même
M13	63	H	Groupe	semi rural	36	oui	lui même
M14	57	H	Groupe	rural	24	non	lui même

## **B. Analyse des entretiens**

### **1. La première consultation, contexte de rencontre et spécialités du médecin malade**

#### **a) Spécialités des médecins soignés**

Parmi les interrogés, 8 d'entre-eux soignent ou ont soigné au moins un médecin généraliste. La plupart des spécialités est ensuite retrouvée dans les patientèles, avec peut être une part plus importante de médecin du travail retrouvés dans 3 interrogatoires. Parmi les médecins spécialisés soignés nous avons des médecins du travail, radiologue, stomatologue, ophtalmologue, gynécologue, médecin conseil à la sécurité sociale, psychiatre, pédiatre, cardiologue, médecin à l'EFS, rhumatologue, addictologue, anesthésiste, neurochirurgien.

#### **b) Contexte de rencontre et pathologies**

Globalement les médecins malades consultent lorsqu'ils ne sont plus en mesure de gérer les problèmes de santé auxquels ils sont confrontés ou lorsqu'ils font face à une pathologie grave. Nous retrouvons cette notion à 6 reprises.



*« c'est vraiment au moment où ils ont une pathologie grave, diagnostiquée tardivement et du coup bah tu les suis peu » M1*

*« c'est des choses graves qu'ils ne peuvent pas gérer eux-mêmes pas tout seul, parce que ils sont fatigués bon souvent c'est un cancer ou une maladie grave » M6*

*« au moment où il a fait pas mal de complications. Je crois qu'il était un petit peu perdu, il perdait un petit peu pied » M14*

Le deuxième motif d'entrée dans un cabinet semble être un besoin administratif.

*« souvent c'est plutôt l'arrêt de travail qui déclenche le fait de venir » M8*

Parmi les interrogés, la moitié d'entre eux avaient au moins un patient médecin atteint d'une pathologie cancéreuse (cancer ORL, mammaire, pulmonaire, prostate) souvent en phase évoluée. Ensuite on retrouve des pathologies chroniques plus ou moins sévères (Maladie de Parkinson, diabète de type 2, BPCO, MICI, syndrome d'épuisement professionnel, addiction), puis des pathologies infectieuses aiguës (COVID19).

### **c) Le choix du médecin**

Il apparaît que la plupart des médecins malades se font soigner par des médecins qu'ils connaissent ou des correspondants avec qui ils travaillent. En effet 10 des interrogés nous disent connaître plus ou moins personnellement leur patient médecin.

*« venue me voir parce que justement on est de la même génération, elle est persuadée qu'on ne peut pas être son propre médecin traitant » M1*

*« Oh ben oui on se connaît toujours personnellement parce que d'abord ce sont des correspondants au départ » M2*

*"La plupart sont déjà des correspondants ils m'appellent en me disant qu'ils ont besoin de voir un médecin" M4*

Un des médecins se demande également si la façon de rédiger une correspondance ne lui apporterait pas plus de patient médecin, de par le sérieux qu'un courrier peut renvoyer.

*« si vous avez un courrier qui tient la route avec les antécédents décrits, le dernier traitement, une dernière ordonnance en copie, ça aide beaucoup le confrère [...]. Et donc je suis persuadé que ça m'a apporté des patients médecins qui recevait mes courriers » M2*

Ensuite, les médecins malades consultent le médecin traitant de leurs enfants et/ou de leur famille.

*« je soigne leurs enfants donc je les soigne aussi » M3*

*« je soignais son épouse » M5*

Ensuite et de façon beaucoup plus rare, les médecins consultent par bouche-à-oreille ou au hasard.

## **2. L'ambivalence du vécu des médecins généralistes soignant un médecin malade**

### **a) Un vécu négatif responsable d'une sur-performance**

Une relation fatigante, compliquée et malaisante évoquée par la moitié des médecins soignants ; voilà les adjectif exprimés par les interrogés pour expliquer leur vécu dans le soin d'un confrère. Ils relatent une relation compliquée face à quelqu'un qui a des connaissances médicales, la peur de dire ou de faire des bêtises ayant tendance à les rendre mal à l'aise.

*« ça peut être assez fatigant » M1*

*« c'est pas forcément simple de soigner d'ailleurs ses confrères mais voilà on y arrive on prend le temps et on y arrive. » M3*

*« c'était un peu lourd à porter parce que le contact au début c'était très compliqué de donner mon avis parce que c'était mon prédécesseur. » M10*

*« j'étais pas très à l'aise je me disais qu'elle en savait plus que moi » M11*

*« de façon moins à l'aise forcément c'est très logique de façon d'abord d'avoir peur de faire une bêtise d'avoir peut-être un langage moins courant qu'avec les gens tout venant avec qui on a le langage un petit peu familier donc oui forcément il y a un état d'esprit derrière. » M12*

*« Mal [...] Disons que c'est pareil quand je soigne quelqu'un de la famille ou des amis disons que c'est plus compliqué quoi. C'est vrai que des fois on a l'impression de pas agir, de pas avoir le même raisonnement que si c'était un patient lambda quoi. » M14*

Une pression supplémentaire associée à un complexe d'infériorité est évoquée par 8 des interrogés. La connaissance du patient en face, son possible jugement et la peur de faire une bêtise semblent être à l'origine de ce sentiment partagé.

*« ça me met quand même la pression voilà parce que tu veux pas passer à côté d'un truc [...] Parce que tu es en face de quelqu'un qui connaît et que si un moment il y a une hésitation, une erreur ça va se voir tout de suite donc t'as un peu plus la pression ouais, tu te réveilles bien quand tu sais que tu vas le recevoir. Il faut que tu sois au taquet. (Rire) » M6*

*« je crois que le problème c'est d'être jugé, et donc si en examinant un confrère médecin on a pas un minimum de protocole, je sais pas moi d'hygiène de ce que vous voulez, bah on va se sentir jugé par le confrère » M9*

*« la peur de faire une connerie de pas voir ou de faire une erreur médicale toute bête j'ai appris à gérer ce stress là avec les patients classique mais en fait avec les confrères c'est différent parce que le regard est forcément initié et différent donc chaque mot est réfléchi pour qu'il ait du sens sur le plan médical » M10*

*« le fait qu'elle soit cardiologue et moi simplement médecin généraliste je me suis dit qu'elle en savait plus que moi et je comprenais pas trop pourquoi elle osait me faire confiance quoi, elle osait voilà parce que je me suis dit que je serai certainement pas à la hauteur de ce qu'elle attend » M11*

*« c'est une situation où j'ai peur de me tromper alors que dans toutes les autres situations je n'aurais pas peur en sachant qu'on fait tous des erreurs » M12*

L'âge du médecin soignant est également un facteur entrant dans l'équation, responsable de ce complexe d'infériorité. En effet, le jeune âge reflétant la moindre expérience, il apparaît difficile pour les jeunes médecins de s'en affranchir, comme exprimé par certains :

*« c'est pas toujours facile. J'avoue ma patiente psychiatre des fois je pense que si elle pouvait me taper sur l'épaule et me dire "dis-donc bonhomme je fais ce que je veux vu ton âge c'est pas toi qui va m'apprendre la vie" » M1*

*« jeune praticien on va dire peut se sentir gêné de voir un confrère plus âgé et c'est la raison pour laquelle il faut se mettre dans la peau d'un professionnel de santé » M2*

*« et en fait imposer ses décisions qui sont pas forcément celles qu'il aurait pris avec le peu d'expérience que j'avais vis-à-vis de son expérience à lui c'était un peu délicat » M10*

Une rigueur supérieure pour prouver sa légitimité, toujours face à cette peur de faire une bêtise, nombreux sont les interrogés à avouer être davantage concentrés lors de cette consultation spécifique. Tel un mécanisme de défense, les médecins soignants semblent se cacher derrière leur savoir, leurs protocoles, tellement la peur de faire une erreur et d'être jugés est présente.

*« essayer de faire le mieux possible le boulot et être le plus légitime, prouver que être médecin généraliste c'est pas seulement quelqu'un qui est là pour signer des papiers » M1*

*« il faut quand même avoir une certaine je dirais pas autorité, mais une certaine euh.. comment dire ça... une certaine présentation, une attitude pour vraiment montrer à tes confrères que voilà tu es limite expert et que ce que tu dis ça amène aucune critique. » M1*

*« il faut l'examiner peut-être encore plus correctement qu'un autre, un médecin qui vient en consultation voir un de ses confrères il attend d'être examiné donc voilà torse nu slip s'il le faut » M2*

*« ouais, tu te réveilles bien quand tu sais que tu vas le recevoir. Il faut que tu sois au taquet. (rire) » M6*

*« je suis particulièrement plus exigeante et attentive » M10*

*« avec encore plus de rigueur qu'avec un patient ordinaire j'essaie de ne rien rien oublié de tout verrouiller tout cadenassé pour ne pas faire de bêtises » M11*

Un sentiment de frustration est également exprimé. Les interrogés expliquent que n'être utile que pour des affaires administratives ou le fait de n'intervenir qu'en second recours pour du suivi chronique, sans avoir pu faire le diagnostic initialement, entraîne un sentiment d'insuffisance. Une autre raison de cette frustration est le fait que les médecins malades, une fois le problème aigu traité, s'auto-traite de nouveau, délaissant ainsi leur médecin traitant. Il existe ainsi une certaine frustration devant ce suivi irrégulier.

*« assez frustrant ... j'ai juste été un prête-nom » M1*

*« j'alterne beaucoup il y a des fois je suis très content de ce que j'ai fait et je me dis que j'ai été utile. et il y a des fois où effectivement [...] on est toujours parfois torturé sur des situations » M1*

*« Ouais il a souffert le gars, il a tout fait comme il fallait, et maintenant il est guéri donc il a plus besoin de moi (rire) » M5*

*« en fait on découvre des choses a posteriori avec une sensation de pas servir à grand-chose, de toujours arriver après le moment important » M10*

### **b) Vécu positif**

La relation est plus facile pour 5 des interrogés ; pour certains, le fait que le patient soit médecin peut même être un avantage. Par exemple, les médecins connaissant d'autres médecins de spécialités différentes, cela permet un accès plus rapide à une consultation. Un médecin avançait qu'il préférerait avoir un patient médecin qu'un patient lambda qui voudrait le tester.

*« ça ne fait pas spécialement peur de soigner ces gens-là » M3*

*« ça se passe super bien moi je trouve que c'est très agréable » M4*

*« quelquefois c'est plus facile parce que souvent ils connaissent beaucoup de monde » M5*

*«et puis c'est un peu plus facile parce que toutes les choses se font vraiment très naturellement parce que voilà tout le monde sait comment ça marche » M6*

*« globalement ça se passe bien, je dirais que pour l'instant je n'ai pas eu de sensation de gêne entre guillemets ou de peur de pas bien faire » M7*

Le langage commun rend la relation plus confortable, il est évoqué par 3 des interrogés. Les médecins se comprennent entre eux, et le patient-médecin connaît les limites de la médecine, permettant ainsi un échange plus direct et compris des deux côtés du bureau.

*« c'est encore plus facile qu'avec un patient non médecin on parle le même langage » M2*

*« le langage est commun et on peut être un peu plus direct. Il y a moins de problématique à faire comprendre qu'il y a pas mal de choses qu'on ne maîtrise pas qu'on ne connaît pas donc ça c'est plus confortable aussi » M4*

*« du point de vue médical la discussion est plus facile » M13*

La relation est gratifiante et responsable d'une marque de confiance. Certains médecins ont une vision parfois idéalisée de cette relation médecin-malade. Globalement les médecins se sentent flattés qu'un confrère tape à leur porte. Ils se sentent valorisés, comme-ci leur travail, leurs compétences étaient mis en valeur, étaient reconnus par leurs pairs.

*« j'ai une vision idéalisée de ce que je fais vraiment pour eux mais c'est pas grave il faut » M1*

*« je l'ai toujours bien vécu j'ai trouvé que c'était une marque de confiance, de reconnaissance parce qu'il ne faut pas se leurrer ils parlent entre eux, et la confiance ça se gagne, ça ne s'impose pas » M2*

*« c'est plutôt valorisant c'est-à-dire que si on les suit pendant longtemps on se dit qu'ils viennent depuis longtemps et qu'ils connaissent la santé la médecine c'est qu'ils sont bien avec nous" M4*

*« C'est quand même flatteur qu'un confrère vous choisisse comme médecin traitant » M5*

*« c'est un honneur, c'est signe d'une grande confiance » M9*

**c) Comparatif des patients médecins face au patient copain ou familial**

Nombre des interrogés ont comparé la relation qu'ils ont avec leur patient médecin à la relation qu'ils ont avec des membres de leur entourage. Pour eux, cette relation est comparable, avec une relation moins hiérarchique comparativement à un patient lambda.

*« c'est à peu près pareil j'essaie de faire à peu près pareil, c'est comme avec un patient copain » M7*

*« c'est comme avec un patient copain c'est-à-dire qu'avec un patient copain j'essaye au cabinet d'être le plus normal possible comme je fais avec les autres. » M8*

*« c'est un peu comme une consultation avec un ami, on a moins une relation hiérarchique » M9*

*« je pense que je réagis si je devais être confronté réellement à des problématiques de soin de la même façon que je réagis avec les membres de ma propre famille quand il faut les soigner » M12*

*« Disons que c'est pareil quand je soigne quelqu'un de la famille ou des amis disons que c'est plus compliqué quoi. C'est vrai que des fois on a l'impression de pas agir de pas avoir le même raisonnement que si c'était un patient lambda quoi. » M14*

Pour l'un d'entre eux, ce qui est compliqué finalement ce sont les émotions qui vont ressortir lors de cette consultation, et notamment la sympathie. Pour lui, la sympathie entrave à la relation qu'elle soit avec un patient médecin ou un patient familial.

L'empathie ne posant en elle-même aucun souci, au contraire.

*« ce qui est toujours compliqué c'est quand on met des sentiments, dès qu'il y a un peu de sympathie c'est très compliqué. Tant qu'il y a de l'empathie ça passe plutôt pas trop mal mais dès qu'il y a de la sympathie c'est compliqué mais c'est la même chose que ce soit avec des patients lambda ou des patients médecins » M3*

*« Et le fait que ce soit des médecins pour moi ça change pas grand-chose mais le fait que ce soit des amis peut changer un peu la donne. » M3*

Pour rappel, l'empathie est la capacité de comprendre précisément les sentiments d'autrui tout en conservant une distance affective par rapport à l'autre, tandis que la sympathie suppose un partage de sentiments et l'établissement de liens affectifs. (8)

Enfin un médecin évoquait trouver la relation médecin malade plus facile avec un patient médecin qu'avec un membre de son entourage.

*« mes amis médecins sont plus faciles à soigner que mes amis non médecins. » M4*

Pour l'un des interrogés, le principal écueil fait par les médecins traitants est de faire une « consultation de couloir » avec un patient médecin. Pour cette personne, le gros risque est de passer à côté d'un diagnostic, de faire une faute. Elle explique que c'est la même chose avec les personnes de son entourage. Elle sous-entend donc que la consultation médicale doit se faire au cabinet pour plus de sécurité.

*« je dirais en ce qui me concerne que d'être médecin traitant de gens qu'on connaît y compris bien sûr d'autre médecin c'est qu'il faut jouer le jeu de la consultation au cabinet médical voilà le gros écueil qu'on fait avec d'autres médecins qui nous demandent d'être leur médecin traitant voir effectivement des gens qu'on connaît trop bien, de la famille et cetera c'est que c'est souvent une demande d'avis en coup de vent lors d'une réception ou chez soi ou n'importe quoi et à ce moment-là on passe complètement à côté. » M9*

#### **d) Comparatif des patients médecins face aux patients lambdas**

Pour 2 des médecins interrogés, le mal être vécu peut aussi bien être retrouvé avec certains patients non médecins ; notamment face à des patients exigeants ayant des attentes ou des demandes particulières.

*« je n'ai pas eu de sensation de gêne [...] parce que c'est un médecin en face, pas plus que quand on a un patient tatillon, un prof ou n'importe, qui voudrait un peu nous tester. Je veux dire, il y a des consultations qui mettent mal à l'aise mais pour l'instant je n'ai pas l'impression que ce soit plus avec les médecins qu'avec les autres. » M7*



*« quand on est mal à l'aise je veux dire on peut être aussi mal à l'aise avec un patient lambda qu'avec un patient médecin » M8*

Un des médecins avance que pour lui un patient, peu importe sa profession, est un patient comme un autre, cela ne change pas sa façon de faire ou d'être.

*« je ne vois pas en quoi un médecin généraliste serait un patient différent ». M9*

### **3. Le déroulement de la consultation**

#### **a) Les temps forts de la consultation : l'interrogatoire, l'examen clinique, la prescription**

Les médecins interrogés estiment que l'interrogatoire, l'examen clinique et la prescription se déroulent globalement de la même façon que chez un patient lambda. Il ne semble pas y avoir de tabous, ils se disent capables de parler de tous les sujets, et ils essaient d'être le plus naturels possible en essayant de faire abstraction du métier de leur interlocuteur.

*« je prescris comme d'habitude » M1*

*« quand on reçoit des confrères c'est vraiment se mettre dans la peau d'un professionnel de santé et faire abstraction du tout le côté amical qu'on peut avoir de par les relations professionnelles qu'on a » M2*

*« J'estime que quand on fait les choses au cabinet on essaie de les faire bien et pareil pour tout le monde » M7*

*« j'essaie d'être la plus naturelle possible et la plus... j'essaie de faire abstraction du fait qu'il soit médecin c'est pas toujours facile » M11*

*« il n'y a pas de tabous, pas d'interdit. il n'y avait rien, non non de ce côté là c'était franc et ouvert ». M14*

Un médecin pense cependant que la consultation est souvent plus longue que celle d'un patient lambda :

*« elles sont quand même souvent plus longue souvent c'est rarement en dessous de 20 minutes » M1*

De ce fait, selon le motif de consultation, il adapte son agenda.

*« quand il y a un gros problème c'est en fin de journée » M1*

### **b) L'attitude du médecin soignant**

Bien que les temps forts de la consultation semblent globalement se dérouler de la même manière qu'avec tout autre patient, le fondement même de la discussion ainsi que l'attitude du médecin dans sa relation avec le patient semblent bien différents d'une consultation ordinaire.

#### **L'adaptabilité :**

Les interrogés semblent tout à fait d'accord sur le fait de devoir s'adapter et ce sur différents plans :

- S'adapter comme avec tout patient, mais s'adapter encore plus avec un patient-médecin

*« ça demande un énorme effort d'adaptation chose qui n'est pas autant avec des patients qui ne sont pas médecin » M1*

- S'adapter en utilisant un vocabulaire scientifique

*« j'adapte de toute façon un peu mon vocabulaire » M3*

- S'adapter pour répondre autant que possible aux demandes et attentes du patient, à ce qu'il vient chercher au cabinet

*« je demande plus facilement quels sont leurs ressentis leurs idées sur ce qui se passe, sur leur souhait. » M1*

*« est-ce qu'il cherche plus de l'accompagnement psychologique, est-ce qu'il veut un véritable diagnostic, est-ce qu'il veut juste de l'administratif, de la prescription voir la validation de ce qu'il a pensé avant prescription [...] il faut essayer de savoir ce que cherche le patient, pas*

*forcément pour aller dans le sens du patient mais pour lui apporter un petit peu quand même ce qu'il cherche» M8*

*« la consultation elle se passe avec d'abord essayer de comprendre ce qu'il veut vraiment, après essayer d'entendre ce qu'il veut dire dans ses symptômes »M10*

➤ S'adapter en enfilant la blouse du soignant et en occultant la relation amicale

*« la difficulté quand on est face à un médecin c'est qu'il faut changer de peau parce que les médecins que l'on connaît puisqu'ils sont nos partenaires dans notre activité professionnelle mais il faut savoir changer de peau donc de la relation amicale il faut passer à une relation professionnelle »M2*

➤ S'adapter en préparant la consultation, par anticipation

*« la consultation quand je vois que je vais l'avoir j'essaie de l'anticiper pour ne pas avoir de mauvaises surprises (rire) » M1*

### **La pédagogie et le langage de vérité :**

Les médecins soignants s'accordent à dire que face à un patient médecin, le mensonge par omission est impossible. Tout simplement, du fait de ses connaissances, ce patient spécifique sait faire les liens entre les différents examens demandés et sait ce qui en découle. Cependant, pour les médecins traitants ils leur semblent pour autant primordial de ré-expliquer la démarche, ré-expliquer les pathologies dans le doute d'une non connaissance dans un domaine particulier. En effet, de par leurs différentes spécialités, certains médecins malades peuvent ne pas savoir la conduite à tenir face à leurs symptômes ou maladie.

*« je pars du principe que je fais comme si la personne n'y connait rien parce que ben voilà On a tous nos domaines d'expertise » M1*

*« il faut expliquer la démarche, si la démarche est comprise après tout se passe bien » M2*

*« je fais comme avec un patient normal je répète tout, je ré- explique tout mais ça va vite car il sait quoi ; mais je le répète quand même parce qu'on ne sait jamais des fois on peut passer à côté » M6*

*« s'il y a plusieurs choix thérapeutiques on expliquera peut-être au patient-médecin des choses un peu plus, de manière scientifique » M7*

L'avantage de ce langage de vérité est que le patient en face connaît les limites de la médecine et sait quand on ne peut aller plus loin dans un diagnostic ou un traitement, il comprend ainsi plus aisément, rendant la relation plus simple.

*« je pense qu'il est plus facile à un moment avec un médecin de s'arrêter, de dire là je pense qu'on a fait le tour » M4*

*« typiquement s'il y a une incertitude, s'il y a quelque chose chez un non médecin on ne l'exprimera pas forcément parce qu'il pourrait s'inquiéter d'une incertitude il ne comprendra pas forcément que des fois on laisse le temps à une maladie d'évoluer pour être certain du diagnostic ou quelque chose comme ça » M7*

Cependant, le langage commun décrit comme un avantage précédemment peut aussi s'avérer contraignant et délicat, car le soignant se retrouve face à un patient qui tisse les liens et qui fait son auto diagnostic. Le savoir pose donc problème lors de diagnostic plus sombre, avec une compréhension très rapide du malade et donc des conséquences sur le vécu psychologique pouvant être bien plus dramatique que chez un patient lambda. En effet, chez un patient vierge de savoir, les médecins ont tendance à mentir par omission afin de rendre l'annonce moins difficile, les choses non dites seront alors évoquées ultérieurement afin de permettre une intégration des informations de façon progressive. Chez un médecin, ce phénomène ne peut avoir lieu car il connaît exactement les tenants et aboutissants d'une maladie, le flux d'information est donc intégré en une seule fois, rendant le vécu possiblement plus douloureux.

*« avec les médecins il faut avoir le langage de vérité [...] mais langage de vérités qu'il faut aussi amener, tranquillement avec doigté ce sont quand même des patients » M2*

*« une consultation d'annonce par exemple je ne sais pas trop comment je m'y prendrai parce que, avec un patient j'ai appris à le faire, avec un médecin tout est différent parce que l'interprétation est immédiate. Donc, j'avoue que ça, ça reste quelque chose qui est difficile [...] mais en fait là où je mets du temps à annoncer à un patient en prenant des pincettes et*

*en vérifiant que les informations sont bien comprises, la elles sont comprises instantanément par le médecin et ça a des conséquences complètement différentes sur le plan du vécu »*

M10

*« Je pense qu'une prise en charge médicale pure c'est pas très compliqué, de toute façon les médecins ils comprennent vite mais c'est sur le plan du vécu psychologique où ça reste des patients, il ne faut pas brusquer pour autant. Sauf que c'est brusqué de toute façon puisque le médecin comprend tout de suite, c'est assez compliqué » M10*

*« C'est compliqué ... parce que bon des cas comme ça, des néo qui évoluent qui ont des hauts et des bas, bon... on ment toujours un petit peu par omission aux patients ou autres hein, parce que bon il comprend pas toujours ce qui lui arrive, donc c'est facile de lui mentir pour dire de le rassurer ou pour dire de l'encourager à continuer, tandis que le confrère bon bah... c'est dur de lui dire bah écoute il t'arrive ceci, cela ; il savait très bien.. il y avait des non dits quoi. Je voyais dans son regard et dans ses réponses qu'il fallait pas que je le prenne pour un con quoi. » M14*

*Bon ça, je lui ai fait dire quoi, j'ai un peu dirigé ses réponses pour qu'il le dise lui même. Bon après j'ai bien vu à sa tête qu'il s'en doutait un peu mais ne se l'était pas encore dit à lui-même quoi. Il l'avait pas encore formulé. » M14*

### **Faire preuve d'autorité et d'éducation :**

Les connaissances du patient se trouvant face au soignant qui mène la consultation nécessite que ce dernier sache faire preuve d'autorité pour faire accepter ses décisions, imposer une consultation au cabinet ou encore arrêter le patient-médecin notamment s'il se confond dans son rôle :

*« la difficulté c'est aussi que le patient-médecin en face, fasse son autodiagnostic ça aussi ça peut arriver, et donc il faut lui dire "ah... doucement là c'est moi le médecin" » M2*

*« Moi ce que je dis à mes patients qu'ils soient médecin, ami, ou autre enfin dès que ça sort un peu de l'ordinaire, je leur dis "bah écoutez, moi au cabinet on fait comme je fais avec tout le monde, si je dois vous faire un truc un peu gênant ou vous dire un truc un peu gênant, je vous le dirai comme je le dirai à quelqu'un d'autre" » M7*

*« il faut aussi que le médecin qui soigne les médecins ai assez d'aplomb, assez d'assise, assez d'expérience pour savoir dire oui ou non, je te propose ça, ça me paraît raisonnable, je*

*te conseille, en étant sûr de ce qu'il avance mais en leur proposant de manière très diplomate je pense qu'il faut être encore plus diplomate qu'avec les patients. » M8*

*« De la même façon que je réagis avec les membres de ma propre famille quand il faut les soigner ; à un moment donné je dis bon écoute ça va bien tu viens en rendez-vous au cabinet je vais t'examiner » M9*

Il semblerait également qu'éduquer un patient médecin ne soit pas évident.

*« on dit qu'une patientèle elle s'éduque, éduquer des médecins c'est compliqué! » M1*

### **Connaître ses limites :**

Il est primordial que le médecin soignant connaisse les limites de son savoir ou de ses capacités à faire face, et donc qu'il sache déléguer s'il n'est pas capable de soigner son confrère. L'incapacité à soigner se retrouve sur plusieurs plans :

- Ne pas être capable parce que la relation met mal à l'aise, est inconfortable, rendant le soignant non sûr de lui et donc plus à risque d'erreurs ou de fautes médicales
- Ne plus être capable parce que la maladie nécessite l'avis d'un spécialiste
- Ne pas être capable parce que la charge émotionnelle est trop forte

Selon les médecins interrogés, la capacité à savoir déléguer semble importante et bien acquise.

*« Pour l'instant avec ces amis là (ndlr : parle des amis médecins qu'il soigne) je n'ai pas eu de problème particulier mais je pense que le jour où j'aurais un problème ce sera trop compliqué, j'hésiterais pas à les envoyer chez quelqu'un d'autre en disant voilà "j'ai trop de sympathie pour que ça passe". » M3*

*« Je suis capable de dire ça oui je peux te rendre service, je peux t'aider ou ça, ça dépasse mon champ de compétence [...] je préfère te confier à quelqu'un qui sera vraiment dans la spécialité » M8*

*« si je n'avais pas l'expertise du toucher rectal, je dirais bon écoute je ne le fais pas j'ai peur de passer à côté mais va voir un confrère et voilà. » M9*

## Le partage des responsabilités :

La singularité de cette relation réside dans le fait que de chaque côté du bureau se trouvent des connaissances similaires, pouvant se croiser avec des domaines d'expertises différents. Ces connaissances amènent à un partage de responsabilités évoquées par les médecins interrogés, qui estiment que le patient en face connaît les tenants et aboutissants de sa prise en charge et est capable d'y apporter une modification.

*« la Liberté à un médecin qui vient te voir [...] il est encore plus à même de savoir les conséquences d'un non suivi. » M1*

Une des médecins avouait même qu'elle savait pouvoir faire confiance à son patient si jamais elle omettait quelque chose, ou si elle ne savait pas quelque chose, le médecin malade en face pourrait peut être y répondre.

*« après aussi lui faire confiance quoi quand je sais pas je me dit qu'elle va savoir, si je suis pas très à la hauteur elle pourra prendre le relais c'est quand même sa santé, elle en sait au moins autant que moi donc c'est encore une fois plus dans le sens d'un partage, je pense peut être partage d'informations mais aussi peut être partage de responsabilités quoi, je me dis qu'elle est capable de prendre sa santé en main, que là je suis là simplement pour lui donner un conseil et pas forcément pour tout vérifier. » M11*

Ce partage de responsabilité lui permettrait alors de diminuer la pression et la demande de sur-performance que lui procure cette consultation.

*« j'essaie de tout bien boucler, de lui rappeler tu sais il y a ça, ça et ça mais d'un autre côté il y a une ambivalence parce que je me dis qu'elle sait aussi donc la pression est peut-être un peu moindre quand même; il y a un peu une ambivalence quoi entre tous bien faire mieux que pour un patient ordinaire mais au final elle en sait autant que moi et c'est aussi sa santé quoi donc je peux pas être responsable de tout » M11*

*« je me rends compte que des fois j'oublie des choses là ça me fait encore plus suer si j'oublie quelque chose; mais bon en principe on est deux à y penser donc ça va mieux » M11*

### c) **La relation médecin malade**

#### **L'effet miroir et la confiance :**

Les interrogés expliquent qu'ils se comportent en consultation comme ils aimeraient qu'un confrère le fasse s'ils étaient eux-mêmes patients. Ils font ainsi un transfert, pouvant être responsable d'une empathie exacerbée : c'est l'effet miroir.

*« on tient aussi compte du fait de comment on aimerait en tant que médecin être soigné »*

M1

*« Il y a peut-être un peu plus d'empathie » M6*

Cependant, l'effet miroir peut être à double tranchant comme l'exprime M2 :

*« mais si on n'a pas réfléchi à tout ça avant c'est un peu compliqué parce que on a tendance, comme pour nous, à minimiser les choses » M2*

Cette relation médecin-malade ne pourrait cependant pas exister sans que le malade n'ait confiance en son médecin, ainsi nombreux sont les interrogés à avoir exprimé que si les patients-médecins reviennent c'est qu'ils ont confiance en eux. Cette confiance évoque chez eux un sentiment de fierté et de valorisation de leur travail.

*« j'estime que s'il vient me voir c'est qu'il y a une relation de confiance » M5*

*« globalement l'adhérence est assez bonne ; finalement quand ils viennent c'est qu'ils sont prêts à suivre des recommandations qui ne sont pas les leurs donc ça se passe globalement bien » M10*

*« il me fait confiance en tant que médecin, il ne me prends pas comme un simple confrère à qui je fais une ordonnance; il y a quand même une discussion médecin-malade quoi. » M13*

#### **Le colloque singulier**

Les patients médecins ont tendance à venir au cabinet avec leurs idées concernant leur pathologie et viennent donc en discuter avec leur médecin-soignant. Ceci



entraîne une discussion où chacun expose ses arguments, partage ses informations et la décision est prise conjointement.

*« il nous prend pour un alter ego et pour un conseiller médical avec lequel il va pouvoir partager ses difficultés, partager sa réflexion sur les examens à faire, à ne pas faire, sur les doutes qu'il a en toute égalité [...] quand on est médecin, quel que soit le médecin on réfléchit à sa pathologie on se dit je vais faire ci je vais faire ça et c'est quand même bien d'avoir une discussion, un colloque singulier, » M2*

*« globalement c'est plus il me demande avant de faire quelque chose il me donne un coup de fil en me disant tu en penses quoi? » M3*

*« s'ils ont un autre avis parfois ils le disent on en discute jusqu'à maintenant je touche du bois mais ça n'a pas posé de problèmes » M5*

*« j'essaie de profiter du fait qu'il comprend quand on lui explique les choses pour quand je lui donne mon point de vue on essaie plutôt d'être dans un échange que dans une vision unilatérale. » M8*

*« on travaille d'un pied d'égalité parce qu'elle a des connaissances propres et moi aussi et on confronte nos connaissances et c'est plus un partage maintenant, c'est plus un partage d'informations, c'est plus un avis qu'elle demande qu'une vraie consultation » M1*

Une relation médecin-malade qui permet également au médecin d'exprimer ses doutes puisque le patient en face connaît les limites de la science.

*« chez un médecin on sait qu'il est confronté aux mêmes problématiques, qu'il sait qu'un corps humain c'est pas une machine et du coup on peut exprimer certains doutes ou certaines remarques » M7*

Parfois c'est au médecin traitant de freiner les investigations.

*« elle était très très demandeuse par exemple d'investigation on était des fois plutôt dans la non prescription et là non investigation. » M1*

C'est cependant toujours le malade qui aura le dernier mot et choisira comment il se soignera, même s'il est en désaccord avec le médecin.

*« La partie traitement elle est peut-être parfois plus difficile à gérer mais parce que pareil elle est dans un échange » M8*

*« moi j'ai essayé de le convaincre en lui disant mais non c'est pas grave, pour moi l'intervention c'était la meilleure solution, en conclusion il a eu sa radiothérapie et il va bien quoi. » M13*

#### **d) La prise de rendez-vous et la disponibilité**

Les médecins décident de jouer le jeu de la consultation, ils n'apprécient absolument pas les consultations de couloir bien qu'ils puissent y être fréquemment confrontés. Ils insistent sur le fait que les patients-médecins doivent venir au cabinet de médecine générale afin d'y être correctement examinés. Le but étant de diminuer le risque d'erreur ou de faute médicale.

*« les rendez-vous à la porte j'aime pas du tout ça souvent ça n'amène à rien de bon » M1*

*« c'était très variable, certains prenaient rendez-vous par le secrétariat comme tout le monde, d'autres (ceux qui étaient en exercice) m'appelaient [...] Les rendez-vous ont toujours été pris de toute façon » M2*

Les médecins font également preuve d'une plus grande disponibilité qu'ils expliquent par un devoir de confraternité. Ils se veulent à l'écoute de leur confrères et disponibles pour eux, quitte à adapter leur agenda sans que cela ne les dérange. Ils se veulent aidant et donnent à leur patient un moyen de les contacter rapidement que ce soit par mail ou par téléphone.

*« je ne donne pas mon numéro de portable personnel mais je donne cette boîte mail où ça marche plutôt pas mal » M1*

*« ils ont tous mon numéro privé ils peuvent tous me joindre parce que ça c'est la confraternité et quand il y a un problème ça ne m'embête jamais entre confrère c'est normal » M4*

*« de temps en temps quand ils ont une question il passe un coup de téléphone, un sms on fait comme ça » M5*

Deux des interrogés se sont exprimés sur le paiement de la consultation. Le premier expliquait qu'effectivement il n'est pas censé faire payer un confrère mais que pour donner une valeur à sa consultation il trouvait important de la faire payer, comme pour la légitimer. L'autre médecin lui, refusait tout « jeux d'argent » dans son cabinet, se cachant derrière des règles morales, une coutume.

*« en théorie un confrère on est censé ne pas le faire payer [...] soit ils sont en ALD et ça arrange tout le monde [...] c'est toujours l'objet d'un malaise. » M1*

*« il faut faire payer les médecins parce que quand tu ne paye pas une consultation tu as l'impression qu'elle n'a pas de valeur. » M1*

*« pas d'honoraires [...] je pense que certains médecins font peut-être régler à partir du moment où la personne est en ALD tiers payant et cetera [...] ça fait partie de nos règles aussi, morales peut être » M2*

#### **4. L'attitude du patient-médecin : point de vue du médecin soignant**

##### **a) Le patient médecin**

Le médecin malade est un patient qui interfère dans ses soins de façon beaucoup plus importante qu'un patient lambda et cela est tout à fait logique. En effet, il est impossible pour lui de mettre entièrement ses connaissances de côté. Il reste celui qui tient les rênes de sa santé rendant le travail du médecin traitant bien plus complexe.

##### **Le poids des connaissances et l'interférence du savoir :**

Ainsi, le savant malade pourra modifier sa prise en charge, être moins compliant et manquer de lâcher prise

*« c'est compliqué de soigner quelqu'un qui peut aussi interférer dans ses soins » M1*

*« ça a été difficile car il savait que ça n'allait pas et puis il était radiologue hein ! (rire nerveux) » M2*

*« Le poids de la connaissance c'est quand même compliqué à passer pour certains » M3*

Ce savoir compliquera également le travail du médecin soignant lorsque celui-ci se retrouvera face à une situation qu'il ne connaît pas. Les interrogés expliquaient alors qu'un manque d'expérience se verrait beaucoup moins chez un patient lambda que chez un patient médecin du fait de la différence de savoir entre ces deux types de patients.

*« effectivement quand ce n'est pas un patient médecin on peut peut-être plus facilement faire sans expérience, ce qui n'est pas forcément d'ailleurs dans l'intérêt du patient, mais bon il va pas s'en rendre compte (rire) » M9*

L'interférence de ce savoir pose également problème dans la démarche diagnostique. En effet, le patient en face ayant déjà interprété ses symptômes, il peut réduire le champ de l'algorithme diagnostique du médecin-soignant et donc être responsable d'une erreur de diagnostic. Une des médecins (M10) expliquait très bien ce phénomène. Il lui fallait alors faire l'interrogatoire dans l'autre sens afin de se faire sa propre idée : elle devait « détricoter » les dires de son patient.

*« essayer d'entendre ce qu'il veut dire dans ses symptômes parce que du coup il va droit au but et en même temps peut-être qu'il s'est fait déjà son interprétation et que du coup il me donne des informations qui sont déjà filtrées avec son prisme » M10*

*« Et en fait si ça tombe c'est pas ça mais comme il a déjà fait son interprétation, il faut tout détricoter et s'assurer qu'il n'y a pas une erreur médicale dans son autodiagnostic. Et remettre en cause son autodiagnostic c'est délicat. » M10*

### **La non observance d'une recommandation**

Les médecins acceptent le choix de leur patient-médecin, ils acceptent que ceux-ci ne respectent pas leurs recommandations ou changent leur prescription. La plupart souhaitent garder l'accès à l'auto-prescription.

*« des fois je donne mon avis ponctuel je sais qu'il ne sera pas respecté et ça fait aussi partie du jeu c'est-à-dire que des fois tu donnes ton avis tu donnes des noms de confrères et puis tu te rends compte que en fait ils n'ont pas respecté ils ont fait à leur manière ou typiquement tu donne un traitement et ils sont allés chercher encore plus fort » M1*

*« après c'est lui qui fait ses choix bien sûr et moi j'expose aussi mon avis » M13*

*« Enfin bon, hein, tu vois, c'est comme beaucoup de médecin, j'ai l'impression qu'il faisait un peu à son idée, il suivait quand même l'avis des spécialistes mais quand ça l'arrangeait »*

*M14*

### **L'hypocondrie ou l'hypercondrie**

Chez les médecins malades on retrouve 2 types de profil, les hypercondriaques ou à l'inverse les hypocondriaques.

Ainsi, les patients considérés comme hypocondriaques vont avoir tendance à voir le verre à moitié vide et donc à penser de suite à des pathologies graves devant des symptômes correspondant à une pathologie bénigne. Il y a ainsi un risque de surconsommer les examens complémentaires ou les avis spécialistes, nécessitant alors de la part du médecin soignant une attitude de « dé-prescription » ou « non prescription ».

*« elle était très très demandeuse par exemple d'investigation on était des fois plutôt dans la non prescription et là non investigation. » M1*

*« avant de penser à la néoplasie il faut penser à des choses beaucoup plus simple et beaucoup plus fréquentes (rire), on peut toujours penser à la part sombre mais avant de penser à la part sombre il y a quand même des choses plus légère » M3*

*« il avait une monoarthrite assez suspecte en fait il avait une articulation au niveau de la cheville qui était chaude rouge douloureuse il voulait qu'on fasse un bilan de polyarthrite. Et en fait c'était une crise de goutte quoi » M5*

Cette hypocondrie peut également entraîner le médecin soignant à une surconsommation par effet boule de neige comme l'évoque M12.

*« il s'est passé quelque chose de courant que j'ai interprété en paniquant un petit peu et j'ai appelé le spécialiste, alors que je crois que s'il n'avait pas été médecin je n'aurais pas réagi comme ça. Je ne sais plus bien la situation mais le fait qu'il soit médecin ça m'a un petit peu ... euh comment .... Bloqué un peu l'esprit et puis j'ai un petit peu paniqué j'ai appelé le spécialiste et il m'a dit bah non c'est rien c'est normal » M12*

A l'inverse, on retrouve les patients médecins à tendance hypercondriaque, plutôt dans le déni et le refus des examens complémentaires.

*« c'est assez systématique quand tu demandes des trucs c'est pas fait à cause du boulot, parce que des fois ils se sont dit "ouais non il exagère, ça valait pas le coup je sais que je vais bien je vais pas aller le faire" » M1*

*« il était pas toujours, il suivait pas toujours comme certaines directives euh... en l'examinant je lui avait trouvé un petit souffle carotidien, je lui avait dit ce serait bien de faire une écho doppler, bah je crois qu'il l'a jamais faite. » M14*

### **Le refus de soin**

Un des médecins (M1) expliquait avoir du mal à accepter le refus de soin d'une de ses patientes, il avait du mal à comprendre pourquoi elle refusait tout traitement alors qu'elle savait très bien les conséquences de celui-ci. Cette difficulté d'acceptation était probablement due à l'empathie qu'il avait envers elle mais aussi du à l'effet miroir. Cependant, il décrivait un poids sur sa conscience moindre du fait des connaissances de la patiente se trouvant en face d'elle et donc du fait qu'elle savait les tenants et aboutissants de cette non prise en charge.

*« qu'est-ce qu'on doit faire quand de toute manière le confrère bah il assume sa maladie en fait. » M1*

*« on propose le traitement si elle le prend je sais qu'elle va le prendre et si elle décide de ne pas le prendre je sais qu'elle connaît les tenants et les aboutissants du fait de ne pas prendre le traitement » M4*

## Les angoisses

Finalement face à la mort, un médecin-malade éprouve les mêmes angoisses que tout autre patient, avec une perte de son savoir, il devient vulnérable comme tout autre. Cette gestion de l'angoisse face à la mort est évoquée par 2 médecins qui se sont retrouvés dans ces situations qui les ont un peu déroutées, ils se retrouvaient alors non plus face à des médecins mais bien face à des patients ayant les mêmes inquiétudes, les mêmes questionnements que tout autre humain mourant.

*«la situation n'est pas commode non plus parce que je l'ai vu mourir, je l'ai vu en fin de vie avec euh .. il avait des angoisses avec des questions qu'il se posait qui ne sont pas non plus simples à répondre en tant que médecin. et assez bizarrement en tant que médecin j'ai trouvé qu'il se comporter comme quelqu'un qui n'avait pas été médecin, avec les mêmes angoisses et les mêmes réactions. » M12*

*« il était surtout angoissé parce que c'était au moment de ses rechutes et puis au moment où il a fait pas mal de complications. Je crois qu'il était un petit peu perdu, il perdait un petit peu pied et bah il m'a contacté pour que j'aie le voir, avoir un peu mon avis, savoir un peu ce que je pensais de tout ce qui lui arrivait. » M14*

En conclusion, soigner un médecin c'est savoir accepter l'interférence d'un savoir, la modification de sa prise en charge, c'est savoir jongler entre les connaissances et les angoisses que la maladie procure, afin de prodiguer des soins de qualités, en se faisant sa propre idée au milieu du flux d'information médicale amener par ce patient si particulier.

### **b) Les freins de la prise en charge du patient-médecin**

Un médecin semble avoir des difficultés à se rendre à une consultation, les freins retrouvés pouvant expliquer cette non prise en charge sont :

- La honte et le regard du confrère (M1)
- La crainte du non respect médical (M1)
- La peur du jugement, notamment dans les pathologies anxio-dépressives ou les problèmes d'addiction

*« peur de se sentir jugé aussi par ses confrères notamment dans le cadre des syndrome d'épuisement professionnel » M1*

- La capacité en temps que médecin à accepter de pouvoir être malade, la gestion du déni, accepter de perdre le dossard de super-héros

*« la capacité aussi en tant que médecin de dire [...] qu'on va être malade on passe jamais la barrière entre le soignant et le soignant qui est malade » M1*

*« nous médecins, on est jamais malade, on est des super-héros hein ? [...] d'ailleurs on comprend pas quand ça nous arrive » M2*

*« de toute façon on se voile toujours un peu la face. » M7*

*« je pense qu'il faut travailler à lâcher prise quand on parle de soi-même et à faire confiance au type en face qui prend les rênes en main » M8*

- La peur de ne pas pouvoir continuer à travailler avec les conséquences notamment financières qui en découlent

*« au moment où il se retrouve malade bah il y a plein de questionnement qui en découle 'est-ce que je vais pouvoir continuer mon métier?' » M1*

*« il y a quand même un gros frein dans la prise en charge des médecins dans les examens par peur qu'on trouve quelque chose et que ce soit très limitant en terme d'emprunt, en terme d'implication financière » M4*

- La peur de croiser un patient dans la salle d'attente

*« Les médecins ils n'aiment pas du tout venir dans des structures où il y a d'autres patients » M1*

*« c'est toujours la peur de voir en salle d'attente ses patients » M3*

- La possibilité d'auto-prescription

*« il y a beaucoup de médecins qui sont enfin voilà qu'ils veulent garder le contrôle sur leur santé ou leur non santé » M1*

*« il s'automédiquait sans aucun suivi et il venait quand il n'y arrivait plus » M10*

- La peur de déranger un confrère



« le fait de ne pas demander à un confrère d'être votre médecin traitant c'est peut-être parce que on a pas envie de l'embêter » M9

« je m'estime suffisant pour être mon propre médecin traitant et je vois pas pourquoi j'irai enquiquiner un collègue pour faire un boulot que je sais faire » M9

➤ Les contraintes des rendez-vous médicaux

« les contraintes des rendez-vous médicaux quand on est médecin ça saoule tout le monde » M10

« bon surtout quand tu es en exercice, de se soigner c'est pas toujours facile, prendre rendez-vous avec un spécialiste... » M13

**c) Les attentes du médecin-malade**

Les médecins soignants ont spontanément évoqués les attentes qu'un médecin-malade pouvait avoir envers son confrère :

➤ Ne pas être jugé par son confrère

« ne pas être jugé par leurs confrères » M1

➤ Une relation médecin-malade exemplaire, digne de confiance avec respect du secret professionnel. De part le pouvoir dans le choix du médecin traitant, les médecins malades se retrouvent dans une position de supériorité où ils recherchent le soignant parfait, celui qui répondra à toutes leurs attentes mais peut-être aussi celui qui n'existe pas.

« ils attendent surtout d'un médecin qu'il soit exemplaire dans son relationnel, qu'il respecte le code de déontologie, qu'ils aient confiance et qu'il n'aille pas répéter à tous ses confrères médecins ce qu'il en est, et qu'il soit disponible » M1

« je pense que pour un médecin c'est important d'avoir un médecin avec qui on s'entend bien, à qui on peut se confier, qui sait tenir sa langue, se tenir au secret professionnel » M4

« si je devais trouver un médecin traitant je ne sais pas à qui je ferai appel peut-être par complexe de supériorité cette fois-ci quoi mais bon j'aurais du mal à faire confiance à quelqu'un d'autre pour me soigner, [...] mais je pense qu'il faut qu'il soit parfait, qu'il ai des connaissances médicales irréprochables, qu'il soit humain, qu'il a une vision clairvoyante

*Voilà quoi c'est comme ça que je l'imagine et j'en connais pas des masses des comme ça. il y a une pression aussi pour trouver un médecin ».M11*

- Un examen clinique en bonne et due forme

*« s'il vient c'est pour être examiné donc il faut l'examiner et il faut l'examiner peut-être encore plus correctement qu'un autre » M2*

- Être pris en charge comme un patient lambda, avec le souhait d'oublier ses connaissances et se laisser guider par le médecin soignant

*« je pense qu'on aime bien quand on est soigné de se retrouver vraiment patient et se dire j'ai oublié ce que c'était une angine » M3*

- La recherche d'un avis objectif concernant leur pathologie avec pour sous-entendu le fait qu'on ne puisse être bon juge pour soi même. Un des médecins avançait même que venir voir un autre médecin en consultation lorsque l'on est médecin est une belle preuve d'immunité.

*« déjà se faire soigner par quelqu'un d'autre c'est déjà une belle preuve d'immunité, se dire je ne sais pas ce que j'ai, je ne veux pas savoir ce que j'ai je voudrais avoir un avis plutôt objectif c'est une belle preuve d'immunité » M3*

*« s'ils viennent c'est parce qu'ils attendent quelque chose peut-être qu'ils se doutent, qu'ils savent ce qu'ils ont mais qu'ils veulent un avis extérieur [...] on n'est pas forcément bon juge pour soi-même » M5*

#### **d) Une question de génération**

Selon les médecins interrogés, la capacité ou non à se laisser soigner dépendrait également de la génération. Plusieurs sont les médecins à évoquer que les jeunes générations auraient plus tendance à se laisser soigner, à consulter. Les plus jeunes seraient ainsi plus observant et la relation plus facile.

En revanche, les anciennes générations auraient pris pour habitude de s'automédiquer et consulteraient ainsi très peu, voir pas du tout. Ceux qui consultent auraient d'ailleurs plus de mal à lâcher prise.

*« une question de génération je pense. Parce qu'en gros les médecins qui ont 50 ou 60 ans je pense qu'ils veulent pas en entendre parler ils gèrent leur santé quitte à négliger des*

*symptômes [...] des patients que je suis qui sont médecins qui ont la trentaine [...] là pour le coup ils sont acteurs mais ils font pas forcément les ordonnances » M1*

*« les plus jeunes peut-être consultent un peu plus » M6*

*« plus âgée en fin de carrière de médecine du travail, donc peut-être un petit peu plus compliqué parce que pas l'habitude elle pour le coup de se laisser prendre en charge par d'autres médecins » M8*

Deux des médecins interrogés avouaient qu'ils réalisent eux même leur suivi et ne voient pas l'intérêt de voir un confrère, il s'estime suffisant pour assurer leur propre suivi. Ces médecins sont âgés de 59 et 56 ans.

*« je m'estime suffisant pour être mon propre médecin traitant et je vois pas pourquoi j'irai enquiquiner un collègue pour faire un boulot que je sais faire » M9*

*« c'est tout je fais mes prescriptions, je vais voir le cardiologue aussi en temps et en heure quoi, tu vois mon suivi je l'assure moi-même, je fais mes bilan sanguin, je contrôle mes taux de PSA enfin je m'occupe de tout ça. Alors c'est peut-être pas bien parce que c'est vrai qu'il y a des médecins qui sont négligents » M12*

### **e) L'auto-prescription et l'accès facile aux spécialistes en premier recours**

L'accès aux spécialistes se fait de façon plus facile, de par les connaissances ou correspondants habituels, mais il est aussi plus rapide. Il est un réel avantage dans la prise en charge.

*« il va m'appeler pour me demander « c'est qui l'uro avec qui tu travailles ? », je vais lui donner son numéro. je pense qu'il n'a pas forcément besoin de mon intervention au milieu de tout ça, qu'il prenne un rendez-vous, qu'il attende 3 jours pour me voir pour que je lui fasse un courrier, il peut très bien gérer en direct » M4*

*« il connaît le cardio sur place, si je lui dis il faut refaire un doppler ou une écho cœur c'est fait dans la semaine » M5*

*« quelquefois c'est plus facile parce que souvent ils connaissent beaucoup de monde donc un rendez-vous chez le diabétologue le cardiologue et ils ont dans la semaine donc ça va plus vite » M5*

*« Il s'est fait soigner où il travaillait d'ailleurs » M6*

Bien que l'accès aux spécialistes soit un avantage, il est aussi le lit des abus et surconsommation....

*« il a aussi cette fâcheuse tendance, qui des fois m'énerve un peu mais soit, à dire j'ai mal au ventre je vais aller voir mon copain gastro » M7*

L'accès à l'auto-prescription est largement accepté et considéré comme pratique, faisant gagner du temps.

*« ça ne me dérange pas, on le fait tous, alors je vois pas pourquoi je le reprocherai » M8*

*« Je pense qu'il y a beaucoup de confrères qui sont leur propre médecin traitant. Disons que c'est plus simple quand on a besoin de se faire une ordonnance plutôt que de demander à son associé ça va plus vite » M13*

Elle peut cependant être source de malaise notamment concernant l'accès aux examens para-cliniques. En effet, les examens auto-prescrits réalisés ne sont pas toujours ceux que le médecin soignant aurait prescrits en première intention, avec un recours aux examens plus invasifs en première intention. Cette nouvelle surconsommation peut interférer dans la gestion du diagnostic et la façon de réfléchir du soignant.

*« il y a des choses qui sont plus compliqué quand ils ont déjà fait le tep-scan avant de faire la fibro par exemple » M3*

*« Pour revenir aux examens complémentaires si un patient vient avec des examens et que je n'aurais pas pensé à faire comme ça je leur dis et puis on en discute après ouais des fois on se retrouve dans des situations plus compliqué peut-être » M4*

Finalement, l'auto-prescription et l'automédication ont pour conséquence de court-circuiter le rôle propre du médecin généraliste, source de frustration pour celui-ci avec ce sentiment de « dernière roue du carrosse ».

*« beaucoup de patients s'auto-médique et que en fait quand ça devient compliqué ils vont directement voir les spécialistes » M10*

*« au niveau du médecin traitant nous on arrive tardivement dans la prise en charge dans le sens où ils vont voir les spécialiste directement on est complètement shunté de la prise en charge, donc forcément on voit les choses après,[...] en tout cas au niveau de la médecine générale on arrive après [...] parce que finalement l'auto-diagnostic, l'étape du médecin généraliste finalement les médecins se le font tout seul jusqu'au diagnostic. » M10*

*« oui et puis on peut avoir recours à des spécialistes qu'on connaît assez facilement dès qu'on a un soucis, donc c'est pour ça que médecin traitant à proprement parler n'est pas crucial » M13*

La place du médecin traitant dans le soin d'un confrère est donc elle-même décriée par certains des interrogés qui sont pourtant tous des médecins généralistes. En effet, plusieurs sont ceux qui se disent responsables dans leur propre suivi de santé et non négligents.

*« Enfin après dans tous les confrères que je fréquente, que je côtoie, apparemment ils sont quand même tous responsables ils se font des bilans sanguins, ils vont à des consultations cardio, les copains que je fréquente ils en parlent quand même, on en parle entre nous quoi » M13*

### **f) Les dangers de l'auto-suivi**

Bien que l'auto-prescription présente les avantages d'une prise en charge rapide en cas de besoin, l'auto-prise-en-charge présente également des risques qui ne semblent pas anodins :

#### ➤ Le déni

*« les médecins sont parfois très très souvent dans le déni ce qui limite beaucoup les examens il minimise beaucoup » M1*

*« c'est vrai qu'il y a des médecins qui sont négligents, dans mon secteur on a quand même eu deux trois médecins qui sont décédés » M13*

- Un retard de prise en charge lié à un manque de régularité des soins

*« ils ont tendance beaucoup à minimiser les situations où souvent ils arrivent dans des cas extrêmes. » M1*

*« il s'auto prescrivait ses ordonnances, ce qui fait que je n'ai pas vu arriver la démence parkinsonienne parce que je ne le voyais pas assez » M10*

*« le côté auto prescription mets un gros frein à la régularité des soins en fait [...] il a eu un gros retard sur la prise en charge » M10*

- Le manque d'objectivité envers soi-même, que ce soit sur le plan physique ou psychologique. Ce manque de clairvoyance serait alors dû aux angoisses que la maladie provoque chez le médecin-malade.

*« on est pas objectif on peut pas s'auto-examiner comme on ne peut pas s'auto-analyser je pense. » M5*

*« quand ça devient potentiellement un peu plus emmerdant on est moins clairvoyant quand on parle de soi » M7*

*« c'est très difficile d'être clairvoyant sur soi-même parce que c'est difficile de mettre complètement l'angoisse que ça nous provoque sur le côté. » M8*

- La non observance

*« typiquement tu donne un traitement et ils sont allés chercher encore plus fort » M1*

Un des interrogés avançait même que la prise en charge que s'accorde actuellement les médecins pourrait diminuer l'espérance de vie des médecins.

*« si on soigne nos patient comment se soigne nous-même on aurait probablement pas autant de vieillard sur terre » M3*

Un autre médecin disait qu'être malade lorsque l'on est médecin serait un risque de gravité.

« c'est un facteur de risque de gravité un médecin malade, pour moi vraiment ! » M8

## **5. Place du médecin traitant dans le suivi du médecin-malade**

### **a) Un rôle ponctuel**

8 des médecins interrogés décrivent une relation ponctuelle, de dépannage, pour un avis concernant un problème de santé aiguë ou pour une question administrative telle qu'un arrêt de travail ou une demande d'ALD par exemple. C'est non sans une certaine frustration que les médecins se sont exprimés sur ce rôle très restreint.

*« j'ai juste été un prête-nom, je faisais juste les ordonnances. J'ai jamais vu la personne »*  
M1

*« j'ai surtout un rôle administratif très peu qui me voit comme organisateur de leur parcours de soins et garant de la bonne réalisation des dépistages et des vaccinations »* M1

*« pour remplir des certificats, des demandes d'échographies ou des choses comme ça [...] c'est du dépannage, l'administratif »* M9

*« je l'ai mis en arrêt de travail, donc c'est juste pour la prolonger mais elle s'auto-médique aussi donc je ne fais rien d'autre que des papiers parce qu'elle ne peut pas les faire elle-même (rire) »* M10

*« c'est plus un avis qu'elle demande qu'une vraie consultation. »* M11

*« c'est pour tout ce qui est administratif qu'il ne peut plus faire lui-même »* M12

*« je vois un coup de temps en temps quand il est un petit peu perdu on va dire. »* M14

### **b) Un rôle psychologique**

Cependant, 6 des interrogés décrivent également une place importante dans le soutien psychologique. En effet, les soignants décrivent, qu'une fois la relation de confiance établie certains arrivent à évoquer des problèmes liés à l'activité professionnelle, aux possibles addictions, aux difficultés de la vie. Cependant, ce rôle de soutien nécessite un gros travail sur la relation médecin-malade du fait d'un déni

des professionnels de santé concernant leur santé mentale ainsi que la gestion de la honte que la maladie procure aux malades.

*« besoin aussi de parler de certains traumatisme notamment en garde et au boulot » M1*

*« ça leur fait du bien de venir parler, une maladie dans la solitude c'est pas possible » M6*

*« j'ai beaucoup accès la relation sur l'échange, plus sur le psychologique et donc l'échange que sur le somatique » M8*

*« C'est plus la partie accompagnement psychologique que le côté organique finalement, parce que j'ai pas ma place en fait, elle considère que j'ai pas ma place. » M10*

Le médecin est également là pour aider à gérer les angoisses d'une pathologie, apporter son empathie et rassurer dans la prise en charge réalisée ; le malade souhaite avoir confirmation qu'il a fait les bons choix pour sa santé.

*« je crois qu'il était surtout angoissé parce que c'était au moment de ses rechutes et puis au moment où il a fait pas mal de complications. Je crois qu'il était un petit peu perdu, il perdait un petit peu pied et bah il m'a contacté pour que j'aie le voir, avoir un peu mon avis, savoir un peu ce que je pensais de tout ce qui lui arrivait. Mais bon, il est de la partie donc il savait très bien, je pense qu'il avait besoin d'être rassuré surtout. » M14*

Un médecin en particulier (M1) disait être particulièrement vigilant concernant les souffrances liées au travail et aux problèmes d'addiction. Ce médecin (M1) était parmi ceux qui suivent le plus de médecins malades, ne serait il pas de ce fait plus sensibilisé ?

*« je fais particulièrement attention au médecin pour les questions d'addiction et de souffrance au travail et de traumatisme. » M1*

*« ils sont quand même nombreux tous les soirs à avoir besoin d'un petit remontant et au niveau souffrance au travail c'est pareil » M1*



**c) Une place de second rang, les médecins malades sont d'abord leur propre médecin généraliste :**

Les médecins malades font en premier lieu appel à eux même quand il s'agit de leur santé. Puis, ils se tournent vers les spécialistes.

*« en général les médecins on a quand même des traits de personnalité qui fait que on a toujours un contrôle [...] il y a beaucoup de médecins qui sont enfin voilà qu'ils veulent garder le contrôle sur leur santé ou leur non-santé » M1*

*« ils vont pas venir pour le rhume ». M6*

*« il y a une autogestion plus importante, plus d'auto-médication ce qui paraît assez logique. Ils essaient de débrouiller eux-mêmes pas par non envie de venir mais aussi par praticité » M4*

*« médecin va gérer beaucoup de choses par lui-même ou il va tout de suite faire confiance à des spécialités, des spécialistes » M8*

*« ils vont faire un peu comme je fais moi-même d'ailleurs, c'est-à-dire s'il y a un souci ou une prévention ou je ne sais quoi c'est de téléphoner à un collègue spécialiste » M8*

*« il me demande des choses, des questions, des renseignements parce qu'il ne sais plus quoi. Par contre, quand il sait, il fait lui-même. (rire) » M7*

*« non c'est plutôt une place plutôt secondaire contrairement aux patients justement [...] dans leur raisonnement ils savent déjà un petit peu ce qui va se passer donc ils vont plutôt aller voir un spécialiste où demander conseil à un spécialiste et c'est logique de toute façon » M12*

*« quand on a besoin d'un confrère dans ces cas-là on va peut-être plus consulter un spécialiste quand on s'en sort pas soi-même quoi tu vois. Enfin je pense que beaucoup de médecins font cette démarche là » M13*

La place du médecin généraliste pour soigner un confrère arrive alors dans un second temps. En effet, les médecins malades consultent un généraliste à partir du moment où les choses dépassent leur savoir ou leur capacité à faire face, que ce soit sur le plan psychologique ou physique.

*« en terme de suivi ou d'accompagnement de suivi il faut que ce soit des choses très lourdes des maladies qu'il n'arrive plus à gérer ou ce genre de chose, des traumatismes » M1*

*« il y a des patients médecin qui viennent se soigner ici effectivement on est un peu le dernier recours ils ont déjà fait des choses avant et ne trouvant pas ils viennent me voir. Et inversement il y a des patients qui veulent pas chercher [...] donc voilà il y a des patients qui n'essaient pas et qui préfèrent venir me voir d'abord et d'autres qui préfère faire autre chose avant de venir donc j'ai pas la même place » M3*

*« on n'est pas forcément mis au centre du parcours de soins comme un patient classique qui va venir vous voir en premier recours, on est plutôt du second recours. Le premier recours c'est d'abord eux-mêmes pour la plupart sauf certains qui veulent pas du tout s'en occuper mais c'est quand même assez rare » M4*

*« Souvent quand c'est des choses graves qu'ils ne peuvent pas gérer eux-mêmes, pas tout seul, parce que ils sont fatigués bon souvent c'est un cancer ou une maladie grave et donc là ouais il se laisse guider » M6*

*« elle avait une problématique bien spécifique qu'elle n'arrivait pas à résoudre et du coup elle s'est dit bah là j'ai besoin d'un généraliste. » M7*

*« au niveau du médecin traitant nous on arrive tardivement dans la prise en charge dans le sens où ils vont voir les spécialiste directement on est complètement shunté de la prise en charge [...] parce que finalement l'auto-diagnostic, l'étape du médecin généraliste finalement les médecins se le font tout seul jusqu'au diagnostic » M10*

Le médecin généraliste semble trouver toute sa place dans le soin d'un confrère en ce qui concerne les rappels de prévention (mammographie, cancer colorectal, vaccination etc).

*« son vécu psychologique, est-ce qu'elle suit ses examens de prévention, la mammographie, les frottis, etc qu'elle faisait déjà habituellement [...] mais ça s'est arrêté à ça parce que dès que ça touche quelque chose de médical un peu plus pointu elle va voir un spécialiste directement » M10*

Globalement, la place du médecin généraliste dans le soin d'un confrère est décrite comme secondaire, annexe mais utile notamment en termes de suivi psychologique.

*« Elle est un peu annexe, elle est utile mais elle n'est pas centrale c'est une aide » M8*

En revanche, ce rôle semble transitoire en cas de guérison. En effet, une fois le médecin soigné, il semble délaissier son médecin généraliste et reprendre son auto-prise en charge.

*« Ouais il a souffert le gars, il a tout fait comme il fallait, et maintenant il est guéri donc il a plus besoin de moi (rire) » M6*

*« maintenant il ne me demande plus rien donc il ne vient plus. Mais bon je me dis qu'il peut gérer lui même lui il sait c'est quand même pas compliqué de gérer son dosage de Lévothyrox » M6*

#### **d) Un coordinateur de soin comme pour tout patient ?**

Une fois la porte du cabinet passée, il semble que le médecin généraliste retrouve son rôle propre : celui de coordinateur de soin. Les interrogés expliquent que les médecins spécialistes qu'ils soignent ne sont pas au fait du suivi régulier à faire selon les pathologies. Ainsi, c'est le médecin généraliste qui leur rappelle de façon régulière les spécialistes qu'il est nécessaire de rencontrer en prévention en fonction des pathologies auxquelles ils sont confrontés.

*« il faut qu'on leur réexplique le suivi parce que ceux que j'ai en tout cas c'était des spécialistes et ils n'ont pas forcément une idée du suivi régulier des pathologies chroniques; parce qu'ils consultaient à droite à gauche comme ça en milieu hospitalier » M5*

*« ils s'estiment spécialisés d'organes et du coup plus au fait » M7*

*« comme pour tous les patients le suivi c'est pareil, on assure le suivi chez le cardio, chez l'ophtalmo, bon c'est un diabète de type 2 on n'a pas forcément recours à un endocrinologue, quand il a eu son problème urologique on a eu recours à l'urologue. enfin moi j'essaie de faire ça comme si c'était un patient lambda. » M13*

#### **e) Une place indéterminée pour une des interrogés**

L'une des médecins (M11) se sentait très gênée face à la question « Selon vous quelle place votre patient-médecin vous accorde-t-il dans son parcours de soin ? »,

elle avouait ne pas savoir quel était réellement son rôle. Ce médecin faisait preuve d'un grand complexe d'infériorité lorsqu'elle parlait de son patient-médecin. Elle ne comprenait pas pourquoi elle avait été choisie.

*« je ne sais pas vous me posez une colle je ne sais pas comment ils voient ça » M11*

*« j'avoue que je ne sais pas trop en fait je ne sais pas à quoi je sers au final (rire) » M11*

## **6. Pistes pour améliorer la prise en charge des médecins malades**

### **a) La création de centre dédié et un numéro vert**

La création d'un centre dédié semble être une solution mitigée pour les interrogés. Deux des médecins trouvaient qu'il serait bien de créer des centres dédiés par territoires et d'avoir un numéro vert que chaque médecin malade pourrait appeler. Tandis que 2 autres pensent que ce genre de système serait peu sensible, peu utilisé par les principaux intéressés.

*« il faudrait qu'on ait un référencement des médecins généralistes il faudrait un centre Dédié organisé par territoire » M1*

*« un numéro vert, un numéro vert dédié au patient médecin » M11*

*« créer une structure je suis pas sûr que les médecins iront » M4*

*« je ne suis pas sûr que le fait de former des centre de soins dédiés uniquement au médecin ce soit très sensible je ne suis pas sûr qu'il verrait beaucoup de monde ou les plateformes téléphoniques pour les souffrances psychologiques je suis pas sûr que ce soit très sensible » M3*

### **b) Une prise en charge à 100%**

Le médecin M1 proposait une prise en charge à 100% de l'ensemble des médecins tant la question du paiement pouvait lui poser problème.

*« il y a certaines caisse où les gens ont 100 % pour la consultation comme à la SNCF ce serait bien de créer ça pour les médecins c'est chiant ces problématiques qui arrive très très souvent la question du paiement » M1*

**c) La création d'une médecine du travail dédiée**

Trois des médecins interrogés pointaient du doigt le fait que lors du cursus médical, les visites de médecine du travail sont très rares. Elles deviennent complètement inexistantes une fois le médecin installé en libéral. L'un des médecins (M2) expliquait qu'il manquait surtout une médecine de santé au travail qui permettrait entre autres de repérer les souffrances notamment psychologiques liées à la charge émotionnelle que procure ce métier.

*« avoir une médecine du travail mais c'est surtout de la médecine et santé au travail ce n'est pas la même chose » M2*

*« Qu'il y ait une médecine du travail peut-être » M4*

*« qu'il y ait une médecine du travail [...] mais quand même à part avoir fait une visite à la médecine du travail avant les stages hospitaliers ou je sais plus à quel moment des études où on avait eu un truc mais à part ça j'ai pas eu l'impression qu'on nous ait forcé à un moment ou un autre d'aller voir un autre médecin pour faire le point sur notre santé. » M7*

**d) Une meilleure prise en charge des assurances en cas d'arrêt de travail pour un médecin libéral**

Trois des médecins mettaient également en avant le manque de prise en charge financière lors d'un arrêt de travail. Pour rappel, les médecins ont été interrogés de Juin 2020 à Mars 2021, période pendant laquelle l'indemnisation journalière n'était perçue qu'à partir du 91<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail. Cela nécessitait alors pour le médecin d'épargner assez d'argent pour pouvoir assurer ses charges professionnelles ainsi que son pouvoir d'achat en cas d'arrêt maladie. A partir du premier juillet 2021, le délai de carence est réduit à 3 jours. (9)

*« pour les libéraux on pourrait améliorer leur santé en étant un peu moins emmerdé par les assurances » M4*

*« mieux protéger les médecins. Il est quand même paradoxal que l'on s'occupe de la santé des gens et que notre propre santé soit l'une des plus mal protégée chez les travailleurs. [...] je pense que c'est un frein effectivement pour tout ce qui est dépistage » M4*

*« Pour la prise en charge des médecins pour que ça marche il faut être sûr qu'ils aient une bonne prévoyance, voilà ça c'est sûr pour que s'il y a un arrêt tout ça il ne soit pas dans la misère et comme ça ils ont le temps de s'arrêter toi tu as le temps de les soigner correctement comme il faut. » M6*

*« Mais la prévoyance c'est vraiment très important pas seulement pour les médecins mais pour toutes les professions libérales des que tu dois te démerder tout seul c'est plus la même situation. » M6*

*« il est certain que l'absence d'indemnisation financière pour le médecin libéral j'entends bien ne serait-ce qu'un délai de carence de 3 jours comme dans le régime général et certainement un facteur qui empêche une prise en charge peut-être correcte du médecin [...] Le médecin s'arrêterait probablement beaucoup plus facilement » M9*

#### **e) Un rendez-vous médical cyclique (obligatoire)**

5 des médecins proposent d'organiser un rendez-vous médical cyclique, plus ou moins obligatoire. Le but étant surtout de proposer à chaque médecin un rendez-vous avec un confrère qui ferait un point sur leur état de santé avec une biologie et autres examens para-cliniques qui pourraient s'avérer nécessaire selon les situations.

Ils faisaient notamment référence aux dépistages de santé organisés par les organismes tels la MSA qui incite ses cotisants à faire régulièrement un bilan de santé personnalisé et gratuit.

Mais une question reste en suspens, qui devrait être l'organisateur de ces bilans de santé ? L'ordre des médecins ? La CPAM ? La CARMF ?

*« il faudrait que peut-être pas une fois par an mais une fois tous les 2 ans qu'on ai un contrôle obligatoire avec ECG et prise de sang parce qu'on est quand même des métiers à responsabilité [...] je sais pas comment on peut régler le problème autrement qu'en mettant une visite obligatoire » M1*

*« quand on organise ça qui doit être responsable est-ce que c'est l'ordre est-ce que c'est la CPAM je ne sais pas qui devrait être responsable de ça est-ce qu'il faut créer une association » M1*

*« on devrait bénéficier d'une obligation entre guillemets à partir de je ne sais pas quel âge, ou à partir du moment où on exerce pourquoi pas, d'un bilan de santé complet c'est-à-dire des visites tous les deux à 3 ans comme dans les autres milieux professionnels [...] avec une obligation de bilan biologique, d'avoir un bilan complet cardio ECG + échocardiographie et puis une consultation médicale réelle avec les résultats des examens complémentaires pour faire un point sur sa santé » M2*

*« les caisses propose par exemple la MSA propose à ses agriculteurs, alors pourquoi pas la CARMF qui proposerait à ses médecins de faire des bilan de santé régulièrement quoi [...] La CARMF inciterait ses médecins à aller consulter, avec un bilan complet, avec un bilan peut-être plus exhaustif que le bilan de santé de la Sécu, avec questionnaire et tout ça pour voir si la prise en charge est bonne » M13*

*« Qu'on reçoive une invitation du ... bah comme certains patients reçoivent la tous les 5 ans de la Sécu pour faire un petit bilan dans un Centre [...] après je vois il y a la MSA qui invite tous ses cotisants à un bilan de santé tous les 3 - 4 ans là mais c'est vrai que pour nous ça n'existe pas. [...] ça serait plutôt à la CPAM de gérer [...] et faire une relance un coup de temps en temps si on répond pas favorablement ou si on ignore le courrier » M14*

L'un des médecins (M1) trouvait ça inconcevable qu'en tant que professionnel de santé, considéré comme métier à responsabilité, il ne leur soit jamais proposé de suivi médical en bonne et due forme. Il comparait alors cela au pilote de ligne qui lui se voit contraint à un suivi médical régulier et strict (visite médicale avec délivrance d'un certificat médical une fois par an jusque 40 ans puis tous les 6 mois au delà, non renouvelable à partir de 65 ans).

*« Je ne sais pas s'il faut obliger les libéraux à avoir un avis et un suivi médical parce que quand même il y a des métiers à haute responsabilité ce serait inconcevable qu'un contrôleur aérien pilote de ligne on l'oblige pas à se faire suivre en addicto et en psychologie. les médecins ça ne choque personne en fait. » M1*

#### **f) Déclarer un médecin traitant différent de soi-même, un point sur l'auto-prescription**

L'auto-prescription est un privilège que les médecins souhaitent garder. En revanche, ils semblent d'accord sur le fait de devoir déclarer un médecin traitant différent d'eux

même, bien que je le rappelle douze des quatorze médecins interrogés soient leur propre médecin traitant. Le but est alors d'avoir quelqu'un en face qui puisse réfléchir de façon plus objective et prescrire des examens appropriés. Les médecins semblent vouloir continuer à s'auto prescrire des médicaments mais peut être prendre avis auprès de leur confrère pour un suivi avec un spécialiste, se retrouver ainsi dans une prise en charge coordonnée par leur médecin traitant.

*« obligé à avoir un médecin traitant différent de soi-même [...] il ne faut pas s'auto soigner »*  
M3

*« il faut accepter de se dire qu'on en a pas toutes les connaissances, et surtout soit on est hypocondriaque et on fait les choses en excès où on est dans l'autre sens hypercondriaque et tu vas bien et on renie plein de choses il faut trouver le juste milieu et le juste milieu est d'avoir un médecin qui réfléchit différemment »* M3

*« tous les médecins devrait être obligé d'avoir un médecin traitant »* M7

*« Et pour les médecins généralistes se suivre soi-même ce n'est pas toujours l'idéal non plus, d'autant plus quand on aborde certaines problématiques, où je pense que de toute façon on se voile toujours un peu la face. »* M7

*« Est-ce que pour voir un spécialiste il ne faudrait pas avoir le parcours médecin traitant comme un autre patient, comme n'importe quel patient. »* M10

Une certaine ambivalence règne alors, parce que les médecins semblent avoir peur qu'on leur enlève le privilège de l'auto-prescription, perçu comme un gain de temps et d'une praticité importante mais précisent que, malgré tout, l'avis d'un confrère et donc la nécessité d'avoir un médecin traitant reste importante.

*« j'irai pas jusqu'à interdire de s'auto-prescrire parce que c'est quand même très pratique de s'auto-prescrire et que franchement avoir les contraintes des rendez-vous médicaux quand on est médecin ça saoule tout le monde. Mais c'est une piste de devoir limité. Est-ce que pour voir un spécialiste il ne faudrait pas avoir le parcours médecin traitant comme un autre patient, comme n'importe quel patient. Je sais pas si ça serait intéressant euuuuh... En fait je suis partagé entre ce que je vis de mon expérience d'être mon propre médecin traitant qui est quand même super pratique et je gagne un temps fou »* M10



*« Pour moi, il ne faut surtout pas interdire l'auto-prescription, [...] l'auto prescription est très pratique et on en a besoin ». M12*

Par ailleurs, un des médecins interrogés s'estime cependant suffisant pour s'auto-traiter.

*« je m'estime suffisant pour être mon propre médecin traitant et je vois pas pourquoi j'irai enquiquiner un collègue pour faire un boulot que je sais faire » M9*

### **g) Savoir accepter d'être malade, perdre l'étiquette du super-héros**

L'une des étapes pour une meilleure prise en charge serait d'accepter de pouvoir être malade.

*« Je pense qu'il faut juste apprendre à baisser la garde [...] et de se laisser soigner [...] il n'y a pas de solution miracle il faut accepter d'être malade » M3*

*« leur dire qu'ils ne sont pas objectif et qu'ils ne doivent pas hésiter à consulter, à demander l'avis d'un confrère » M5*

*« je pense qu'il faut travailler à lâcher prise quand on parle de soi-même et à faire confiance au type en face qui prend les rennes en main » M8*

*« je pense que ce n'est pas les soignants qui doivent être formés, c'est plutôt le soignant à accepter d'être soigné par quelqu'un d'autre » M10*

Pour cela, les médecins interrogés évoquaient différentes stratégies.

La première décrite par M10, serait d'apprendre à être un bon malade dès les études médicales.

*« C'est plus dans la relation en fait c'est une éducation, une formation à la relation médecin-malade entre médecins ou entre confrères » M10*

*« peut-être inclure dans la formation qu'il vaut mieux être soigné par quelqu'un d'autre [...] leur dire dès le début mais ne vous faites pas confiance à vous-même parce que c'est biaisé » M10*

*« il faut surtout sensibiliser les médecins très tôt à se prendre en charge correctement. »  
M10*

Un autre médecin (M12) proposait d'inclure une formation dans le cadre du développement professionnel continu (DPC), qui est obligatoire.

*« par une information ou par effectivement des formations, proposer des formations pour des prises en charge, pour faire prendre conscience c'est vrai, les formations étant obligatoire, la formation continue fait prendre conscience des choses, donc proposer les sujets » M12*

Pour 2 autres médecins, la stratégie serait d'apporter une aide psychologique à base de groupe de parole de médecin-malades.

*« La charge émotionnelle qu'on peut avoir ça aussi ça doit être évalué : groupe de parole »  
M2*

*« peut-être travailler un peu sur des fois notre humilité en tant que soignant et puis peut-être favoriser des groupes de paroles entre médecin-malade » M8*

### **h) Une campagne de sensibilisation**

Deux des médecins proposaient d'instaurer une campagne de sensibilisation à l'aide de tracts ou d'articles dans les journaux médicaux afin de faire prendre conscience aux médecins qu'il est important de se faire soigner.

*« communiquer c'est bien parce qu'on voit quand même passer de temps en temps sur les titres du Quotidien du médecin ou des revues de Prat ou des trucs comme ça que les médecins sont plus touchés par ça [...] est-ce que les autorités devraient nous envoyer des petits rapport sur l'état de santé des médecins de manière régulière et juste comme des publicités hein "prenez-vous en charge" ; "n'oubliez pas de vous soigner" ; c'est des messages qui rentrent Hein ! "Un médecin est un patient comme les autres" enfin je sais pas qu'est-ce qu'on pourrait faire comme campagne.... Mais plus de l'information pour que ça*

*devienne une idée normale de consulter pour un médecin [...] Donc en fait faire une campagne de sensibilisation sur la qualité d'une prise en charge d'un médecin » M10*

*« des informations, [...] dans la presse médicale ça peut être une solution [...] avec des tracts, des informations données sur le fait de se faire soigner, un peu comme la campagne "les antibiotiques c'est pas automatique" au plus on répètera de consulter au plus les médecins y penseront et sauteront le pas » M12*

**i) Savoir se rendre disponible pour son confrère malade : la confraternité**

Pour l'une des médecins interrogés, la solution pour une meilleure prise en charge des médecins-malades serait de se rendre davantage disponible pour son confrère afin de lui éviter au maximum la contrainte du rendez-vous médical.

Elle proposait également de prévoir une à 2 consultations par semaine dédiées à la prise en charge d'un confrère, telles des consultations d'urgence.

*« Avoir des créneaux d'urgence parce qu'ils n'ont pas le temps et je pense qu'ils renonceraient peut être au soin si on n'arrive pas à avoir un RDV rapide pour eux [...] s'il faut faire un créneau par jour ou deux par semaine pour voir un confrère médecin pourquoi pas » M11*

*« je le verrai à 20h15 ou 20h20 là où j'ai le plus de temps pour lui, ou je le ferai le moins attendre et puis là où ça l'arrange lui dans son planning » M11*

**j) Le DIU « soigner les soignants »**

Cette formation diplômante et validant les unités du DPC semble peu connue des médecins. En effet, nous avons demandé à 7 des médecins interrogés s'ils connaissaient cette formation. Leurs réponses étaient globalement négatives.

Nous leurs avons ensuite demandé si cette formation pourrait les intéresser. Ils répondent alors également par la négative. L'un des arguments est le fait qu'ils n'ont en général qu'un à deux patients-médecins dans leur patientèle, de ce fait le bénéfice par rapport à l'investissement ne leur semble pas favorable.

*« de toute façon chaque soignant est très différent. Il y a autant de différence entre les soignants que de différences entre les patients » M8*

*« Une formation d'un an ça me semble trop, D'autant que je n'ai que 2 patients concernés ce n'est pas un vrai problème de mon quotidien » M10*

*« il y a certainement des petites ficelles à connaître c'est sûr, des choses qui peuvent enrichir notre pratique, ça je suis toujours ouvert à tout ça. Mais commencer à faire des choses qui sont un peu trop..., à mon âge non » M12*

Deux des médecins s'avéraient intéressés mais s'interrogeaient quant à la durée et la quantité de la formation.

*« oui si ça peut être intéressant le temps que ce n'est pas trop long [...] mais c'est surtout apprendre les techniques de communication et surtout à dépister les écueils dans la communication, les évitements exetera quoi, mais je ne vois pas en quoi un médecin généraliste serait un patient différent » M9*

*« de là à faire un DU, ça me paraît quand même exagéré je pense que une formation médicale d'une journée pourquoi pas mais ça tient pas dans un DU, à mon avis » M10*

Certains médecins expliquaient même que cette formation intéresserait probablement davantage les médecins de spécialités. En effet, ceux-ci seraient davantage concernés par le soin de leurs confrères étant donné que les médecins-malades les consulteraient en priorité.

*« je pense que les spécialistes sont plus concernés que nous généralistes [...] je pense que les spécialistes sont beaucoup plus concernés à soigner les soignants que les généralistes »*  
M10

*« oui ça peut être intéressant bon moi dans mon cas par exemple c'est une personne, quand on a plusieurs oui je veux bien croire à la limite et si on éprouve des craintes ou des peur de faire une bêtise bon après quand c'est pour une personne ou deux oui ça peut être intéressant je dis pas le contraire.... peut-être les spécialistes mais les médecins généralistes je ne pense pas » M12*

Un des médecins avouait que cela ne l'intéressait pas simplement parce que soigner les médecins n'était pas une pratique qu'il souhaitait faire.

*« c'est pas un truc qui m'intéresserait [...] c'est le fait de soigner les médecins qui m'intéresse pas. » M14*

La réponse d'une des médecins était un peu biaisée puisque celle ci est inscrite dans la formation.

*« c'est génial j'ai eu un module d'une journée et demi + une soirée, je regrette absolument pas de l'avoir fait j'attends avec hâte la prochaine session qui est fin mars. donc voilà c'est vraiment super » M11*

## V. Discussion

## A. Forces et limites de l'étude

### 1. L'échantillon

Les médecins interrogés ont été contactés par téléphone. Le recrutement s'est fait dans un premier temps selon nos connaissances (professionnelles ou personnelles), puis sur les conseils des médecins interrogés. Il existe un **biais de sélection** certains. En effet, les médecins interrogés ont possiblement décidé de participer à l'étude parce que nous les connaissions. Les participations ont également pu être influencées par un intérêt particulier pour cette thématique. Cependant, le troisième mode de recrutement s'est fait via l'utilisation du moteur de recherche Google avec l'intitulé « médecin généraliste nord ». Ce troisième type de recrutement permet donc d'augmenter le hasard et donc de diminuer ce biais de sélection.

Le deuxième type de biais de recrutement est inévitablement un **biais géographique**. En effet, 13 des 14 sujets interrogés habitaient dans un périmètre de 50 km autour de la métropole Lilloise.

L'échantillon interrogé soit 14 médecins soignants des confrères ne représente probablement qu'une infime partie du soin d'un confrère. Cet échantillon restreint est pour autant cohérent avec le caractère qualitatif de l'étude. Nous avons arrêté les entretiens lorsque la saturation des données était atteinte ; c'est à dire lorsqu'il n'y avait plus de nouvelles notions sur les 2 derniers entretiens.

Selon la dernière étude réalisée par le conseil national de l'ordre, au 1er janvier 2020, les femmes représentent 50.4 % des effectifs de médecins généralistes en activité régulière. L'âge moyen des médecins généralistes à cette même date et tout sexe confondu est de 50.1 ans (10). Sur les interrogés, seules 3 étaient des femmes, ce qui correspond à environ 21% de femmes sur l'échantillon. En revanche, l'âge moyen de notre échantillon est de 49.5 ans. Ainsi notre échantillon n'est donc **pas représentatif de la démographie médicale en ce qui concerne le sexe mais est en accord** avec les données sociodémographiques du conseil national de l'ordre des médecins **en ce qui concerne l'âge**. Pour autant, une étude en recherche qualitative n'a pas pour but d'être significativement représentative de la population des médecins généralistes mais d'obtenir une diversité d'information afin de faire émerger des concepts.

## 2. La méthode

L'enregistrement sur dictaphone entraîne probablement un **biais déclaratif**. En effet, certains des médecins interrogés avaient tendance à être vigilant à leurs réponses, notamment lorsqu'ils évoquaient un sujet qui leur semblait sensible, ils avaient tendance à regarder l'appareil enregistreur et à réfléchir à leurs dires. Ce biais inévitable a pu être diminué par la réassurance d'une anonymisation des données.

Par ailleurs, tous les entretiens ont été menés par un seul enquêteur. Bien que l'interviewer et rédacteur de ce travail de recherche ait essayé au maximum de rester neutre quant à la formulation des questions ou face aux réponses des médecins interrogés, cela est inévitablement responsable d'un **biais d'influence**.

Concernant la méthodologie en elle-même, soit l'utilisation d'entretiens qualitatifs semi-dirigés, afin de diminuer un **biais d'interprétation**, les verbatims ont été lus, relus et codés par 2 chercheurs sous le principe de la triangulation des données. Ceci a permis d'aboutir à la réalisation d'un tableau de synthèse. Cette étape permet d'estomper le facteur émotionnel que les entretiens ont pu apporter et ainsi obtenir une analyse la plus objective possible.

L'utilisation d'entretiens dit semi-dirigés a également pu être responsable d'un **biais de rappel**. En effet, le fait d'orienter les réponses a pu occulter certaines informations que les médecins auraient pu exprimer librement, représentant donc une possible perte de données utiles à notre étude.

## 3. La réalisation des entretiens

L'exercice de la recherche qualitative est habituellement réalisé par des professionnels, tel un sociologue ou un ethnologue. Ici, il s'agissait de la première expérience de terrain du chercheur, qui n'a pas eu de formation spécifique à proprement parler. Il ne peut prétendre à mener un entretien comme un chercheur pour qui ce serait le métier, néanmoins sa méthode s'est sans doute améliorée au fur et à mesure des interviews. Il s'agit ici d'un **biais d'investigation**.



#### **4. Le sujet**

L'étude explore le côté relationnel d'une prise en charge médicale. Ainsi, il peut être difficile pour un médecin d'évoquer les difficultés qu'il peut rencontrer face à une consultation avec un de ses confrères. Ainsi, il y a possiblement des distorsions dans les déclarations des médecins. Ce biais, également appelé **biais de déclaration**, est probablement le plus important de notre enquête.

### **B. Principaux résultats face à la littérature**

#### **1. Motifs de consultation et choix du médecin**

Globalement, les médecins malades semblent consulter tardivement lorsqu'ils sont confrontés à une pathologie. Le soin n'est pas pour autant retardé puisque l'auto-prescription est une pratique plus que courante et largement acceptée voir même défendue dans la profession, car source de praticité et de gain de temps.

Les médecins-malades consultent un médecin généraliste lorsqu'ils arrivent au terme de leur capacité d'auto-prise en charge. Il peut s'agir d'un besoin de réassurance quant à leur auto-traitement, d'un avis concernant la conduite à tenir, d'un soutien psychologique face à une pathologie difficile à supporter. Il semble aussi important de signaler que le médecin-malade consulte son médecin généraliste pour des pathologies plutôt graves ou des problèmes infectieux aigus.

Nombre de médecins évoquent comme motifs récurrents de première consultation un besoin administratif. C'est surtout dans un second temps que le médecin généraliste parvient à obtenir une relation de soin avec son confrère.

Dans notre étude, la grande majorité des médecins interrogés connaissaient de près ou de loin (par relation amicale ou professionnelle) leurs malades. Les médecins-malades attendent de leur médecin une relation médecin-malade exemplaire, digne de confiance avec respect du secret professionnel. De par cette attitude de supériorité du fait du pouvoir dans le choix du médecin qui s'occupe d'eux, ils recherchent le soignant parfait, celui qui répondra à toutes leurs attentes. Ils attendent en particulier de ne pas être jugés et d'être examinés correctement avec diagnostic à la clef.

Ainsi, ce complexe de supériorité du patient-malade lorsqu'il doit chercher un médecin traitant n'est-il pas responsable du complexe d'infériorité et de la pression présents lorsqu'il doit soigner un confrère ? Le complexe de supériorité deviendrait alors un complexe d'infériorité lorsqu'ils endossent le rôle de soignant ?

La sélection du meilleur soignant par un médecin-patient pourrait sembler simple, et pourtant dans la réalité elle est bien plus complexe. Bien que le choix repose en apparence sur la réputation du médecin traitant en matière de compétence, d'équité, de compassion et de disponibilité, Bynder (11) montre que finalement seuls 35% des médecins choisis en tant que médecin traitant peuvent être considérés comme de haute qualité. Le médecin-patient aurait ainsi pesé les avantages thérapeutiques du choix d'un médecin hautement compétent contre les coûts sociaux d'avoir besoin de l'aide d'une source supérieure. Pour certains médecins-patients, la perte de soins de qualité semble moins coûteuse que la perte de rang, d'autorité ou d'autonomie.

## **2. La relation médecin-malade, un vécu ambivalent**

La relation que mène un médecin soignant un confrère est source de dualité, mêlant complexe d'infériorité et sentiment de fierté du fait de la confiance que lui accorde le confrère.

Dans un premier temps, cette relation semble fatigante et source de mal-être devant un patient ayant des connaissances et interférant dans ses soins. Une pression supplémentaire lors de l'exercice de sa profession s'installe alors du fait de la peur du jugement et de la peur de faire une erreur. Les connaissances de l'autre côté du bureau sont responsables d'un complexe d'infériorité et d'une sur-performance de la part du médecin traitant. Ce dernier met alors en place des mécanismes de défense tels que des protocoles (hygiène, examen physique complet, rigueur concernant les rappels de prévention, etc) visant à diminuer l'anxiété engendrée et le risque d'erreurs dans le but de prouver sa légitimité. Un autre mécanisme de défense mis en place est le fait d'insister sur la réalisation d'une consultation, en bonne et due forme, au cabinet et d'éviter les consultations de couloirs, principal écueil responsable de fautes ou d'erreurs. L'âge du médecin soignant est également un facteur entrant dans l'équation et majorant ce complexe d'infériorité. En effet, le jeune âge reflétant la moindre expérience, il apparaît difficile pour les jeunes

médecins de s'en affranchir, d'autant plus si le médecin soigné est plus âgé que le médecin soignant. (12)

Les médecins interrogés s'avouaient également frustrés dans cette relation. En effet, les médecins malades consultent la plupart du temps pour une question administrative. Ensuite, lorsqu'ils consultent pour un autre motif, ils ont soit déjà fait des examens, soit déjà vu un spécialiste. Ainsi, toute la partie de réflexion sur le diagnostic n'est pas réalisée par le médecin généraliste. Cette étape manquante au soin est responsable d'un sentiment de n'intervenir qu'en tant que « cinquième roue du carrosse ». Enfin, le dernier point de frustration est le suivi irrégulier, notamment l'absence de consultation une fois la pathologie aiguë passée. Les médecins-malades ont alors tendance à reprendre en main leur auto-prise en charge, délaissant leur médecin généraliste.

Cependant, cette relation est décrite comme plus facile en termes de langage avec en première ligne un vocabulaire commun, un fonctionnement du système de santé connu des 2 parties et l'accès aux spécialités plus facile et rapide du fait des connaissances professionnelles. De plus, le patient-médecin connaît les limites de la médecine, permettant un échange plus rapide et une meilleure compréhension du soin par le patient.

En dernier point, cette relation est considérée comme gratifiante, flatteuse, responsable d'une marque de confiance et de reconnaissance par leurs pairs. Les médecins soignants se sentent alors valorisés, mis à l'honneur. La confiance est ainsi au cœur de la relation médecin malade, nécessaire à une bonne prise en charge médicale.

L'effet miroir est également bien présent lors de ces consultations : les interrogés expliquaient qu'ils se comportent en consultation comme il aimerait qu'un confrère fasse s'ils étaient eux-mêmes patient.

### **3. La consultation en elle-même : le poids des connaissances**

Les temps forts d'une consultation (interrogatoire, examen clinique et prescription) semblent peu différents d'une consultation avec un patient lambda. Pour autant, le

fondement même de la discussion ainsi que l'attitude du médecin dans sa relation de soin semblent bien différents d'une consultation ordinaire. Le temps alloué semble également plus long.

Le maître mot de cette consultation particulière semble être l'adaptabilité. Le médecin doit en effet s'adapter dans un premier temps en employant un langage scientifique, puis tenter de répondre aux besoins et attentes du patient médecin tout en endossant la blouse du soignant, en oubliant la sympathie et en forgeant la relation autour de l'empathie. Il doit également s'adapter à ce que le patient attend de lui ; en effet, il peut être difficile pour le médecin soignant de traiter avec des personnes qui parfois n'aiment pas être considérées comme des patients alors qu'à d'autres moments, elles se plaignent d'être traitées comme des professionnels (13).

De plus, face à un patient médecin, il n'y a pas de place pour le mensonge par omission, le langage de vérité est de mise et le patient en face comprend instantanément le but d'une démarche diagnostique ; cela rendant l'annonce diagnostic possiblement beaucoup plus douloureuse que chez un patient lambda car comprise instantanément avec les conséquences qui en découlent.

Le médecin soignant doit faire preuve d'autorité pour ne pas inverser les rôles afin que le patient reste patient et le médecin reste médecin. Il use donc de l'autorité de façon diplomate afin de faire accepter ses décisions telles que demander au patient de se rendre au cabinet pour une consultation en bonne et due forme. Il doit donc éduquer ce patient si singulier. Il est important qu'il devienne un humain (14) et lâche prise pour une bonne prise en charge.

Les connaissances médicales de chaque côté du bureau sont certes similaires mais les domaines d'expertise peuvent être bien différents et donc se croiser. Ces connaissances amènent alors à un partage de responsabilités évoquées par les médecins interrogés, qui estiment que le patient en face connaît les tenants et aboutissants de sa prise en charge et est capable d'y apporter une modification. Pour autant, il semble important pour les médecins soignants de prendre le temps de réexpliquer la maladie et le déroulement de la prise en charge par peur d'un patient qui n'oserait demander des explications sur un sujet qu'il ne maîtriserait pas. De plus, le médecin soignant doit être vigilant quant aux explications brèves et dogmatiques, utilisées pour gérer sa propre anxiété, en supposant que le patient-médecin possède

des connaissances médicales suffisantes pour combler les lacunes d'information. Ce comportement est une entrave à une relation médecin malade empathique et des soins de qualité.(13)

Le médecin traitant est également davantage mal-à-l'aise face à une situation qui lui est inconnue. En effet, un manque d'expérience se verrait beaucoup plus que chez un patient lambda. Le point crucial, souvent évoqué par les médecins interrogés, est la nécessité de connaître ses limites. En effet, un médecin soignant un confrère doit savoir déléguer à un autre confrère lorsqu'il se retrouve en difficulté. Il lui faudra alors mettre son orgueil de côté lorsqu'il sera face à une consultation inconfortable, le rendant vulnérable quant à sa prise en charge, lorsque la charge émotionnelle sera trop importante pour un soin optimal ou lorsque la maladie dépassera son champ de compétence.

#### **4. Le colloque singulier**

Les patients médecins ont tendance à venir au cabinet avec leurs idées concernant leur pathologie et viennent donc en discuter avec leur médecin-soignant. Il est impossible pour le patient de mettre entièrement ses connaissances de côté. Le médecin soignant doit être vigilant face à un patient qui se présente en consultation avec son auto-diagnostic ; cela peut être source d'erreur et réduit le champ de l'algorithme diagnostique. Le médecin généraliste doit se faire sa propre idée quant à la pathologie présentée. Il se doit donc de reprendre l'ensemble de la démarche diagnostique, interpréter les symptômes évoqués par le patient, afin de s'assurer que le diagnostic évoqué est le bon. Il doit donc remettre en cause le diagnostic évoqué par son confrère avant de le valider ou le modifier, non sans une certaine diplomatie.

Les patients-médecins peuvent trouver difficile d'inverser les rôles et d'abandonner le contrôle de leurs soins. Cela peut être amplifié si la maladie relève de la compétence professionnelle du patient, comme un neurologue atteint d'un trouble neurologique. Un bras de fer sur le diagnostic et le traitement peut alors survenir (13). Le médecin malade reste celui qui tient les rênes de sa santé rendant le travail du médecin traitant bien plus complexe. Ceci entraîne une discussion où chacun expose ses arguments, partage ses informations et la décision est prise conjointement la plupart du temps. A contrario d'un patient lambda, le patient médecin sera toujours libre de

modifier une prescription à posteriori. Pour autant, les médecins traitant un confrère acceptent le choix de leur patient-médecin, ils acceptent que ceux-ci ne respectent pas leurs recommandations ou changent leur prescription.

## **5. La prise de rendez-vous et la disponibilité**

Les médecins soignants évitent autant que faire se peut, les consultations dites de couloirs. Elles sont sources d'erreurs et les rendent mal-à-l'aise. Il est en effet fréquent qu'un avis leur soit demandé en dehors du cabinet médical du fait de leur cercle social.

La confraternité semble être également un maître mot de la relation avec un confrère malade, ils vont ainsi se rendre davantage disponibles pour leurs pairs, via l'échange de leur numéro de téléphone personnel ou de leur mail. Ils adapteront également leur agenda afin de pouvoir recevoir leur confrère sans que cela ne les dérange.

Deux des interrogés se sont exprimés sur le paiement de la consultation. Le premier expliquait qu'effectivement il n'est pas censé faire payer un confrère mais que pour donner une valeur à sa consultation il trouvait important de la faire payer, comme pour la légitimer. L'autre médecin lui, refusait tout « jeux d'argent » dans son cabinet, se cachant derrière des règles morales.

## **6. Le patient – médecin**

Le manque d'objectivité concernant leur propre santé est responsable de deux types de profils chez les médecins malades :

- les hypercondriaques souvent dans le déni, source de retard diagnostique. L'anxiété en est la principale cause et l'histoire racontée par le patient peut en être considérablement influencée, avec des parties importantes omises ou minimisées pour éviter de graves conclusions ou actions du médecin consulté(13).
- A l'inverse, les hypocondriaques présentant une grande part d'anxiété palpable, sont à risque de surconsommation des soins. Ils auront tendance à voir de suite une pathologie grave devant des symptômes bénins et le

médecin traitant aura alors tendance à « dé-prescrire » plutôt que prescrire. Cette hypocondrie peut également entraîner le médecin soignant à une surconsommation par effet boule de neige, l'anxiété du patient est alors transmise au médecin qui perd son auto-analyse de la situation.

Ainsi, l'anxiété face à la maladie et au fait de devenir un patient influence l'interprétation des symptômes, les médecins oscillant entre panique et déni lorsqu'ils présentent des symptômes potentiellement graves (15).

Le patient médecin comme tout patient présente des angoisses. Deux des médecins interrogés ont vécu la phase de soin palliatif d'un de leur confrère. Ils expliquaient une relation perturbante car le médecin se trouvant face à eux perdait son savoir et présentait exactement les mêmes angoisses face à la mort que n'importe quel humain. Il devenait vulnérable. Les connaissances médicales peuvent donc être une bénédiction mitigée pour les médecins-patients. Dans le cadre de pathologies graves, la connaissance des effets indésirables et des limites du système de santé peut produire un état accru d'anxiété, de vigilance ou de peur franche. Les médecins ont ainsi une anxiété de mort supérieure à la moyenne avec des comportements qui ne sont pas toujours adaptés car dirigés par une forte charge émotionnelle (12).

De nombreux freins à la consultation médicale sont retrouvés, ceux cités par les médecins de cette étude sont en accord avec la littérature (13,16). La honte, la peur du jugement du confrère consulté et les problèmes de confidentialité sont prépondérants, notamment en ce qui concernent les pathologies anxio-dépressives ou les problèmes d'addiction. Ils sont responsables d'un retard de prise en charge et d'un déni (12,13).

La capacité en temps que médecin à accepter de pouvoir être malade, de perdre son immunité, son dossard de super-héros reste un des travaux les plus conséquents à faire pour les médecins. Selon Bennet, chaque médecin doit admettre qu'il est un humain (14). Ainsi, il lui serait alors plus simple de baisser sa garde et d'avouer ses difficultés. Cette image de super-héros est décrite depuis la nuit des temps, les médecins généralistes ont alors le sentiment que les patients et leurs collègues lient la bonne santé des médecins à la compétence médicale (15).

Devenir malade et accepter cette perte d'immunité en vivant l'expérience de patient pourraient être responsable d'une meilleure prise en charge sur le plan relationnel et d'une empathie accrue envers ses propres patients (17). Un des interrogés (M3) avancé que « se faire soigner par quelqu'un d'autre c'est déjà une belle preuve d'immunité ».

La peur de ne pas pouvoir continuer à travailler avec les conséquences notamment financières qui en découlent est une notion également retrouvée dans la littérature avec très peu de congés maladies pris par les médecins (18). La réticence à admettre la maladie, la peur de la perte d'estime de soi, la réticence concernant le fait de placer leurs besoins personnels au dessus du désir de satisfaire les demandes des patients et l'impact de l'absence sur le travail des collègues sont parmi les raisons invoquées par les médecins pour travailler malgré la maladie (13,15). Selon une enquête de l'ordre national concernant la santé des médecins (19), plus de 40% des médecins ont déjà renoncé à s'arrêter alors que leur état de santé le justifiait, principalement par crainte de désorganiser le service dans lequel ils travaillent, à cause des difficultés rencontrées pour trouver un remplaçant ou pour raisons financières.

Enfin, la peur de croiser un patient dans la salle d'attente, la peur de déranger un confrère, les contraintes des rendez-vous médicaux, le manque de temps et la possibilité d'auto-prescription sont autant de freins à la consultation des médecins.

Selon les médecins interrogés, la capacité ou non à se laisser soigner dépendrait également de la génération. Les jeunes générations, comparativement aux plus âgées, auraient ainsi plus tendance à se laisser soigner et à consulter. Les plus jeunes seraient ainsi plus observant avec un plus grand lâcher prise. Cela pourrait correspondre au fait que les différentes études réalisées et retrouvées dans la littérature sont relativement récentes, cela coïncide alors avec l'intérêt récent pour le sujet du médecin malade.



## 7. L'auto-prescription et l'accès facile aux spécialistes en premier recours

L'accès aux spécialistes se fait de façon plus facile, de par les connaissances ou correspondants habituels, mais il est aussi plus rapide. Il est un réel avantage dans la prise en charge. Bien que l'accès aux spécialistes soit un avantage, il est aussi le lit des abus et surconsommations....

L'accès à l'auto-prescription est largement accepté et considéré comme pratique, faisant gagner du temps. Elle est considérée comme un privilège que les médecins souhaitent garder. Elle peut cependant être source de malaise notamment concernant l'accès aux examens para-cliniques s'ils diffèrent de ceux qu'aurait prescrits le médecin traitant. L'auto-prescription est également responsable d'une solitude du patient face à la maladie (20). *« D'autre part le problème présenté par l'automédication est préoccupant puisque certaines prises de médicaments (corticoïdes, antalgiques, anti-inflammatoires et autres) perturbent l'expression des pathologies et rendent d'autant plus périlleuse l'élaboration d'une stratégie diagnostique et thérapeutique. Il reste donc important, dès la formation médicale des médecins, de bien faire comprendre que la prise en charge d'un autre médecin est particulière, et nécessite une grande vigilance et une écoute importante. »*(21)

Bien que l'auto-prescription présente les avantages d'une prise en charge rapide en cas de besoin, l'auto-prise-en-charge présente également des risques qui ne sont pas anodins. Ainsi, on cite le déni, le retard de prise en charge lié à un manque de régularités des soins. L'auto-prescription est aussi le lit d'un manque d'objectivité et d'un risque de non observance. Il semble tout de même inquiétant que 86% des médecins se prescrivent leur traitement psychotrope.(4)

Un des médecins avançait même que la prise en charge que s'accordent actuellement les médecins pourrait diminuer l'espérance de vie des médecins. Tandis qu'un autre avançait qu'être malade lorsque l'on est médecin serait un risque de gravité.

Selon l'INSERM (22), en 2005, à 65 ans, une femme pouvait espérer vivre 22 ans ; pour les hommes, l'espérance de vie à 65 ans s'élevait à 17.7 ans. Selon une enquête de la CARMF (23), en 2005, l'espérance de vie à 65 ans pour les femmes médecins était de 23.9 ans tandis qu'elle était de 19.58 ans pour les hommes. Ainsi,

et malgré les apparences, l'espérance de vie des médecins comparativement à la population semble plus grande. Il serait pour autant intéressant de savoir si l'espérance de vie sans incapacités chez les médecins en est de même. Il n'a pas été trouvé d'études sur le sujet.

## **8. Place allouée au médecin traitant un confrère**

La plupart des médecins qui ont leur propre médecin généraliste s'auto-traitent encore et ont accès à des soins de santé informels (16), de nombreux médecins peuvent ne pas croire qu'ils ont besoin d'un médecin généraliste. C'est le constat que nous réalisons également, avec des médecins qui décrivent une relation frustrante car basée sur des consultations ponctuelles avec un suivi haché. Les médecins semblent consulter pour un besoin administratif tel qu'un arrêt de travail ou une demande d'affection de longue durée (ALD) en premier lieu.

Cependant, les soignants reconnaissent qu'une fois qu'ils arrivent à établir une relation de confiance, ils parviennent à obtenir un rôle de soutien psychologique avec pour les médecins malades des soucis de santé au travail (burn-out), d'addictions, d'angoisses face à leurs pathologies. Cependant, ce rôle de soutien nécessite un gros travail sur la relation médecin-malade du fait d'un déni des professionnels de santé concernant leur santé mentale ainsi que la gestion de la honte que la maladie procure aux malades. Il est à noter que les professionnels de la santé sont plus exposés au syndrome d'épuisement professionnel que d'autres (19); 54% des médecins ont déjà été touchés par un épuisement émotionnel et 13% des médecins déclarent présenter les 3 symptômes du burn-out (épuisement émotionnel / dépersonnalisation des relations avec les patients / perte d'accomplissement personnel).

Le médecin soignant va également avoir un rôle de réassurance du médecin malade quant aux décisions qu'il a pu prendre pour sa propre santé, source d'angoisse importante.

Un autre grand rôle du médecin généraliste soignant un confrère semble être le suivi à moyen et long terme. La place du diagnostic n'est pas pour le médecin généraliste puisque le médecin malade s'interroge d'abord quant à sa maladie puis s'adresse

directement à un spécialiste qui confirmera ou non le diagnostic évoqué. Le médecin généraliste interviendra alors dans un second temps pour réaliser le suivi à moyen ou à long terme selon la pathologie. En effet, si c'est une pathologie qui est guérissable, une fois soignée le médecin malade ne consultera que ponctuellement voir plus du tout.

Enfin, le dernier rôle et pas des moindres du médecin généraliste dans le soin d'un confrère est un **rôle de prévention et de coordinateur de soin**. Ce dernier grand rôle, propre au métier de médecin généraliste semble primordial car nombre de médecins spécialistes n'ont que peu de connaissances concernant le suivi global à entreprendre à court et moyen terme pour leur maladie.

## 9. Améliorer le soin à un confrère

Les médecins interrogés proposaient alors différentes solutions pour améliorer la prise en charge médicale de leur confrère.

### a) *La création de centre dédié et un numéro vert*

La création d'un centre dédié semble être une solution mitigée pour les interrogés. De plus, ce type de centre a déjà fait l'objet d'une expérimentation et s'est avéré être un échec notamment en Normandie avec la création d'un centre de santé préventive ayant fermé faute de financement, de médecins consultants et de médecins consultants (24–26).

Concernant un numéro vert, il existe déjà : le 0800 288 038, correspondant à l'entraide (27) soutenu par l'ordre national des médecins. Il est tout de même surprenant qu'aucun des 14 médecins interrogés n'ai évoqué ce numéro pourtant national. Il ne semble pas connu. Interpellé par ce constat, l'auteur de cette étude cherche à en trouver la cause. Et la raison semble assez simple : un énorme manque de visibilité sur internet. En effet, lors des recherches sur le moteur de recherche « Google », en tapant les mots clefs « médecins en souffrance », « difficulté médecin », « médecin malade », « aide médecin souffrance » ; les résultats offrent plusieurs possibilités :

- Des articles évoquant le sujet du médecin malade, certains présentant des numéros ou associations d'aides caduques.

- Des articles n'ayant aucun rapport avec le thème recherché.
- Une apparition tardive du site du conseil départemental de l'ordre du Nord, arrivant au mieux en 7<sup>ème</sup> position avec enfin les numéros actualisés des associations d'aides.

Ce constat accablant montre donc la difficulté pour un médecin en souffrance de savoir vers qui s'adresser, expliquant également pourquoi aucun des médecins de cette étude n'a évoqué les associations existantes.

En revanche, en tapant les mots « entraide médecin » ou « entraide ordre » sur les moteurs de recherche, le premier lien amène vers le site dédié à l'entraide du conseil national de l'ordre. Sur cette page, y sont décrits les différentes missions de cette section ainsi que les numéros de différentes associations. Faut-il encore que le médecin en difficultés connaisse le nom du service « Entraide »... La mission de l'entraide ordinale correspond à une prise en charge globale des difficultés du médecin, qu'elles soient d'ordre financier, juridique, administratif, organisationnel ou médical. Elle s'adresse au médecin ainsi qu'à sa famille et ses ayants droits.

Il existe également des associations de proximité, régionalisées, intervenant en collaboration avec le service Entraide de l'ordre :

- MOTS, Organisation du Travail et Santé du Médecin (28) : pour tous les médecins inscrits au tableau de l'Ordre, elle est présente dans huit régions, elle peut également constituer un soutien pour les soignants autour de Montpellier, Marseille, Bordeaux, Toulouse, Limoges, Orléans, Lille, Paris, Amiens et Caen
- ASRA, réseau d'aide aux soignants de Rhône-Alpes (29)
- ARENE, Association Régionale d'Entraide du Nord-Est (30)
- ASSPC, Association Santé des Soignants en Poitou-Charentes (31),
- ERMB, Entraide Régionale des Médecins de Bretagne,
- APSS, Association pour les Soins aux Soignants, cette dernière bien que citée sur le site de l'ordre national n'a pas été retrouvée avec certitude sur les recherches internet.

L'ensemble de ces associations restent également peu visibles sur les moteurs de recherche, à moins d'en connaître le nom. C'est là le premier et probablement le plus important des freins du soin à un médecin en difficulté relevé dans cette étude.

De plus, face à la multitude de ces associations, comment un médecin déjà en souffrance peut-il se décider à en appeler une plutôt qu'une autre ?

### ***b) Une prise en charge à 100%***

Tous les médecins interrogés n'ont pas évoqué la question du paiement, mais pour ceux qui l'ont fait, demander à un confrère de payer une consultation semble difficile. Cette tradition confraternelle semble source de mal être et ce des 2 côtés du bureau, c'est pourquoi les interrogés proposent de rendre le soin des médecins gratuits.

### ***c) La création d'une médecine du travail dédiée***

Actuellement, il n'existe pas de structure de médecine du travail pour l'ensemble des professions médicales et paramédicales libérales. Les médecins interrogés évoquaient la rareté d'une rencontre avec un médecin du travail lors des études médicales qui s'avéraient inexistante une fois installés. Or, la santé au travail semble être un souci fréquemment décrié dans le milieu médical. Pour rappel, selon l'enquête sur la santé des médecins réalisée par l'ordre (19), 13% des médecins interrogés présentaient les 3 symptômes de l'épuisement professionnel.

### ***d) Une meilleure prise en charge des assurances en cas d'arrêt de travail pour un médecin libéral***

Cette piste d'amélioration est donc entrée en vigueur au cours de l'étude puisqu'à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2021, la loi de financement de la sécurité sociale 2021 a mis fin au délai de carence de 90 jours pour tous les professionnels libéraux. Ainsi, les médecins malades libéraux, au même titre que les médecins salariés, bénéficieront d'indemnités journalières versées par l'assurance maladie au bout du 3<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail, maladie ou accident (32). Une cotisation annuelle devra alors être réglée avec un montant dépendant des revenus du professionnel libéral (9).

**e) Un rendez-vous médical cyclique plus ou moins obligatoire**

Le but serait d'inviter les médecins à réaliser un dépistage de santé organisé dans un centre dédié, à l'instar des bilans de santé réalisés par la MSA, où les adhérents reçoivent une invitation par courrier ainsi qu'un bulletin d'inscription pour un bilan près de leur domicile.(33) Mais une question reste en suspens, qui devrait être l'organisateur de ces bilans de santé ? L'ordre des médecins ? La CPAM ? La CARMF ?

Une expérience de ce type a été réalisée en 2016 en Bretagne (19) où le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins de Bretagne en collaboration avec l'assurance maladie proposait un examen de santé complet aux médecins bretons dans les centres d'examens de santé de l'Assurance Maladie. Confidentiel et gratuit, 140 examens de santé ont été réalisés sur 5 mois, révélant que 22% des médecins travaillaient plus de 65h/semaine et la moitié de ces 22% présentaient un syndrome d'épuisement professionnel. Malheureusement, ceci n'est resté qu'une expérience transitoire, rien de pérenne n'a été créé par la suite.

**f) Déclarer un médecin traitant différent de soi-même**

Bien que douze des quatorze médecins interrogés soient leur propre médecin traitant, la plupart d'entre eux pense que déclarer un médecin traitant différent de soi-même est un premier pas pour améliorer la prise en charge des médecins malades. Le but serait alors d'avoir un référent à qui demander un avis sur sa santé, qui coordonnerait les soins ; sans perdre pour autant le privilège de l'auto-prescription. Ce premier pas dans le cabinet créerait alors un lien permettant d'élaborer une relation de confiance. Ceci pourrait alors permettre un suivi médical moins haché et peut être une meilleure prise en charge psychologique.

**g) *Savoir accepter d'être malade, perdre l'étiquette du super-héros***

Ce dogme datant des millénaires reste ancré dans les esprits des médecins et des patients. Il reste très difficile pour un médecin d'accepter la maladie. Or, « *Pour devenir habile dans son travail, il faut accepter de se faire habiter par l'expérience du réel et de l'échec* » (19,34). Les médecins interrogés proposaient alors différentes stratégies qui permettraient à tous médecins de « faire tomber le masque ». Ils proposaient ainsi d'intégrer lors des études médicales ou lors des formations dans le cadre du développement professionnel continu, un module pour apprendre à être malade, former dès le début des études au fait qu'un médecin est un humain aussi vulnérable qu'un autre.

Pour les médecins déjà malades, les interrogés évoquaient la création de groupe de parole entre médecins malades dans le but d'une aide psychologique.

**h) *Une campagne de sensibilisation***

Une autre solution serait l'instauration d'une campagne de sensibilisation à l'aide de tracts ou d'articles dans les journaux médicaux, tracts évoquant la possibilité pour un médecin d'être en souffrance, de nécessiter l'aide d'un confrère. La redondance de ces campagnes permettrait aux médecins d'intégrer progressivement le « droit à la maladie ».

Une récente campagne a pourtant été lancée en 2017 par la Commission « santé des médecins anesthésistes réanimateurs au travail » (SMART) du collège Français des anesthésistes réanimateurs (CFAR) auprès de tous les professionnels de santé exerçant en France « Dis, Doc', t'as ton Doc' ? »(35). Avec ces tracts, les anesthésistes français étaient alors les pionniers dans la prévention de la souffrance des médecins. Cette campagne a ensuite été largement relayée par différents partenaires dont le ministère des solidarités et de la santé. Le but étant de réduire la pratique et les effets néfastes de l'autodiagnostic, de l'automédication et des consultations trop tardives.

Largement relayée, aucun des médecins interrogés n'a pour autant évoqué cette campagne...

**i) *Savoir se rendre disponible pour son confrère malade : la confraternité***

Une autre solution proposée pour améliorer la santé des médecins est de se rendre davantage disponible pour son confrère, voir de prévoir des plages de consultations dédiées chaque semaine, en essayant de lui éviter au maximum la contrainte du rendez-vous médical. Les problèmes de manque de temps et de coûts sont des préoccupations courantes pour la communauté en général (16). Pour autant, les interrogés semblent déjà se rendre disponibles envers leurs confrères par quelques moyens que ce soit (téléphone, mail).

**j) *Le DIU « soigner les soignants »***

Cette formation diplômante et validant les unités du DPC semble peu connue des médecins généralistes. Pour autant, ceux-ci se sont montrés peu intéressés par la formation, le justifiant par un nombre de patient-médecin dans leur patientèle trop faible. Certains se demandaient même si cette formation ne serait pas plus à destination des autres spécialités médicales bien plus confrontées aux soins d'un médecin malade.

Si les médecins malades se faisaient davantage suivre par leurs confrères généralistes, peut être ces derniers seraient davantage intéressés par ce DIU « Soigner les soignants » ?

**10. Qu'en est-il dans les autres pays ? (36,37)**

**a) *Au Québec***

Précurseurs en termes de prévention et de santé des médecins, les Québécois disposent du **Programme d'aide aux médecins du Québec(PAMQ)** (38).

Fondé en 1990 par le Dr André Lapierre, le PAMQ a pour principale mission de venir en aide, dans la confidentialité, à tous les médecins résidents et étudiants en médecine qui éprouvent des difficultés personnelles dans le but de les soutenir dans tous les enjeux susceptibles d'affecter leur fonctionnement professionnel. Pour cela,



un numéro de téléphone est disponible ainsi que des bureaux d'accueil. Les médecins recevant les médecins souffrant sont des médecins conseils, ils ne posent pas de diagnostic et ne font pas de prescription, ils sont là pour écouter et orienter le médecin en difficultés vers la structure ou le professionnel le plus approprié (sur le plan psychologique, professionnel, financier, personnel).

Ils sont pionniers dans le monde avec une institution existant depuis 30 ans, basée sur la confraternité. L'importance de la stricte confidentialité et du détachement par rapport aux autorités est la clef de son succès ; cela permet aux médecins en difficultés de se sentir davantage en confiance pour évoquer leurs soucis. Les consultations sont gratuites, le programme est financé par des subventions qui payent les médecins conseils, permettant la survie du programme. Le programme est entièrement autonome et indépendant des fédérations et organismes médicaux, du Collège des médecins et des facultés de médecine. Ainsi, le médecin souffrant ne présente pas sa carte de sécurité sociale permettant une stricte confidentialité, maître mot de cette institution.

Aujourd'hui, les demandes de prises en charge ne font qu'affluer, prouvant que le modèle fonctionne. Aucun système de ce type n'existe encore en France pour le moment.

### ***b) Aux Etats-Unis***

L'American Medical Association propose, outre sa participation aux réunions internationales, un programme de formation médicale continue sur le thème des étapes pratiques de la résilience qui permettent de prévenir ou de lutter contre le burn-out.

On note également la fondation Josie King, du nom d'une petite fille décédée à l'âge de 18 mois des suites d'une erreur médicale, c'est une structure d'aide aux soignants en difficulté pour lutter contre le burn-out.

**c) *En Espagne, le PAIMM (39,40)***

À Barcelone il existe un service d'aide à la prise en charge des médecins malades : Le Programme d'Aide Intégrale pour le Médecin Malade. Pionnier en Europe, il est créé en 1998 par l'ordre des médecins de Barcelone, le département de santé et de sécurité sociale de la Generalitat de Catalogne et le Service Catalan de Santé. Ce programme a pour but de porter assistance au médecin malade, notamment pour les problèmes d'ordre psychiatrique ou d'addictions. Des procédures collégiales sont utilisées pour les cas complexes, avec accès direct aux soins, confidentialité et utilisation de contrats thérapeutiques ; le but est la reprise de l'exercice professionnel le plus rapidement possible en toute sérénité pour le médecin et ses patients.

**d) *En Grande Bretagne***

La British Medical Association (41) propose des services de conseils et de soutien par les pairs, gratuits et confidentiels 24h/24 et 7j/7, ouverts à tous les médecins et étudiants en médecine, ainsi qu'à leurs partenaires et personnes à charge. Sur le site internet de la BMA, il est très facile d'y trouver le lien d'une association pour obtenir de l'aide via différents intervenants joignables (dépendances, deuils, groupes Balint). Elle propose notamment l'accès à DocHealth, un service de psychothérapie mettant les médecins souffrants en relation avec des psychiatres (42). Les services y sont gratuits et confidentiels.

**e) *En Suisse***

Il existe une association : ReMed (43), celle ci propose un service d'appel disponibles 24h sur 24. Les médecins qui contactent l'association sont rappelés dans les 72 heures pour leur proposer un programme de suivi personnalisé de leurs difficultés.

**f) *Pour les pays de la CEE (44)***

L'European Association for Physician Health organise des congrès pour la prise de conscience du problème, pour partager des expertises et des bonnes pratiques sur

le traitement des médecins par des médecins. Le but de cette association est d'encourager le développement de services de santé pour les médecins. Le Collège Français des anesthésistes Réanimateurs est d'ailleurs membre de cette association.

### ***g) Conclusion***

Sur l'ensemble des ces structures à travers le monde, il semble que deux pays tirent leur épingle du jeu : le PAMQ du Québec et le PAIMM de Barcelone. Ces structures sont pionnières en la matière, bien organisées ; elles assurent la confidentialité nécessaire et recherchée par et pour les médecins. Peut être le temps et l'information sont-ils nécessaire au système français pour faire grandir ses associations et surtout pour leurs donner plus de visibilité, gros point noir découvert dans cette étude.

## VI. CONCLUSION

Le soin à un confrère s'avère une tâche délicate et ambivalente ; d'une part il rend le médecin soignant mal à l'aise alors que d'autre part il est flatteur, mettant le médecin traitant sur un piédestal honorifique, son exercice étant reconnu par ses pairs. La place qui lui est allouée ne le satisfait pas pleinement pour autant, n'intervenant souvent qu'une fois le diagnostic fait par un spécialiste et rapidement délaissé en cas de pathologie curable. Il a un rôle administratif en premier lieu. Son rôle de prévention et de soutien psychologique nécessitera du temps pour se mettre en place et surtout un maître mot : la confiance. Le médecin malade est un patient difficile à soigner car interférant dans ses soins et capable de donner son avis. Il peut choisir de ne pas être observant ou de pratiquer l'auto-prescription. Les connaissances sont également une bénédiction à double tranchant. En effet, elles sont sources d'angoisses importantes pour le médecin malade, responsables d'une complexité du soin, d'autant plus qu'il est réalisé par des soignants inexpérimentés en la matière.

Pour améliorer le soin des médecins malades et de la santé au travail, il semble opportun de créer un centre de médecine du travail pour les professionnels de santé libéraux, de créer des rendez vous cycliques de prévention. Il apparaît nécessaire également d'instaurer une exonération du soin afin d'éviter le malaise du paiement entre confrères survenant en fin de consultation.

Les associations d'aides aux professionnels de santé bien qu'existantes restent méconnues des médecins. Il en est de même pour la campagne de sensibilisation « Dis Doc t'as ton doc ? ». Le constat est accablant sur cette étude, de gros progrès de communication et de visibilité restent à faire. Il pourrait ainsi être intéressant de réaliser une étude de type quantitative permettant de recenser le nombre de médecin qui connaissent réellement ces services ou associations. De plus, ces associations bien que mal connues, ne sont-elles pas trop nombreuses ? Le choix de l'association ne serait-il pas compliqué pour un médecin qui s'avèrerait déjà en souffrance ?

Enfin, il semble qu'il soit important d'instaurer dès le début des études médicales une « prévention anti super-héros ». Le but serait de sensibiliser dès l'entrée dans le milieu médical au fait qu'un médecin reste un humain et peut donc tout aussi bien tomber malade, aussi gravement ou subitement que n'importe qui. Ainsi, la déclaration d'un médecin traitant se ferait probablement bien plus naturellement, le

médecin en devenir prendrait l'habitude de consulter son médecin traitant, ce qui lui éviterait les années passant, de vivre une potentielle pathologie dans la solitude. De l'autre côté du bureau, le médecin soignant trouverait ainsi l'intérêt de se former aux soins de ce patient si particulier puisque davantage pratiqué.

## Références

1. Sandra B. THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE. :130.
2. Thibault M. Le médecin malade [Internet]. [cité 19 juill 2021]. Disponible sur: [https://agora.qc.ca/documents/Medecin--Le\\_medecin\\_malade\\_par\\_Maurice\\_Thibault](https://agora.qc.ca/documents/Medecin--Le_medecin_malade_par_Maurice_Thibault)
3. Allen DJ, Heyrman PJ. et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille. :52.
4. Gillard L. LA SANTE DES GENERALISTES. :97.
5. Santé physique et psychique des médecins généralistes | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 19 juill 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/sante-physique-et-psychique-des-medecins-generalistes>
6. Prévost - Médecin de famille, médecin-conseil au Programme d. pdf [Internet]. [cité 14 août 2021]. Disponible sur: <https://www.cfar.org/images/stories/DOCSSmart/revue%20de%20litterature%20015%20-%20fr%20-%20web.pdf>
7. 3584\_These\_Soin\_des\_Medecins-Lhote-05jui11.pdf [Internet]. [cité 14 août 2021]. Disponible sur: [http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3584\\_These\\_Soin\\_des\\_Medecins-Lhote-05jui11.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3584_These_Soin_des_Medecins-Lhote-05jui11.pdf)
8. Banque de dépannage linguistique - Empathie et sympathie [Internet]. [cité 19 juill 2021]. Disponible sur: [http://bdl.oqlf.gouv.qc.ca/bdl/gabarit\\_bdl.asp?id=3829](http://bdl.oqlf.gouv.qc.ca/bdl/gabarit_bdl.asp?id=3829)
9. Article 69 - LOI n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 (1) - Légifrance [Internet]. [cité 8 août 2021]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000042665364](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000042665364)
10. cnom\_atlas\_demographie\_medicale\_2020\_tome1.pdf [Internet]. [cité 7 août 2021]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/1grhel2/cnom\\_atlas\\_demographie\\_medicale\\_2020\\_tome1.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf)
11. Bynder H. Doctors as Patients: A Study of the Medical Care of Physicians and Their Families. *Med Care*. 1968;6(2):157- 67.
12. Fromme E, Billings JA. Care of the Dying Doctor On the Other End of the Stethoscope. *JAMA*. 15 oct 2003;290(15):2048- 55.

13. Schneck SA. « Doctoring » Doctors and Their Families. JAMA. 16 déc 1998;280(23):2039- 42.
14. Bennet G. All doctors are problem doctors. Doctors must admit that they are human. BMJ. 28 juin 1997;314(7098):1908.
15. Thompson WT, Cupples ME, Sibbett CH, Skan DI, Bradley T. Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioners' care of their own health: qualitative study. BMJ. 29 sept 2001;323(7315):728- 31.
16. Kay M, Mitchell G, Clavarino A, Doust J. Doctors as patients: a systematic review of doctors' health access and the barriers they experience. Br J Gen Pract. 1 juill 2008;58(552):501- 8.
17. Trading places: When doctors become patients [Internet]. AAMC. [cité 7 août 2021]. Disponible sur: <https://www.aamc.org/news-insights/trading-places-when-doctors-become-patients>
18. Waldron HA. Sickness in the medical profession. Ann Occup Hyg. août 1996;40(4):391- 6.
19. Bouet DP. DU DIAGNOSTIC AUX PROPOSITIONS. :140.
20. MEDECINS-01.pdf [Internet]. [cité 7 août 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/bulletin/2008-09/MEDECINS-01.pdf>
21. lemedecinmalade.pdf [Internet]. [cité 7 août 2021]. Disponible sur: <http://www.departement-information-medicale.com/wp-content/uploads/2008/10/lemedecinmalade.pdf>
22. Espérance de vie en bonne santé : dernières tendances [Internet]. Salle de presse | Inserm. 2013 [cité 7 août 2021]. Disponible sur: <https://presse.inserm.fr/esperance-de-vie-en-bonne-sante-dernieres-tendances/7858/>
23. Statistiques 2004 [Internet]. [cité 7 août 2021]. Disponible sur: <http://www.carmf.fr/chiffrescles/stats/stat-info-carmf52/cotisants.htm>
24. Imhotep, médecine préventive pour les libéraux [Internet]. Le Quotidien du médecin. [cité 8 août 2021]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/archives/imhotep-medecine-preventive-pour-les-liberaux>
25. Une médecine préventive cible... les médecins libéraux [Internet]. Le Quotidien du médecin. [cité 8 août 2021]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/specialites/medecine-du-travail/une-medecine-preventive-cible-les-medecins-liberaux>
26. Ducloy M. État des lieux sur l'auto-prescription par les internes réunionnais au premier trimestre 2017. :93.



27. L'entraide [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 8 août 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/linstitution-ordinale/lentraide>
28. Association d'aide psychologique aux médecins à Toulouse [Internet]. [cité 8 août 2021]. Disponible sur: <https://www.association-mots.org/>
29. Réseau ASRA - Aide aux professionnels de la santé en souffrance [Internet]. [cité 8 août 2021]. Disponible sur: <https://reseau-asra.fr/>
30. ARENE : Association Régionale d'Entraide du Nord Est | Conseil départemental de Moselle de l'Ordre des médecins [Internet]. [cité 8 août 2021]. Disponible sur: <https://conseil57.ordre.medecin.fr/content/arene-association-regionale-dentraide-du-nord-est-0>
31. ASSPC Association Santé des Soignants de Poitou-Charentes [Internet]. Santé des Soignants Poitou-Charentes - ASSPC. [cité 8 août 2021]. Disponible sur: <http://associationsantedessoignantspc.jimdofree.com/>
32. Fin du délai de carence des médecins libéraux : jusqu'à 169 euros d'IJ | egora.fr [Internet]. [cité 8 août 2021]. Disponible sur: <https://www.egora.fr/actus-pro/assurance-maladie-mutuelles/66123-fin-du-delai-de-carence-des-medecins-liberaux-jusqu-a>
33. MSA - Les Instants Santé [Internet]. [cité 8 août 2021]. Disponible sur: <https://www.msa.fr/lfy/web/msa/sante/instants-sante>
34. Demaegdt C. Le plaisir au travail et la sublimation à la lumière de la psychodynamique du travail. *Carnet PSY*. 2 nov 2015;N° 193(8):22- 6.
35. Dis Doc, T'as ton Doc ? [Internet]. CFAR. [cité 8 août 2021]. Disponible sur: <https://cfar.org/didoc/>
36. Médecins en difficulté : ce qui est proposé ailleurs [Internet]. *Le Quotidien du médecin*. [cité 8 août 2021]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/archives/medecins-en-difficulte-ce-qui-est-propose-ailleurs>
37. Aide aux médecins en difficulté : ce qui est proposé ailleurs [Internet]. *Le Quotidien du médecin*. [cité 8 août 2021]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/archives/aide-aux-medecins-en-difficulte-ce-qui-est-propose-ailleurs>
38. PAMQ [Internet]. PAMQ. [cité 8 août 2021]. Disponible sur: <http://www.pamq.org/>
39. PAIMM [Internet]. [cité 8 août 2021]. Disponible sur: <https://paimm.fgalatea.org/en/index.php>
40. Mingote-Adan JC, Garrote-Díaz JM, Romero-Agüit S. La experiencia del Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) de la Organización Médica Colegial en España. *Med Clínica*. avr 2019;152(8):324- 8.

41. About us - Home - BMA [Internet]. The British Medical Association is the trade union and professional body for doctors in the UK. [cité 8 août 2021]. Disponible sur: <https://www.bma.org.uk/about-us>
42. Welcome to DocHealth | DocHealth [Internet]. [cité 8 août 2021]. Disponible sur: <https://www.dochealth.org.uk/>
43. ReMed [Internet]. [cité 8 août 2021]. Disponible sur: <https://remed.fmh.ch/fr/index.html>
44. EAPH - European Association for Physician Health [Internet]. [cité 8 août 2021]. Disponible sur: <http://www.eaph.eu/>

## Annexes : Questionnaire semi-dirigé utilisé

- 1) Question de démographie :
  - a) Âge
  - b) Sexe
  - c) Modalité d'exercice (indiv ou groupe)
  - d) Zone d'exercice
  - e) Durée d'installation
  - f) Êtes-vous maître de stage ?
  - g) Avez-vous un médecin traitant différent de vous même?
- 2) Auriez-vous des situations avec des patients-médecins que vous aimeriez me raconter ? (Laissez parler sans interrompre)
- 3) Données générales sur les patients médecins que vous suivez
  - a) Spécialistes ou Généralistes ?
  - b) Retraités ou en activité ?
  - c) Quand sont-ils devenus vos patients ?
  - d) Le/les connaissez-vous personnellement ?
- 4) Comment se passe la consultation avec un patient-médecin ?

*(Questions de relance :*

  - a. Quelles sont les particularités de la consultation avec un médecin-patient par rapport à un patient lambda ? (Façon d'être, durée, prescription de médicaments ou exam complémentaires, annonce, pudeur ? etc)*
  - b. Qu'en est-il de la prise de RDV, des honoraires, de l'auto prescription ?*
  - c. Avez-vous des astuces / stratégies pour améliorer la relation médecin patient dans ce cas spécifique ?)*
- 5) Que pensez-vous d'une formation spécifique pour soigner un confrère, comme par exemple le « DIU soignant de soignant » ?
- 5) Comment vivez-vous le suivi d'un tel patient ?
- 7) Selon vous quelle place votre patient-médecin vous accorde-t-il dans son parcours de soin ?
- 8) Comment pourrions-nous améliorer la prise en charge des médecins malades ?

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je promets et je jure de conformer strictement ma conduite professionnelle aux principes traditionnels.

Admise dans l'intérieur des maisons  
mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe,  
ma langue taira les secrets qui me seront confiés,  
et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à  
favoriser le crime.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'Humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pairs.

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes Confrères si j'y manque.



**AUTEUR : Nom : HERTAULT**

**Prénom : Clarisse**

**Date de soutenance : 30 septembre 2021**

**Titre de la thèse : Un médecin de chaque côté du bureau : Quelle place le médecin-patient laisse-t-il à son médecin traitant ?**

**Thèse - Médecine - Lille 2021**

**Cadre de classement : Médecine générale**

**DES + spécialité : Médecine générale**

**Mots-clés : soigner les soignants, soigner médecin, médecin malade, Doctors as patients**

**Résumé :**

**Contexte :** Selon la DRESS, 84% des médecins sont leur propre médecin traitant. Lorsque le médecin malade demande un avis auprès d'un confrère, la consultation se fait souvent entre deux portes. Mais, comment le soin à un confrère, pourtant devoir déontologique, est-il vécu quand il est si peu pratiqué ? Quelle place le médecin malade accorde-t-il à son médecin traitant ?

**Méthode :** Enquête qualitative réalisée par entretiens individuels semi-dirigés, auprès de médecins généralistes des Hauts-de-France. Les verbatims ont été analysés un à un manuellement selon le principe de la théorisation ancrée, avec double codage puis triangulation des données.

**Résultats :** 14 médecins ont été inclus entre juin 2020 et mars 2021. La relation que mène un médecin soignant un confrère est source de dualité, entre complexe d'infériorité et relation gratifiante, honorable. Soigner un médecin nécessite une adaptation constante du fait des connaissances présentes de l'autre côté du bureau, tout en faisant preuve d'autorité et d'éducation. Le premier rôle du médecin traitant un confrère est administratif. Celui-ci est alors l'occasion de créer un lien pour une relation de confiance ultérieure, qui permettra un soin plus aisé. Le second rôle concerne le suivi à moyen voir à long terme avec un rôle de coordinateur de soin et de prévention. Cependant, ce rôle propre au médecin généraliste reste peu fréquent car nombre de médecins malades stoppent le suivi en cas d'amélioration de la maladie. Cet abandon est responsable d'une frustration chez les médecins généralistes soignants. Les solutions proposées pour espérer une meilleure prise en charge de la santé des médecins sont l'exonération de leurs soins, la création d'une médecine du travail pour les soignants libéraux, un rendez-vous médical cyclique obligatoire, une campagne de sensibilisation ainsi que le fait de déclarer un médecin différent de soi-même. Les interrogés proposaient également la création d'un numéro vert ; pourtant existant et sous la coupe de l'ordre des médecins, il semble non connu et pire encore : difficilement trouvable sur internet. Ainsi, comment un médecin en souffrance peut-il trouver de l'aide si les structures existantes restent aussi peu visibles ou connues ?

**Composition du Jury :**

**Président : Madame le Professeur Sophie FANTONI-QUINTON**

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT**

**Madame le Docteur Anita TILLY**

**Madame le Docteur Sophie MICZEK**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Docteur Olivier VERRIEST**