

**UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7**  
**FACULTE DE MEDECINE**

---

Année 2011

n° \_\_\_\_\_

**THÈSE**  
**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT**  
**DE**  
**DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

**BONNEAUDEAU Sandra**

**Née le 20 Octobre 1983 à Epinay sur Seine (93)**

\_\_\_\_\_

*Présentée et soutenue publiquement le 05 juillet 2011*

\_\_\_\_\_

**LE MEDECIN/MALADE : Un patient comme les autres ?**

Président de thèse : **Professeur HAMMEL Pascal**

Directeur de thèse : Professeur GALAM Eric

**DES de Médecine Générale**

## REMERCIEMENTS

### **Au Professeur Pascal Hammel,**

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier de Gastro-entérologie à l'hôpital Beaujon, qui nous fait l'honneur de présider cette thèse. Votre livre *Guérir et mieux soigner* a non seulement été le point de départ d'un certain nombre de réflexions dans nos travaux, mais également une belle leçon de courage et de vie...

### **Au Professeur Eric Galam,**

Professeur de Médecine Générale à l'Université Paris VII, médecin généraliste à Paris, instigateur de ces travaux, qui nous fait l'honneur de diriger cette thèse. Partager votre expérience dans les domaines de la souffrance des soignants a été une réelle chance. Merci pour vos conseils, vos encouragements, votre patience et votre implication tout au long de notre travail.

### **Au Professeur Laurent Jacob,**

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier dans le service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale de l'hôpital Saint Louis qui nous fait l'amitié d'appartenir à notre jury de thèse. Merci de vos conseils, de votre spontanéité et de nous faire l'honneur de relire nos travaux.

### **Au Professeur Sandrine Faivre,**

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier dans le service de Cancérologie de l'hôpital Beaujon qui a accepté d'appartenir à notre jury de thèse avec beaucoup de gentillesse. Merci de votre disponibilité et de nous faire l'honneur de relire nos travaux.

### **A tous les soignants interrogés au cours de ces travaux,**

Vos témoignages nous ont été précieux, riches en enseignements théoriques mais surtout humains. Ces entretiens nous ont permis de profiter de vos expériences, de vos souffrances, de vos réflexions : merci pour votre franchise, merci de nous avoir fait confiance, merci d'avoir accepté de nous confier des histoires éminemment personnelles, y compris lorsqu'elles étaient difficiles à évoquer. Sans vous tous, ces travaux n'auraient jamais vus le jour.

**A mes parents et à ma sœur,**

Votre amour m'a permis d'être ce que je suis aujourd'hui. Vous m'avez supportée et soutenue tout au long de mes études et dans mes choix personnels. Je ne pourrais jamais assez vous en remercier.

**A ma grand-mère,**

Qui malgré la distance a toujours suivi de près ma vie et participé à sa façon à mes années d'études. Merci de ton soutien et de ta présence réconfortante.

**A Julien,**

Qui a changé ma vie depuis notre rencontre. Le plus beau des voyages va démarrer dans quelques mois et ne s'achèvera jamais, j'en suis certaine.

**A Madeleine,**

Que dire que tu ne sais déjà... Avoir quelqu'un comme toi à ses côtés est un vrai privilège dont je profite depuis bientôt dix ans. Mais tu vas devoir faire un petit effort pour me supporter, car ce n'est que le début, les kilomètres ne changeront rien à notre amitié et notre complicité.

**A mes amis,**

Qui, depuis de nombreuses années maintenant, font partie intégrante de ma vie. Les moments passés avec vous sont gravés en moi et j'ai l'intention d'en graver encore beaucoup avec vous à mes côtés.

# **SOMMAIRE**

<b><u>INTRODUCTION</u></b> .....	<b>09</b>
----------------------------------	-----------

<b><u>CONTEXTE</u></b> .....	<b>12</b>
------------------------------	-----------

I / Traité d'anthropologie de Maurice Thibault.....	13
II/ Données statistiques actuelles sur la santé des médecins généralistes.....	14
A/ Thèse sur la santé des médecins généralistes.....	15
B/ Baromètre santé INPES.....	15
C/ Données de la CARMF.....	16
III/ Le rapport du Conseil National de l'Ordre.....	17
IV/ Les modèles étrangers d'aide à la prise en charge des médecins.....	19
A/ En Catalogne.....	19
B/ Au Canada.....	19
V/ Dans la littérature.....	20
VI/ Dans les films.....	22
VII/ Balint « le médecin, son malade et la maladie ».....	23
VII/ La notion de maladie.....	24

<b><u>METHODE</u></b> .....	<b>26</b>
-----------------------------	-----------

I/ Type d'étude.....	27
II/ Méthodologie de sélection des médecins interrogés.....	27
A/ Mode de recrutement.....	27
B/ Critères d'inclusion.....	27
C/ Détermination du nombre de patients à inclure.....	27
III/ Méthodologie des entretiens.....	28
A/ Choix de l'entretien semi dirigé.....	28
B/ Réalisation du guide d'entretien.....	28
a/ première partie : présentation.....	28
b/ deuxième partie : recueil des situations personnelles.....	28
c/ troisième partie : exploration des thèmes.....	29
d/ quatrième partie : ressenti de l'entretien.....	29
IV/ Réalisation des entretiens.....	29
A/ La personne interrogée.....	29
B/ Date et lieux d'entretien.....	29
C/ Matériel utilisé.....	30
D/ Note en fin d'entretien.....	30
V/ Méthodologie d'analyse des données.....	30
A/ Première phase : la transcription.....	30
B/ Seconde phase : relevé des mots clés.....	30

C/ Troisième phase : codage.....	31
D/ Quatrième phase : regroupement des données.....	31
E/ Cinquième phase : synthèse des notions.....	31
<b><u>RESULTATS</u></b> .....	<b>32</b>
I/ Données socio démographiques de l'échantillon et données générales de l'entretien.....	33
A/ Données socio démographiques de la population interrogée.....	33
a/ caractéristiques démographiques.....	33
b/ caractéristiques socio professionnelles.....	33
B/ Données générales des entretiens.....	33
a/ nombre d'entretiens.....	33
b/ période et durée de réalisation des entretiens.....	33
c/ lieu des entretiens.....	34
d/ durée des entretiens.....	34
II/ Les pathologies évoquées.....	34
III/ Tableau de synthèse.....	35
IV/ La maladie.....	36
A/ Le contexte.....	36
B/ Les symptômes.....	36
C/ L'annonce de la maladie.....	37
D/ La prise en charge.....	37
E/ Le traitement.....	38
F/ Le suivi.....	39
V/ Parcours de soins.....	39
A/ Choix des soignants.....	39
B/ Structure de prise en charge.....	41
C/ Place du médecin traitant.....	42
VI/ Relation avec les autres.....	43
A/ Soignants médicaux.....	43
B/ Soignants paramédicaux.....	45
C/ Entourage professionnel.....	45
D/ Entourage familial.....	46
E/ Les patients.....	47
VII/ Etre soi même malade.....	47
A/ Vécu immédiat.....	47
B/ Vécu à postériori.....	48
C/ Avantages d'être soignant.....	50
D/ Inconvénients d'être soignant.....	51

VIII/ Retentissement sur la pratique.....	52
A/ Avant le traitement.....	52
B/ Pendant le traitement.....	53
C/ Après, pour les patients.....	53
D/ Après, pour le médecin.....	54
IX/ Représentations de la maladie.....	55
A/ Représentations de la pathologie.....	55
B/ Représentations du soin chez les médecins.....	56
<b><u>DISCUSSION</u></b> .....	<b>59</b>
I/ Biais de l'étude.....	60
A/ Inhérent au thème.....	60
B/ Inhérent à la population étudiée.....	60
C/ Inhérent à la méthode d'entretien.....	61
D/ Inhérent à la méthode d'analyse.....	61
II/ Partie réflexive.....	62
III/ Devenir un médecin malade.....	64
A/ Le temps dans la profession médicale.....	64
B/ Du symptôme à la maladie.....	65
a/ Les premiers symptômes .....	65
b/ L'annonce de la maladie.....	66
c/ L'entrée dans la maladie.....	66
C/ Représentations des pathologies.....	68
a/ Type de pathologies.....	68
b/ Explications de la pathologie.....	69
IV/ Prise en charge du médecin/malade.....	70
A/ Le patient premier soignant.....	70
B/ Place du médecin généraliste dans la prise en charge.....	71
C/ Place des spécialistes.....	71
D/ Place du médecin traitant.....	73
V/ Ambivalence de ce double statut.....	74
A/ Spécificités.....	74
B/ Relation médecin-médecin/malade.....	75
C/ Le médecin/malade devient un malade/médecin.....	77
VI/ Retentissement de la maladie.....	78
A/ Les patients.....	78
B/ L'arrêt de travail : un passage difficile.....	79
C/ L'entourage familial.....	81
D/ Vécu à postériori.....	82

a/ Dans la pratique quotidienne.....	82
b/ Pour les patients, dans la relation.....	83
c/ Dans la vie personnelle.....	84
VII/ Quelques pistes pour améliorer la prise en charge.....	84
A/ Modifiables personnellement.....	85
B/ Non modifiables personnellement mais collectivement.....	85
<b><u>CONCLUSION</u></b> .....	<b>87</b>
<b><u>PERSPECTIVES COMMUNES AUX DEUX THESES</u></b> .....	<b>91</b>
<b><u>BIBLIOGRAPHIE</u></b> .....	<b>95</b>
<b><u>ANNEXES</u></b> .....	<b>98</b>
Annexe 1 : Tableau récapitulatif des mots clés.....	99
Annexe 2 : Tableau récapitulatif des notions.....	120

# **INTRODUCTION**

Démographie médicale en baisse, *numerus clausus*, mauvaises conditions de travail, difficultés de l'hôpital public, réformes hospitalières, fermetures de lits, déficit de la Sécurité Sociale... Nul besoin d'appartenir au milieu médical pour percevoir le sens de ces termes, presque quotidiens dans nos journaux télévisés. La santé est partout, omniprésente, à tel point qu'elle était, avec l'emploi, l'un des premiers sujets de préoccupation des Français selon le sondage TNS-Sofres<sup>01</sup> de mars 2011. Et pour les soignants ? Ils envisagent l'avenir avec une inquiétude croissante, qu'ils soient hospitaliers ou libéraux, spécialistes ou généralistes, urbains ou ruraux. La population s'accroît, vieillit, provoquant des demandes de soins de plus en plus lourdes, de plus en plus coûteuses : les deux tiers du budget de l'Assurance Maladie en 2009 étaient consacrés à la prise en charge des maladies chroniques. Le nombre d'actes par médecin ne cesse d'augmenter, pour atteindre parfois plus de 6000 actes par an pour un médecin généraliste en zone défavorisée... La crise des vocations risque d'amplifier encore ce phénomène. En 2009, le rapport Legmann<sup>02</sup> (CNOM) publie des chiffres alarmants : seuls 9% des nouveaux médecins diplômés ont choisi l'installation en libéral. Comment, au vu de ses chiffres, envisager sereinement l'avenir ?

On a beaucoup médiatisé les suicides chez France Télécom, qui ont fait grand bruit et engendré un renforcement des contrôles des conditions de travail au sein de l'une des plus grandes entreprises de France... pourtant, dans une étude datant de 2006, publiée dans le *Concours Médical*<sup>03</sup>, le taux de décès par suicide chez les médecins serait de 14%, alors qu'il est de 5,6% dans la population générale. Comment se fait-il que ces chiffres n'aient pas été criés haut et fort ? Comment expliquer une telle différence ? Les médecins seraient-ils plus exposés et plus fragilisés que les autres ? Face aux demandes sans cesse croissantes de leurs patients, à la gestion quotidienne de la souffrance des autres, les médecins semblent prendre moins soin de leur propre santé, voire carrément la négliger. C'est de cette question qu'est née l'idée de ce travail : parlons-nous suffisamment de la santé des médecins ? C'est non seulement un sujet qui nous concerne tous, qui nous intéresse individuellement, mais qui pose aussi la question de ses enjeux financiers, tant dans la gestion de l'argent public que de son coût en terme de santé publique.

Un médecin peut bel et bien tomber malade, aussi gravement, aussi subitement que n'importe qui. Cette affirmation peut sembler anodine, mais quelqu'un qui soigne tous les jours d'autres personnes que lui-même a-t-il seulement conscience de cela ? Ne se sent-il pas exempt des pathologies des autres ? La survenue d'une pathologie chez un médecin provoque un certain nombre de perturbations. Quelles représentations les médecins généralistes se font-ils de leurs maladies et de leurs traitements ? Comment les gèrent-ils ? Quels en sont les retentissements ? Tels sont les questionnements soulevés et traités dans la première de nos deux thèses, celle sur le vécu du médecin malade, présentée par Sandra Bonneudeau.

En poussant la réflexion plus avant, il nous a paru cohérent, voire indispensable, de soulever d'autres points, directement reliés par un jeu de miroir : en partant du présupposé qu'un médecin/malade est – ou n'est pas... – un patient comme les autres, on peut également se questionner sur sa prise en charge. Quelles sont les pratiques des médecins soignant des confrères ? Quelles représentations ont-ils de cette part de leur activité ? Quelles en sont les spécificités ? Quelles en seraient les modalités optimales ? C'est ainsi qu'est née la seconde thèse, concernant les soins prodigués et obtenus par les médecins malades, présentée par Madeleine Lhote.

Ces 2 thèses sont donc en miroir l'une de l'autre. Elles ont été conçues et enrichies l'une par l'autre et si chacune peut être lue séparément, elles gagnent à être accolées, voire à être abordées dans un même mouvement, chacune apportant à l'autre de précieux éclairages. Certaines parties seront donc communes aux deux thèses comme cette introduction.

S'il existe pour ces deux thèmes des données quantitatives, nous nous sommes focalisées sur l'aspect qualitatif des prises en charge, qui, à notre connaissance, n'a que très peu été exploré, mais ouvre un champ de questionnement immense. L'objectif était de dresser un premier tableau, du vécu et de la prise en charge des patients médecins, de les analyser pour mettre en évidence les problèmes et spécificités rencontrés, tant par les médecins face à leur propre maladie, que par leurs soignants face à leurs confrères malades. La finalité de notre travail était de mettre en exergue tous ces aspects, pour essayer de leur apporter un certain nombre de solutions, et discuter, s'il en est, des modalités optimales de prises en charge d'un patient médecin.

Alors, si la thèse de Sandra Bonneaudeau pourrait se fonder sur la question « un médecin est-il un patient comme les autres ? », la seconde thèse écrite par Madeleine Lhote serait « soigner un médecin, quelles spécificités ? »

## **CONTEXTE**

Le thème du médecin malade est un sujet relativement tabou dans la littérature médicale française. Nous n'avons trouvé que quelques publications dans des revues médicales, des thèses quantitatives sur la santé des médecins en France. Le Conseil National de l'Ordre a publié un rapport sur le médecin malade en 2008. Au Canada, en Catalogne et en Grande Bretagne des structures dédiées aux médecins ont été instaurées. On retrouve également ce sujet dans des films et la littérature non médicale.

Après avoir évoqué rapidement ces données, nous développerons les différents concepts balintiens et la notion de maladie.

## **I. Traité d'anthropologie de Maurice Thibault<sup>04</sup>**

Maurice Thibault, médecin généraliste canadien a consacré un traité d'anthropologie à la question du médecin malade en 1985. Il a décidé de réaliser ce traité devant le silence de la littérature médicale sur les maladies qui frappent les médecins eux-mêmes, mais aussi devant le silence de la société à ce sujet, réalisant comme une « *double conspiration du silence* ».

La présentation de son traité dénote de l'intérêt qu'il porte à la nécessité d'étudier ce sujet « *Après l'avoir lu on se demande pourquoi le médecin malade n'est pas un sujet obligatoire dans les facultés de médecine* » (traité de M. Thibault) Il note aussi le double intérêt à porter au médecin/malade : pour lui même mais aussi dans l'intérêt de ses patients.

Il a ainsi répertorié de manière non exhaustive les représentations du médecin malade à travers les époques.

Ainsi on constate, que les Grecs anciens étaient paniqués en apprenant la maladie de leur médecin « *car nos médecins, Podalyre et Machaon... je crois que l'un, dans sa baraque, blessé, ayant besoin lui même d'un médecin irréprochable, est étendu ; et l'autre, dans la plaine, résiste à l'Arès perçant les Troyens* », ceci constitue la dernière phrase du chant XI de l'Iliade. Zeus ne soutient plus les Achéens mais encore il les humilie en permettant que leur médecin soit lui même malade « *Alors une crainte extrême vint aux Achéens -respirant-l'ardeur que, le combat penchant contre eux, les Troyens ne prissent Machaon* ».

Même si le dicton du Christ « *Médecin guéris-toi toi-même* » est équivoque. La maladie du médecin demeure un scandale à travers les époques pour bon nombre de personnes. Ainsi Montaigne déclare « *Quoy, eux mêmes nous font ils voir de l'heur et de la durée en leur vie, qui nous puisse témoigner quelque apparent effets de leur science* ». Voltaire quant à lui, affirmait qu'il n'y a rien de plus ridicule qu'un médecin qui ne meurt pas de vieillesse.

Maurice Thibault fait plusieurs constatations sur le médecin malade :

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

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

## **II. Données statistiques actuelles sur la santé des médecins généralistes.**

La santé des médecins généralistes a été étudiée à différentes reprises de manière quantitative, aussi bien dans des thèses de médecine générale que dans des études de plus grande envergure. Nous n'en donnerons que quelques exemples qui nous sont apparus comme les plus pertinents.

## **A/ Thèse « La santé des médecins généralistes »**

Une thèse de médecine générale « **La santé des médecins généralistes** » de **Laurence Gillard**<sup>05</sup>, soutenue en 2006, regroupant le témoignage de 386 médecins franciliens, a étudié l'état de santé des médecins généralistes.

On constate ainsi que 21% sont fumeurs, 11% consomment des boissons alcoolisées plus de 3 fois par semaine, 34% ont consommé des psychotropes qu'ils s'étaient auto prescrits dans 84% des cas.

34% sont en surcharge pondérale.

Les vaccinations sont globalement à jour : hépatite B 84%, tétanos 89%, grippe 67%.

Les médecins réalisent les examens de dépistage et parfois plus souvent que ne le préconise les recommandations actuelles.

Les médecins gèrent seuls leur état de santé, seuls 10% ont un médecin traitant de référence, et un sur deux s'auto prescrit des examens complémentaires.

75% des médecins interrogés sont satisfaits de leur état de santé mais estiment pour 55% que leur suivi médical est mauvais ou moyen.

## **B/ Baromètre santé de l'INPES**

**Le Baromètre Santé Médecins/ Pharmaciens de l'INPES**<sup>06</sup> en 2003 reflète à partir d'un échantillon de 2047 médecins généralistes leurs comportements de santé (soit environ un médecin sur 30 exerçant une activité libérale en France). Il a été comparé à la population générale et aux résultats obtenus lors du précédent baromètre de santé publié en 1999.

En ce qui concerne la consommation de substances psycho-actives licites :

- La consommation de tabac concerne 28,8% (amélioration depuis 1998 : 37,9%) et est inférieure à la population générale.
- La consommation d'alcool au moins 3 jours par semaine concerne 17,4% des médecins (stabilité depuis 1998)
- La consommation de somnifères ou tranquillisants au moins une fois dans l'année précédente représente 24,6% (stabilité par rapport à 1998)

La consommation de produits psycho-actifs est influencée par des données socio démographiques mais aussi par la satisfaction professionnelle. La consommation de tabac et

d'alcool est supérieure chez les hommes et la consommation de somnifères est supérieure chez les femmes, comme dans la population générale.

En ce qui concerne le dépistage :

- Pour le virus de l'hépatite C, 48% l'ont fait au moins une fois dans leur vie (amélioration 27,4% en 1998), ce qui est supérieur à la population générale.
- Pour le VIH, 67% l'ont fait au moins une fois dans leur vie (amélioration de 10 points depuis 1998).
- Pour le dépistage du cancer colorectal, 7,4% l'ont fait, ceci est supérieur à la population générale.
- Pour la réalisation des mammographies, 65,2% l'ont faite, ce qui est supérieur à la population générale.
- Pour le frottis cervico-vaginal 80,9% l'ont fait, ceci est identique à la population générale.

En ce qui concerne la prévention :

- La vaccination contre la grippe saisonnière a été réalisée par 63,2% d'entre eux.
- L'utilisation de préservatifs au moins une fois dans leur vie a été notée par 63% d'entre eux (stabilité par rapport à 1998).

### **C/ Données de la CARMF**

La Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF)<sup>07</sup> a publié en décembre 2010, son rapport annuel sur **les causes d'attribution des indemnités journalières** durant l'année 2009 :

- Affections cancéreuses 34,4%
- Affections psychiatriques 17,4%
- Affections traumatiques 10,42%
- Affections cardio-vasculaires 8,92%
- Autres 29,08%.

Les indemnités sont versées à 1861 médecins en 2009. Les affections cancéreuses demeurent la principale cause d'arrêt de travail chez les médecins et sont en forte augmentation entre 2007 et 2009.

Certains médecins sont en **invalidités définitives** pour diverses pathologies. La distribution de celles-ci est la suivante :

- Affections psychiatriques 39,76 %
- Affection cancéreuses 11,49 %

- Affections du système nerveux 13,74 %
- Affections cardio-vasculaires 10,57 %
- Autres 24,44 %

Ces indemnités sont versées à 751 médecins en 2009.

Même si les troubles psychiatriques régressent entre 2007 et 2009, ils demeurent toutefois la principale affection des médecins en invalidité définitive.

### III. Le rapport du Conseil National de l'Ordre<sup>08</sup>

Un rapport de la Commission Nationale Permanente (CNP) publié en Juin 2008, rapporté par le Dr Leriche a pour titre « *Le médecin malade* ».

Il fait suite à deux précédents rapports, l'un de juin 2000 « L'aptitude à l'exercice médical et la santé du médecin » et l'autre de juin 2004 « L'entraide ordinale » sous la responsabilité de la CNP. Au terme du rapport publié en 2004, le Dr Delga insistait sur trois points :

- la nécessité d'une évaluation physique et mentale des étudiants en médecine avant qu'ils ne s'engagent dans le troisième cycle.
- L'intérêt du suivi médical du médecin en exercice, pour sa propre sécurité comme pour la sécurité des patients.
- Que le médecin puisse être pris en charge comme les autres patients, en particulier avec confidentialité totale.

Ces conclusions étaient toujours d'actualité au moment de la réalisation du rapport de 2008.

Le dernier rapport dresse dans sa première partie des constats sur le médecin malade ou accidenté.

Plusieurs points essentiels se dégagent de cette partie, à savoir :

- Le risque de l'**automédication**, qui de par sa fréquence excessive, risquerait de dissimuler des symptômes et de retarder une prise en charge adaptée. La CNP évoque même la possibilité de retirer ce droit.
- Le **médecin prenant en charge son confrère** doit être rigoureux, franc et faire en sorte de conserver une distance thérapeutique nécessaire entre le malade et lui-même. Ceci en définissant la position de chacun, patient et médecin.

- Une **véritable et sincère confraternité** surtout pour les pathologies graves, la question des honoraires, bien que possible sans aller contre le serment d'Hippocrate, reste de second ordre.
- Le **problème financier**, avec l'indemnisation de la CARMF au bout du 90<sup>ème</sup> jour, l'absence d'assurance complémentaire fréquente, reste un problème important pour le médecin malade.
- La difficulté des conditions de **remplacement**.
- Le **vécu du médecin malade** « de l'autre côté de la barrière » : avec un mélange de sentiments de faiblesse, de difficulté de perte du rythme de travail. Tout ceci en sachant qu'aucun reclassement professionnel n'est possible à l'heure actuelle.

La deuxième et troisième partie du rapport traitent de la santé mentale du médecin et ne seront pas développées ici.

La quatrième partie regroupe plusieurs propositions du CNP.

Tout d'abord la présentation des modèles étrangers que nous avons décidé de traiter dans la partie suivante.

L'instauration d'**une nouvelle imagination ordinale** avec la mise en place:

- D'un service d'information ordinale en matière de prévoyance.
- D'une commission de dépistage des médecins en difficultés avec en parallèle une cellule de soutien.
- De visites de préventions régulières et obligatoires.
- D'une sensibilisation aux risques de l'auto prescription.

Un **nouvel engagement de l'Ordre** avec la création :

- D'un service social central.
- D'un système de mutualisation des risques pour aider les médecins malades durant les 90 premiers jours.
- D'un système d'évaluation pour un reclassement ou une réorientation professionnelle.
- D'une banque d'emplois potentiels.
- De structures de dépistage précoce et de soutien au niveau départemental.

## IV. Les modèles étrangers d'aide à la prise en charge des médecins.

### A/ En Catalogne

En Catalogne, il existe un **Programme d'Aide Intégrale pour le Médecin Malade**<sup>09</sup> (PAIMM) créé en 1998, ayant pour but d'aider les médecins dont l'exercice peut être négativement affecté par des problèmes mentaux et/ou d'addiction à l'alcool ou à d'autres substances.

Ce programme a été créé conjointement avec l'Ordre des Médecins de Barcelone et le gouvernement de la Catalogne. Il s'adresse seulement aux médecins en activité, inscrit à l'Ordre des Médecins et souffrant des pathologies décrites précédemment. Il s'est progressivement développé.

Les caractéristiques de ce programme sont la confidentialité, un service de soins gratuit, un engagement par la mise en place de contrat thérapeutique en collaboration avec d'autres médecins spécialisés.

Les médecins ont accès à ce programme majoritairement de manière volontaire spontanée à 84% et travaillent dans 83% des cas.

En septembre 2010, soit 13 ans après sa création, 1606 médecins malades avaient été traités, pour des troubles de l'adaptation : dans 45% des cas, abus d'alcool ou d'autres substances dans 17% des cas.

Au Québec, il existe deux programmes : le Programme d'Aide aux Médecins du Québec (PAMQ) et le programme de suivi administratif du collège des médecins qui sont deux entités distinctes avec des rôles différents.

### B/ Au Canada

Le **Programme d'Aide aux Médecins du Québec**<sup>10</sup> (PAMQ) est un organisme créé en 1990 à but non lucratif. Il s'adresse dans les provinces, aux médecins, résidents et étudiants en médecine qui éprouvent des difficultés personnelles en toute confidentialité. Une des phrases de présentation du site de ce programme est « *La santé des autres dépend de la notre* ». Le PAMQ offre une aide professionnelle, discrète et compréhensive : entretiens téléphoniques, rencontres, identification des problèmes et recherche de solution, détermination de ressources et de références personnalisées, soutiens, aides à la réinsertion.

Le **programme de suivi administratif du collège des médecins** a été mis en place en 1999 par le Collège des médecins. Il a pour but d'assurer la protection du public. Il s'adresse aux médecins présentant une condition personnelle susceptible d'avoir un impact sur la qualité de leur exercice professionnel comme : des problèmes de santé mentale, certaines conditions physiques, des toxicomanies incluant l'alcoolisme, un risque de transmission d'une infection hématogène. Ce programme consiste en une surveillance accrue de l'aptitude à exercer (son état de santé, son niveau de compétence, son efficacité et son efficacité clinique). Le médecin signe un consentement en début de suivi qui permet à son ou ses thérapeutes de donner des rapports sur son état de santé. Le suivi est en général de deux ans et permet entre autre de mettre sur pied des actions de perfectionnement en fonction des besoins du médecin.

## V. Dans la littérature

Certains médecins ont quand même décidé de relater leur expérience de médecin malade dans un livre. Ils sont peu nombreux même si nous ne les citerons pas tous et les présenterons par date de parution. Pour chaque ouvrage, nous avons cité certaines phrases afin de mieux expliciter notre sujet de thèse.

### - René Allendy « **Journal d'un médecin malade** »<sup>11</sup> première édition en 1944.

Lors de sa maladie, le Dr Allendy a l'impression que « *les rôles sont inversés* », et constate qu' « *on ne sent jamais tant la faiblesse de la médecine que quand on est à la fois malade et médecin* ». Il tente de justifier sa maladie comme « *une certaine assimilation psychique de l'image paternelle* » ce qui va contre une explication physiopathologique. Il expose sa difficulté à être un malade « *A aucun prix, je ne voulais entrer dans la catégorie des malades et cet acharnement à garder la pose de la santé parfaite me parait aujourd'hui, alors que je suis vaincu par les symptômes, quelque peu excessif. Elle m'a certainement inspiré des imprudences* », mais aussi les difficultés qu'il a pu rencontrer avec ses soignants « *le seul souci du jeune médecin était de garder à mes yeux du prestige* », « *il est visible qu'elle ignore ma qualité de médecin, Dieu merci !* ». Sa vision des soins chez les médecins est assez tranchée : « *je suis pour les soins, plus abandonné qu'un chien malade dans les campagnes : c'est la rançon d'être médecin* ».

- **Docteur Claude Rougeron et Frédéric Fournier « Les vrais secrets d'un médecin »<sup>12</sup> publié en 2003.**

Au moment de l'écriture de son livre, le Dr Rougeron découvre qu'il est lui même malade. Son livre est ainsi ponctué de référence à sa propre maladie. Le statut de médecin/malade a été source de difficultés envers lui même, « *le médecin que je suis s'est cru plus malin que celui qui me soignait !* », « *jamais je n'oublierai mon étonnante incompétence médicale envers moi-même...* », mais aussi avec ses soignants : « *par acquis de conscience, nous avons donc prévu de faire un bilan au retour de vacances* », « *ce confrère s'adressait à un autre médecin : il lui parlait donc de façon technique* ».

Sa pathologie a eu un retentissement sur lui même : « *ma maladie actuelle, provoquant des remises en question sur le sens de ma vie future, m'a fait prendre conscience de la nécessité d'une plus grande attention à l'égard de ces croisées inopinées de chemins de vie* ».

- **Docteur Sylvie Froucht-Hirsch « Le temps d'un cancer : chronique d'un médecin malade »<sup>13</sup> publié en 2005.**

Le Dr Froucht-Hirsch relate son expérience de médecin/malade, en passant par une annonce peu conventionnelle « *le ton est sérieux, plus que d'habitude. Point n'en faut, l'annonce est faite. J'ai compris* », mais aussi par ses relations avec le personnel soignant « *j'ai pris le parti de tout comprendre et de ne pas discuter le traitement, car même si je suis médecin avec un savoir supposé, je ne suis pas cancérologue* ». Elle expose aussi les difficultés du soin chez les médecins « *pour un médecin, se retrouver de l'autre coté du miroir, endosser le rôle de patient avec son regard de médecin discret, quelquefois muet, voire aveugle, critique mais contraint, n'est pas simple, anodin, évident* ». Son vécu de la maladie, bien qu'elle se considère comme « *privilegiée, entourée, non solitaire dans son itinéraire de patiente* », sera celui d'une patiente « *le médecin/malade n'a existé que peu de temps* », « *le passage du médecin/malade au malade/médecin a vite évolué vers le seul parti pris de ma position de malade, persuadée qu'une telle imbrication ne contribue pas à la simplicité de la situation et à une bonne qualité de soin* ».

- **Professeur Pascal Hammel « Guérir et mieux soigner »<sup>14</sup> publié en 2008.**

Ce livre écrit au jour le jour pendant sa maladie, relate le vécu du médecin/malade, son sentiment de « *ne plus appartenir à la famille des blouses blanches* », le fait d'être « *de l'autre coté de la perfusion* » mais aussi de l'être humain malade « *le médecin est un être humain comme les autres quand il tombe malade : inquiet, faillible, impatient parfois* ».

*irrationnel voir superstitieux* ». Son expérience de médecin lui a donné « *l'impression d'avoir gagné un temps appréciable grâce à ma formation médicale qui m'a conduit à faire des examens poussés et à mon large réseau professionnel* ». Cependant il constate les difficultés de ce double statut de médecin et de malade, c'est un « *conflit psychologique important entre le médecin et le malade, comme les personnages du saint et le diable* » et les conséquences de sa pathologie dans sa pratique professionnelle « *c'est hallucinant à quel point un médecin ignore ce qu'endurent les patients* ». Retentissement que l'on retrouve dans sa vie personnelle « *il y a toujours un avant et un après* » la maladie, « *il va falloir apprendre à vivre avec cette tendance acquise à une lecture plus anxieuse des signes banals du corps* ».

Ces livres relatent l'histoire personnelle de médecins confrontés à la maladie mais aussi leurs réflexions sur la maladie, sur leur statut de médecin malade et les modifications que cela a pu avoir dans leurs pratiques professionnelles. Ces quelques citations recueillies n'ont pas pour but de résumer les livres mais ont permis de nous donner certaines pistes de réflexion lors de notre travail.

Nous ne développerons pas ici l'ouvrage de Martin Winckler « *la maladie de Sachs* »<sup>15</sup> paru en 1998, puisque le burnout a été volontairement exclu de notre sujet. Citons cependant la phrase suivante :

*« La médecine est une maladie qui frappe tous les médecins, de manière inégale. Certains en tirent des bénéfices durables. D'autres décident un jour de rendre leur blouse, parce que c'est la seule possibilité de guérir-au prix de quelques cicatrices. Qu'on le veuille ou non, on est toujours médecin. Mais on n'est pas tenu de le faire payer aux autres, et on n'est pas non plus obligé d'en crever »*

## **VI. Dans des films**

Le sujet du médecin malade a intéressé de nombreux réalisateurs, nous n'en citerons que deux. Celui du réalisateur J.L Bertuccelli avec « *Docteur Françoise Gaillant* » sorti en 1976 qui relate l'histoire d'une femme médecin, interprétée par Annie Girardot, débordée par son travail, qui découvre qu'elle a un cancer « *Alors je laisse tomber, tout : le cliché, mon corps sur une chaise, ma dignité. Je me mets à gémir et à me balancer d'avant en arrière, sans pouvoir m'arrêter. Je suis brutalement une autre, une personne différente qui a échappé à la civilisation et aux habitudes culturelles. Je gémiss sauvagement...* ».

De même, le film « Sept morts sur ordonnance », réalisé par Jacques Rouffio, relate en partie l'histoire de deux médecins qui vont devenir à la fois médecins et malades et qui présentent des difficultés à assumer ce double statut.

## VII. Balint : « le médecin, son malade et la maladie »<sup>16</sup>

Balint, psychiatre d'origine hongroise, a travaillé au cours de sa vie sur différents concepts qu'il décrit dans son livre « le médecin, son malade et la maladie » :

- La notion de « médecin-remède » : le médecin aurait lui même des effets thérapeutiques mais aussi des effets secondaires indésirables sur le patient. Cette notion a permis d'introduire celle de la relation médecin-malade et faire comprendre l'importance de la personne du médecin dans la relation de soins.

- Les « niveaux de diagnostic » : le diagnostic focal, centré sur la plainte ou la maladie du patient, avec comme réponse un traitement. L'autre niveau de diagnostic est le diagnostic approfondi incluant l'histoire du malade et de sa famille et parfois l'histoire du lieu qu'il a créé avec son médecin. Ceci entraîne une réponse du médecin adaptée aux particularités du patient.

- « L'offre du malade, la réponse du médecin ».

La maladie ou les symptômes du malade ne sont plus considérés comme seulement situés dans le malade, mais comme inclus dans un échange entre le malade et son médecin. La maladie proposée peut être acceptée ou refusée par le médecin. Le traitement peut être adéquat à la maladie diagnostiquée par le médecin mais se révéler être une réponse inadaptée à l'offre du malade. La relation médecin-malade est alors le compromis entre les offres du malade et les exigences du médecin.

- La « confusion de langage », qui amène parfois à des malentendus qui peuvent être source de souffrance pour le malade. *« Le médecin préoccupé par sa démarche diagnostique et sa décision thérapeutique, ne porte pas suffisamment d'attention à ce que le patient tente de lui dire dans un autre registre »*.

- La « fonction apostolique », est une image empruntée au domaine religieux où *« le médecin a une idée vague, presque inébranlable du comportement que doit adopter le malade. Il n'aurait de cesse de convertir ses patients à sa foi »*. Le travail lors des groupes Balint est d'amener le médecin, en permettant une meilleure connaissance de ses propres particularités

de fonctionnement, à un changement « limité mais considérable de sa personnalité professionnelle » pour permettre une meilleure ouverture aux problèmes du patient.

- La « relation que la malade entretient avec sa maladie » existe bien avant la rencontre avec le médecin. Ainsi la relation médecin-malade doit être tripartite : relation médecin-malade – maladie. « *La rencontre avec le médecin aurait pour premier effet de modifier la relation que le malade entretenait jusque là avec sa maladie* ».

- La « compagnie d'investissement mutuel » est une spécificité du travail des médecins généralistes qui sont amenés à suivre des cas au long cours. Ceci peut créer des avantages mais aussi poser des problèmes : favoriser la chronicisation de certains patients, leur dépendance dans une relation qu'aucun des deux partenaires ne souhaite remettre en question.

-Les représentations de la maladie du côté du patient, qui a une représentation de sa maladie, de ses attentes et de ses craintes avant même de consulter le médecin ce que Balint appelle « la maladie autogène ». Le médecin, en donnant un nom à la maladie et en l'annonçant au patient mais aussi à ses proches, crée ce que Balint appelle la « maladie iatrogène ». Ces deux maladies vont coexister de manières plus ou moins harmonieuses.

Le médecin/malade a évidemment une représentation de « la maladie autogène » mais du fait de son statut peut créer « la maladie iatrogène » avant même de rencontrer un soignant. Ce qui complique de manière conséquente la représentation qu'il peut se faire de la maladie.

## VII. La notion de maladie.

**La sociologie de la maladie** distingue trois réalités distinctes sous les trois termes désignant la maladie en anglais :

- Les altérations biologiques : **disease**, ce que vous avez quand vous quittez le médecin et que vous rentrez chez vous.
- Le vécu subjectif du patient : **illness**, ce que vous ressentez lorsque vous consultez un médecin.
- Le processus de socialisation des épisodes pathologiques : **sickness**, le comportement que vous adoptez ensuite en vous mettant au lit, avec bouillote.

Ceci correspond à trois perspectives distinctes du médecin, du malade et de la société :

- La vision médicale qui résulte d'une culture : la maladie est une réalité objective.
- Le patient ressent des symptômes, subjectifs, dont l'expérience est construite généralement avec les proches et leurs représentations de la maladie.

- Les critères de l'entourage et de la société pour reconnaître une maladie. La définition de la santé varie grandement selon les individus, les groupes culturels, les classes sociales. Là aussi, il existe un risque de confusion entre ces registres simultanés.

**Le médecin n'est pas qu'un médecin** : il est aussi un individu qui a une certaine expérience de ses propres maladies ou de celles de ses proches, il est marqué par une sensibilité plus ou moins orientée vers tels ou tels types de phénomènes. Le patient, de son côté, n'est pas démuné complètement de connaissance objective face à ses symptômes : il les compare avec ceux dont il a déjà souffert, en discute... Comme le dit François Laplantine<sup>17</sup> :

*« Les processus d'échange entre soignants et soignés ne s'effectuent pas seulement entre l'expérience vécue du malade et le savoir scientifique du médecin mais aussi entre le savoir du malade sur sa maladie et l'expérience vécue du médecin »*

C'est en associant la représentation de la maladie par le malade, ici médecin, le type de relation qu'il peut entretenir avec ses soignants que sont nées ces deux thèses.

## **METHODE**

## I. TYPE D'ETUDE

L'étude que nous réalisons, s'intègre dans une démarche qualitative, et est de type descriptif. Elle consiste en la réalisation puis l'analyse d'entretiens semi dirigés, conduits auprès de médecins généralistes ayant eu un contact personnel avec la maladie et acceptant de nous rencontrer pour en parler.

## II. METHODOLOGIE DE SELECTION DES MEDECINS INTERROGES

### A/ Mode de recrutement

Le recrutement des différents témoignages s'est fait par un **système de « bouche à oreille »**. La première personne a été contactée par le directeur de thèse puis après chaque entretien, nous avons demandé à la personne qui s'y était prêtée, si elle connaissait une ou plusieurs personnes qui accepteraient à leur tour de témoigner sur le sujet. Nos coordonnées étaient alors remises au médecin qui les transmettait directement à la personne. Et les personnes nous ont recontactées (par mail ou téléphone) lorsqu'elles le souhaitaient en conservant ainsi toujours leur anonymat et leur possibilité de refus.

### B/ Critères d'inclusion

Toute personne **médecin généraliste** ou en cours de formation de médecine générale ayant eu un contact personnel avec la maladie.

Il n'y avait aucun critère portant sur la pathologie, sa gravité ou son ancienneté.

### C/ Détermination du nombre de patients à inclure

Le nombre de personnes à interroger n'était pas défini au moment de l'initiation de la thèse. L'inclusion de nouvelles personnes a été stoppée lorsque nous avons obtenu une saturation des données, soit l'absence de nouvelles notions évoquées lors des entretiens.

### III. METHODOLOGIE DES ENTRETIENS

#### A/ Choix de l'entretien semi dirigé

Le recueil de données auprès des médecins participant à l'étude a été effectué au moyen d'entretiens semi dirigés.

Ce type d'entretien est caractérisé par l'existence d'un guide d'entretien constitué en majorité de questions ouvertes. Ce guide définit de manière préalable des thématiques à aborder lors de la discussion.

#### B/ Réalisation du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été testé auprès de la première personne et très peu modifié par la suite.

##### a/ Première partie du guide d'entretien : présentation

Nous avons intégré à la première partie du guide une phase d'établissement de la relation entre l'interviewer et la personne interrogée.

Elle a été réalisée en 2 étapes :

Présentation de l'interviewer : nom, prénom, nom du directeur de thèse.

Présentation de l'enquête : En quoi le fait d'être médecin a-t-il pu à votre avis, modifier votre vécu, votre prise en charge et vos pratiques professionnelles lors de votre contact avec la maladie?

Dans le même temps nous précisons au médecin que l'entretien était enregistré avec son accord et qu'il serait anonyme et confidentiel.

Nous précisons également à ce moment, qu'étant donné la nature du sujet, l'intégralité de l'entretien ne figurerait pas dans la thèse.

##### b/ Deuxième partie du guide d'entretien : recueil des situations personnelles

Chaque personne a été ensuite invitée à dévoiler sans aucune interruption de notre part, sa propre expérience de la maladie. Par respect, les silences ont été respectés et aucune question n'a été posée avant la demande explicite ou implicite de la personne interrogée.

### c/ Troisième partie du guide d'entretien : explorations des thèmes

Nous avons décidé d'aborder ou de préciser certains thèmes si la personne interrogée ne l'avait pas fait spontanément.

**Les thèmes ainsi retenus lors de la préparation de ce guide d'entretien** étaient :

En quoi le fait d'être médecin a-t-il pu modifier votre prise en charge ?

Sur quels critères avez-vous choisi le ou les consultants ainsi que la structure de prise en charge ?

Avez-vous un médecin traitant ?

Quelles étaient vos relations avec le personnel soignant ?

Quels impacts sur vous en tant que soignant et pour vos patients ?

### d/ Quatrième partie : ressenti de l'entretien

Une dernière question était posée lors des entretiens en fonction du ressenti de l'interviewer :

Que retenez-vous de l'entretien ?

Nous remercions la personne au terme de l'entretien. Certains entretiens ont repris à la demande de l'interviewé pour préciser certains thèmes.

## **IV. REALISATION DES ENTRETIENS**

### **A/ La personne interrogée.**

Les personnes ont été interrogées par nos soins après avoir convenu avec eux d'un rendez vous.

### **B/ Date et lieux des entretiens**

Nous nous sommes rendue à la date et l'heure et dans le lieu qu'avait choisi le médecin interrogé. Aucun lieu spécifique n'a été demandé.

### **C/ Matériel utilisé**

Les entretiens ont été enregistrés sur un dictaphone numérique afin de pouvoir les réutiliser. L'autorisation d'enregistrer l'entretien a été obtenue auprès de toutes les personnes interrogées.

Chaque fichier a été sauvegardé.

### **D/ Note en fin d'entretiens**

Dans les minutes suivant chaque entretien, une note manuscrite a été rédigée, reprenant nos impressions « à chaud ». Nous nous sommes attachés à décrire de manière succincte le ressenti immédiat que nous avons eu du déroulement de l'entretien.

Ces fichiers ont été nommés « réflexif P1, P2... »

## **V. METHODOLOGIE D'ANALYSE DES DONNEES**

### **A/ Première phase : la transcription**

Les entretiens ont été retranscrits dans les heures ou les jours suivant leur enregistrement.

Les entretiens ont été intégralement retranscrits dans des fichiers individuels et numérotés. La date a été volontairement supprimée afin de conserver l'anonymat.

Pour dissocier les entretiens de la thèse « Patient » de ceux de la thèse « Soignant », et pouvoir travailler simultanément sur les 2 types d'entretiens, nous avons choisi de les appeler **P pour les entretiens de « Patients »** et **S pour les entretiens de « Soignants »** ; Les entretiens de la présente thèse sont donc appelés P1, P2...

Lors de la transcription nous n'avons pas modifié les propos des personnes interrogées ni cherché à corriger les fautes de langage. Nous avons transcrit les propos « **mot pour mot** » en modifiant la police d'écriture en fonction de la personne prenant la parole.

### **B/ Seconde phase**

Chaque entretien a été relu et chaque mot clés a été surligné. Les mots ou expressions clés ont été choisis par la personne réalisant ce travail. Cette étape a ainsi été réalisée par moi-même et

par l'interne faisant sa thèse en miroir du point de vue des soignants de soignant, Madeleine Lhote.

### **C/ Troisième phase : codage**

Les mots clés ont ensuite été regroupés par notion et colligés dans des tableaux.

Nous avons ainsi obtenu deux tableaux pour chaque entretien.

Ils ont été nommés par l'initiale du nom de la personne l'ayant codé suivi du nom de l'entretien. Les deux thésards s'appelant Bonneaudeau et Lhote, les fichiers travaillés par Bonneaudeau ont un nom commençant par B, tandis que ceux lus par Lhote commencent par la lettre L.

Soit BP1, BP2... et LP1, LP2...

Nous avons ainsi obtenu des tableaux regroupant les différents mots clés de chaque entretien et classés de manière plus ou moins différente par les deux « codeurs ».

### **D/ Quatrième phase : regroupement des données**

Après discussion entre nous et le directeur de thèse nous avons élaboré un plan de tableau commun, des deux tableaux réalisés précédemment, afin d'établir **un tableau commun définitif des mots clés** retrouvés lors des entretiens (Annexe 1).

### **E/ Cinquième phase : synthèse des notions**

La dernière phase a permis d'obtenir le tableau définitif récapitulatif à double entrée.

Une première pour chaque numéro d'entretien (P1, P2...) et une autre pour les différentes parties du plan définies précédemment.

Des termes généraux ont ainsi été obtenus à partir des différents mots clés sélectionnés précédemment.

Nous avons donc obtenu **un tableau regroupant les différentes notions** abordées lors des entretiens à partir des mots clés relevés (Annexe 2).

Le tableau suivant regroupait les entretiens contenant les mêmes notions.

Ce dernier tableau des résultats a permis la rédaction de la partie résultat de la thèse ainsi que le point de départ de la discussion.

## **RESULTATS**

## I. DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUE DE L'ECHANTILLON ET LES DONNEES GENERALES DES ENTRETIENS

### A / Données sociodémographiques de la population interrogée

#### a/ Caractéristiques démographiques de la population interrogée :

- Sexe des médecins interrogés :

Nous avons obtenu **13 témoignages** dont :

- o 6 hommes
- o 7 femmes

- Age des médecins interrogés :

L'âge des médecins interrogés varie entre 26 et 58 ans.

L'âge moyen étant de **47 ans**.

#### b/ Caractéristiques socioprofessionnelles :

- Type de cabinet :

- o 10 personnes travaillent dans des cabinets de groupe.
- o 2 n'ont pas encore de cabinet personnel.
- o 1 personne possède un cabinet seul.

- Zone d'exercice :

- o 11 personnes exercent en milieu urbain.
- o Une personne exerce en milieu semi rural.
- o Une personne exerce en milieu rural.

### B / Données générales sur les entretiens

#### a/Nombre d'entretiens :

Nous avons réalisé pour cette étude 13 entretiens et donc obtenu **13 témoignages**.

#### b/Période et durée de réalisation des entretiens :

Les entretiens ont été réalisés du mois de janvier 2010 au mois de mai 2010.

La durée de réalisation des entretiens a donc été de **5 mois**.

### c/Le lieu d'entretien :

Les lieux d'entretiens ont varié en fonction du désir de la personne interrogée.

- 7 se sont déroulés dans un cabinet de médecine générale :
  - o 5 dans leur cabinet personnel
  - o 2 au cabinet de mon maître de stage.
- 2 ont eu lieu au domicile de la personne.
- 2 se sont déroulés par téléphone.
- 1 a eu lieu à la faculté de médecine générale.
- 1 a eu lieu dans un café.

### d/ Durée des entretiens :

Les entretiens ont duré entre 15 minutes et 50 minutes.

La durée moyenne des entretiens a été de **34 minutes**.

La durée totale des entretiens a été de 7 heures et 16 minutes.

## **II. LES PATHOLOGIES EVOQUEES**

Différentes pathologies ont été retrouvées lors de nos entretiens.

Certaines personnes ont évoqué plusieurs pathologies que l'on a pu regrouper de la façon suivante :

- 9 pathologies aiguës.
- 6 pathologies chroniques de gravité diverses.
- 3 pathologies cancéreuses dont 2 considérées en rémission et une en cours de traitement.
- 1 pathologie congénitale.

### III. TABLEAU DE SYNTHÈSE

	Sexe	Age (ans)	Profession	Durée entretien (minutes)	Zone d'exercice	Type de cabinet	Lieu d'entretien	Pathologies
<b>P1</b>	Féminin	29	Interne médecine générale	45	Hôpital et urbain	Absence de cabinet	Cabinet maitre de stage	Dépression Pneumopathie
<b>P2</b>	Masculin	56	Médecin généraliste	40	urbain	Cabinet de groupe	Cabinet	Diabète HTA Polype
<b>P3</b>	Masculin	52	Médecin généraliste	50	urbain	Cabinet seul	Café	Cancer ORL
<b>P4</b>	Féminin	50	Médecin généraliste	40	urbain	Cabinet de groupe	Domicile	Embolie pulmonaire Insuffisance cardiaque
<b>P5</b>	Féminin	50	Médecin généraliste	50	urbain	Cabinet de groupe	Domicile	Cancer du pancréas
<b>P6</b>	Féminin	53	Médecin généraliste	36	urbain	Cabinet de groupe	Cabinet	Perte d'un enfant Tuberculose
<b>P7</b>	Féminin	50	Médecin généraliste	15	Urbain	Cabinet de groupe	Faculté	Grossesse Toux
<b>P8</b>	Féminin	26	Interne médecine générale	15	Hôpital et urbain	Absence de cabinet	Cabinet maitre de stage	Colique néphrétique
<b>P9</b>	Masculin	35	Médecin généraliste	49	urbain	Cabinet de groupe	Cabinet	Maladie congénitale
<b>P10</b>	Masculin	50	Médecin généraliste	26	urbain	Cabinet de groupe	Cabinet	Sigmoïdite Fracture humérale
<b>P11</b>	Féminin	55	Médecin généraliste	20	urbain	Cabinet de groupe	Cabinet	Asthme
<b>P12</b>	Masculin	50	Médecin généraliste	25	Semi urbain	Cabinet de groupe	Téléphone	Infarctus du myocarde Diabète
<b>P13</b>	Masculin	58	Médecin généraliste	35	Rural	Cabinet de groupe	Téléphone	Lymphome

## IV. LA MALADIE

### A / Contexte

Les médecins installés ou internes en médecine générale ayant accepté de témoigner ont été nombreux à vouloir nous expliquer brièvement leur contexte professionnel avant l'entrée dans la maladie.

Je faisais « 3 fois 35h par semaine » P3.

Nous avons ainsi pu constater que leurs emplois du temps étaient chargés par maintes activités professionnelles en dehors de leur cabinet d'exercice.

Ils nous ont ainsi témoigné de leur **manque de temps** d'une manière générale à prendre soin d'eux.

« Emprisonné dans mon emploi du temps » P1, « débordé de travail » P3, « on trouve toujours autre chose à faire plutôt que de s'occuper de soi » P9

### B / Les symptômes

Les personnes interrogées nous ont fait part de divers symptômes. Certains étaient caractéristiques des pathologies dont ils souffraient d'autres aspécifiques.

Une rapidité de la prise en charge :

« Des douleurs abdominales absolument inconnues de moi » P5

« J'ai plutôt vécu en bonne intelligence avec mon corps jusqu'à ce que je sois malade » P5

« J'ai toujours été très attentive à ma santé, donc j'ai pas attendu un mois d'être mal, de tousser, d'avoir de la fièvre » P6

Pour qualifier leur regard et l'intérêt qu'ils ont porté à ces symptômes, nombreux sont ceux qui nous ont parlé de :

- **Retard** dans leur prise en charge pour 7 d'entre eux.

« J'ai vécu longtemps avec mes symptômes sans m'apercevoir que c'était une dépression » P1

- **Négligence** face aux différents symptômes qu'ils avaient pu ressentir pour 6 d'entre eux.

« J'aurai encore décalé d'une semaine et comme c'était un copain il m'a pris sans RDV » P3

- **Déni** des symptômes pour 3 d'entre eux.

*« J'ai fait l'autruche » P2*

- **Banalisation** des symptômes pour l'un d'entre eux.

### **C / L'annonce de la maladie**

L'annonce de la maladie est un moment crucial dans l'entrée dans la maladie, cependant chacun ne l'a pas vécu de la même façon et dans les mêmes conditions. En effet nous avons pu constater que :

- L'annonce s'était faite **par eux même** avec 5 occurrences.

*« Je suis allé au bout du diagnostic » P4*

*« Tout de suite j'étais sûre du diagnostic donc je me suis effondrée sur le bureau de la secrétaire » P5*

*« J'ai vite fait mon algorithme » P6*

*« Je découvre que je suis diabétique » P12*

*« Seul dans l'ascenseur » P13*

- Devant leur tableau clinique la **compréhension** du diagnostic avait été **immédiate** et donc d'une manière relative seul, avec 2 occurrences.

*« J'étais loin de me douter que c'était un cancer, quand il a fait la biopsie la j'ai compris » P3*

- L'annonce a été considérée comme « **classique** » par 2 personnes.

*« a fait l'annonce de la maladie comme il se doit » P3*

- Pour 2 d'entre eux le diagnostic étiologique précis n'a **jamais été confirmé**, n'ayant pas souhaité débuté ou poursuivre les investigations.

*« On m'a jamais fait d'analyse, j'ai jamais vérifié que j'avais génétiquement la pathologie » P9*

### **D / Prise en charge**

- La prise en charge de la pathologie initialement a débuté pour 9 d'entre eux par **l'auto prescription d'examen complémentaires**.

- Seuls 2 d'entre eux ont consulté **un spécialiste** en première intention qui a débuté lui-même les examens complémentaires.

« *Le stomato m'a dit c'est pas très beau, lymphome ou cancer on en sera plus* » avec la biopsie » P3

« *Je me suis laisser guider* » P13

- 2 d'entre eux **n'ont pas réalisé** les examens complémentaires prescrits par le spécialiste pour des raisons diverses, dont le manque de temps et d'envie de les réaliser.

« *Il voulais me faire un holter mais j'avais pas le temps de le faire* » P2

« *On m'a dit 'on fait une scinti après' ce que j'ai jamais fait* » P4

- 2 d'entre eux constatent une **lenteur de la prise en charge** entre le moment de l'annonce diagnostic et du début des traitements.

« *On nous laisse en sursis* » P3

« *Mes vacances ont pas été super quand même le retour des angoisses de mort était quand même très très fort et l'attente était quand même compliquée* » P5

## **E / Le traitement**

La prescription des traitements pour un médecin souffrant d'une pathologie est toujours source de questionnements. Ici nous avons pu constater que :

- 5 **s'auto prescrivait** leurs traitements au long cours.

« *Je me renouvelle mes ordonnances* » P6

« *Comme la plupart des médecins qu'est ce que vous croyez ?* » P2

- 2 d'entre eux suivaient **les prescriptions du spécialiste**.

« *Je me suis plié, j'allais pas discuter la molécule* » P5

- Un **traitement chirurgical** en première intention a été indiqué pour 4 des 13 personnes interrogées.

- **Les modalités de prise des traitements** étaient variables, en allant du refus de les prendre pour 2 d'entre eux, à une prise compulsive par l'un d'entre eux mais aussi à une prise en « si besoin » pour l'un d'entre eux.

« *Je gère pas du tout c'est les autres qui me le disent* » P4

« *Il faut que je prenne des biphosphonates mais je ne le fais pas* » P9

## F / Le suivi

Le suivi a varié entre les individus :

- Pour 6 d'entre eux, celui-ci est **régulier**.
- Pour 2 d'entre eux, celui-ci se fait par **eux même**.

« *tu te débrouilles* » P7

- Une **absence** de suivi a été constatée chez l'un d'entre eux.

« *Il faut que je fasse surveiller mais je le fais pas* » P9

- Le suivi n'était pas nécessaire chez l'un d'entre eux.

Certains ont précisé prendre rendez vous avec leurs spécialistes pour le suivi, en payant les consultations.

« *Je vais chez eux sur prise de RDV et tout comme un vrai malade* » P12

« *Je prends des RDV... c'est pas que je veux pas utiliser de passe droit, c'est le circuit normal et quelque part il me rassure* » P13

## V. LE PARCOURS DE SOINS

### A / Choix des soignants

- Tous les médecins généralistes nous ont confirmé avoir consulté **un spécialiste** pour les diverses pathologies dont ils souffraient initialement ou par la suite.

- Le lieu de consultation a varié en fonction du caractère aigu ou chronique de la pathologie :

- Les consultations **en ville** ont été privilégiées pour 10 d'entre eux.
- Le recours à une **structure hospitalière** a été nécessaire pour 8 d'entre eux, initialement pour certains et pour d'autres pour des soins non accessibles en ville.

- Le lien qu'ils avaient avec la personne soignante est lui aussi variable :

- 6 d'entre eux ont consulté des **amis**.

« *Je bouffe plus souvent avec lui que je ne vais le voir* » P4

- 6 autres ont utilisé leur réseau de connaissance en consultant leurs **correspondants habituels**.

« *On fait marcher son réseau. J'ai tout de suite appelé la gastroentérologue qui a piloté la suite des examens* » P5

- 3 autres n'avaient **aucun lien** particulier avec la personne choisie ou celle-ci leur avait été recommandée.

- Le moment de la consultation n'a pas été immédiat pour la majorité d'entre eux ainsi :

- 7 d'entre eux ont consulté par **nécessité**.
- 3 ont consulté pour avoir **un avis** sur leur pathologie

« *Par principe* » P3

- 2 d'entre eux ont consulté pour avoir une **connaissance supplémentaire**.

« *J'ai eu une démarche de patient normal quand toutes les ressources intellectuelles et mon savoir était dépassé. J'ai fait tout ce qu'il fallait et je n'en pouvais pas plus, je n'en savais pas plus. Alors soit il fallait un savoir supplémentaire soit des techniques que je n'avais pas à porter de main* » P1

« *J'ai essayé tout ce que j'avais en boutique et la je me suis dit il faut passer la main* » P8

Une phrase est revenue à plusieurs reprises sur le moment de la consultation du confrère

« *J'étais vraiment pas bien* » P1, P4, P10

- Les critères de choix pour leurs soignants rapportés ont été les suivants :

- En premier lieu **la compétence** pour 8 d'entre eux.

« *Je suis allé chercher la compétence technique médicale, faisant phi de ce que je défends sans arrêt la relation* » P13

- Puis **la confiance** qu'il leur accordait pour 3 d'entre eux.
- Ensuite **la relation** qu'il pouvait espérer entretenir avec eux.
- Puis la bonne qualité de **la communication** espérée.

- Les attentes recherchées ou plutôt le rôle qu'ils leur attribuaient étaient les suivantes :

- **Aucune** attente particulière pour 3 d'entre eux.
- Une volonté de **déléguer** pour 2 d'entre eux.

« *Chaque fois que j'ai eu un truc un peu emmerdant, j'ai très rapidement eu l'envie de déléguer à un médecin* » P5

- **Une validation** de la prise en charge qu'ils s'étaient eux-mêmes prescrite pour 2 d'entre eux.
- Un **oubli du statut de médecin** pour 2 d'entre eux.  
« *Il a reconnu qu'il m'avait traité comme tout à chacun* » P3
- Une **anonymisation** pour l'un d'entre eux.

- Les principales difficultés relatées avec leur soignant étaient :

- **La relation** qui apparaît comme la principale difficulté pour 4 d'entre eux.

« *J'étais plus un patient, j'étais devenu un étudiant* » P7

« *Il faut encore que je fasse du travail pour faire confiance à des médecins extérieurs et que je connaitrais pas comme ami* » P6

« *Le chirurgien je l'ai vu plusieurs fois, c'est un chirurgien, il regarde ses pieds, à droite à gauche en l'air mais il me regarde pas et puis la pour éluder les questions il est fort* » P5

- Le problème **horaire** pour 2 d'entre eux

« *Les jours où il recevait ne convenait pas à mes horaires* » P2

- Le problème du **suivi** a été évoqué.

## **B / Structure de prise en charge**

La structure de prise en charge n'est pas apparue comme émanant d'une recherche particulière mais plutôt **fonction de la pathologie**, du type de structure nécessaire pour la prendre en charge au mieux pour la majorité d'entre eux.

La qualité de la prise en charge a été recherchée de même que le ressenti et la volonté personnelle.

« *Bon sur le plan technique et ou humainement je me sente confortable* » P1

« *Pas envie non plus de tomber sur des gens que je connais* » P1

« *Quitte à crever dans un endroit où par les fenêtres je vois autre chose que du béton* » P3

« *Je n'ai pas voulu aller dans des hôpitaux où je risquais de rencontrer des gens* » P7

Cependant nous avons pu constater que la structure de prise en charge, de même que la personne prenant en charge le médecin malade avait **une spécialisation particulière dans la pathologie** dont souffrait le médecin.

« *Une des personnes les plus compétentes sur le diabète en France* » P2

« *Patron de la chirurgie ORL* » P3

« *Le responsable national des protocoles sur le cancer du pancréas donc vous êtes au bon endroit pour être au meilleur de ce que l'on peut offrir* » P5

« *Au mieux de ce que l'on peut offrir* » P5

« *Gens hyperspécialisés* » P12

## C / Place du médecin traitant

- A la première question : « avez-vous un médecin traitant ? »

- La constatation est la suivante : **tous ont un médecin traitant**,
- Cependant 3 d'entre eux ont répondu non à cette question car ils étaient eux mêmes ou leur conjoint nommé médecin traitant. « *Pourquoi vous dites des gros mots ?* » P2

- A la seconde question : « qui est votre médecin traitant ? »

- Pour 4 d'entre eux c'est **eux-mêmes**.

« *Il est pas chiant c'est moi* » P4

« *C'est pas bien* » P6

- Pour 3 **un ami**.
- Pour 2 **leur associé**.
- Pour les autres il s'agit d'**un conjoint**, d'**un médecin d'enfance**, d'**une connaissance** sans lien d'amitié et d'**une personne extérieure**.

« *Elle préférerait que ce soit quelqu'un d'autre* » P12

**Une réflexion sur le choix de la personne appropriée** est évoquée par 6 d'entre eux.

« *Je suis quand même mon médecin mais peut être que quand je serai en retraite je serai plus mon médecin traitant* » P6

« *C'est difficile de se trouver un confrère, est ce qu'on va voir quelqu'un qu'on connaît dans le réseau que vous croisez par ailleurs ? Est-ce que vous allez voir un médecin qui est complètement ailleurs avec qui vous aurez jamais à faire en tant que confrère ? c'est délicat* » P9

« *C'est évolutif au cours du temps, là j'admets un peu plus l'idée qu'il faut que je me choisisse un médecin traitant pour lui rendre visite une fois par an, avant c'est quelque chose qui ne m'effleurait même pas* » P10

« *Je vais quand même pas aller voir mon alter ego* » P11

« *Je réfléchis actuellement à trouver un médecin traitant qui soit un peu loin de tout ça* » P12

- A la question : « allez vous les voir en consultation ? »

- Hormis ceux qui sont leur propre médecin traitant, seuls **3 d'entre eux vont en « consultation classique** » en prenant rendez vous et en réglant les consultations.
- Les 7 autres n'ont jamais consulté leur médecin et n'ont pas spécialement l'intention de le faire.

« *S'il y avait un souci je suis pas sur que c'est elle que j'irai voir* » P3

« Entre deux portes » P8

« Il s'occupait pas de moi » P9

- Le rôle attribué a leur médecin traitant est moindre, cependant des rôles de conseil, de décision ou seulement **administratif** ont été cités.

« Tout de suite quand je suis tombé malade j'ai pris un médecin traitant...je me suis dit que si un jour j'ai des décisions à prendre, je veux pas imposer ça à mon entourage, je veux qu'il y ait un répondant en dehors de moi » P5

« J'ai souvent eu l'occasion de lui demander conseil » P8

- Les principales difficultés se retrouvent au niveau du type de relation qu'ils peuvent entretenir avec eux et à **la confiance** qu'ils pourraient leur accorder.

« Je ne vois pas en qui j'aurais suffisamment confiance pour lui faire signer » P4

« On prend des nouvelles l'un l'autre, on a une relation qui est trop intime même si on ne s'appelle pas tous les jours, on dine pas ensemble mais on a dépassé une bonne distance thérapeutique » P7

## VI. RELATION AVEC LES AUTRES

### A / Les soignants médicaux

- A la question : « souhaitez-vous taire votre statut de médecin ? »

- La réponse est **négative** pour 10 d'entre eux.

« Encore j'étais reconnu comme médecin alors c'était plus facile » P2

- La réponse est **positive** pour 3 d'entre eux.

« Je dis jamais que je suis médecin je veux être considéré comme tout le monde » P11

« Je trouve qu'on est largement mieux soigné quand on est incognito, que quand on est trop dans l'intimisme avec les confrères » P12

- A la question : « quelles sont vos attentes ? »

- Volonté du positionnement d'**un cadre** hiérarchique, à savoir qui est le médecin et qui est le patient pour 4 d'entre eux.

« Il m'a traité avec le même mépris, la même indifférence que si j'étais un patient lambda » P3

« Une fois qu'on s'est mis d'accord sur le fait qu'on puisse tenir nos positions respectives je peux faire malade avec elle, elle peut faire docteur avec moi je la laisserai faire » P5

- Volonté de **confiance** pour 4 d'entre eux.

« Il y a des médecins que je n'irai jamais voir. Je le dis franchement j'aurai pas confiance » P2

- Volonté d'une **disponibilité** plus importante.

« Il était sans doute plus disponible et plus en clin à répondre aux questions » P10

- Volonté de **respect** de la personne qui nous soigne.
- Volonté d'une grande **empathie**.

« Solidarité médicale » P6

- Volonté de **réassurance** de la part de la personne qui vous soigne.

- A la question du ressenti de consulter un confrère :

- Le sentiment de **honte** apparaît à 2 reprises.

« Honte de demander » P6

« Espèce de honte mais on se sent limite d'analyse, d'expertise personnelle et d'aller l'avouer » P10

- La **gêne** du regard des confrères apparaît lors d'un témoignage.

« Peur que les gens me prennent pour un charlot » P1

- La sensation d'**humiliation** a été également citée à demander quelque chose à un confrère.

« Je me mets dans une situation humiliante de demander quelque chose à quelqu'un » P4

- Les différences dans la relation qui ont été pointées par rapport aux relations qu'ils entretiennent avec leurs patients sont les suivantes :

- La **distance thérapeutique** qu'il existe entre eux et leur médecin est différente.

« Une relation qui est trop intime » P1

« Je voyais pas ce que quelqu'un d'autre pouvait m'apporter » P1

« S'il me laisse jouer au docteur il est pas sorti d'abord la consultation elle va être un peu longue et ensuite je vais tout négocier point à point par principe » P4

« On essaie au mieux de ne pas interférer avec ma connaissance médicale mais forcément il y a interférence » P12

« J'ai eu beaucoup de mal à lui faire comprendre que j'avais pas du tout envie d'être un médecin en soins, un confrère en soin mais que j'étais un malade point » P13

- Les **explications** et les **terminologies** utilisées pour expliquer la pathologie, les traitements ou le suivi sont différentes des relations thérapeutiques qu'ils peuvent entretenir avec leurs patients.

« On est bien d'accord, l'objectif c'est la plus longue survie possible avec la meilleur qualité de vie possible, ce qui est la stricte vérité mais quand on prend ça en pleine figure très vite, c'est extrêmement saisissant » P5

« J'ai rien appris dans les comptes rendu opératoires, parce que ce qui était la dedans je le savais, on en avait parlé avec le cancérologue mais c'est pas pareil, c'est-à-dire que lire le compte rendu avec les mots noir sur blanc, j'en ai pris plein la gueule » P5

« Je pense que je ne reverrai pas forcément un médecin qui ferait autrement et qui quelque part me ferait confiance pour prendre soin de moi » P8

- **La négociation** est apparue lors de 2 entretiens.

« Je vais négocier par principe » P4

- La notion de **connivence** entre les individus apparaît aussi.

« Il a formulé les choses désagréables dans une espèce de connivence qui n'étais pas très adaptée » P5

## **B / Les soignants paramédicaux**

Les relations avec les soignants paramédicaux ont été :

- « **normale** » pour 5 d'entre eux.
- **Mauvaise** pour 2 d'entre eux.

« J'en veux beaucoup à ces chiennes d'infirmières » P3

« On m'a catégorisé dans les patients chiants » P7

« Je me suis fait rembarée par une infirmière qui m'a dit « laissez nous faire notre boulot » P7

- **Bonne** pour l'un d'entre eux.

« Excellent souvenir de mon hospitalisation » P10

- Et avec **favoritisme** par l'un d'entre eux.

« Gentils, aux petits soins pour moi » P10

L'amélioration de la relation a été notée en cas de non précision du statut de médecin.

## **C / Entourage professionnel**

L'entourage professionnel des médecins généralistes ou internes en médecine interrogés a été mentionné de manière positive ou négative lors des différents entretiens.

- Les points positifs relevés ont été :

- **Le respect** de l'entourage.
- **Le soutien** des associés.

« Pour mon associé c'était important de prendre une décision qui ait du sens » P5

« Il savait qu'il fallait que je sois soutenu » P6

« Plus dans son rôle d'ami que dans son rôle de médecin » P13

- **La confraternité** des collègues.

- Les points négatifs relevés sont :

- **L'incompréhension** envers l'arrêt d'activité.

« C'est incroyable, il y a pas d'excuses à arrêter la médecine » P4

- **L'indifférence** des collègues.

« S'ils ont vu, ils ne m'en ont pas parlé » P1

- **La colère** des associés envers l'arrêt de l'activité.

« Je me suis fait arracher les yeux par mes collègues » P4

- Le sentiment de peur du **jugement** des collègues.

« Je ne ressentais pas la bienveillance » P1

## **D / Entourage familial**

La difficulté pour les proches en attendant le diagnostic ou pendant le traitement est mentionné avec beaucoup de pudeur et peu de détails.

« Fragilité du couple, fragilité personnelle » P3

« On lui disait c'est normal votre mari est un alcool-tabagique toxicomane c'est normal, alors que toxicomane alcool-tabagique j'ai pas le souvenir, tabagique oui je l'ai été mais j'ai arrêté 15 ans avant l'opération, alcoolique je l'ai jamais été alors toxicomane » P3

Un **retentissement** important sur leur famille a été mentionné par 2 d'entre eux.

« Je pense qu'il y aura pu y avoir des répercussions plus grandes sur leurs bien être si je ne m'étais pas prise en charge à temps, dans ma vie de couple aussi » P1

« Ma femme a été traumatisée » P3

**Le soin de l'entourage familial** n'a été mentionné que par une des personnes interrogées, la question n'ayant pas été posée de manière précise.

« J'avais beaucoup plus de souci pour ma femme que pour moi » P3

## E / Les patients

Lorsque le médecin est malade à son tour, le regard des patients est particulier, les personnes qui ont témoigné l'ont constaté.

En effet, elles ont pu observer :

- Une **modification du regard** de leur patient pour 3 d'entre eux.

« *Les patients... trouvent bizarre qu'on soit malade* » P9

« *Ils m'ont intégré directement dans le clan des patients en même temps que médecin* » P12

- Une **inquiétude** de leurs patients pour leur propre état de santé.

« *Ca les a rassuré de me voir revenir* » P3

« *Vous voulez une pastille contre la toux* » P8

- Un **soutien** qui, à certains moments, est apparu réconfortant.

« *J'étais tout à fait contente du soutien de mes patients* » P4

« *Marquent leur estime, prennent des nouvelles de vous* » P6

« *Ils étaient aux petits soins, attentifs... énormément de gentillesse* » P13

- Un **modèle** pour les patients.

« *On est un modèle vivant avec les termes qu'ils peuvent modéliser sur le courage, l'abnégation, le miraculé* » P3

« *Je suis leur idole, leur superman et ça c'est difficile à porter* » P3

« *Tout le monde veut savoir comment je vis, qu'est ce que je pourrai leurs conseiller, quand on découvre une pathologie* » P3

## VII. ETRE SOI MEME MALADE

### A / Vécu immédiat

L'entrée dans la maladie et le vécu de la maladie pendant le traitement passent par diverses sensations :

- **Choc** à l'annonce de la maladie pour 3 d'entre eux.

« *C'est vraiment une mauvaise nouvelle* » P2

« *C'est une douche froide que j'ai pris avec beaucoup de résignation* » P3

« *Effondré du diagnostic dans ma tête de médecin* » P5

« L'entrée dans la maladie c'est forcément un truc brutal auquel on est pas forcément préparé » P5

« Tout à coup, la vie bascule » P5

- **Déstabilisation** par rapport à la vie antérieure.
- Une phase de **régression** durant le traitement.
- Une sensation de **révolte** face à la maladie.

« Des douleurs abdominales, sans substrat comme une révolte psychique » P13

3 médecins ont constaté avoir fait une **abstraction sur les signes annonciateurs** de leur pathologie.

« Je me suis construit mes maladies » P2

La **peur** de certaines pathologies ou l'atteinte de certains organes plus spécifiquement que d'autres est apparue à 3 reprises.

« Le cœur m'a toujours fait peur » P2

« La crainte pour moi de perdre la vue serait quelque chose de catastrophique » P2

« Le vrai moteur ça va être la peur » P4

« La je fais bien tout ce qu'on me dit et même c'est moi qui demande, parce que la j'ai eu peur » P4

« Tu fais n'importe quoi ; à un moment il faut aller voir quelqu'un : c'est quand même le dos » P10

2 des personnes interrogées ont été en contact à plusieurs reprises avec la maladie et l'entrée dans une pathologie leur a donné l'impression d'un **retour à quelque chose de connu**.

« J'avais l'impression de retourner à quelque chose que je connaissais hospitalisé mais d'abord au petit garçon qui retournait dans ce qu'il connaissait » P9

« Les blouses blanches ça a toujours fait partie de ma vie » P9

## **B / Vécu à postériori**

- La fin d'une pathologie aigüe ou le vécu d'une pathologie chronique au long cours ne laissent pas indemne, les conséquences sont multiples.

- La **cessation de l'activité professionnelle** a été nécessaire pour 2 des personnes interrogées avec un sentiment de **renoncement** difficile à évoquer.

« Je suis jamais retournée au cabinet. Au début ça a été terrible j'ai vu ça comme une défaite » P4

*« Si on regardait les choses de manière positive, on pourrait laisser croire que j'ai tranquillement laissé passer une activité vers une autre, doucement. Je pourrais essayer de le vendre mais c'est absolument pas la vérité » P4*

*« C'est pas comme si je pouvais plus travailler, je peux plus faire ce boulot la » P4*

*« Je me sentais pas disponible, pas efficace, pas adaptée, pas empathique j'étais passé à autre chose j'avais envie de m'occuper de moi » P5*

*« Le renoncement à mon travail c'était à la fois dans une logique, je me sentais plus du tout de le faire. Mais en même temps comme tout renoncement c'est difficile et douloureux » P5*

- L'annonce de l'arrêt de son activité professionnelle à ses patients a été un moment difficile pour l'un d'entre eux.

*« La deuxième chose difficile c'est d'annoncer à ses patients que l'on va être absent » P5*

*« Quand j'ai été sure de ma décision j'ai écrit une lettre à mes patients » P5*

- Une **modification de la vision de la vie avec une modification de la temporalité** a été citée à 3 reprises.

*« J'ai décidé de marcher et quitte à crever je préfère que la mort arrive plutôt que d'attendre dans mon plumard qu'elle me regarde droit dans les yeux, je préfère qu'elle arrive d'elle-même. Je vais pas l'affronter clairement elle me fait pas peur mais je suis pas pressé qu'elle arrive » P3*

*« Je sais pas où je serai demain » P3*

*« J'avais pas de visualisation de l'avenir et l'avenir c'était demain » P4*

*« Je suis passée à autre chose définitivement et mis dans ma perspective aussi du raccourcissement de ma durée de vie » P5*

*« Je sais pas si je le referai, de toute façon comme je le disais passer à un autre cran dans la maladie, m'a conforté dans l'idée que j'avais autre chose à faire que de travailler, il y a encore plein d'autres choses qui m'intéressait et que j'avais envie de faire et pour l'instant le temps passe assez vite sans travailler » P5*

*« La relation au temps change... j'ai pas de projet au long cours » P5*

*« Changement profond du regard sur la vie, du sens que je lui donne, du regard que j'ai sur elle, de sa valeur... moins de légèreté » P13*

- L'arrêt de travail pendant la pathologie a été un moment agréable pour 2 d'entre eux.

*« J'allais conserver du temps pour vivre pour moi, parce que j'avais tellement apprécié d'avoir du temps pour moi, et que c'était quand même dommage d'attendre d'avoir la tuberculose pour avoir du temps pour vivre pour soi... et pas seulement être médecin » P6*

- Un **déni de la maladie** a été constaté chez 2 des personnes interrogées lorsque la maladie n'était plus aigue.

*« C'est comme si j'avais jamais été malade et d'ailleurs dans mon esprit je n'ai jamais été malade » P4*

- 2 d'entre eux ont notifié **une vigilance** accrue après cet épisode plus ou moins long dans la maladie de leur corps et de leur état de santé futur.

*« Il faut que je fasse gaffe maintenant » P9*

*« Je serai plus méfiant, j'irai voir un collègue un peu plus facilement maintenant » P10*

- Une des personnes interrogées évoque son sentiment de **maîtrise** de la pathologie.

*« Je m'investis un peu trop peut être dans cette gestion à titre personnel » P12*

- La **difficulté d'acceptation de la maladie et du statut de malade** a été notifiée par 4 des personnes interrogées.

*« La difficulté quand on est malade c'est de se sentir malade » P3*

*« Jusqu'à ce que je puisse plus arguer auquel cas je suis obligé de reconnaître qu'il y a quelque chose et je me traite jusqu'à ce que j'aille mieux et après on dirait qu'il y a rien » P4*

*« Je ne suis pas guéri sur le plan de l'acceptation de la limitation » P4*

*« Me positionner comme malade c'est à vomir » P4*

*« Etre malade quand on est médecin c'est impensable, putain il y a quand même 2 cotés à un bureau et c'est l'autre qui est malade » P4*

## **C / Avantages d'être soignant**

Etre un soignant malade peut présenter des avantages comme nous l'ont précisé un grand nombre des personnes interrogées, à savoir :

- Un **favoritisme** par rapport à un patient non médecin dans la prise en charge pour 4 d'entre eux

*« Je suis passé devant tout le monde » P2*

- Une **compréhension** supérieure de leur maladie, des traitements et des conséquences de la pathologie.

*« Rassuré quand j'ai vu le foyer sur la radio, comme si j'étais à moitié guéri » P1*

*« Je sais que c'était très simple, j'avais compris ce que j'avais, je connaissait donc j'étais pas inquiet sur la perte de fonction de la main par exemple » P9*

*« J'ai la chance d'avoir une vision compréhensive des problèmes » P12*

- Une possibilité **d'auto prescription** de certains traitements.

- Une **autonomie** supérieure à certains patients atteints de la même pathologie qu'eux.
- Un **accès aux soins** facilité par la connaissance des réseaux et des structures de prise en charge.

*« Je suis à l'aise dans le réseau, je vais m'adresser aux bonnes personnes par rapport à des gens qui vont ramer dans le processus médical, dans la relation avec les hospitaliers, j'ai une espèce de savoir faire, j'ai pas peur d'y aller, de poser des questions » P5*

*« Accès aux spécialistes plus facile » P9*

## **D / Inconvénients d'être soignant**

Cependant des inconvénients ont aussi été constatés du fait de ce statut de médecin malade :

- **L'absence d'objectivité** face à ces propres symptômes pour 5 d'entre eux.

*« Je vais m'auto justifier, me raconter des conneries » P5*

*« On va banaliser les symptômes ou au contraire on va tout de suite penser au pire » P8*

*« Parce qu'on comprend, parce qu'on s'autorise éventuellement à ne pas faire des choses » P9*

- **La relation avec le confrère** est modifiée. Franchir le pas de demander de l'aide et le regard que va pouvoir avoir le confrère est important pour 5 d'entre eux.

*« Je voulais pas les embêter » P1*

*« De par la connivence des savoirs il ne peut pas emballer les choses il faut qu'il soit direct, franc, massif » P5*

*« On se sent limite d'analyse, d'expertise personnelle et d'aller l'avouer » P10*

*« Alors que de façon plus ou moins amicale ou fraternelle, on risque de bidouiller, faire les choses un peu rapide et faire des blagues » P13*

- Une **compréhension immédiate** des symptômes, de la maladie, du pronostic et des risques éventuels pour 4 d'entre eux.

*« Le fait d'être médecin ne nous protège pas, le fait de savoir au contraire fait qu'on peut pas dissimuler la gravité du diagnostic, du pronostic » P5*

- Une tendance à la **dramatisation** des signes cliniques pour 3 d'entre eux.

*« Je suis capable de me faire un scénario catastrophe pour une connerie » P4*

*« Ils m'ont menti, j'ai un néo du sigmoïde avec des méta hépatiques » P10*

- Un **retard** probable à la consultation par manque de temps pour 3 d'entre eux.

- Une **angoisse** peut-être supérieure aux patients non médecins du fait de la connaissance médicale qu'ils possèdent pour 3 d'entre eux.

*« Quand vous connaissez le sujet, vous êtes pas trop angoissé mais quand vous connaissez pas vous avez encore plus peur que les autres » P2*

*« Grosse angoisse parce que je savais exactement comment allait se passer l'opération » P7*

- Un **accès facilité aux multiples informations médicales** concernant leur pathologie.

*« Après cette incursion dans la littérature médicale, je me suis interdit de relire quoi que ce soit parce que ça fait mal, parce que ça sert à rien, c'est ce que l'on dit toujours à nos patients » P5*

- L'**attitude des confrères** peut être un inconvénient en limitant les investigations ou en les majorant

*« La rigueur d'un point de vue médical risque d'en prendre un coup... dans le négatif » P13*

*« Il m'a donné 36000 explications, j'ai strictement rien entendu, écouté, ça ne m'intéressait pas » P13*

## VIII. RETENTISSEMENT SUR LA PRATIQUE

### A / Avant le traitement

- Lorsque la pathologie était aigue, **aucun** retentissement n'a été évidemment constaté sur la pratique professionnelle, ce qui est le cas pour 6 des personnes interrogées.

- Une **répercussion sur leur travail** a été reconnue après l'annonce de la maladie de manières diverses.

*« Une somme de petites erreurs » P1*

*« J'ai tenu une semaine comme ça » P6*

*« J'avançais à la rame » P13*

- Au moment du diagnostic un **surinvestissement professionnel** a été constaté par l'une des personnes interrogées en attendant la prise en charge thérapeutique.

*« Je travaillais à 300% » avant le traitement P3*

*« Je me suis pas arrêté bien sûr, j'ai travaillé jusqu'à la veille de mon hospitalisation » P3*

## **B / Pendant le traitement**

- Un **arrêt de travail** a été nécessaire chez 7 d'entre eux, par nécessité. La durée de l'arrêt de travail a été limitée au maximum.

*« Je me suis arrêté une semaine et j'ai jamais repris » P4*

- 6 d'entre eux **n'ont pas pris d'arrêt de travail** ou celui-ci n'était pas nécessaire au vu de la pathologie, ou les personnes ne se sont pas accordé ce temps de repos.

*« Alors que tout le monde voulait me prolonger mon arrêt de travail, j'ai dit non stop, c'est plus possible, je reprends le travail » P3*

*« J'ai repris le travail sur un mi-temps qui cachait un temps plein » P3*

*« Je suis retourné bosser avec le plâtre » P9*

- La recherche d'un **remplaçant**, avant de stopper brièvement ou totalement l'activité a été un moment important plus ou moins compliqué.

*« A accepté de jouer le jeu d'être ma remplaçante pendant les 6 mois » P3*

*« Course derrière un remplaçant » P13*

*« Une urgence quasiment plus urgente que celle de se faire soigner » P13*

*« La charge qui pèse d'un seul coup sur nos épaules de devoir tout quitter...sur le plan de la continuité des soins » P13*

- La question de la **protection sociale** du médecin :

*« Je leur conseille de prendre une assurance quand vous vous installerez. La connerie c'est moi qui l'ai faire c'est-à-dire arriver sans assurance complémentaire en cas d'arrêt maladie » P3*

*« Si on reprend la moindre activité, on nous sucre nos indemnités journalières, c'est-à-dire que le système de mi temps thérapeutique n'existe pas » P5*

*«J'ai toujours cotisé à une prévoyance, j'ai une large famille, c'est une grande responsabilité et je ne peux pas me permettre de m'arrêter et ne pas avoir d'honoraires » P10*

## **C / Après, pour les patients**

- Certains n'ont constaté **aucun changement** au niveau de leur attitude, de leur prise en charge envers leurs patients lors de la reprise de l'activité.

Cependant d'autres ont constaté des effets positifs pour leurs patients, à savoir :

- Une **meilleure compréhension** de leurs patients atteints de pathologies semblables.

*« Je les soutiens beaucoup mieux » P3*

*« C'est une expérience qui enrichit beaucoup la compréhension de ce que peut vivre un patient » P6*

*« Cela permet de nuancer mes propos et d'avoir un regard plus humble peut être par rapport aux médicaments et à la maladie peut-être » P8*

- Une **amélioration de la prise en charge**, pas seulement sur le plan thérapeutique mais plus sur le plan de l'accompagnement du patient.

*« Je fais une prise en charge plus spécialisée, plus adaptée peut être même supérieure à beaucoup de médecins généralistes » P2*

*« Je suis pas sûr que je les traite mieux médicalement » P3*

*« On ne peut parler que de ce qu'on a vécu, tout ce qu'on maîtrise. Que ce soit le sevrage tabagique, que j'ai fait sur moi à une époque pour m'arrêter de fumer, sans trop me vanter j'ai un beau taux de résultat car j'ai la manière, la chaleur que je leur parle » P3*

*« Je pense que quand tu as vécu le miracle avec un médicament on sait passer le message à tort ou à raison » P11*

Nombreux sont conscients du **risque de transfert** éventuel qu'ils pourraient reproduire sur leurs patients atteints d'une pathologie identique à la leur.

*« C'est difficile de voir certains cancers qui évoluent mal et qui continuent à venir me voir » P3*

*« Je sais que c'est une expérience que je dois pas projeter sur mes patients » P6*

*« Devant les patients qui ont des problèmes comparables aux miens je fais pas d'analogies. En tout cas je ne crois pas en faire » P12*

## **D / Après, pour le médecin**

Les retentissements pour le médecin après sa pathologie sont diverses :

- 3 ont **limité leur activité professionnelle**.

*« Plus de temps personnel et diminuer mes horaires » P6*

*« Je ne voulais plus être complètement voué, absorbé par mon travail » P6*

*« Je fais ce qui m'intéresse, me plaît dans mon métier » P6*

*« J'ai changé ma façon de vivre en limitant mon activité professionnelle » P12*

*« Beaucoup moins de pression par rapport à mon agenda » P12*

*« Après c'était 40h point barre. Depuis je dis je travaille à mi-temps » P13*

- 2 ont **cessé leur activité**.

*« Tu regardes droit devant et objectivement tu peux plus faire ce boulot » P4*

*« J'ai arrêté mon travail en PMI, je me sentais pas la capacité d'affronter ça » P5*

- 5 se sont **investis** dans la pathologie qu'ils avaient contractée.  
« Cette pathologie que je suivais un peu de loin m'a permis de m'intéresser beaucoup plus »  
P2

- 2 ont l'impression d'avoir **amélioré** leur prise en charge envers les patients.  
« Je pense que ça me rend meilleur que certains » P1  
« Je pense que quand tu as vécu quelque chose tu peux mieux en parler » P3  
« Ma maladie je l'ai vécue comme un patient, mais quand je suis devant un malade, ma maladie est un atout comme exercice au quotidien » P3

- 2 ont constaté **une modification de leur patientèle**, dont l'un avec des patients atteints de pathologies plus lourdes.  
« Je vois plus de bobologies je vois que des gros trucs » P3  
« C'est certain que j'ai pas eu d'avantages de malades graves, ma prévalence est restée la même et j'en ai pas cherché d'avantages » P13

- 1 n'a pas constaté de changement particulier.

- 2 ont fait référence à une **modification dans leur métier ou leur choix de carrière professionnelle** suite à leur pathologie.  
« Ça a eu un impact très significatif sur mon histoire de médecin » P6  
« J'ai laissé tomber mes idéologies » P6  
« Mon être médecin généraliste est forgé de mon histoire personnelle, intellectuelle » P6  
« Ça a eu un poids assez conséquent dans ma vie, ça a eu un poids dans mon choix sans doute de profession mais je la néglige pas mal » P9  
« Je n'ai jamais pu pratiquer bien sur... du coup je me suis passionné pour ça » P9

## IX. REPRESENTATIONS DE LA MALADIE

### A / Représentations de la pathologie

- Distinction des pathologies :

Les personnes interrogées ont différencié les pathologies :

- **Graves** et non graves avec 3 occurrences.

« Quand je vais bien je gère et que je sens que ça va pas et que c'est grave je gère plus » P7

- **Ordinaires** et non ordinaires pour 1 personne.

« Je me suis occupé de mes problèmes de santé ordinaires » P5

- **Endogènes** et exogènes.
  - Qui **entravent la vie professionnelle** et qui ne l'entravent pas.
- Certains ont tenté de donner des explications étiologiques des maladies dont ils étaient atteints comme :
- Une explication **freudienne**.
- « Comme par hasard je souffrais d'un petit problème dentaire... je m'en doutais un peu par la proximité du décès de ma mère et comme une fatalité » P3*
- Une cause **psychosomatique** à la pathologie.
- « Je pense que la tuberculose était psychosomatique encore que c'est pas n'importe qui qui fait la tuberculose » P6*

La maladie ne laisse pas indemne au vu des retentissements que nous avons pu voir précédemment pour le médecin et ses patients, ainsi 3 d'entre eux décrivent **une vie avant et une vie après la pathologie**.

*« Pense qu'il y a un avant et un après » P1*

*« On est à peu près dans les dates anniversaires... » P3*

*« C'est sidérant on se demande de quoi on est fait et d'où on vient et que justement la science médicale est assez floue on est obligé d'appréhender les choses qui ne sont pas forcément expliquées dans les bouquins » P6*

La **religion** et la **culture** personnelle entrent en compte dans la représentation que les personnes peuvent avoir d'une pathologie.

*« Il y a des convictions personnelles et religieuses sur sa vie qui font qu'on peut se battre ou pas se battre » P3*

*« Plus la culture islamo-judéo-chrétienne » pour supporter la maladie*

## **B / Représentations du soin chez les médecins**

- 4 d'entre eux constatent **l'impossibilité d'être objectif** sur son propre état de santé et de s'examiner soi-même, en conservant une distance suffisante.

*« J'ai pas de stéthoscope assez long pour m'ausculter le dos moi-même » P1*

*« On peut pas s'examiner soi-même de manière objective puisque physiquement on n'a pas les yeux dans le dos » P1*

*« Se faire sa propre sémiologie, c'est particulier, ça demande du recul, d'être honnête sur soi-même sans dramatiser » P1*

*« Soi-même médecin, on n'est pas exempt de fantasmes, de représentations...qui perturbent la représentation objective de ses problèmes de santé » P6*

*« On n'est pas bon juge » P8*

*« Quelqu'un qui puisse avoir un regard neutre, plus objectif sur notre état de santé, cela me paraît judicieux » P8*

- **Les médecins se considèrent comme des patients non médecins.** Ceci en ce qui concerne la représentation qu'ils peuvent avoir de la maladie pour 5 d'entre eux mais aussi leur impuissance face à la maladie.

*« Les certitudes ça rend tout puissant et la maladie ça apprend qu'on est quelqu'un comme les autres et c'est très bien comme ça » P1*

*« Je pense que le vécu du médecin sous la tunique blanche et non plus sous la blouse blanche est important » P3*

*« Je crois qu'il vaut mieux être patient et ne pas savoir » P3*

*« Le médecin est un malade absolument comme les autres il fait son expérience de la maladie comme n'importe quel malade à côté du savoir qu'il en a » P5*

*« Le sentiment que j'ai eu est un sentiment de malade et vraiment pas de médecin » P5*

*« On est tous confrontés à des histoires de santé, de vie et c'est normal on est des hommes comme les autres, des femmes comme les autres, des humains comme les autres et c'est ce que disent souvent les patients vous êtes des humains comme les autres » P6*

*« On est des représentants de la diversité » P10*

*« Je pense que quand on est patient on est aussi désemparé que les autres, pas de la même façon après il y a une particularité personnelle » P10*

*« Les soignants ont besoin d'être soignés comme des malades et non comme des soignants » P13*

- Les médecins/malades conseillent donc de tenter de **lâcher prise** sur leur position de médecin, en tentant d'oublier leur métier et de devenir des patients et uniquement des patients.

*« Une fois que j'ai accepté de lâcher prise et de me comporter comme un malade et non plus comme un médecin/malade ça a été très bien » P5*

*« A un moment il fallait que j'oublie que j'étais médecin et que je me laisse faire, que je laisse décider ce qu'il fallait faire et que j'oublie ce que je savais en fait » P7*

- Le **caractère libéral de la profession**, avec ses contraintes financières et de continuité des soins, apparaît comme un obstacle à une prise en charge facilitée de la maladie et le retentissement sur la vie professionnelle.

*« J'avais 3 mois pour mes pieds » P4*

*« Il y avait une franchise de 15 jours avant de toucher le moindre centime, j'ai travaillé 3 jours avant d'accoucher » P8*

*« De sorte que l'on puisse faire au mieux pour concilier à la fois le métier et l'accouchement, pour des raisons de commodités » P8*

*« Négligence de la couverture sociale ca peut vite se remettre à zéro » P9*

*« Le monde libéral est totalement hostile à toute personne qui a la moindre maladie, le moindre handicap et pas à cause du monde libéral mais de la société et de ses pseudos règles » P13*

- La **déontologie médicale** apparait lors d'un témoignage comme étant une nécessité à la prise en charge d'un patient médecin souffrant d'une pathologie.

*« On passe son temps à soigner les autres et c'est vrai que quand on est soi même atteint c'est important d'être soutenu... ca fait partie de règles déontologiques et c'est important que cela existe » P6*

## **DISCUSSION**

## I. LES BIAIS DE L'ETUDE

### A/ Inhérent au thème général : biais d'implication

**Evoquer sa maladie est pour toute personne un sujet très personnel**, médecin ou non. Lors de nos entretiens il est quasi certain que certaines personnes ne nous ont pas tout dévoilé et nous le comprenons bien. Cela représente un biais déclaratif d'autant plus que les personnes connaissaient le sujet et ont pu y réfléchir avant l'entretien.

Cependant au vu des silences et des moments d'émotions, nous pouvons dire que de nombreuses personnes se sont dévoilées de manière sincère et ont peu cherché à nous dissimuler des éléments de leur histoire personnelle.

### B/ Inhérent à la population étudiée : biais de sélection

Nous avons interrogé **uniquement des médecins généralistes**. Bien que nous n'ayons pas donné plus de critères de sélection, la méthode du « bouche à oreille » a sélectionné une population majoritairement urbaine, ayant pour la plupart d'entre eux un rôle dans les facultés mais aussi des activités annexes au sein de grands organismes de santé en France.

Nous n'avons certainement pas un échantillon représentatif de l'intégralité des médecins généralistes, cependant devant la nature du sujet il nous est apparu déplacé de contacter les médecins par téléphone dans diverses régions.

Les médecins ont accepté de témoigner sur la base du **volontariat**, de ce fait nous avons un biais de recrutement évident. Seuls les médecins touchés par le sujet et acceptant d'en parler ont été interrogés. Il est certain que de nombreux médecins n'avaient pas envie de dévoiler leur intimité.

De plus, de manière plus ou moins explicite, nous avons décidé de ne pas prendre de témoignage de médecin victime de burnout, car nous avons estimé que ce sujet, maintes fois développé dans d'autres thèses et documents, est un sujet à part entière et ne pouvait être traité sur un entretien.

## **C/ Inhérent à la méthodologie d'entretien.**

### L'interviewer est également médecin

Nous avons réalisé tous les entretiens de l'étude et éprouvé à de nombreuses reprises un **sentiment d'identification** envers la personne en face de nous.

Un interviewé nous a fait constater que notre statut de futur médecin pouvait être un obstacle à la liberté de parole de la personne.

Consciemment ou non, nous pouvons formuler l'hypothèse de l'existence de retenue, à évoquer certaines situations ou moments de leur histoire personnelle.

Notre position de futur médecin généraliste a pu jouer un rôle variable et parfois paradoxal : favoriser la parole mais aussi l'inhiber.

### Les conditions d'entretien

Nous avons précisé aux médecins que les entretiens seraient enregistrés puis retranscrits par nos soins. Nous leur avons garanti un total anonymat. Cependant nous pouvons spéculer que l'existence de traces, ait pu consciemment ou non induire une retenue dans leur discours.

Malgré la discrétion et l'absence de manipulation de l'appareil pendant l'entretien, nous avons eu l'impression que l'appareil enregistreur avait gêné certains interlocuteurs même si son intérêt n'est pas à démontrer afin d'obtenir un maximum de données.

### Le caractère semi dirigé de l'entretien

**Le caractère semi directif de l'entretien** impose de manière non définie la présence de phrases directives, avec les thèmes retenus dans le guide d'entretien, mais aussi de phrases non directives, pour soutenir le discours et faciliter l'expression de la personne interrogée.

Nous avons tenté d'avoir un discours le moins directif possible, afin d'éviter les projections de nos visions sur le médecin interrogé. Nos paroles ont pu néanmoins influencer les médecins.

De plus à mesure de l'avancement de la thèse, nous avons l'impression d'être de plus en plus à l'aise dans la réalisation des entretiens, ce qui a pu influencer leur déroulement.

## **D/ Inhérent à la méthodologie d'analyse : biais d'interprétation**

Réaliser une étude analytique, avec une sélection des données et leur classement dans différentes catégories engendre obligatoirement un biais d'interprétation. C'est pour cette raison que nous avons décidé de réaliser cette partie par deux personnes distinctes, aussi bien dans la sélection des phrases clés que dans leur méthode de classement. C'est uniquement à la fin du codage de tous les entretiens par les deux personnes que les résultats ont été mis en commun et reclassés. Nous avons tenté par cette méthode de limiter ce biais au maximum.

## II. PARTIE REFLEXIVE.

Pour cette partie de la discussion, plus personnelle, j'utiliserai le "je" plutôt que le "nous". Cette réflexion étant seulement basée sur mon ressenti propre lors de la réalisation des entretiens.

Immédiatement après chaque entretien, avant toute retranscription, j'ai rédigé quelques phrases récapitulant mon propre ressenti.

Plusieurs points sont apparus à la relecture de ces quelques phrases.

Tout d'abord chaque entretien a été vécu d'une manière différente, du fait de la personnalité de la personne interrogée, des pathologies relatées, des lieux de rendez vous, de la longueur des entretiens.

Le type de pathologie a été la première cause de difficulté des différents entretiens.

Les pathologies engageant le pronostic vital à plus ou moins long terme, ont rendu le déroulement des entretiens plus compliqué, de la même manière que les consultations en ville pour ces pathologies sont plus difficiles. Non parce que les personnes interrogées parlaient moins facilement bien au contraire, les réflexions étaient plus structurées, plus réfléchies. Les personnes atteintes de pathologie aiguë ou n'engageant pas le pronostic vital, donnaient l'impression que la réflexion sur leur vécu de la pathologie en tant que médecin avait été moins poussée.

La rencontre avec les personnes s'est faite dans le lieu de leur choix.

Les rencontres au domicile des personnes, m'ont donné l'impression d'une plus grande proximité avec la personne, une sorte d'intimité, qui a rendu la prise de distance plus difficile. Cependant cela m'a semblé permettre à la personne de conserver le contrôle de l'entretien.

La rencontre dans un café m'a donné l'impression que la personne voulait sortir de son contexte de travail et donc du statut de médecin, comme pour avoir une simplicité à évoquer cette pathologie qu'il avait vécu du côté du patient et non comme un médecin.

Les entretiens téléphoniques ont été plus compliqués, dans la mesure où je n'avais même auparavant jamais rencontré ces personnes. Une impression d'être intrusive et presque une « gêne » à les interroger est apparue. Le contact visuel est important, cela m'a permis de mieux cerner le ressenti des personnes lors de l'entretien et ainsi d'attendre avant de poser certaines questions, ou de les laisser reprendre seul l'entretien. Par téléphone, ceci a manqué et j'espère ne pas avoir été trop intrusive.

Les personnes interrogées ont parlé facilement de leur pathologie, en donnant des détails, en révélant beaucoup d'elles-mêmes. Même si les entretiens ont été globalement fluides, certains

blancs les ont interrompus. Des moments d'émotion, de grande tristesse, de souvenirs désagréables ont resurgi.

La confidentialité a été une chose importante à préciser et certains d'entre eux ont insisté sur ce point à plusieurs reprises lors des entretiens : par gêne ? Par honte ? Ou simplement par volonté de préserver leur vie privée.

Plus personnellement cette thèse a eu un impact sur moi.

Avant la réalisation du premier entretien, je n'avais pas mesuré l'impact que ce travail pourrait avoir sur moi-même. Tous les jours nous sommes confrontés à des patients atteints par diverses pathologies, comme c'est le cas pour ces différents entretiens. Certaines consultations sont plus difficiles émotionnellement, nous le savons tous. Petit à petit, à savoir au bout du 4ème entretien, la première phrase que je note en sortant est « *Je commence à devenir hypocondriaque* ». J'ai l'impression d'avoir pris conscience de la vulnérabilité du corps, non pas du médecin, en tout cas consciemment, mais que tout le monde peut être frappé du jour au lendemain par une pathologie plus ou moins grave, engageant ou non le pronostic vital. Mais peu importe la pathologie, après cet épisode, la vie sera modifiée, sa vision, la manière de la vivre. L'impact de cette pathologie sera présent aussi sur nos patients, sur les relations que nous entretenons avec eux, sur la façon de les prendre en charge. L'être humain est vulnérable, il faut l'accepter mais ce n'est pas toujours facile. Chaque entretien, pour des raisons diverses m'a touché. Il est rare, en tout cas cela n'a été que très peu le cas pour moi, sûrement du fait de ma petite expérience, de prendre vraiment le temps de discuter, en détail, avec des personnes, de l'impact de leur pathologie sur leur vie.

Durant ces 13 entretiens j'ai écouté 13 médecins m'expliquer en quoi leur pathologie avait eu un impact sur leur vie personnelle et professionnelle. Le métier de médecin est un choix, on ne le devient certainement pas par hasard, certains veulent peut être contrôler la maladie ou seulement aider les autres, chacun a ses motivations personnelles plus ou moins conscientes. Lors de ces entretiens, certaines personnes n'ont pas caché leurs sentiments. Je ne sais pas si c'est l'identification, l'empathie ou plutôt la sympathie envers ces personnes mais certains blancs dans la conversation ont semblé durer des heures même si ce n'était pas le cas. Un entretien a été plus difficile que les autres, il m'a fallu plusieurs semaines avant de le retranscrire et donc de le réécouter, j'ai été touchée et très émue par le courage de la personne à vouloir témoigner de son expérience malgré la gravité de sa pathologie et les traitements lourds toujours en cours.

Cette thèse, bien que ne résultant pas d'une expérience personnelle, comme de nombreuses personnes ont pu le penser et le demander, m'a permis de réfléchir à la vie, à mon métier, à la place que je lui accorde dans ma vie. Je n'ai pas envie d'attendre d'être en arrêt de travail pour une pathologie lambda pour profiter de moments avec mes proches, comme ont pu le dire certains. La maladie peut nous toucher à chaque instant, je ne suis pas pressée d'en faire

l'expérience, mais j'y ai réfléchi peut être beaucoup plus que certaines personnes de mon âge ou exerçant le même métier que moi.

### III. DEVENIR UN MEDECIN/MALADE

#### A/ Le temps dans la profession médicale

Il existe différents types de temps, tout d'abord le temps accordé à sa profession et le temps personnel.

Les médecins/malades décrivent un manque de temps à prendre soin d'eux, manque de temps personnel du fait d'un temps accordé à l'activité professionnelle trop important par choix ou par obligation ?

En terme quantitatif, **le temps de travail d'un médecin généraliste** est important. Un document rédigé par L'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) intitulé « le temps de travail des médecins généralistes »<sup>18</sup> en juillet 2009 révèle que la durée moyenne de travail se situe entre 52 et 60 heures par semaine, ce qui est loin d'être le cas de la majorité de la population générale française.

Cependant il apparait raisonnable de souligner le fait que les médecins généralistes ne sont pas les seuls à avoir une telle durée de travail hebdomadaire et que d'autres catégories socioprofessionnelles pourraient déclarer de la même manière ce manque de temps à prendre soin d'eux.

De plus, le médecin généraliste, du fait du manque de médecins, qui commence à se faire ressentir, a de plus en plus de consultations, ce qui engendre donc de plus en plus de contraintes administratives. Lorsque la journée de consultation est terminée, il reste encore un temps non négligeable à diverses activités de « paperasse » entre autre. Ce **temps administratif** est non négligeable, souvent mentionné par les médecins victimes de burnout. Ce temps n'a pas été développé lors de nos entretiens.

D'autres **activités « non soignantes »** occupent une part importante de l'emploi du temps du médecin généraliste, qui contribuent de façon indirecte à améliorer la qualité de la prestation du médecin généraliste auprès de ses patients. Des activités liées à l'organisation personnelle (moderniser l'équipement médical, gérer le personnel du cabinet médical, gestion économique et juridique du cabinet,...) mais aussi des activités destinées à développer la compétence médicale (formation médicale continue, groupes de pairs, activité de recherche,...). Le temps

accordé à ces activités « non soignantes » peut être responsable d'une diminution du temps des **activités « soignantes »**, diminution du temps accordé à chaque consultation parfois au détriment de la qualité de la consultation peut-être.

Lorsque le médecin tombe malade, de manière aiguë ou chronique, il est obligé de s'accorder du temps pour lui-même et de mettre ainsi de côté son activité professionnelle pendant un temps parfois indéfini. Ce qui est source de difficultés pour la continuité des soins, la gestion administrative du cabinet... nous reviendrons sur ces difficultés par la suite.

## **B/ Du symptôme à la maladie.**

### a/ Les premiers symptômes.

Un symptôme, peu importe ce qu'il soit, est ce qui amène un patient à consulter un médecin. Les médecins interrogés déclarent avoir **négligé les symptômes** dont ils souffraient, majoritairement, ce qui a conduit à un retard de la prise en charge même si certains ont consulté très rapidement.

Combien de patients consultent chaque jour pour des symptômes qui évoluent depuis plusieurs semaines ou mois ? Ils sont très nombreux en pratique mais nous n'avons pas retrouvé d'étude regroupant ces données pour le justifier.

### Consultent-ils plus tard que les patients non médecins ?

Plus tard que certains patients c'est probable mais loin de la moyenne nous ne pouvons pas le savoir.

Il est souvent dit que les médecins consultent lorsque les pathologies sont très évoluées, nous n'avons pas retrouvé cette donnée lors de notre étude, les patients médecins ayant consulté dans des délais que nous avons jugés raisonnables. Il est certain que c'est le cas pour certains patients médecins mais aussi pour des patients non médecins. Ils ont effectivement, à la différence d'autres patients, souvent commencé par faire des essais de thérapeutiques.

Nous reviendrons sur l'auto-prescription.

Devons-nous catégoriser les médecins comme étant négligents avec leur santé, nous ne le pensons pas, sur cet argument en tout cas.

### b/ L'annonce de la maladie.

**L'annonce de la maladie** est un moment supposé être encadrée, c'est une mesure du Plan cancer (2003-2007). Le patient est censé bénéficier d'une prise en charge de qualité au moment de l'annonce de la maladie.

Ce dispositif d'annonce prévoit plusieurs temps :

- Un temps médical : c'est une consultation plus longue, dans un lieu calme et accueillant, avec un proche si besoin, durant lequel le médecin spécialiste vous confirmera le diagnostic avec des mots simples et vous expliquera les traitements envisagés après l'étude de votre dossier en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) et l'élaboration du programme personnalisé de soins.
- Un temps d'accompagnement soignant : avec une consultation infirmière quelques heures ou jours après l'annonce pour répondre à vos différentes questions et vous aider dans les démarches administratives.

Un temps de soutien qui propose une aide psychologique aux malades.

Le médecin, lorsqu'il est confronté à la maladie chronique ou à une maladie grave, **ne dispose que très rarement de ce type de démarche d'annonce**, comme nous avons pu le constater dans notre étude.

Le médecin/malade **fait soi-même son diagnostic** ou comprend immédiatement le diagnostic suspecté dès les premiers résultats. Le médecin ne peut se retrouver dans la position d'un patient « classique » ne possédant que peu ou pas de connaissances médicales. Il est capable de lire les résultats de compte rendu, d'analyser les résultats biologiques ou autres.

Ce moment particulier dans l'entrée dans la maladie, ne se fait donc que rarement dans les conditions optimales pour les médecins malades mais **cela ne semble pas avoir de conséquences sur leur vécu de la maladie**. Même s'ils décrivent ce moment comme un moment de solitude, comme beaucoup de patients d'ailleurs, ils ne critiquent pas cette annonce, comme si c'était normal.

### c/ L'entrée dans la maladie.

L'entrée dans une maladie grave est un moment particulier qui passe par diverses sensations. **E.Klüber-Ross<sup>19</sup> a décrit les différentes étapes psychiques d'entrée dans la maladie :**

- Le refus : la personne est en état de choc, incapable d'intégrer sa propre mort.

- La colère : le déni laisse la place à des sentiments d'irritation. Le malade est alors hostile et opposant. Ceci traduit l'angoisse qui l'habite à la pensée de mourir. La colère est dirigée contre ce que le soignant représente.
- Le marchandage : cette étape correspond à une demande de répit face au temps restant à vivre. Il met une distance entre lui et la mort.
- La dépression : le malade sent arriver sa mort prochaine. Il y a deux types de dépressions réactionnelles (le patient déplore les pertes vécues et ses regrets) ou de préparation (silencieuse).
- L'acceptation : la tristesse laisse place à l'apaisement.

Il est possible d'évoquer aussi **la théorie psychanalytique** de Freud<sup>20</sup> qui parle des « mécanismes de défense », mécanismes multiples dont la finalité est de réduire ou supprimer toute modification susceptible de mettre en danger l'intégrité et la constance de l'individu. Ces mécanismes sont inconscients et relèvent de différents types. Les 3 principaux sont :

- la régression : le patient va revenir à des positions infantiles renvoyant à des stades antérieurs de son développement. Il va se montrer passif, soumis, laissant aux soignants le soin de tout décider.
- la formation réactionnelle agressive : le patient n'arrive pas à reconnaître en lui les sentiments et affects, alors il les projette sur l'extérieur. Il se sent agressé par la maladie et fait un amalgame avec l'équipe soignante qu'il perçoit comme un agresseur. Il va se montrer très difficile avec les soignants. Il s'agit d'un mécanisme de défense très archaïque témoignant d'une personnalité fragile et peu structurée.
- La dénégation de la réalité : Le patient « se permet » de formuler une pensée, un désir ou un sentiment précédemment refoulés à condition de nier qu'ils le concernent. C'est une négation de précaution qui met en fait l'accent sur ce qui est important « je vais vous dire ce que je ne suis pas » (c'est ce que je suis).

Les réactions du médecin/malade comme de tout autre individu dépendent aussi des pathologies auxquelles il est confronté :

- **La maladie bénigne aiguë, n'entraîne, ordinairement, pas de troubles psychologiques particuliers chez un sujet équilibré.** Cependant, elle ne lui permet pas d'accomplir ses tâches immédiates ou de prendre un repos forcé ou de manifester une réaction de révolte ou d'irritation.

- **La maladie aiguë, apparaissant en pleine santé, ne laisse pas au malade le temps de s'adapter à la nouvelle situation.** D'autant plus s'il s'agit d'une maladie grave ou réputée comme telle, ne permettant pas au malade de mobiliser les mécanismes de défense psychologique les plus adéquats. Dans de tels cas, des réactions dépressives graves peuvent apparaître, même accompagnées d'idées suicidaires.
- **La maladie chronique grave, permet à la personnalité du malade de mobiliser ses défenses psychologiques.** ici on peut trouver la succession des phases différentes, à partir de réactions ressemblant à celles observées lors de maladies aiguës et se terminant par une mobilisation des modes de défense psychologique, permettant de vivre une vie quasi normale.

La personnalité, l'âge, le sexe, la position sociale, familiale et les antécédents médicaux personnels et familiaux interviennent dans ces réactions.

Les témoignages obtenus nous ont permis de retrouver certaines de ces réactions lors de l'entrée dans la maladie. Le médecin/malade surtout pour les pathologies graves « répond » à cette intrusion de la maladie comme un patient non médecin, comme certains ont pu le dire. Ils sont **des patients comme les autres**, la maladie est un coup de tonnerre qui apparaît dans un ciel serein.

### **C/ Représentations des pathologies.**

#### a/ Type de pathologie.

Nuance peut-être du statut de médecin par rapport à un patient non médecin. Les médecins/malades catégorisent assez facilement leurs pathologies. Ils les ont classées en fonction de différents critères :

- **Les pathologies graves ou non** : un critère basé probablement sur l'engagement ou non du pronostic vital mais aussi sur les conséquences que peuvent avoir les pathologies.
- **Les pathologies ordinaires ou non** : les pathologies qui peuvent être considérées comme fréquentes, mais le critère de sévérité est aussi entré en ligne de compte. Les pathologies ordinaires étant celles qui ne nécessitent peu ou pas l'intervention d'un médecin, les maladies virales par exemple.

- **Les pathologies endogènes et exogènes** : les pathologies exogènes résultent d'une intervention extérieure bactérienne, virale, par déficit de fonctionnement d'un organe ou autre étiologie. Les pathologies endogènes, ont des mécanismes moins connus, comme les pathologies psychiatriques par exemple.
- **Les pathologies qui entravent la vie professionnelle ou non**, soit celles qui nécessitent un arrêt de travail.

Ces classifications des pathologies, bien qu'exhaustives, ont permis de faire la distinction entre les pathologies et le vécu qu'ont pu ressentir les médecins/malades lors de notre étude.

#### b/ Explications de la pathologie.

Une autre classification vient de **l'explication qu'ils ont pu donner de leurs pathologies**. L'explication médicale est l'explication physiopathologique. Cependant certains n'ont pas retenu cette explication, mais d'autres comme :

- L'explication psychosomatique d'une pathologie dont la physiopathologie et la bactérie mise en cause est prouvée.
- Une explication plus freudienne, où la pathologie est attribuée à un conflit avec un proche, justifiant l'atteinte de cet organe.
- Une explication, basée sur l'imaginaire, la pathologie étant attribuée comme à une force extérieure.

Ces explications, bien que plus surprenantes lorsqu'elles sont évoquées par un médecin, connaissant la physiopathologie, n'étonnent pas et sont parfois retrouvées chez d'autres patients atteint d'une pathologie identique. L'explication que le patient donne à sa maladie a une valeur importante dans la façon dont il va la vivre et l'accepter.

Ceci s'ajoute au fait que le malade est **un être humain complexe et diversifié**. Le statut de médecin est une des particularités du médecin/malade, mais sa culture, ses origines et ses croyances religieuses interviennent dans son vécu de la maladie. La question des croyances, se rencontre souvent au cours d'une maladie.

## IV. PRISE EN CHARGE DU MEDECIN/MALADE

### A/ Le patient, premier soignant

Le médecin lorsqu'il présente un symptôme est plus enclin à se soigner seul en première intention : essais thérapeutiques, auto prescription d'examen complémentaires et automédication. Par simplicité ? Par absence d'envie de consulter quelqu'un ?

Cette attitude était très fréquente chez les médecins aussi bien pour les examens complémentaires que pour la prescription médicamenteuse. Dans la revue Impact Médecine du 7 mars 2003, un article intitulé « Comment les docteurs se soignent ? »<sup>21</sup> reprend une étude réalisée auprès de 200 médecins généralistes et constate que 93% d'entre eux s'automédiquent et que seuls 7% d'entre eux consultent quelqu'un lorsqu'ils ont besoin d'être traités.

**L'automédication** a toujours existé chez les patients. Elle est une constante du comportement humain face à la maladie. De plus certains facteurs la favorisent comme : la vulgarisation et la diffusion de l'information sur le médicament, la volonté du patient d'augmenter sa prise en charge individuelle, le déremboursement de certains médicaments et l'évolution politico-économique du système de soins. Elle peut sûrement être bénéfique à la santé mais elle comporte des limites et des dangers. Cette attitude est une réalité pour les patients.

Le médecin devenant à son tour patient ne peut-il pas utiliser ses mêmes méthodes ? Il dispose certes d'un autre niveau d'automédication de par sa capacité de prescription illimitée mais aussi d'autres connaissances médicales.

**L'auto prescription des médecins fait débat.** Dans le rapport du Conseil National de l'Ordre<sup>08</sup>, le sujet est posé avec une discussion sur la nécessité de limiter cette auto prescription avant que les caisses de la Sécurité Sociale décident de ne plus rembourser ce type de prescriptions.

Pourquoi pas mais les résistances seraient probablement très fortes de la part des médecins. Cette résistance pouvant se transformer en contournements, il faut reconnaître qu'on touche ici à des prérogatives vécues comme fondamentales par les médecins (le droit de prescription et d'abord à soi-même).

**La notion d'observance** apparaît en parallèle de l'auto prescription. Elle dépend de la personnalité du malade, de celle du médecin et de leur relation. Parce que les médecins/malades se prescrivent leurs traitements sont-ils plus observants ? Ou au contraire inobservants ?

Lors de notre étude, pour les pathologies chroniques ou graves l'observance était décrite comme parfaite à la différence des pathologies aiguës où l'observance semble moins bonne. Comme un patient non médecin ?

L'OMS <sup>22</sup> en 2003 fait le constat du problème de l'observance dans le monde entier pour les pathologies chroniques. Le constat est que seul 50% des malades chroniques respectent leur traitement dans les pays développés.

Nous n'avons pas retrouvé d'études concernant l'observance des médecins spécifiquement afin de corroborer notre constat de bonne observance dans les pathologies chroniques.

### **B/ Place du médecin généraliste dans la prise en charge.**

Nous distinguerons ici le médecin généraliste et le médecin traitant que nous verrons par la suite.

Le médecin généraliste est souvent le premier recours d'un patient lorsqu'il présente un symptôme. En s'adressant à un médecin généraliste, le patient n'a pas à déterminer la qualité de son interlocuteur. Dès qu'il souffre, dès qu'il constate une anomalie morphologique ou fonctionnelle, dès qu'il souhaite être soulagé, rassuré ou simplement renseigné, il va consulter son médecin. Ce premier recours ne s'effectue pas toujours dans un contexte où une décision rapide d'intervention spécialisée ou d'hospitalisation est nécessaire. La compétence, la connaissance du patient, la maîtrise du système de soins donnent au généraliste tous les éléments nécessaires pour faire le meilleur choix.

Le médecin généraliste lui-même malade, de par ses connaissances qu'il applique à ses patients régulièrement, saute souvent cette première étape de manière probablement en partie légitime. Il perd par là même les bénéfices d'un examen clinique, d'interaction et d'objectivité d'une tierce personne. Il consulte généralement en première intention le spécialiste.

### **C/ Place des spécialistes**

**Tous ont consulté un spécialiste de la pathologie dont ils souffraient en premier recours.**

De la même manière, il est fréquent qu'un patient non médecin souhaite consulter un spécialiste pour telle pathologie. Ceci en partie du fait de l'hyperspécialisation médicale qui s'est développée depuis les années 60 et qui est passée dans le discours médiatique. Le discours public s'intègre dans un morcellement de la médecine par spécialité « si vous avez mal au dos consultez le rhumatologue... ».

Pour le médecin malade le lieu de consultation privilégié est une consultation **en ville** si cela est possible.

Le spécialiste consulté appartient à **son réseau de correspondants** pour une bonne partie d'entre eux, de la même manière qu'un patient non médecin consultera généralement dans le réseau de correspondants de son médecin traitant. Cependant à la différence des patients non médecins ils consultent aussi leurs amis médecins, ce qui n'est pas toujours positif.

Nous n'avons pas constaté lors de notre étude que le médecin/malade demandait un deuxième avis, en partie certainement parce qu'il a choisi le spécialiste, à la différence des patients qui régulièrement demandent un deuxième avis pour confirmer le diagnostic.

La structure de prise en charge dépend de la pathologie dont souffre le médecin. En effet qu'ils suivent ou pas l'avis des spécialistes, **ils consultent quasi uniquement dans un lieu spécialisé dans la pathologie**. Ils recherchent la perfection dans leur prise en charge, avec leurs connaissances des réseaux et des structures.

Peut-être une différence par rapport à un patient non médecin, même si elle s'amenuise avec le développement des réseaux internet et un accès simplifié à ces mêmes notions. Le médecin/malade a moins de recherches à effectuer.

**Des caractéristiques personnelles entrent dans la sélection du lieu de prise en charge** comme tout à chacun.

On constate que les spécialistes ou autres intervenants ont été choisis sur des critères de **compétence** pour la majorité d'entre eux, mais aussi pour **la confiance** qu'ils leur accordaient. Deux critères qui semblent primordiaux pour avoir une relation médecin-malade de qualité.

Ils les consultent rarement pour avoir un avis sur la pathologie, mais surtout **par nécessité ou pour obtenir une connaissance supplémentaire**.

**Leurs attentes ne sont pas identiques à celles d'un patient non médecin** : ils mettent en avant des notions non évoquées par d'autres patients comme leur volonté d'anonymisation, mais aussi l'oubli de leur statut de médecin. D'autres veulent faire « valider » la prise en charge qu'ils se sont prescrite, ce que ne peut pas faire un patient non médecin.

## D/ Place du médecin traitant

Lors de notre étude, on constate que **tous les répondants ont déclaré un médecin traitant** à la Sécurité Sociale, chiffre qui est supérieur à celui de la population générale où seuls 85% de la population possèdent un médecin traitant, selon les derniers rapports.

Mais la différence vient peut être du fait que pour 4 d'entre eux ils sont eux-mêmes leur médecin traitant.

Sur le site ameli.fr (sécurité sociale) sont notifiés les engagements du médecin traitant : *« Le médecin traitant assure les soins habituels et de prévention dont a besoin son patient. Il met en place un suivi médical personnalisé, et dirige son patient vers un médecin spécialiste en cas de nécessité, soit pour une consultation ponctuelle, soit pour des soins récurrents. Il tient à jour le dossier médical du patient, coordonne le parcours de soins de son patient et centralise les avis des autres soignants. En pratique, il s'agit ni plus ni moins que de formaliser la pratique courante de suivi médical des patients. »*

**Le rôle attribué par les médecins interrogés à leur médecin traitant est moindre** : un rôle de conseil, mais surtout administratif. Seules deux personnes interrogées ont un médecin traitant qui possède un rôle proche de celui décrit ci-dessus par la Sécurité Sociale.

Ceci peut être en lien avec **les difficultés relatées pour trouver quelqu'un d'autre que soi-même pour exercer ce rôle** : la confiance à accorder, mais aussi la relation à avoir avec eux.

Les deux internes dont nous avons obtenu le témoignage ont fait la même remarque au sujet du médecin traitant : **au moment des études de médecine, le médecin traitant ne vous voit plus comme un patient mais plutôt comme un futur collègue**. Ceci est peut être le point de départ de la rupture avec le médecin traitant et un suivi fait par une tierce personne.

**Plusieurs personnes ont déclaré réfléchir à un changement de la personne déclarée comme médecin traitant** en fonction de différents critères de choix : lieu, type de personne, donner son statut de médecin ou non. Peut être du fait de nos questions. Cette réflexion s'est produite chez les médecins/malades plus âgés.

En rappelant que le rapport du Conseil National de l'Ordre<sup>08</sup> note :

*« Nous croyons nécessaire de 'ré-assainir' la prise en charge médicale des médecins à travers un encouragement, pour ne pas dire une incitation, de nos confrères à ne pas se choisir comme propre médecin traitant. Cette incitation sera révolutionnaire et entraînera par la force des choses, une réaction extrêmement négative de la part de la majorité des confrères. »*

L'absence d'autorisation à être leur propre médecin traitant ne sera pas la seule mesure nécessaire à mettre en place pour améliorer la prise en charge des médecins. D'une certaine

façon, imposer un médecin traitant est pertinent mais aussi délicat et il serait nécessaire d'établir des modalités qui ne soient pas que formelles.

## V. AMBIVALENCES DE CE DOUCLE STATUT

### A/ Spécificités

Ce double statut de médecin/malade peut être responsable d'avantages mais aussi d'inconvénients dans leur prise en charge.

**La compréhension est simplifiée** pour les maladies, les traitements, les conséquences des maladies... Même si le médecin ne peut pas connaître tout sur tout, il possède au minimum quelques notions sur chaque pathologie. De plus, le langage du médecin et les termes qu'il emploie pouvant être obscurs pour un patient non médecin, ne le sont pas pour un médecin/malade. Le médecin et le patient possèdent le même langage, ce qui diminue l'inégalité de relation pouvant exister entre le médecin et son malade. Mais ces connaissances ne laissent pas de place aux doutes ou en tout cas qui ouvrent à des doutes différents.

De cette lucidité, parfois découle **une angoisse** vis-à-vis de la maladie. Il est faux de dire qu'un patient ne présente pas d'angoisse face à sa maladie, mais celles du médecin/malade sont différentes, plus concrètes, basées aussi sur leur expérience personnelle de soignant.

L'auto prescription développée précédemment reste un avantage non négligeable pour le médecin/malade, même si elle peut être source de retard diagnostique ou thérapeutique.

**La facilité d'accès aux soins** apparait comme un avantage certain. Le médecin connaît les réseaux de soins, parce qu'il est obligé de les expérimenter et de les gérer pour ses patients au quotidien. Lorsqu'il se retrouve contraint de devoir utiliser ce réseau pour lui-même, les démarches lui sont facilitées. Il sait à qui s'adresser, quel correspondant ou hôpital choisir en fonction de la pathologie dont il souffre. Il sait où trouver l'information pour en apprécier la qualité : les relations, la réputation dans le milieu médical, les évaluations par les internes des différents services qu'ils ont fréquentés et qu'ils connaissent de l'intérieur et dans la durée.

Un accès aux soins facilité mais aussi aux informations médicales et aux revues médicales ou bases de données dont les informations notamment en terme de survie et de mortalité peuvent être difficiles à lire et à intégrer pour un non-médecin.

La compréhension facilitée, la capacité d'auto prescription et la facilité d'accès aux soins confèrent aux médecins/malades **une autonomie importante** par rapport aux patients non médecins. Mais cette forme d'autonomie peut être négative et retarder la consultation d'un confrère, pour diverses raisons. La peur du diagnostic que celui-ci pourrait poser, la honte de consulter quelqu'un, la peur de déranger... Le médecin/malade peut ainsi se retrouver dans des situations de difficultés physiques et psychiques qu'il aura du mal à verbaliser.

Un autre avantage évoqué est le **favoritisme** dans la prise en charge, dans les conditions d'hospitalisation, de prise de rendez vous. Il est fréquent qu'un malade/médecin hospitalisé redevienne un médecin/malade, son statut de médecin passe en avant. Il est souvent dans une chambre seule, il repart avec les photocopies de ses examens ou même les comptes-rendus d'hospitalisation. Il est fréquent qu'il possède aussi les numéros personnels des médecins/soignants pour pouvoir les joindre quand il le souhaite.

Un favoritisme accordé par leurs confrères/soignants, peut être par **déontologie médicale**. Le serment d'Hippocrate d'origine dit « *Je mettrai mon maitre de médecine au même rang que les auteurs de mes jours, je partagerai avec lui mon savoir et, le cas échéant, je pourvoirai à ses besoins ; je tiendrai ses enfants pour des frères et, s'ils désirent apprendre la médecine, je la leur enseignerai sans salaire ni engagement* ». A noter que ceci fait référence à la gratuité de l'enseignement de la médecine et pas explicitement au paiement des consultations.

L'un des principaux inconvénients lié au statut de médecin, est probablement sa capacité à analyser ses symptômes. Chaque jour le médecin/soignant analyse les symptômes de ses patients et évoque des diagnostics à partir de cela. Confronté à ses propres symptômes, il tente de les analyser mais tous les répondants se rejoignent pour dire qu'ils ont **une absence d'objectivité** en ce qui concerne leurs propres symptômes. Le risque est double : la dramatisation des symptômes, faisant envisager aux médecins/malades les diagnostics les plus graves ou au contraire leur banalisation d'où un retard diagnostic parfois, même si celui-ci n'a pas été préjudiciable pour les médecins/malades lors de notre étude. Il est fréquent d'entendre parler de diagnostics gravissimes portés tardivement chez un médecin dont le pronostic vital est engagé à court terme, les symptômes évoluant depuis plusieurs mois.

## **B/ Relation médecin-médecin/malade**

**La tentation de la clandestinité**, c'est-à-dire décider ou non de dévoiler aux confrères sa profession de médecin lors de la consultation, nous est apparue comme une question clé de la relation avec les confrères. Même si l'interrogatoire est complet, la question de la profession sera systématiquement abordée, le médecin/patient est libre de dissimuler cette information.

La réponse a été quasi unanime, ils **nous ont dit ne pas vouloir être anonymes**, et dévoiler leur profession, certainement pour différentes raisons. Tout d'abord pour témoigner de la franchise et de la confiance dans la relation envers le soignant. Peut-être est-il question d'obtenir une reconnaissance particulière, une vision différente de la part du soignant.

La relation médecin-médecin/malade a été étudiée à maintes reprises et certains critères ont été cités par les médecins/malades tels que la relation humaine et la notion de respect de la personne. Nous retrouvons aussi le qualificatif de relation de confiance à plusieurs reprises.

De plus les médecins semblent rechercher une relation asymétrique, comme c'est le cas dans une relation médecin-malade ou le **patient est une personne souffrante passive et le médecin est celui qui possède le savoir et théoriquement le pouvoir**. Cette volonté de « cadre hiérarchique » où chacun a une position particulière, celle du médecin et celle du patient, a été mentionnée par plusieurs répondants.

Une des particularités des attentes du malade/médecin est peut être celle de **la volonté d'une disponibilité grande du confrère**. Même s'il est parfois difficile pour un patient d'attendre un rendez vous ou d'être reçu au moment des disponibilités du médecin, le médecin/malade semble être plus exigeant en partie pour des arguments de déontologie médicale.

Ils pointent cependant certaines **différences dans la relation** qu'ils peuvent avoir avec leurs soignants. En partie peut-être de par la proximité du langage et l'utilisation de termes ou notions parfois plus techniques du soignant qu'ils ne pourraient le faire avec un malade non médecin. Le médecin/malade possède un vocabulaire médical que le soignant va utiliser plus aisément pour expliquer des traitements médicaux ou interventions chirurgicales.

De même ils sont plus à même de **négozier avec le soignant** et le feront même parfois « par principe » pour un traitement ou une prise en charge. Leurs connaissances médicales y sont pour quelque chose évidemment.

A ce moment il nous est apparu opportun de rappeler que les patients non médecins sont de plus en plus enclins à « négocier aussi » du fait de l'accès facilité à différentes informations médicales sur les réseaux internet majoritairement. De plus, depuis quelques années, il existe des lois permettant aux patients de participer à la décision thérapeutique, le médecin n'étant plus le seul maître des décisions, la décision se prenant conjointement avec le patient.

Une autre différence dans la relation est relative à **la distance thérapeutique** qui peut exister entre le médecin et le médecin/malade. Celle-ci peut être diminuée par des processus d'identification du soignant pouvant conduire à une **surconsommation d'examens complémentaires ou au contraire à une banalisation de symptômes**. Ceci est une source de craintes pour de nombreux médecins/malades.

Ces différences sont à mettre en relation avec les résultats développés dans la thèse de Madeleine Lhote.

Les médecins/malades se trouvent en plus dans une position qu'ils peuvent qualifier de **honteuse** devant sa défaillance de connaissance. Ils répètent ainsi leur **peur du jugement** du confrère soignant mais aussi leur **perte de crédibilité à exercer leur métier correctement**, surtout lorsqu'il s'agit d'une pathologie psychiatrique.

Une autre difficulté, que nous avons évoquée précédemment, vient de la **relation avec le confrère**/soignant. Celui-ci par des processus probablement d'identification, peut modifier sa prise en charge habituelle et sa façon de communiquer avec son patient.

**L'attitude du soignant** est importante pour tout patient et peut être encore plus lorsque celui-ci est lui même soignant. Le confrère/soignant peut parfois oublier que la personne en face de lui est malade et semble discuter de médecin à médecin et non plus de médecin à patient. A l'inverse, il peut « oublier » qu'il a affaire à un patient ayant la profession de médecin. Ainsi la compétence relationnelle du soignant de soignant est-elle mise à l'épreuve lorsqu'il est amené à traiter ses confrères.

La relation qu'ils pouvaient entretenir **avec le personnel paramédical** n'a été que peu détaillée par le médecin/malade.

Nombreux sont ceux à avoir considéré leur relation comme « classique » ou « normale ». D'autres ont au contraire eu des relations conflictuelles, laissant des souvenirs douloureux, avec le personnel paramédical.

Une personne a évoqué le favoritisme qu'il avait eu auprès des paramédicaux du fait de sa position de médecin/malade, comme un bénéfice de son statut de médecin.

Cette relation ne nous est pas apparue comme étant plus difficile qu'un patient non médecin au cours de nos entretiens, peut être en comparaison des difficultés ou des appréhensions qu'ils ont pu avoir avec leur confrère soignant.

### **C/ Le médecin/malade devient un malade/médecin**

Devenir un malade, est un changement radical de statut pour le médecin. Le médecin est acclimaté aux thèmes abordés mais il les connaît à partir d'un autre rôle. Lorsqu'il devient malade, il change de place et doit donc renoncer au moins partiellement à celle qu'il avait avant sans pour autant pouvoir effacer l'expérience et le savoir acquis. Pour le patient non médecin, le changement de statut de la bonne santé à la maladie se traduit par une

confrontation à des thèmes nouveaux comme la souffrance, les peurs, le handicap... pour le médecin, ces thèmes sont familiers mais sans « trop » d'affects puisqu'ils ne le concernent pas personnellement mais professionnellement. C'est peut-être cette familiarité qui rend les choses difficiles lorsqu'elle est associée non seulement à un changement de position mais aussi à un changement qualitatif radical de nature.

Pour reprendre une notion développée dans le livre du Docteur Sylvie Froucht-Hirsch « Le temps d'un cancer »<sup>13</sup>, le terme de **médecin/malade n'est pas approprié mais celui de malade/médecin** l'est plus. Pour le soignant, le patient est d'abord un malade avant d'être un médecin bien que ce double statut ait des conséquences particulières. Pour ce qui concerne notre travail centré sur le point de vue de la personne malade et non du soignant, le terme de médecin/malade souligne le fait que la personne était médecin avant d'être malade, ce qui en fait n'est pas toujours le cas : on peut être malade et ensuite devenir médecin, ce qui est d'ailleurs le cas de certains de nos répondants.

**L'acceptation du statut de malade est difficile pour le médecin.** Les patients, médecins ou non, ont du mal à se positionner comme malades, avec les faiblesses et limitations qui y sont liées. Le passage de médecin à malade est parfois compliqué à vivre, nombreux sont ceux qui pensent avoir facilité ce passage en tentant de faire abstraction de ce statut et en se laissant guider par le médecin/soignant.

Le médecin/malade a d'autant plus de mal qu'il est lui-même celui qui positionne une personne dans la catégorie des malades habituellement.

Certaines phrases en sont des exemples :

*« Il y a quand même deux cotés à un bureau et c'est l'autre qui est malade » P4*

*« Sous la tunique blanche et non plus sous la blouse blanche » P3*

*« D'être de l'autre côté de la barrière »*

## **VI. RETENTISSEMENT DE LA MALADIE**

### **A/ Les patients**

La relation que les médecins/malades entretiennent avec leurs patients peut être abordée de deux points de vue différents.

Tout d'abord **eux-mêmes vis-à-vis de leurs patients**. Nous évoquerons par la suite les retentissements pratiques que la maladie a pu avoir sur leurs patients. Mais les patients restent

un sujet important dans la maladie. En effet lorsque la pathologie implique un arrêt de l'activité partiel ou définitif, il est difficile d'abandonner ses patients et un devoir d'obligation et de continuité des soins a été évoqué.

De même qu'il apparait difficile de communiquer avec le patient sur son propre état de santé. Dire ou ne pas dire ?

Certains ont fait le choix d'informer leurs patients au moyen d'une affiche dans la salle d'attente, d'autres ont laissé le remplaçant s'occuper de cette question. L'annonce d'une maladie à un patient va-t-elle modifier sa vision du médecin ? Un questionnement que le médecin/malade se pose.

L'autre point de vue est **la vision des patients pour leur médecin lui-même malade**. Il est de notoriété publique et dans les pensées courantes qu'un médecin malade « c'est bizarre », comme si les médecins connaissaient des moyens et des remèdes particuliers pour ne pas être malade « comme un secret entre eux ». Ceci presque comme un pacte entre les médecins.

Cependant lorsque le médecin est malade, les patients qui s'en rendent compte lui témoignent un intérêt si ce n'est **un soutien important**, en passant par des courriers parfois nombreux.

Certains ont aussi constaté une modification du regard de leurs patients, avec un **positionnement du médecin comme patient mais aussi comme modèle**. Le médecin semble reprendre sa position d'être humain au même niveau que le patient non médecin, et sa guérison ou sa rémission apparaît comme un gage de sécurité ou d'identification.

Le médecin qui a repris son statut de médecin apparaît alors comme un « superman » ou autre héros qui a vaincu la maladie. L'identification que les patients font est souvent majeure « s'il s'en est sorti alors moi aussi » mais parfois rend les relations entre le médecin et son malade plus délicates à gérer et à soutenir.

### **B/ L'arrêt de travail : un passage difficile**

La question de **l'arrêt de travail** est importante. Les médecins généralistes prescrivent la majorité des arrêts de travail de leurs patients, avec une durée plus ou moins définie en fonction de la pathologie.

« S'accordent-ils la même durée d'arrêt ? » la réponse est non pour la majorité d'entre eux.

Une étude publiée, en mars 2003, dans la revue Impact médecine intitulée « Comment les docteurs se soignent »<sup>21</sup> révèle à la question posée « quand vous êtes dans un état pathologique équivalant à celui d'un patient pour lequel vous prescrivez un arrêt maladie, continuez-vous d'exercer ? » que 81% continuent toujours à travailler, 14% souvent ; et

seulement 2% parfois, et 3% jamais. Les médecins/malades ne semblent pas s'accorder les mêmes prescriptions qu'à leurs patients.

Lors de notre étude, 7 des répondants avaient eu un arrêt de travail par nécessité, une hospitalisation, une intervention chirurgicale, des protocoles de traitement par chimiothérapie... Mais on constate aussi qu'ils l'ont **limité au maximum**. Certains ont redémarré leur activité sous forme « de mi temps » qui dissimulait un temps plein par exemple.

Certains n'ont pas pris d'arrêt de travail, parce que cela n'était pas nécessaire, mais d'autres ont travaillé malgré tout.

Il semble important de tenter de comprendre cette attitude : difficulté de ne pas maintenir une continuité des soins, caractère libéral de l'activité « on ne travaille pas il n'y a pas d'argent qui rentre », processus d'indemnisation de la CARMF au-delà du 90<sup>ème</sup> jour d'arrêt seulement, difficulté à trouver un remplaçant rapidement.

La CARMF indemnise les arrêts de travail des médecins à partir du 91ème jour d'arrêt maladie. Le médecin/malade, s'il souhaite avoir une protection financière entre le moment d'arrêt et cette indemnisation, doit souscrire une assurance complémentaire dont les délais auront été définis. Certaines assurances possèdent un réseau de remplaçant afin de palier à cette difficulté supplémentaire. Mais tout ceci a un coût non négligeable.

Il serait peut être **nécessaire de majorer l'information sur ces assurances complémentaires** mais aussi sur la nécessité de leurs actualisations, afin de limiter ce délai de carence et éviter des ennuis financiers supplémentaires parfois importants au médecin/malade.

**Trouver un remplaçant**, n'est pas toujours facile mais obligatoire si le médecin souhaite ne pas fermer son cabinet pendant un temps : cela devient « *une urgence quasiment plus urgente que celle de se faire soigner* » P13. Cette phrase relativement forte, place l'importance des patients pour le médecin avant sa propre santé... Trouver un remplaçant peut s'avérer compliqué, quelqu'un en qui on a une confiance suffisante pour lui céder sa patientèle parfois pour un temps indéterminé. Encore faut-il que le remplaçant soit adapté à la patientèle, accepte les horaires et le rythme de travail du médecin remplacé. Tout ceci est source de difficultés supplémentaires au moment de l'entrée dans la maladie et dans les processus thérapeutiques.

Peut être est il nécessaire de créer des réseaux de remplaçants au niveau régional ou départemental, afin de venir en aide rapidement à un médecin devant cesser son activité temporairement et lui permettre par la même occasion de s'accorder un arrêt maladie.

Pour importants qu'ils soient, ces aspects « logistiques » n'épuisent pas la question de la réticence du médecin à accepter de ne plus travailler. Le médecin est façonné à surmonter et à passer outre ses propres difficultés devant l'importance de son rôle pour aider les autres à dépasser les leurs. Le passage au statut de malade est souvent vécu par le médecin comme un échec et une défaillance vis-à-vis du rôle de soignant.

### **C/ L'entourage familial**

**Le retentissement de la maladie sur l'entourage** n'a que peu été abordé par le médecin/malade et nous n'avons pas insisté pour le faire apparaître. Peut-être aurions nous dû insister sur ce point. Le malade/médecin que nous considérons jusqu'ici est un malade avant d'être un médecin, il est donc un être humain à part entière au milieu d'une famille. Le médecin ayant été interrogé sur le vécu de la maladie en tant que médecin a occulté ce sujet, par oubli ou plus certainement par pudeur.

Il est logique de penser que l'entrée dans une maladie surtout chronique ou grave d'un proche a **des conséquences parfois non négligeables sur le reste de sa famille**. Celles-ci peuvent être diverses et multiples. L'entourage familial joue un rôle important dans le soutien de la personne malade, au même titre que l'entourage amical. Le médecin a besoin de marques d'attentions, d'encouragements de la part de ses proches. Ceci peut passer par des courriers, des appels téléphoniques ou autres. Cela permet souvent de passer des phases difficiles de la maladie et des traitements.

**Le changement de statut du médecin pour celui de malade** est important et potentiellement déstabilisant pour lui et ses proches. Dans son livre <sup>14</sup>, Pascal Hammel évoque « *un conflit psychologique douloureux entre le médecin et le malade comme les personnages du saint et le diable* », mais aussi une maîtrise des informations à délivrer à ses proches.

Ce thème du retentissement sur la famille et la question de savoir comment ils gèrent leur relation avec lui et prennent soin de leur médecin/malade est notable et mériterait un approfondissement plus important.

**La question du soin de l'entourage familial** a été évoquée à une seule reprise lors de la thèse, et la personne a considéré qu'il ne fallait pas soigner ses proches. Ceci est très significatif : quand le médecin malade parle de son entourage, il se positionne encore vis-à-vis de lui en tant que soignant potentiel et non en tant que proche qui aurait besoin d'éventuelle sollicitude. Cette question a été plus développée dans la thèse de Madeleine Lhote par les médecins/soignants interrogés. C'est un sujet vaste « doit on soigner ou pas sa famille ? », qui

fait d'ailleurs l'objet d'une thèse actuellement en cours à Paris 7.

Lorsque le médecin a un proche confronté à la maladie, comme cela nous a été décrit lors d'un entretien, **la peur** apparaît comme majorée. L'objectivité est alors réduite de manière significative, les sentiments prenant le dessus. Le médecin passe en second plan même s'il ne peut s'empêcher d'interférer de manière plus ou moins importante avec la prise en charge, qu'il en soit ou non le responsable : une difficulté supplémentaire du statut de médecin.

De même qu'il est probable, et ceci a été cité, que les médecins soignant les proches de médecins aient une attitude différente de celle qu'ils adoptent avec leurs patients non médecins, se rapprochant de la prise en charge des médecins/malades.

### **D/ Vécu à postériori**

Le retentissement de la pathologie intervient sur 3 plans : dans la pratique quotidienne du métier de médecin, pour les patients ceci en lien avec la modification de pratique, mais aussi dans la vie personnelle même si cela a été moins abordé.

#### a/ Dans la pratique quotidienne

La maladie peut conduire au maximum à un **arrêt de l'activité professionnel** avec une difficulté d'acceptation de cette décision, même si elle apparaissait comme le meilleur choix possible. Le renoncement à un métier est quelque chose de significatif dans la vie d'une personne, il peut renvoyer à une forme d'échec des objectifs qu'on s'était fixés.

Ont été évoquées l'incapacité physique à exercer leur activité parfois intense mais aussi leur incapacité psychique à s'investir dans une prise en charge correcte de leurs patients en parallèle de leur prise en charge personnelle de la maladie.

Nombre d'entre eux, atteints de pathologies chroniques ou aiguës, ayant engagé leur pronostic vital, ont fait **le choix de limiter leur activité**, en terme de quantité de travail. Ils ont en effet décidé de diminuer le nombre de consultations hebdomadaires, mais aussi d'augmenter la durée de chaque consultation et ainsi travailler dans des conditions plus agréables ou moins stressantes. De plus ils ont, pour la plupart diminué les diverses activités qu'ils exerçaient en parallèle de leur activité libérale propre au cabinet. Les raisons peuvent être doubles : une volonté de profiter peut-être d'une manière plus importante de leur vie personnelle, mais aussi une réflexion sur leurs conditions de travail avant la pathologie. Leurs conditions de travail ayant certainement été un des facteurs de retard de leur prise en charge ou de la négligence de leurs symptômes.

L'autre retentissement évoqué est leur **intérêt particulier, bien compréhensible, pour la pathologie** dont ils ont souffert ou souffrent.

Ils ont décidé de s'investir dans la pathologie dont ils souffraient par la création de réseau de prise en charge des malades, mais aussi par une connaissance supplémentaire de la pathologie.

Certains considèrent dispenser à leurs patients **une prise en charge plus spécialisée**, que ce que fait un médecin généraliste. Ils se sentent ainsi plus aptes à gérer ces pathologies dont ils ont acquis un niveau de connaissances supérieur.

La pathologie dont ils ont souffert ou souffrent a eu une conséquence dans **leur choix d'exercer la médecine**, dans leur choix de carrière mais aussi dans leur spécialisation en tant que médecin généraliste.

Il peut apparaître simpliste de dire qu'ils sont devenus médecins du fait de leur pathologie. Pourtant la confrontation au milieu médical pendant l'enfance a certainement poussé certains vers ce choix professionnel même si des croyances, une histoire personnelle y ont probablement aussi contribué.

De même que certaines activités hors du métier de médecin généraliste ont été stoppé en conséquence de la pathologie.

#### b/ Pour les patients, dans la relation

Pourtant, comme le rapporte le Docteur Maurice Thibault dans son traité d'anthropologie<sup>04</sup> sur « le médecin malade », les médecins modernes n'ont pas besoin d'avoir été malades pour exercer leur métier contrairement aux shamans ou autres guérisseurs primitifs. De même, un pédagogue américain rappelle qu'« *il n'est pas nécessaire au médecin d'avoir eu une maladie pour en connaître les éléments mais cela en aiguise la perception* ».

Certains n'ont rapporté aucun changement dans leur activité professionnelle, leur prise en charge des patients ainsi que dans leur attitude et ceci indépendamment de la pathologie dont ils souffraient.

Malgré cela, certains médecins ont observé « **des effets bénéfiques** » **pour leurs patients** depuis qu'ils ont été confrontés à leur pathologie. Ils constatent une meilleure compréhension et une empathie supérieure à celle des autres. Ils ont l'impression d'apporter un accompagnement plus important fondé sur leur expérience personnelle de la maladie.

Cependant ils sont aussi conscients de la difficulté supplémentaire, du fait de leur maladie dans **la relation avec leurs patients atteints par une pathologie identique** à la leur. Les

risques d'identification aux patients sont supérieurs, d'où des difficultés à conserver une distance thérapeutique et une objectivité face à eux et à leurs symptômes.

### c/ Dans la vie personnelle

Même lors de pathologies moins graves, nous avons constaté cette modification, **l'arrêt de travail chez certains a provoqué ces changements**. Ils étaient « contents » d'être en arrêt de travail, leurs laissant le temps pour des activités diverses et surtout profiter de leurs familles. C'est quand même dommage d'attendre d'être malade pour profiter de ses moments et de sa famille.

La pathologie, même bénigne, a fait prendre conscience à certains médecins/malades de la maladie. Ils ont constaté être **plus vigilants sur leur état de santé** depuis cette épisode. La conscience de la possibilité de la maladie a été majorée. Ils pensent qu'ils consulteront un tiers plus rapidement et feront plus de contrôle. Cette prise de conscience de la maladie est peut-être nécessaire à tout être humain pour prendre soin de lui-même de manière plus adaptée, sans pour autant tomber dans un excès de vigilance.

Un point important est la **modification de la vision de la vie et de la temporalité**. Un malade, quel que soit son statut de médecin ou non, constate ces modifications. Lors d'une pathologie grave engageant le pronostic vital, les projets à long terme sont moindres ou inexistantes, chaque jour supplémentaire est une victoire.

Ces conséquences qu'entraîne la pathologie sur la vie de la personne, lui font dire qu'il y a comme « **un avant et un après la maladie** ». La façon de vivre après cet épisode va être modifiée. La vie et le temps prennent des valeurs différentes et distinctes pour chaque personne confrontée à la maladie.

## **VII. QUELQUES PISTES POUR AMELIORER LA PRISE EN CHARGE**

A partir des résultats de notre travail, nous avons repéré certaines pistes afin d'améliorer la prise en charge des médecins/malades.

Ceci est à compléter par ceux développés dans la thèse de Madeleine Lhote, du point de vue des soignants.

## **A/ Modifiables personnellement**

- S'accorder du temps personnel pour sa santé.
- Avoir un tiers référent, médecin traitant plutôt généraliste en qui vous avez confiance, mais aussi avec qui vous pourrez avoir une relation thérapeutique. Ceci afin de le consulter régulièrement.
- Accepter de demander de l'aide à un tiers sans crainte du jugement de celui-ci.
- Conserver la capacité d'auto prescription mais savoir passer la main en cas de persistance des symptômes.
- Savoir conserver en cas de soins sa position de malade en priorité. Le médecin/malade est avant tout un malade/médecin.
- Prendre une assurance complémentaire afin de se protéger personnellement mais aussi son cabinet médical et sa famille en cas d'arrêt maladie.
- De par cette assurance, pouvoir s'accorder un arrêt de travail si cela est nécessaire en étant serein.

## **B/ Non modifiables personnellement mais collectivement**

Certains points ne sont pas modifiables par les individus mais pourraient peut-être se faire à l'avenir par la profession, les institutions et aussi par la société.

Un aspect culturel important et qui ne va pas de soi : le médecin peut être malade ; il est faillible comme tout être humain. Ce changement de perspective n'est pas évident même si cette notion apparaît comme de étant de plus en plus évidente pour les patients.

Le caractère libéral de l'activité ne va pas changer, tous les médecins ne vont certainement pas devenir salariés, mais peut-être qu'en cas d'arrêt de travail forcé et/ou imprévu un réseau de remplacement pourrait être mis en place. Ceci permettrait au médecin d'avoir un poids en moins sur ses épaules quant à la question de la continuité des soins.

La protection sociale du médecin est telle qu'il ne peut être indemnisé avant le 91<sup>ème</sup> jour d'arrêt maladie. Un peu long peut-être s'il ne dispose pas de complémentaire santé.

Mettre en place des structures de soins spécifiques pour les médecins, pourquoi pas mais le lieu de prise en charge ne nous est pas apparu comme la difficulté principale rencontrée par les médecins/malades.

Former les futurs médecins à soigner leurs confrères et à prendre conscience de la difficulté de ce statut de médecin/malade au cours d'un enseignement à la faculté pourquoi pas...

Des changements vont devoir se faire mais ce ne sera certainement pas en quelques mois ni même années peut-être, alors chacun doit prendre conscience de cette possibilité d'être malade un jour et mettre en place, avant cela, les mesures qui lui permettront de traverser cette épreuve au mieux.

## **CONCLUSION**

L'expression "médecin/malade" évoque plus volontiers les relations qu'entretient le soignant avec ses patients que les maladies frappant le professionnel de santé. Parler de médecin en tant que malade est déjà plus explicite, quoique, apparemment, contradictoire. Pourtant, la réalité biologique et humaine est bel et bien là et le médecin, tout "docteur" et soignant qu'il soit, se retrouve parfois confronté, comme tout un chacun, à ses propres maladies. Son métier lui procure alors, certes des ressources, mais aussi une ambivalence certaine, que nous avons tenté d'explorer ici.

De par son expérience professionnelle, le médecin est en mesure d'effectuer des diagnostics, de mettre en place des traitements et c'est parfois ce qu'il fait pour lui même. Du fait de cette capacité d'auto prescription il reste bien souvent seul et perd ainsi non seulement les bénéfices de l'objectivité et d'un examen clinique approfondi mais aussi et peut-être surtout, ceux de l'interaction avec le soignant, pourtant fondamentale au moment d'une annonce diagnostique et du suivi pour une pathologie grave et/ou chronique.

Le soignant du médecin/malade est fréquemment un spécialiste, hyperspécialisé dans la pathologie dont souffre le médecin malade. Celui-ci est choisi, en fonction de la pathologie et du type de prise en charge dont le médecin malade estime avoir besoin, en partie grâce à ses connaissances du milieu professionnel et de ses modes de fonctionnements. Mais les difficultés perdurent dans la relation que peuvent entretenir ces deux médecins aux positions et aux fonctions différentes. Elles ne sont pas du même ordre pour chacun. Tandis que l'un, le soignant, doit adapter son approche à son spécifique patient, l'autre le patient change radicalement de statut pour évoluer dans un domaine qu'il ne connaît que d'un point de vue auquel il doit cependant renoncer. S'il reste "sachant", il est aussi "souffrant" et plus tout à fait "soignant".

Les médecins que nous avons interrogés pensent majoritairement devoir préciser à leur soignant leur statut de médecin même s'ils ont parfois honte du jugement du confrère et ont peur de perdre du crédit dans leur profession. Devant leur confrère/soignant ils peuvent aussi être dans une relation de rivalité quant à la prise en charge voire même de suspicion, avec une difficulté importante à faire confiance. Parfois aussi, et c'est heureux, s'instaure un partenariat plus ou moins harmonieux entre le soignant et le soigné. Ce dernier laisse le confrère décider, accepte de lâcher prise et de renoncer à sa position de médecin pour devenir un malade. Cela n'est possible que grâce à l'instauration d'un cadre où les rôles et responsabilités sont plus ou moins clairs si ce n'est explicitement définis et où le médecin soigne et le patient même médecin reste le malade.

Le médecin malade possède rarement un médecin traitant référent. Et s'il a parfois déclaré une personne autre que lui-même pour assumer ce rôle, ce dernier ne conserve souvent qu'un rôle administratif, ou pire, inexistant.

Du fait de son statut le vécu de la maladie du médecin peut différer de celui d'un patient non médecin. Avant l'entrée dans la maladie, un certain déni des symptômes mais aussi un manque de temps à s'occuper d'eux-mêmes, peuvent conduire les médecins à un retard de prise en charge. Leurs connaissances des maladies peuvent générer une plus grande lucidité mais aussi une dramatisation voire de la négligence pour leurs propres symptômes. Les attitudes concernant l'arrêt de travail au moment de la maladie sont variées allant de la cessation complète à la poursuite tout aussi totale de l'activité. L'arrêt de travail, un droit que s'accordent peu de médecins, est aussi source de multiples difficultés liées à la continuité des soins et la nécessité de recherche d'un remplaçant, mais aussi à la perte de revenu liée au caractère libéral de l'activité et sa non compensation en raison de sa protection sociale spécifique.

La maladie est source de remise en cause et de réflexion, aussi bien chez les médecins malades que chez les malades non médecins. Ils décrivent une modification de leur vision de la vie et de la temporalité, un « avant/après » la maladie. Il peut en résulter une modification de la pratique du médecin vis-à-vis de ses patients d'une part, un intérêt et un investissement spécifiques pour la pathologie qu'ils ont vécu de l'intérieur, d'autre part.

Le médecin malade se retrouve dans une ambivalence entre sa position de médecin et celle de malade vis-à-vis de ses patients. Toujours respectueux, ces derniers, sont souvent surpris mais semblent parfois apprécier ce double statut, d'un soignant fragile qui n'en n'est que plus humain. Cette fragilité, surmontée par le maintien de l'activité et du rôle de soignant, peut même représenter un modèle pour les patients de même que pour les proches ou les collègues du médecin.

S'il ne renonce pas à son activité même temporairement, le médecin malade doit donc réussir à se positionner de manière adéquate pour accepter sa position de malade tout en maintenant sa position de médecin.

Dans l'idéal, lors de sa maladie, le médecin malade laisse la place rapidement au malade médecin pour faciliter sa prise en charge et ses relations avec les soignants médicaux et paramédicaux. Après l'acceptation de la maladie, il reprendra, par la suite, sa position de médecin pour ses patients afin de conserver une relation médecin-malade de bonne qualité. La réalité n'est probablement pas aussi simple et il est bien possible que médecin malade et malade médecin coexistent tant dans la position du patient que dans celle du soignant. Car notre médecin malade continue le plus souvent à soigner ses patients durant ses soins ou en tout cas, après.

Bien que spécifique au médecin malade ou au malade médecin cette thèse s'articule avec les pratiques et représentations des soignants qui s'occupent de leurs confrères telles qu'elles sont développées dans la thèse jumelle de Madeleine Lhote. Elle met également en

perspective la question du soin que les médecins prodiguent ou non à leurs proches. D'une manière plus générale encore, elle ouvre sur la question du soin aux patients qu'elle éclaire. Le médecin n'est-il pas finalement, quand il est malade, et malgré ses efforts, plus malade que médecin ? Notre travail questionne aussi la place du métier dans la vie surtout lorsqu'il est question d'un professionnel de santé. Enfin il se situe dans le cadre plus général du vécu et de la gestion de ses maladies par chacun.

**PERSPECTIVES COMMUNES AUX DEUX THESES**

Plonger au cœur du soin des médecins à travers nos deux thèses, l'une sur le vécu du médecin malade, l'autre sur les spécificités des soins aux médecins, nous a permis de mettre en lumière des messages communs sur lesquels nous souhaitons insister.

**A quelles difficultés se confronte le médecin lorsqu'il tombe malade ?** Avant de s'accepter comme potentiellement malade à proprement parler, il lui faut surmonter deux obstacles marquant chacun une étape. La première est tout simplement de s'autoriser à tomber malade, comme les autres, malgré le sentiment d'immunité que confère le fait de s'occuper en permanence et de veiller à la bonne santé... des autres. Etre médecin ne protège pas de la maladie. C'est une vérité facile à concevoir, presque une banalité, pourtant, elle semble bien loin d'être ancrée dans les esprits des soignants. La seconde étape, tout aussi importante, est de s'accepter comme malade : entrer dans la maladie, passer du statut de « médecin malade » à celui plus proche de la réalité de « malade médecin » exige un certain cheminement, de renoncement à son infailibilité, de chute de son piédestal, de prise en compte des symptômes, mais également de l'acceptation de l'autre, en tant que soignant à qui l'on délègue une part de sa propre santé.

**Comment les soignants de médecins peuvent-ils optimiser ce processus ?** Que l'expérience soit l'aide principale mentionnée par les soignants de médecins n'est pas un hasard : c'est elle qui permet au soignant du médecin de l'aider à avancer dans ce processus d'acceptation, pas à pas, à créer la relation de soins optimale. Quelle est-elle ? Une savante balance entre distance thérapeutique, distance relationnelle mais également une proximité de soin accompagnée d'empathie et d'un fréquent sentiment d'affection. Difficile à établir, cet équilibre précaire doit se voir en permanence réévalué, entretenu et soigneusement préservé. La fragilité de la relation de soins lui confère aussi une grande force. On soigne un médecin « comme les autres », en théorie, mais la pratique diverge quelque peu : c'est la première ambivalence que nous avons notée. On ne peut occulter qu'un médecin le soit pour la simple et bonne raison qu'il commence d'abord par se soigner seul, par pondérer ses symptômes, tenter de les analyser avec objectivité et raison avec un examen clinique pouvant être limité par des contraintes purement mécaniques ou anatomiques. L'auto prescription d'exams complémentaires et l'automédication sont donc omniprésentes chez les médecins et il serait complètement irrationnel de les occulter. En cela, un médecin n'est déjà pas un patient comme les autres. Seconde ambivalence, celle du statut même de médecin : tomber malade ne saurait occulter notre expérience professionnelle, nos connaissances, notre conception de la maladie. Peut-on se défaire de son statut de médecin ? Ne sommes nous pas formés pour garder un regard critique sur notre environnement ? Comment se défaire d'une telle aptitude ? Tomber malade, c'est passer de « l'autre côté de la barrière » : peut-on seulement passer complètement de l'autre côté quand nous sommes tellement familiers avec le premier ? C'est toute la difficulté que rencontrent les médecins malades : celle de devoir lâcher prise tout en gardant un certain contrôle sur la maladie... de même qu'il s'agit là de la principale difficulté

rencontrée par les soignants : celle d'affirmer une autorité suffisante pour permettre à leurs patients de lâcher prise sans les infantiliser.

**Quels sont les obstacles à surmonter dans cette démarche ?** Un certain nombre de contraintes s'imposent à un médecin potentiellement malade, particulièrement dans le contexte d'un exercice libéral. Il s'agit du manque de temps, de la négligence des symptômes, des difficultés à s'autoriser un arrêt de travail, difficultés renforcées par les difficultés à trouver un remplaçant dans des délais convenables. A cela s'ajoutent bien évidemment des contraintes financières indéniables en cas d'arrêt d'exercice, la CARMF n'ouvrant les indemnités journalières qu'à partir du 91<sup>e</sup> jour d'arrêt, la couverture complémentaire des médecins étant facultative, et ce d'autant que les charges fiscales et locatives continuent de courir...

Quelle place pour **la confiance** dans la relation de soins ? Elle doit être omniprésente mais elle se voit contrastée par le jugement de l'autre, le regard critique de l'autre sur le soin. Le patient médecin jauge et juge en permanence son soignant, de même que le soignant se doit en permanence de juger et réévaluer l'état de son patient. De cette réciprocité naît la complexité de la relation de soins. Faire confiance, oui, en choisissant ses soignants, ses structures de soins, mais pas à n'importe quel prix. En gardant toujours un certain contrôle.

Quelle place pour **la vérité** ? Si toutes les vérités ne sont pas bonnes à dire, il est certain que de mentir à un patient médecin est fondamentalement impossible. Parce qu'un médecin sait, et sait très vite ce dont il retourne. En revanche, faut-il dire ou pas que l'on est médecin lorsque l'on se fait soigner ? Vaste question. Ne pas le dire prive le soignant d'une information cruciale mais protège le patient, par la multiplicité des informations que pourra lui donner son confrère et fait en sorte qu'il sera, de fait, soigné comme les autres. A l'inverse, le dire élargit les potentialités de la relation de soins et des discussions, peut expliquer certaines ambivalences mais redonne au patient une certaine responsabilité dans sa prise en charge... Toujours est-il que dans ces considérations se cachent un certain nombre de croyances, de valeurs, de représentations de la maladie, de la mort, du soin qu'il conviendra d'explorer voire d'explicitier clairement au cours de la prise en charge : à travers elles, c'est toute l'humanité du médecin, malade ou soignant, qui s'exprimera.

**Les enjeux relationnels** sont fondamentaux mais posent des problèmes majeurs d'identification, de projections, de distanciation et de connivence, avec en toile de fond la question de savoir qui est l'autre, ce qu'il représente pour moi, comment il se vit et ce que la maladie vient perturber dans son existence. L'idée est de protéger le patient face à l'évolution de la maladie, mais également de l'accompagner dans l'acceptation et l'intégration de celle-ci dans son quotidien : comprendre avant d'accepter; que chacun trouve sa place; aider l'autre à accepter le retentissement de la maladie mais apprendre de lui que personne n'est infallible et pour le moins que tous, nous sommes fragiles. Et encore, pour le soignant comme pour le

soigné, se voir à travers le regard de l'autre, s'engager ensemble dans un combat contre la maladie axé autour d'une certaine idée de compétence et d'entraide. Enfin, s'efforcer de maîtriser sans l'occulter la pression supplémentaire de soigner un autrui semblable pour le soigner comme n'importe quel autre patient.

D'où nos derniers questionnements. **Qu'est-ce donc que soigner l'autre ?** Etudier le soin des médecins malades ne revient-il pas à se poser la question du comment nous soignons ? Qui soignons-nous ? Ne soignons nous pas les médecins comme nous aimerions nous-mêmes être soignés ? Ne nous ferions pas nous-mêmes soigner comme nous aimerions que nos familles le soient ? Au total, ne faut-il pas effectivement soigner tous nos patients comme s'ils étaient médecins ? Ne pouvons – ne devrions ? – nous pas prétendre à ce niveau d'excellence ? A travers ces travaux, nous avons plongé dans une réflexion approfondie sur la relation de soin en général. La maladie a un impact significatif dans les vies de chaque patient qui la rencontre. Nous sommes peut-être plus en mesure de nous représenter l'impact dans la vie d'un médecin, quelqu'un qui nous ressemble, dont on se sent proche et à qui on s'identifie. Il est cependant bon de mentionner ici que la maladie, toute perturbation qu'elle soit, peut avoir aussi un retentissement positif sur nos vies et sur nos pratiques. Elle peut nous rendre plus prudents, plus précautionneux, pour notre propre santé, celle de nos proches, celle de nos patients et nous faire prendre conscience de la valeur des choses. Combien de nos patients regrettent de n'avoir pas profité de la vie avant de tomber malades ? Nous-mêmes, médecins, ne sommes-nous pas censés être les plus avertis des dangers de la maladie pour ne pas faire de même ? Oui, il nous faut bel et bien, dès aujourd'hui, apprendre à nous protéger mais également nous protéger les uns les autres, de la maladie physique, de la maladie psychique, de la maladie addictive, de la maladie professionnelle, avec une réelle place pour l'entraide professionnelle et notamment ordinale. Nous avons entre les mains la santé de la population tout entière et nous aurons besoin de chacun et de chacune. Que notre système de santé soit ou non l'un des plus performants au monde, c'est ce à quoi nous devons aspirer. Ces travaux sont en tout cas une invitation à y réfléchir si ce n'est à y travailler...

## **BIBLIOGRAPHIE**

- <sup>01</sup> Budget de l'Assurance Maladie 2009, consultable sur l'URL : <http://www.sante.gouv.fr>
- <sup>02</sup> Legmann M. *Définition d'un nouveau modèle de médecine libérale*, CNOM ; avril 2010.
- <sup>03</sup> Leopold Y. *Les chiffres du suicide chez les médecins*. Rapport au Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2003.
- <sup>04</sup> Thibault M. *Le médecin malade*. Traité d'anthropologie ; 1985.
- <sup>05</sup> Gillard L. *La santé des généralistes*. Thèse de médecine générale, Université Paris V René Descartes ; 2006.
- <sup>06</sup> Gautier A., Lamoureux P. Baromètre santé médecins/pharmaciens. INPES ; 2003.
- <sup>07</sup> Information de la CARMF, 58 ; décembre 2010.
- <sup>08</sup> Leriche B et coll. *Le médecin malade*. Conseil National de l'Ordre des médecins, juin 2008.
- <sup>09</sup> Padro I Selma J. Présentation du Programme d'Aide Intégrale pour le Médecin Malade (PAIMM), 1998 consultable sur l'URL: <http://paimm.fgalatea.org>
- <sup>10</sup> Barakett W.J. Rapport d'activité biennal du Programme d'Aide des Médecins du Québec (PAMQ) consultable sur l'URL : <http://www.pamq.org/>
- <sup>11</sup> Allendy R. *Journal d'un médecin malade*. Paris : Phébus ; 2001.
- <sup>12</sup> Rougeron C., Mounier F. *Les vrais secrets d'un médecin*. Paris : Buchet/Chastel ; 2004.
- <sup>13</sup> Froucht-Hirsch S. *Le temps d'un cancer, chronique d'un médecin malade*. Paris : Vuibert ; 2005.
- <sup>14</sup> Hammel P. *Guérir et mieux soigner, un médecin à l'école de sa maladie*. Paris : Fayard ; 2008.
- <sup>15</sup> Winckler M. *La maladie de Sachs* : POL ; 1998.
- <sup>16</sup> Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris : Payot ; 1996.
- <sup>17</sup> Laplantine F. *Anthropologie de la maladie*. Paris : Payot ; 1993.
- <sup>18</sup> Le Fur P. Le temps de travail des médecins généralistes. IRDES 2009 ; 144.
- <sup>19</sup> Klüber-Ross E. *Les derniers instants de la vie*. Labor et Fides ; 1996.
- <sup>20</sup> Freud A. *Le Moi et les mécanismes de défense*. 15, PUF ; 2001.
- <sup>21</sup> Comment les docteurs se soignent ?. Impact Med 2003,29 :26-33.

<sup>22</sup> Centre des médias, L'observance des traitements prescrits pour les maladies chroniques dans le monde entier. OMS Genève 2003.

<sup>24</sup> Coquel G. Comportements personnels de santé et de prévention des médecins. Thèse de médecine générale, Rouen; 2007.

<sup>25</sup> Nouger F. Les médecins généralistes et leur santé. Thèse de médecine générale, Poitiers; 2004.

<sup>26</sup> DRESS. Santé physique et psychique des médecins généralistes, 731; juin 2010.

# **ANNEXES**

## ANNEXE 1 : tableau récapitulatif des mots clés

MALADIE	CONTEXTE	SYMPTOME	ANNONCE	PEC	TTT	SUIVI
P1	Pathologie aigue Pathologie chronique « j'avais pas le temps » « emprisonné par mon emploi du temps »	Signes cliniques de dépression grave Déni Retard Solitude Idées suicidaires « Vraiment pas bien »	Auto diagnostic	Auto prescription des examens Déclic de PEC suite à changement de contexte Gérer seul	Auto prescription Renouvellement seul Compulsivité prescription/prise traitements Découverte des effets secondaires	Décalage consultation spécialiste Auto suivi Adaptation seul de posologie
P2	Pathologie chronique « débordé »	Asthénie Abstraction des symptômes « J'ai fait l'autruche » « dans mon subconscient je savais » Diabète, surpoids, HTA Polytype		Auto prescription et auto réalisation de certains ex complémentaires	Auto prescription	Régulier « peut être moins que chez mes patients »
P3	Cancer Actif « débordé de travail... 3 fois 35h par semaine»	Négligence Retard	Annonce classique « fait l'annonce de la maladie comme il se doit » Compréhension immédiate Brutalité de l'annonce	Rapidité initiale « dans la foulée » « on laisse les gens en sursis »	Par spécialiste <i>Expérience des traitements</i>	Régulier
P4	Pathologie chronique compliquant une pathologie aigue « bête et têtue » « marche ou crève » Education communiste Milieu paysan	Décompensation d'insuffisance cardiaque MAP Migraine hémiplégiante	Pas de diagnostic étiologique précis « Je suis pas allé au bout du diagnostic »		A la demande « Je gère pas du tout c'est les autres qui me le disent »	« pas vraiment »
P5	Cancer Gravité+	« douleurs abdominales absolument inconnues de moi » Carcinome péritonéale	Compréhension immédiate « c'est une difficulté pour les médecins qui nous soignent le fait qu'on soit médecin très souvent il y a une espèce de sécheresse	Rapidité Bilan et examens par spécialiste	Long avant la prise en charge chirurgicale « Je me suis plié j'allais pas discuter la molécule »	

P6	Pathologies aiguës	Signes cliniques de tuberculose	de crudité dans l'annonce » Auto diagnostic « j'ai fait mon diagnostic très vite » « j'ai vite fait mon algorithme »	Auto prescription examens complémentaires	« je me renouvelle mes ordonnances » pour une pathologie chronique	Régulier Le pneumologue « a géré les complications »
P7	Pathologie aigue	Douleur Retard	Auto analyse des symptômes	Auto prise en charge	chirurgie	« tu te débrouilles »
P8	Pathologie aigue	Toux Négligence		Auto prescription d'exams complémentaires	« j'ai pris les antibiotiques comme le font les patients 3 jours et je les avais arrêtés » Puis prescription par le pneumologue « laisser sur le frigo »	
P9	Pathologie congénitale avec épisodes de fracture aigue Actif « on trouve toujours quelque chose à faire plutôt que de s'occuper de soi »	Multiplicité de fracture Banalisation Retard Négligence	« diagnostic fait par l'interne qui passait par la » dans l'enfance « jamais fait d'analyses, j'ai jamais vérifié que j'avais génétiquement la pathologie »	Auto prise en charge	« il faut que je prenne des biphosphonates mais je ne le fais pas » « ca fait 2 ans »	Aucun Pas fait les bilans complémentaires prescrits  Suivi normal « parcours habituel » 100% périmé
P10	Pathologies aiguës	Signes cliniques aigues Fracture humérale Sigmoidite aigue	« je me suis dit j'ai quand même pas une sigmoidite à mon âge »		Par chirurgien	Aucun « je me prends régulièrement la tension »
P11	Pathologie chronique	Toux Négligence Retard Déni « cela ne m'inquiétait pas du tout » Asthme	« rien de particulier »	Auto prise en charge initiale « essais »	Par pneumologue « je prends que la moitié de ce qu'il me dit »	Dépistage oui « nous on a du boulot les vieux »
P12	Pathologie chronique A risque de gravité Actif Travaille dans la pathologie avant le diagnostic	Asthénie Retard IDM Diabète	Auto annonce « je découvre que je suis diabétique »	Auto prescription examen complémentaires	Auto traitement et auto prescription bilans de suivi	« je décide » Discussion possible Prise RDV « même mieux que mes patients »
P13	Cancer Gravité Actif	Asthénie Négligence Retard	Seul dans ascenseur « dysfonctionnement du service »	Auto prescription ex complémentaires initial « laisser guider » « pas envie d'interférer »		Rigoureux Prend RDV « rassure » « jamais utiliser de passe droit »



	Qualités : brillant, intelligent, respect pour lui Volonté de communication « ambigüité dans le regard de l'interlocuteur » Donne les références		bazar »
P5	Spécialistes : gastroentérologue, chirurgien, oncologue. Référence dans la pathologie « au meilleur de ce qu'on peut vous offrir » Correspondant initialement puis réseau du spécialiste Déléguer « a piloté la suite » Symptômes inconnus Estime la personne comme médecin et comme personne Compétence Pertinence Difficultés de relation	Assistance publique « c'est le berceau ou j'ai grandi médecin »	Oui « connaît personnellement » « même groupe de pairs » « dans la même mouvance de type de médecin mais on est pas plus amis que ça » « tout de suite quand je suis tombé malade j'ai pris un médecin traitant » « j'étais mon médecin traitant jusqu'à devenir malade comme beaucoup » « je me suis dit que si un jour j'ai des décisions à prendre je veux pas les prendre. Je veux pas imposer ça à mon entourage, je veux qu'il y ait un répondant en dehors de moi »
P6	Spécialistes : gynécologue, rhumatologue, pneumologue Ami Vision extérieure Relation de confiance « même optique de pensée de la médecine »	Pas les urgences Volonté de maîtriser les choses	Oui « moi-même » « c'est pas bien » « en matière de médecine courante de médecine générale on peut être son propre médecin traitant, s'il y avait des choses graves c'est bien d'avoir un tiers comme médecin traitant » Changement éventuel en retraite
P7	Spécialistes : gynécologue, chirurgien Recherche spécialiste de la pathologie Anonymat Avis Rapidité prise en charge Oubli statut de patiente « j'étais plus une patiente j'étais devenu un étudiant » Explications techniques Absence de suivi	Hôpital anonyme	Oui « médecin quand j'étais enfant » « je vais plus la voir » « elle me voit plus comme un confrère » Avis confirmation de bonne prise en charge
P8	Spécialistes : dermatologue, gastroentérologue, pneumologue Connaissance personnelle « essayer tout ce que j'avais en boutique et la je me suis dit il faut passer la main » « que je demande de l'aide » Recul sur la situation Oubli statut de médecin		Oui Associé « je ne l'ai jamais consulté » « jamais pris de RDV » « j'ai souvent eu l'occasion de lui demander conseil surtout entre 2 portes »

P9	Compétence professionnelle et relation humaine Doute sur l'influence du statut sur la prescription d'exams complémentaires	Spécialiste : rhumatologue Personne recommandée Avis Prise de décision Plus d'explications « zones d'ombre et de flou »	Oui « ancien collègue » « il s'occupait pas de moi » « il faudrait vraiment que je trouve un autre médecin avec qui je peux avoir une vraie relation » Difficulté du choix du médecin traitant
P10	Spécialistes : chirurgien Ami « vraiment pas bien » « il faut que j'appelle un collègue » Indication formelle	Aucune préférence « hôpital sur lieu vacances »	Oui Associé « me soigne pas » « j'en ai plus » « c'est évolutif au cours du temps, la j'admet un peu plus l'idée qu'il faut que je me choisisse un médecin traitant pour lui rendre visite une fois par an, avant c'est quelque chose qui ne m'effleurait même pas »
P11	Spécialistes : ORL, pneumologue « à la demande du médecin traitant » « j'ai pas tenu compte de la consultation »		Oui Un professeur de fac Dans quartier « je vais quand même pas aller voir mon alter ego » « elle sait un peu plus que moi » Transfert possible Distante discrète Vouvolement Payement des consultations
P12	Spécialistes : cardiologue, endocrinologue Personne reconnue pour la pathologie « gens hyperspécialisés » Correspondants Avis « connaît qualités »	Pole de référence	Non Ma femme « elle préférerait que ce soit quelqu'un d'autre » Fait seul les documents administratifs « je vois pas ce qu'il m'apportera à part un regard extérieur » « je réfléchis actuellement à trouver un médecin traitant qui soit un peu loin de tout ça »
P13	Spécialistes : pneumologue, hématologue Correspondant Initialement Compétence technique médicale Relation de confiance « explications extrêmement techniques, poussées »	Suivi le choix du spécialiste Pas de lieu particulier « une déshumanisation qui m'a rendue service »	Non Lui-même « j'ai plus trop besoin »

RELATION AVEC LES AUTRES					
	SOIGNANTS MEDICAUX	SOIGNANTS PARA MÉDICAUX	ENTOURAGE PROFESSIONNEL	ENTOURAGE FAMILIAL	LES PATIENTS
P1	<p>Difficulté de faire confiance</p> <p>« on a dépassé une bonne distance thérapeutique »</p> <p>« on a une relation qui est trop intime »</p> <p>« j'estimais que je connaissais la solution et je voyais pas ce que quelqu'un d'autre pouvais m'apporter »</p> <p>Pas anonyme</p> <p>Négociation</p> <p>Peur d'aller voir quelqu'un</p>		<p>Peur du jugement des supérieurs et des collègues</p> <p>Regard péjoratif sur perte de capacités professionnelles « je ne ressentais pas la bienveillance »</p> <p>« peur que les gens me prennent pour un charlot »</p> <p>Souffrance incompréhension collègues</p> <p>« s'ils l'ont vu ils ne m'en ont pas parlé »</p>	<p>Dissimulation de la maladie</p> <p>Retentissement sur ses enfants</p> <p>« bien entourée »</p> <p>« même mon conjoint s'est rendu compte qu'il avait quelque chose qui n'allait pas »</p>	
P2	<p>Pas anonyme « encore j'étais reconnu comme médecin alors c'était plus facile dans les deux sens »</p> <p>« tu as fait le con je ne t'ai pas connu comme ça »</p> <p>« pas employé les mêmes termes »</p>			<p>« ma femme m'a dit tu vas aux urgences »</p> <p>« j'ai beaucoup plus de soucis pour ma femme que pour moi »</p>	
P3	<p>« il a reconnu qu'il m'avait traité comme tout à chacun »</p> <p>« même indifférence que si j'étais un patient lambda »</p> <p>Pas anonyme</p> <p>« un minimum de respect ça change les choses »</p> <p>« minimisent les choses »</p>	<p>« j'en veux beaucoup à ces chiennes d'infirmières »</p> <p>« mais pourquoi vous avez fait ça, vous voulez qu'on vous mette les menottes »</p>	<p>« mes amis du milieu médical sont intervenus à la demande de ma femme »</p> <p>« on leur a demandé de revoir leur discours, leur manière de parler »</p>	<p>« j'ai pensé à ma femme »</p> <p>« ma femme a été traumatisée »</p> <p>« jusqu'à maintenant ma fille m'en parle encore »</p> <p>« fragilité du couple, fragilité personnelle, regard de sa fille »</p>	<p>« je les ai tous retrouvés »</p> <p>« ça les a rassuré de me voir revenir »</p> <p>« je suis leur modèle »</p> <p>« le plus difficile à porter c'est leurs espoirs »</p> <p>« on est un modèle vivant avec les termes qu'ils peuvent modéliser sur le courage, l'abnégation, le miraculé »</p> <p>« je suis leur idole, leur superman et ça c'est difficile à porter »</p>
P4	<p>« s'il me laisse jouer au docteur il est pas sorti »</p> <p>« je vais négocier par principe »</p> <p>« la relation thérapeutique elle peut se passer que dans un sens »</p> <p>« le cardio m'a dit tu vas crever tu es fou »</p> <p>« tu as quoi comme projet thérapeutique ? »</p> <p>« ça tombe bien qu'elle prenne 4 secondes</p>		<p>« je les ai finalement mises devant le fait accompli »</p> <p>« je me suis fait arracher les yeux par mes collègues »</p> <p>Incompréhension : « c'est incroyable il y a pas d'excuses à arrêter la médecine »</p> <p>Indifférence</p> <p>« je ne leur ai pas laissé la place de dire</p>	<p>Interne qui prend contact avec le cardiologue</p> <p>« mon Jules qui est médecin me dit tu prends ton lasilix ou tu attends »</p>	

	<p>pour m'expliquer parce que je savais déjà »  « j'y suis allé avec la queue basse »  « si je me met dans la situation extrêmement humiliante de demander quelque chose et de me faire envoyer bouler on ne m'y reprendra pas »  « lui me traite comme un patient et me dit je ne t'ai pas demandé ton avis et c'est plus facile »  « il a du considéré que c'était la seule façon de faire »</p>		<p>quoi que ce soi »</p>		
P5	<p>Faire confiance  « une fois qu'on s'est mis d'accord sur le fait qu'on puisse tenir nos positions respectives je peux faire malade avec elle, elle peut faire docteur avec moi je la laisserai faire. Je la paye, on a maintenu, posé un cadre qui paraît possible »  « ma relation avec le cancérologue est extrêmement fondamentale »  Rassurance, réconfort  « le chirurgien est elliptique »  « il s'adressait à un médecin en même temps qu'il s'adressait à un malade »  « c'est une tumeur localisée je vous opère je vous guéri, c'était très rassurant à entendre ça m'a permis de supporter la suite »  « on s'accroche à des mots qu'ils ne prononcent pas »</p>	<p>« j'ai vécu l'hospitalisation du bon côté par la qualité du personnel soignant »</p>	<p>« par rapport à mon associée c'était important de prendre une décision qui ai du sens »</p>	<p>Compagnon « il est inhumain cet homme »</p>	
P6	<p>Difficulté de faire confiance aux personnes que l'on ne connaît pas  « j'ai inhibé un peu les soignants en face de soi »  Sentiment d'empathie, d'attention  « solidarité médicale »  « honte de demander » « je voulais pas défaillir »  « tout le monde a la clinique était paralysé,</p>	<p>Pas de problème</p>	<p>« j'en ai parlé à ma collègue tout de suite »  « c'est mon collègue qui a pris tous les RDV il savait qu'il fallait que je sois soutenu »</p>	<p>« ma mère a dit ma fille a attrapé la tuberculose en soignant toujours dans l'idéal du médecin »  « j'ai très peu soigné ma fille »  Ne pas soigner sa famille</p>	<p>« j'étais tout à fait contente du soutien de mes patients »  « marque leur estime, prennent des nouvelles de vous »  « bien accepté, ils se sont inquiétés mais normalement »  « fait réfléchir à ce qu'on dit aux</p>

	Sidéré et perturbé » Pas anonyme « les explications j'étais plus patient j'étais devenu un étudiant » « lâcher dans la nature » « met un rapport pas de supériorité mais de compétition » Anonyme « j'ai complètement lâché prise et ça c'est beaucoup mieux passé que la première fois »	Anonyme pas de problème Au courant « catégorisé dans les patients chiantes » « je me suis fait rembarrer par l'infirmière qui m'a dit laissez nous faire notre boulot »	« ca me gêne d'y aller pour un petit truc ou avoir des ordonnances » « c'était un peu perturbant, à la fois c'est bien parce que tu as l'impression de gérer la situation et à la fois quand tu te dis « ah non c'est de moi qu'on parle tu as un petit choc »	patients » « je les ai rassuré »
P7	« je pense que je ne reverrai pas forcément un médecin qui ferai autrement et qui quelque part me ferait confiance pour certaines choses, pour prendre soin de ma santé »			« ca les inquiètent un peu » « si on arrive pas à se soigner nous même, on est moins compétent, plus vulnérable » « docteur on peut vous donner un verre d'eau, une pastille contre la toux ? »
P8	Pas anonyme « la seule démarche d'aller voir quelqu'un c'est emmerdant » Avis extérieur	Pas de problème « comme les autres »		« c'est marrant les patients ... ils trouvent bizarre qu'on soit malade »
P9	Pas anonyme « ca c'est passé pas du tout pareil » « me donnait pas l'impression de me prendre au sérieux » Disponibilité plus grande « espèce pas de honte mais on se sent limite d'analyse, d'expertise personnelle et d'aller l'avouer » « ils ont une expertise dans leur domaine mais ils ne s'imaginent pas qu'ils sont des nuls pour les autres » « beaucoup de médecins sont incapables	Pas anonyme « excellent souvenir de l'hospitalisation » « gentils, aux petits soins pour moi » « les infirmières étaient professionnelles, carrées ca m'a vachement rassuré »		« ma mère a suivi tout un parcours du combattant pour que le diagnostic soit fait » « ma mère flippait à chaque fois » « mon ex copine avait fait des recherches et trouver les coordonnées d'une association »
P10				

P11	d'empathie » Etre anonyme « je dis jamais que je suis médecin je veux être considéré comme tout le monde » « les bailiernes du spécialistes quand ils s'y mettent j'ai pas envie de les croire » « il est con ce mec »  « elle a décliné comme moi tous les trucs que je peux faire en consultation ca m'amusait »				« ma mère est venue à paris elle m'engueulait vraiment tout le temps » « mon frère est asthmatique il m'a dit je suis sur que ce n'est pas de l'asthme »	Vision par les patients « vous avez l'air malade ? vous n'avez personne pour vous soigner ? »
P12	Pas anonyme Faire confiance « on essaie au mieux de ne pas interférer avec ma connaissance médicale mais forcément il y a interférence » Rôle du médecin « participer avec le patient aux décisions mais pas de décider pour lui » Pour actes techniques « ca ne me dérange pas qu'ils prennent la décision sans me demander mon avis » « mon cardiologue il est pur et dur il s'occupe de gérer mes problèmes »	Pas de problème			« dans ma famille il y a 80% de diabétiques »	« ca a changé le regard de mes patients » « ils m'ont intégré directement dans le clan des patients en même temps que médecin » Disent « prendre soin de moi » « parlent pas de la maladie »
P13	Etre anonyme « je trouve qu'on est largement mieux soigné quand on est incognito, que quand on est trop dans l'intimité avec les confrères » Faire confiance Difficulté de comprendre le type de relation que veut le médecin soigné : « j'ai eu beaucoup de mal à lui faire comprendre que j'avais pas du tout envie d'être un médecin en soins, un confrère en soin mais que j'étais un malade point » « il a compris qu'il était à coté de la plaque »	Anonyme Pas de problème	Associé : « certaine confraternité » « plus dans son rôle d'ami que dans son rôle de médecin » « le pauvre il était à genou » « mes copains ont pris toutes mes missions à la fac »		« ma femme pensait comme moi »	« ils étaient tous au petit soin, attentifs... énormément de gentillesse » Pour les patients : « tous prévenus » « je mettais un mot dans la salle d'attente pour dire ou j'en étais de manière à ce que mes patients sachent »

ETRE SOI MEME MALADE				
	VECU IMMEDIAT	AVANTAGES D'ETRE SOIGNANT	INCONVENIENTS D'ETRE SOIGNANT	VECU A POSTERIORI
P1	<p>« Sauvé les meubles avant que tout s'écroule »</p> <p>Culpabilité de ses faiblesses</p> <p>Perte de confiance</p> <p>Besoin d'intérioriser</p> <p>Peur de faiblir</p> <p>Analyse physiopathologique</p> <p>« j'ai eu des moments de ras le bol comme tout le monde »</p>	<p>Compréhension + rapide</p> <p>Connaissance des solutions</p> <p>PEC rapide, chaleureuse</p> <p>Plus d'explications</p> <p>Traitement de faveur</p> <p>« rassuré quand j'ai vu le foyer sur la radio, comme si j'étais à moitié guéri »</p>	<p>« je voulais pas les embêter »</p> <p>« je n'arrêtais pas de m'excuser »</p> <p>Consultation tardive « comme un acte de modestie » « en toute humilité »</p> <p>« perd le bénéfice de la parole en me soignant seul »</p> <p>« erreur monumentale de se soigner seul »</p>	<p>Pense s'être bien soigné</p> <p>Peur de faiblir</p> <p>Besoin de déléguer</p> <p>Apprentissage modeste</p> <p>Solitude</p>
P2	<p>« ça m'a fait un choc »</p> <p>« c'est vraiment une mauvaise nouvelle »</p> <p>« je me suis construit mes maladies »</p> <p>« je me suis creusé le lit de mes problèmes actuels et j'ai rien fait pour l'éviter »</p> <p>« un malaise auquel je pouvais m'attendre un jour mais je voulais pas qu'il vienne trop tôt »</p> <p>Déni « pourquoi j'ai rien fait pour éviter ça ? »</p> <p>« le cœur m'a toujours fait peur »</p> <p>« les yeux j'ai toujours eu peur »</p> <p>« la crainte pour moi de perdre la vue serait quelque chose de catastrophique »</p>	<p>« je suis passé devant tout le monde »</p> <p>« en tant que médecin on vous respecte un peu plus »</p>	<p>« quand vous connaissez le sujet, vous êtes pas trop angoissé mais quand vous connaissez pas vous avez plus peur que les autres »</p> <p>« il sait qu'il a une maladie incurable »</p>	
P3	<p>« c'est une douche froide que j'ai pris avec beaucoup de résignation »</p> <p>« ça a été un choc »</p> <p>« j'avais gagné le gros lot j'avais chopé le cancer »</p> <p>Grande dépression au moral</p>			<p>« j'ai décidé de marcher et quitte à crever je préfère que la mort arrive plutôt que d'attendre dans mon plumard, qu'elle me regarde droit dans les yeux je préfère qu'elle arrive d'elle-même. Je vais pas l'affronter clairement elle me fait pas peur mais je suis pas pressé qu'elle arrive »</p> <p>« la vie est une expérience, la mort en sera une autre mais j'aurai du mal à la raconter »</p> <p>« that's life and the show must go on »</p> <p>« j'ai retrouvé mon tonus, ma petite vie »</p> <p>Physiquement difficile</p> <p>« peut être que demain je serai en métastase »</p>

P4	<p>« j'avais pas de visualisation sur l'avenir et l'avenir c'était demain »</p> <p>« ca va me faire courir jusqu'à avoir le diagnostic et une fois qu'on l'a ca me suffit presque »</p> <p>« j'ai vraiment essayé de me traiter comme il fallait. J'ai arrêté les médicaments mais je sais que j'en ai besoin »</p> <p>« jusqu'à ce que je puisse plus archer auquel cas je suis obligé de reconnaître qu'il y a quelque chose et je me traite jusqu'à ce que j'aille mieux et après on dirait qu'il y a rien »</p> <p>Evolution au cours du temps : plus jeune « plus spastique »</p> <p>« ce truc cardiaque il me fait pas peur »</p> <p>« la vrai moteur ca va être la peur »</p> <p>« jusque la rien ne m'avait empêché de faire quoi que ce soit »</p> <p>« la c'est moi tout seul qui arrive à m'emmerder j'en revenais pas »</p>	Renouvellement des ordonnances	<p>« je suis capable de me faire un scénario catastrophe pour une connerie »</p> <p>« ca me gêne constamment mais ca m'est pas venu à l'esprit de demander »</p> <p>« cela donne une distorsion de jugement »</p> <p>« le fait d'être médecin quand on est malade n'est pas un soutien mais une dilution de crainte »</p> <p>« je vais m'auto justifier, me raconter des conneries »</p> <p>Peur que cela ne soit pas nécessaire d'aller voir quelqu'un ou autre justification des symptômes</p> <p>Mauvaise analyse des symptômes</p>	<p>« je voulais être debout et garder ma fierté »</p> <p>« la difficulté quand on est malade c'est de se sentir malade »</p> <p>« c'est comme si j'avais jamais été malade »</p> <p>« puisque je ne vais pas mourir je vais pouvoir survivre »</p> <p>Déni de la maladie « on aurait dit que j'avais jamais été malade »</p> <p>« le fait d'être malade est de l'ordre de la rupture unilatérale du contrat »</p> <p>« je serai plus superwoman »</p> <p>« je ne suis pas sur d'être complètement guéri sur le plan de l'acceptation de la limitation »</p> <p>« me positionner comme malade c'est à vomir »</p>
P5	<p>« sentiment de trahison » par le corps</p> <p>« trouille partagée comme tout à chacun »</p> <p>« tout à coup la vie bascule »</p> <p>« l'arrivée dans une maladie grave c'est forcément un truc auquel on est forcément pas préparé »</p> <p>« espèce de ressenti bizarre »</p> <p>« je me suis écroulé »</p> <p>« sentiment de sidération »</p> <p>« effondré au diagnostic dans ma tête de médecin »</p> <p>« trucs de régression »</p> <p>« c'était un deuxième coup de bambou très violent »</p> <p>« j'étais très désarçonné »</p> <p>« il y a une espèce d'optimisme qui revient et qui fait qu'on reprend confiance »</p> <p>« on est prêt à rentrer dans l'action la chirurgie, la chimio et on voudrai que ca soit très vite »</p>	<p>« je suis à l'aise dans le réseau, je vais m'adresser aux bonnes personnes par rapport à des gens qui vont ramener dans le processus médical, dans la relation avec les hospitaliers, j'ai une espèce de savoir faire, j'ai pas peur d'y aller, de poser des questions »</p> <p>« on est plus à l'aise dans l'auto prescription »</p> <p>Garde plus d'autonomie qu'un patient lambda</p>	<p>« j'ai lu tout ce que j'ai trouvé sur internet... » « ca m'a bien cassé le moral évidemment après j'ai décidé que je lirais plus rien »</p> <p>« le fait d'être médecin ne nous protège pas, le fait de savoir au contraire fait qu'on peut pas dissimuler la gravité du diagnostic, du pronostic »</p> <p>« savoir des choses sur sa maladie ce n'est pas en avoir l'expérience »</p> <p>« il a formulé les choses désagréables dans une espèce de connivence qui n'était pas très adaptée »</p> <p>« de par la connivence des savoirs il ne peut pas emballer les choses il faut qu'il soit direct franc massif »</p>	<p>Réflexion sur l'arrêt de l'activité</p> <p>Absence de disponibilité pour travailler et pour les patients</p> <p>« je me sentais pas disponible, pas efficace, pas adaptée, pas empathique, j'étais passée à autre chose j'avais envie de m'occuper de moi »</p> <p>« le renoncement à mon travail c'était à la fois dans une logique, je me sentais plus du tout de le faire. Mais en même temps c'est un renoncement, comme tous les renoncements c'est difficile et douloureux »</p> <p>Pas de regret de la décision</p> <p>Annnonce aux patients</p> <p>« la deuxième chose difficile c'est</p>

			<p>« j'étais dans ma tête dans l'effroyable c'était très très angoissant pour moi »</p>	<p>d'annoncer à ses patients qu'on va être absent »</p> <p>« on a pas envie de raconter toute sa vie à tous ses patients »</p> <p>« c'était très difficile »</p> <p>« quand j'étais sure de ma décision j'ai écrit une lettre à mes patients : j'ai décidé de ne pas continuer mon métier de médecin généraliste. Je vous confie à mon remplaçant qui a toute ma confiance que vous avez pu apprécier »</p> <p>Beaucoup de réponse des patients</p> <p>« la relation au temps change »</p> <p>« autre chose à faire que travailler »</p> <p>« j'ai pas de projet au long cours »</p> <p>« tout était devant moi et pas derrière moi »</p> <p>« j'avais focalisé mon attention, mon énergie sur les choses positives »</p>
P6			<p>« honte de demander »</p> <p>« interférer par rapport à l'objectivité »</p> <p>« on est à la fois défavorisé car on peut minimiser les symptômes on peut en avoir peur »</p> <p>« angoisse majorée par le fait que j'étais médecin »</p> <p>« j'aurai pas été médecin j'aurai probablement appelé le SAMU »</p> <p>« on part dans des fausses pistes et ça retarde les diagnostic »</p>	<p>« j'avais besoin de m'arrêter, j'avais besoin de temps pour moi »</p> <p>« j'étais extraordinairement contente, j'ai eu 3 mois sabbatique, j'ai eu le droit de m'arrêter »</p> <p>« c'est quand même dommage d'attendre d'avoir la tuberculose pour avoir du temps pour vivre pour soi... et pas seulement être médecin »</p> <p>« je pense que j'ai pas peur de la mort je veux juste pas qu'elle vienne maintenant »</p> <p>« j'ai pas eu peur du tout le fait d'être confronté au truc on agit comme tout le monde »</p> <p>« reconnaître qu'on est malade ne pas être dans le déni »</p> <p>« avoir une certaine objectivité sur mes symptômes »</p> <p>« j'ai toujours été attentive à ma santé »</p>

P7	« le fait de devenir patient c'était pas évident »		« grosse angoisse parce que je savais exactement comment allait se passer l'opération »	
P8			« on va banaliser des symptômes ou au contraire on va tout de suite penser au pire »	
P9	« les blouses blanches ca a toujours fait parti de ma vie » « j'avais l'impression de retourner à quelque chose que je connaissais hospitalisé mais d'abord au petit garçon qui retournait dans ce qu'il connaissait » « tu fais n'importe quoi à un moment il faut aller voir quelqu'un c'est quand même le dos » « me faisait pas peur » « assez peu craintif »	« je constatais en vrai ce que je savais en théorie » « quand ca dure vous savez qu'il y a un truc qui va pas » « accès aux spécialistes plus facile » Langage médical Plus d'explication	« on trouve toujours quelque chose à faire plutôt que de s'occuper de soi » Imagine les diagnostics graves en premier « parce qu'on comprend, parce qu'on s'autorise éventuellement à ne pas faire des choses » Retard diagnostic Sentiment d'obligation avec le confrère	« je me sentais pas vraiment médecin » « il faut que je fasse gaffe maintenant » « j'ai longtemps parlé de ma maladie avec le psy, j'en avais besoin, je n'en avais jamais parlé. Ca m'a permis d'écluser pas mal de truc, de réfléchir à tout ca c'était enrichissant »
P10	« minimalisation » « l'impression d'être un peu handicapé... ca m'aurait pas foutu le cafard mais un peu quand même »		« interprétation des symptômes » « on a du mal à se livrer de façon normale » « je m'étais fait un film » « on fait des films avec les connaissances et notre histoire » Dramatisation « j'avais honte de déranger pour rien du tout » « on se sent limite d'analyse d'expertise personnelle et d'aller l'avouer » « il s'est senti obligé de me sortir les références bibliographiques »	« je serai un peu plus méfiant, j'irai voir un collègue un peu plus facilement maintenant » « c'était plutôt sympa, j'avais le temps de faire du piano, de voir mes gamins » « j'étais content »
P11	« je ne voulais pas passé spécialement avant les autres mais je lui ai signalé que j'avais des choses à faire »		« on peut-être se tromper quand on fait des petits tests comme ca tout seul » « si c'est d'égal à « égal j'aurai encore plus envie de lui dire écoute je sais de quoi tu parles tes questions à la noix je les connais par cœur »	
P12		« je m'occupe de mon diabète » « je gère » « j'ai la chance d'avoir une vision compréhensive des problèmes » « il me propose qu'on visionne ma coro »	« impression d'avoir retardé les différents diagnostics » « j'en ai vu suffisamment, je vous fais confiance, vous avez fait ce qu'il fallait »	« je m'investie un peu trop peut être dans cette gestion à titre personnel » « je savais que j'y passerai un jour » « c'est sans doute pas pour rien que je me suis intéressé à cette maladie je crois » « c'est pas une contrainte » « intéressant de vivre avec ca, ..., beaucoup de petites victoires »

P13	<p>« révolte psychique »  « espèce de tourbillon »  « ca c'est emballé, c'était la tourmente »  « j'ai beaucoup fréquenté ce côté de la barrière, c'est pas qu'il m'intéresse, c'est pas qu'il me plait, c'est pas que j'ai envie d'y aller mais ca ne me pose aucun problème »  « j'ai été sollicité beaucoup par la maladie »</p>	<p>« on a une autre attention et aussi d'autres peurs »  « on va te trouver une piaule seule »</p>	<p>Spécialiste « m'a donné 36000 explications, j'ai strictement rien entendu, écouté, ca ne m'intéressait pas »  « explications extrêmement techniques, poussées »  « la rigueur d'un point de vue démarche médicale risque d'en prendre un coup... dans le négatif »  « le confrère est pas forcément à l'aise »  « alors que de façon plus ou moins amicale ou fraternelle, on risque de bidouiller, faire les choses un peu rapide et faire des blagues »  « on va faire le bilan un peu de façon systématique mais on pourrais ne pas le faire »</p>	<p>« je le vis comme quelque chose que je peux maîtriser »  « mort sociale »  « changement profond du regard sur la vie, du sens que je lui donne, du regard que j'ai sur elle, de sa valeur... moins de légèreté »  « la seule chose qui m'intéressait c'était de savoir quand j'allais crever »  « on a d'autres peurs elles sont un peu déplacées »</p>
-----	---	--	--	--

RENTRETISSMENTS SUR LA PRATIQUE				
	AVANT ttt	PENDANT	APRES POUR LES PATIENTS	APRES POUR LE MEDECIN
P1	Perte faculté raisonnement Epuisée mentalement Bêtises faites Répercussions sur travail	Refus arrêt de travail Renouer avec la vie	Plus attentive « plus sensible au dépistage » et diagnostic « plus souple sur les arrêts de travail » Empathie « plus efficace dans la prise en charge » Pose les questions plus facilement	« je connais cette souffrance » « je pense que ça me rend meilleur que certains » « c'est dur de ne pas transférer sur l'autre, de ne pas faire le copier coller de ce que l'on a ressenti »
P2	Oubli RDV	Pas d'arrêt	« je fais une prise en charge plus spécialisée, plus adaptée peut être même supérieure à beaucoup de médecins généralistes » « met des alarmes » « plus subtil » « plus sérieux » « je prends beaucoup plus soins d'eux » « je les engage plus »	« je l'apprends aux autres pour l'éviter » « je me suis plus investi » « cette pathologie que je suivais un peu de loin m'a permis de m'intéressé beaucoup plus » « fonder un réseau diabète » avant « toutes mes expériences n'ont pas eu d'impact pour mes patients, car certains étaient ancrées »
P3	Aucune avant le diagnostic Avant le traitement « je travaillais à 300% » « aspect matériel des choses »	Absence pendant 6 mois Remplaçante de confiance « pas de soucis » « j'ai repris le travail officiellement sur un mi temps qui cachait un temps plein »	« je les soutiens beaucoup mieux » « ça change un peu la nature des patients que je vois » Modification de la compréhension et de la communication « je suis pas sur que je les traite mieux médicalement » « il y a un transfert qui se fait entre le médecin et le malade »	« on ne peut parler que de ce qu'on a vécu, tout ce qu'on maîtrise » « je pense que quand tu as vécu quelque chose tu peux mieux en parler » « ça m'aide pour avoir la conviction pour leurs parler » « je vois plus de bobologie je vos plus que des gros trucs » « je suis obligé de revoir ma manière de communiquer sur les cancers » « tout en étant gêné d'être son idole, j'ai peur de décevoir donc je m'investie beaucoup plus je sais pas si c'est bien mais je le fait »
P4	Plus fatiguée	« je me suis arrêté une semaine et j'ai jamais repris »	Arrêt d'activité	Arrêt d'activité « tu regardes droit devant et objectivement tu peux plus faire ce boulot » « si on regardais les choses d'une manière positive, on pourrai laisser croire que j'ai tranquillement laissé passer une activité vers une autre mais c'est absolument pas vrai »
P5	Aucun asymptomatique	Reprise une semaine puis arrêt définitif	Arrêt de l'activité	Arrêt de l'activité

P6	« j'ai tenu une semaine comme ça » « trouvé un remplaçant »	Succession dans de bonnes conditions Absence pendant 3 mois	« plus explicite aux risques, moins dans une espèce d'euphorie » « c'est une expérience qui enrichit beaucoup la compréhension de ce que peut vivre une patiente » « je sais que c'est une expérience que je dois pas projeter sur mes patients »	« ca m'a poussé à m'investir » « je fais le topo aux étudiants » « j'ai arrêté mon travail en PMI je me sentais pas la capacité d'affronter ça » « plus de temps personnel et diminuer mes horaires » « je ne voulais plus être complètement voué, absorbé par mon travail » « j'étais jeune médecin et ça a eu un impact très significatif sur mon histoire de médecin » « je ne serai pas médecin généraliste comme je suis si je n'avais pas fait ça je pense » « je ne serai plus jamais un bon médecin » « je fais que ce qui m'intéresse me plait dans mon métier » « on est peut être médecin pour savoir pour se protéger, pour se rassurer parce qu'on a peut être encore plus peur que les autres » « mon être médecin généraliste est forgé par mon histoire personnelle, intellectuelle » « on se nourrit de ses expériences » « j'ai laissé tomber mes idéologies » « j'ai cessé de croire qu'il fallait absolument faire comme ci » « je suis devenue pragmatique » « j'ai fini définitivement avec mes idéologies »
P7	Aucun	Traitement pendant les vacances Pas d'arrêt	Aucun	Aucun
P8			« nuancer mes propos et avoir un regard plus humble » « difficulté de prendre des médicaments quand on se sent pas malade » « d'être de l'autre coté de la barrière que quelque part et de voir un peu la vision du patient et de ne pas avoir un regard je dirai de juge vis-à-vis du patient quand il a des difficultés à prendre les médicaments »	Réflexion sur l'observance
P9	Aucun pour fracture aigue	Pas d'arrêt	« je vais suivre des patients qui ont la même	« je suis médecin du sport »

	Pathologie congénitale n'a pas de retentissement en dehors des fractures	« je suis retourné bosser avec le plâtre »	pathologie que moi bien évidemment mais c'est dans le même secteur d'activité »	<p>« je n'ai jamais pu pratiquer bien sur... du coup je me suis passionné pour ça »</p> <p>« formation d'ostéopathie enfin de vertébroplastie »</p> <p>Thèse sur la dépression</p> <p>« après c'est pas vraiment ce qui a fait complètement ma vocation, il y a les lectures, un imaginaire »</p> <p>« je me suis retrouvé médecin généraliste suite aux aléas de la vie et on change d'opinion »</p> <p>« ca a eu un poids assez conséquent dans ma vie, ca a eu un poids dans mon choix sans doute de profession mais je la néglige pas mal »</p> <p>« il y a vraiment des aspects négatifs mais ca construit vraiment la personne ce genre de pathologie qu'on a dès l'enfance »</p> <p>« ca forge la personnalité et c'est pour ca que je suis devenu médecin même si je pense qu'il y a pas que ca »</p>
P10	Aucun	Absence pendant 3 semaines « j'avais une assurance j'ai pas perdu d'argent »	« ca a changé ma pratique »	<p>« c'était déjà une affection que je me méfiais et maintenant je m'en méfie encore plus »</p>
P11		Difficulté de gérer les examens complémentaires et les patients : aléa temps	« je pense que quand on a vécu le miracle avec un médicament on sait passer le message à tort ou à raison » « comme quoi la fonction placebo et le transfert ca marche bien »	<p>« j'en ai donné à tous mes patients qui toussaient »</p>
P12	Aucun	Absence pendant 6 semaines	« pas de changement dans la relation » « a déjà des connaissances solides du fait du réseau diabète »	<p>« j'ai changé ma façon de vivre en limitant mon activité professionnelle »</p> <p>« beaucoup moins de pression par rapport à mon agenda »</p> <p>« c'est peut être une défense mais j'arrive à prendre une distance par rapport à ca »</p> <p>« je fais pas d'analogie »</p> <p>Création du réseau diabète</p>
P13	« j'avanciais à la rame » « a partir du moment où j'ai fait un choix je	Absence de plusieurs mois « course derrière un remplaçant »	« je n'ai pas perdu de patients quasiment » « pas eu d'avantages de malades graves »	<p>Changement rythme de vie « moins d'heures »</p> <p>« charges de travail moins importantes »</p>

			<p>« une urgence quasiment plus urgente que celle de se faire soigner »</p> <p>« je ne pouvais pas me barrer comme ça »</p> <p>« la charge qui pèse d'un seul coup sur nos épaules de devoir tout quitter... sur le plan de la continuité des soins »</p> <p>Problème du caractère libéral de l'activité</p>	<p>« peut être modifié un peu mes démarches »</p> <p>« pas d'influence sur mes hypothèses diagnostiques »</p>	<p>« j'ai retrouvé un plaisir extraordinaire à travailler » « plaisir à exercer »</p> <p>Envie de « chercher une planque hospitalière et ne pas bouger</p>
--	--	--	--	---	--

VISION DE LA MALADIE

	VISION DU SOIN CHEZ LES MEDECINS				
	VISION DE LA PATHOLOGIE				
P1	<p>« Saleté » du problème psy</p> <p>Poids concret de la pathologie</p> <p>Distingue pathologies endogène et exogène</p> <p>« pense qu'il y a un avant et un après »</p>		<p>« j'ai pas de stéthoscope assez long pour m'ausculter le dos moi même »</p> <p>« on ne peut pas s'examiner soi même de manière objective puisque physiquement on n'a pas des yeux dans le dos »</p> <p>« on peut pas regarder objectivement son propre état de santé »</p> <p>« se faire sa propre sémiologie c'est particulier ça demande du recul, d'être honnête sur soi même sans dramatiser en étant objectif c'est très difficile »</p> <p>« le médecin est très pudique face à sa propre maladie »</p> <p>« il faut arrêter de se croire tout puissant »</p> <p>« les certitudes scientifiques ça rend tout puissant et la maladie ça apprend qu'on est quelqu'un comme les autres »</p> <p>« symbolique de la maladie en tant que médecin »</p> <p>« gens parfaits, lisses, très fort »</p>		
P2			<p>« passer de l'autre coté du miroir »</p> <p>« impression d'être un patient comme les autres »</p>		
P3	<p>« comme par hasard je souffrais d'un petit problème dentaire »</p> <p>« je m'en doutais un peu par la proximité du décès de ma mère et comme une fatalité »</p> <p>« il y a des convictions personnelles et religieuses sur sa vie qui font qu'on peut se battre ou pas se battre »</p> <p>« plus la culture islamo-judéo chrétienne » pour supporter la maladie</p> <p>« on a besoin d'être soutenu »</p>		<p>« tu réalises que tu as beau être médecin et bien gagné ta vie, du jour au lendemain tu as plus grand-chose »</p> <p>« se dire qu'on est malade et qu'on est comme les autres, aussi fragile que les autres »</p> <p>« je l'ai vécu comme un patient »</p> <p>« je pense que le vécu du médecin sous la tunique blanche et non plus sous la blouse blanche est important »</p> <p>« conseil de prendre une assurance »</p> <p>« on voit les défauts du système, on ose rien dire pour ne pas s'attirer les foudres »</p> <p>« le fait d'être de l'autre coté de la barrière permet de mieux juger et de mieux critiquer et peut être que quand c'est les médecins qui critiquent le système on a une meilleure écoute »</p> <p>« j'ai pas du tout été médecin, je pouvais pas être médecin »</p> <p>« quand on joue au médecin avec sa maladie, on est beaucoup plus emmerdants et on le vit beaucoup plus mal »</p>		

		<p>Jamais regardé les recommandations</p> <p>« j'ai une histoire que tous les médecins de la fac connaissent, je ne l'ai pas caché au contraire »</p> <p>« la partie patient n'a pas besoin d'un diagnostic parce qu'aussi la partie médecin sait que du diagnostic ne découlera pas de modification de prise en charge »</p> <p>« on est aussi bête que les patients »</p> <p>« j'ai horreur d'être assis de ce côté du bureau »</p> <p>« déjà être malade quand on est médecin c'est impensable, putain il y a quand même 2 cotés à un bureau et c'est l'autre qui est malade »</p> <p>« l'insuffisance cardiaque que j'ai-je l'aurai trouvé grave pour un de mes patients »</p> <p>« cela me semble une indécence insupportable d'être malade »</p> <p>« l'ultime dignité était de demandé du pognon à personne »</p> <p>« j'avais 3 mois pour mes pieds »</p> <p>« l'essentiel de ma vérité c'est ça me ferai tellement chier qu'on dirai que j'avais rien... à peu près le raisonnement d'un enfant de 5ans »</p>
P4	<p>Distingue les pathologies graves (cancer) et autre</p> <p>« c'est la pondération de la gravité »</p>	<p>« je me suis senti absolument comme tout le monde »</p> <p>« le médecin est un malade absolument comme les autres il fait son expérience de la maladie comme n'importe quel malade à coté du savoir qu'il en a »</p> <p>« le sentiment que j'ai eu est un sentiment de malade et vraiment pas de médecin »</p> <p>« une fois que j'ai accepté de lâcher prise et de me comporter comme un malade et non plus comme un médecin malade ça a été très bien »</p> <p>« ma tête de médecin a repris le pas je dirais quand il a déroulé les protocoles possibles »</p> <p>Problème des assurances et indemnisations « pas de mi temps »</p> <p>« c'est pas pareil de lire les trucs noir sur blanc que de recevoir la nouvelle par quelqu'un avec qui o échange des regards, des informations, un accompagnement »</p>
P5	<p>« je me suis toujours occupé de mes problèmes de santé ordinaires »</p>	<p>Ne pas payer</p> <p>« on passe son temps à soigner les autres et c'est vrai que quand on est soi même atteint c'est important d'être soutenu »</p> <p>« ça fait partie des règles déontologiques et c'est important que cela existe »</p> <p>« Quand on est médecin on veut pas défaillir soit même dans son propre corps »</p> <p>« il y a un fantasme de toute puissance du médecin quand même »</p> <p>« on est tous confronté à des histoires de santé, de vie c'est normal on est des hommes comme les autres, des femmes comme les autres, des humains comme les autres »</p> <p>« la psychanalyse ça a modifié ce qui aurait pu être néfaste du fait que j'étais médecin »</p> <p>« je pense que la psychanalyse est une source d'aide pour les médecins malade ou pas »</p> <p>« soit même médecin on est pas exempt de fantasmes, de représentations... qui perturbent la représentation objective de ses problèmes de santé »</p> <p>« je suis quand même médecin avec des particularités »</p> <p>« quand je reçois un médecin je suis trois fois plus attentive c'est des gens qu'on materne beaucoup plus »</p>
P6	<p>« le fait d'être confronté à la réalité et aux limites de la médecine ou à quelque chose qui pouvait s'apparenter à une inefficacité médicale »</p> <p>« je pense que la tuberculose était psychosomatique encore que peut être c'est pas n'importe qui qui fait la tuberculose »</p>	

P7	<p>Distingue pathologies graves et non graves</p> <p>« quand je vais bien je gère et quand je gère et quand je sens que ça va vraiment pas et que c'est grave je gère plus »</p>	<p>« toujours l'envie de reprendre le dessus »</p> <p>« patient c'est fini, je reprends le contrôle de la situation »</p> <p>« que j'oublie ce que je savais mais c'est dur de pas essayer de contrôler »</p> <p>Gynécologie « je ne peux pas m'examiner seule donc du coup cela ne me pose pas de problème »</p> <p>« ça se passe mieux quand je lâche prise »</p> <p>« je me suis retrouvé vraiment malade c'est plus simple de lâcher prise et de ne pas se poser de question »</p>
P8	<p>« c'est bien de se mettre un peu du côté du patient ça change un peu la vision que l'on a de la maladie »</p> <p>« je n'ai pas eu de pathologies graves jusqu'à maintenant je touche du bois »</p>	<p>« d'être de l'autre côté de la barrière »</p> <p>« une des caractéristiques des médecins par rapport à leur état de santé c'est de ne pas du tout être objectif »</p> <p>« c'est plutôt le fait d'avoir une profession libérale et de faire en sorte qu'on puisse faire au mieux pour concilier à la fois le métier et l'accouchement, pour des raisons de commodités »</p> <p>« quelqu'un qui puisse avoir un regard neutre, plus neutre, plus objectif sur notre état de santé, cela me paraît judicieux »</p> <p>« on est pas obligé d'être malade heureusement »</p> <p>« j'ai fait comme si je n'étais pas enceinte pour continuer à travailler, j'ai trouvé ça très frustrant j'ai vu qu'il y avait une franchise de 15 jours avant de toucher le moindre centime j'ai travaillé 3 jours avant d'accoucher »</p> <p>« on est pas bon juge »</p>
P9	<p>« j'ai vécu toute mon enfance en me disant que a maladie allait s'arrêter »</p> <p>« la maladie est toujours là »</p> <p>« on vit toujours avec ça »</p> <p>Peu de connaissances sur la pathologie</p> <p>Déni de la maladie</p> <p>« au même moment je me suis cassé physiquement et moralement »</p> <p>« c'est sidérant on se demande de quoi on est fait et d'où on vient et que justement la science médicale est assez floue on est obligé d'appréhender les choses qui sont pas forcément expliquées dans les bouquins »</p> <p>« la dimension qui m'embête le plus c'est le côté autosomique dominant »</p> <p>« se dire que son enfant risque d'avoir la même chose que soi, une chance sur deux ça fait réfléchir »</p> <p>Besoin de conseil anténatal</p>	<p>« ça fait parti des trucs vraiment importants qui dès que je suis posé il faut que j'encleuche »</p> <p>« je me suis pas vraiment intéressé à tout ça depuis plusieurs années »</p> <p>« je me soigne mal comme à peu près tous les médecins »</p> <p>« je sais que comme patient je suis pas bon, je suis une prise de tête »</p> <p>« c'est un peu plus compliqué encore le rapport à sa maladie quand on est soi même médecin »</p> <p>« c'est intéressant de goûter la morphine quand on est médecin »</p> <p>« je n'ai jamais repris d'anti-dépresseur, une fois qu'on a goûté et qu'on sait que ça ne marche pas ça incite beaucoup à ne pas en reprendre »</p> <p>Négligence de la couverture sociale « ça peut se remettre à zéro très vite »</p>
P10	<p>« je suis pas très anxieux de ma santé »</p> <p>Distingue deux types de pathologies : Entravent l'activité professionnelle</p> <p>N'entravent pas l'activité professionnelle « être malade comme tout le monde, un rhume »</p>	<p>« je pense que quand on est patient on est aussi désemparé que les autres, pas de la même façon après il y a une particularité personnelle »</p> <p>« c'est bien de savoir que les gens ont des particularités »</p> <p>« mais si on les soigne et on arrive avec des stéréotypes c'est forcément réducteur et ça pose problème »</p> <p>« on est des représentants de la diversité »</p> <p>« chaque personne est singulière et j'essaie de cerner les gens dans leur singularité »</p> <p>« le parcours des études médicales c'est aussi le façonnage d'une culture médicale personnelle »</p>

		<p>« Je suis sur mes gardes quand je soigne quelqu'un qui fait parti du personnel de santé »</p> <p>« Je suis plus précautionneux, plus systématique »</p> <p>« ca fausse l'image du médecin de savoir que l'autre est médecin »</p> <p>« la souffrance psychologique du soignant c'est vraiment de se stigmatiser ou de se censurer »</p> <p>« l'idée d'être mauvais juge pour soi même, encore plus qu'un patient »</p>
P11		
P12	<p>« contrôler psychologiquement oui,... mais contrôler le risque pas vraiment »</p> <p>« pas de changement dans la vision de la maladie paradoxalement »</p>	<p>« mes principes d'éducation thérapeutique : le patient c'est lui qui est malade, c'est lui qui va prendre en charge sa maladie »</p> <p>« pour une maladie chronique il est nécessaire que le patient adhère au traitement car c'est lui qui va le prendre »</p>
P13	Psycho somatique	<p>« le monde libéral est totalement hostile à toute personne qui a la moindre maladie, le moindre handicap et pas à cause du monde libéral mais de la société et de ses pseudos règles »</p> <p>« on vous renvoi que vous êtes précaire et que quelque part vous êtes pas fiable »</p> <p>« les soignants ont besoin d'être soigné comme des malades et non comme des soignants »</p> <p>« la société a ses pseudos règles il faut être beau et en bonne santé surtout pas vieux et malade sinon c'est dramatique »</p>

## ANNEXE 2 : tableau récapitulatif des notions

MALADIE

	Contexte	Symptômes	Annonce	PEC	TTT	Suivi
P1	Manque de temps	Signes de dépression Déni Retard Solitude	Auto annonce	Auto prescription d'examens	Auto prescription Compulsivité de la prise	seul
P2	Manque de temps	Abstraction		Auto prescription d'examens	Auto prescription	Régulier
P3	Manque de temps	Retard Négligence	Compréhension immédiate Annonce normale	Rapidité initiale examens Lenteur avant traitement	Par spécialiste : pas d'intervention	Régulier
P4		Négligence	Diagnostic non confirmé	Absence de réalisation des examens demandés	Si besoin	Non
P5		Signes inconnus	Compréhension immédiate	Rapidité initiale des examens Lenteur avant traitement	Par spécialiste : pas d'intervention	Oui
P6		Signes de tuberculose	Auto diagnostic	Auto prescription d'examens	Auto renouvellement pour pathologie chronique Sinon par spécialiste	Régulier
P7		Auto analyse des symptômes Retard	Auto diagnostic	Auto prescription	Chirurgie	Seul par abandon
P8		Négligence		Auto prescription d'examens	Refus prise au long cours	
P9	Congénitale Manque de temps	Banalisation Retard Négligence	Diagnostic non confirmé	Auto prescription d'examens	Refus prise traitement	Aucun
P10		Signes aigus	Annonce brutale		Chirurgie	Non nécessaire
P11		Retard Négligence Déni	Normale	Auto prise en charge initiale « essais »	Par spécialiste Pas l'intégralité du traitement prescrit	Dépistage
P12	Actif	Retard	Auto annonce	Auto prescription d'examens	Auto traitement Auto renouvellement	Très régulier
P13	Actif	Retard Négligence	Auto annonce	Auto prescription initiale puis par spécialiste		Régulier par spécialiste

PARCOURS DE SOINS EN PRATIQUE

	Choix des soignants	Structure de PEC	Place du MT
P1	Spécialiste Aucun lien Hôpital / ville Manque de savoir, connaissance supplémentaire Pas de recherche personne particulière Relation bonne	Urgences quand nécessaire	OUI Ami Pas de consultation Pb de relation avec les confrères
P2	Spécialiste Ami, correspondant Urgence, hôpital, ville Recherche confiance, compétence Validation de l'auto prescription Pb horaires	Urgences proximité	NON Soi même Inconcevable
P3	Spécialiste Ami, correspondant Hôpital, ville Pas nécessité Recherche compétence Considère comme non médecin Pb horaires, délai		OUI Ami Administratif Aucun rôle Pas de consultation
P4	Spécialiste Que des amis Ville, clinique Recherche intelligence, communication Pas d'attentes particulières Pb relation	Fonction de la pathologie	OUI Soi même Pb de confiance envers les autres
P5	Spécialiste Correspondant Hôpital Nécessité Recherche compétence, respect de la personne Attente : déléguer Pb relation	AP	OUI Connaissance Choix de la personne Au moment de la pathologie Rôle de décision Paielement de la consultation
P6	Spécialiste Ami Ville Recherche confiance Attente même pratique de la médecine, avis extérieur	Ville au maximum	OUI Soi même Normal pour pathologie ordinaire Pathologie grave prendre tiers
P7	Spécialiste Inconnu	Hôpital pour anonymat	OUI Médecin d'enfance

	Ville, hôpital Recherche compétence Attentes anonymat, rapidité Pb statut de médecin, absence de suivi		Pas de consultation Pb relation « confrère/consœur »
P8	Spécialiste Connaissances Ville Manque de savoir, connaissance supplémentaire Recherche compétence, relation humaine Attentes oubli statut de médecin, distance Pb relation		OUI Associé Pas de consultation conseil
P9	Spécialiste Personne recommandée Hôpital Pour avis Attente contrôle de la consultation		OUI Ami Pas de consultation Réflexion choix de la personne
P10	Spécialiste Ami Attente : indication formelle	Pas de préférence	OUI Associé Pas de consultation Evolution de la réflexion sur nécessité MT
P11	Spécialiste connaissance Ville, hôpital Quand « demande du MT »		OUI « vrai médecin traitant » Inconnue Choix professeur Paielement consultation
P12	Spécialiste Correspondant Ville Recherche compétence Attente avis	Référence	NON Femme Pas de consultation Réflexion choix de la personne
P13	Spécialiste Correspondant puis réseau Ville puis hôpital Quand : nécessité Recherche compétence, confiance Pb relation	Réseau du spécialiste	NON Soi même

RELATION AVEC LES AUTRES

	Soignants médicaux	Soignants para médicaux	Entourage professionnel	Entourage familial	Les patients
P1	Pas anonyme Confiance Distance thérapeutique, intimité Négociation Peur Doute sur nécessité		Jugement Peur regard Incompréhension	Dissimulation initiale Retentissement sur la famille	
P2	Pas anonyme Terminologie différente				
P3	Pas anonyme Respect Identique Risque de minimisation par soignant	Très mauvaise relation	Intervention	Retentissement sur la famille	Transfert Modèle Rassurer
P4	Pas anonyme Négociation Terminologie différente Explications moindre Mise en place d'un cadre hiérarchique par le soignant Humiliation		Incompréhension Indifférence associé Colère	Regard du conjoint	
P5	Pas anonyme Confiance Rassurance Mise en place d'un cadre hiérarchique Païement des consultations Difficulté : absence d'oubli du statut de médecin, connivence	Bonne relation	Respect associé	Regard du conjoint	
P6	Pas anonyme Empathie Honte Difficultés : statut médecin, inhibition	Aucun problème	Soutien associé	Pas soin de sa famille	Soutien Estime inquiétude
P7	Anonyme Gène Abandon Différence des explications	Anonyme : aucun problème Pas anonyme : catégorisation patients compliqués			
P8	Pas anonyme Volonté cadre hiérarchique				Inquiétude Doute sur compétence
P9	Pas anonyme	Aucun problème		Difficulté pour faire diagnostic	Regard interrogateur des patients
P10	Pas anonyme Disponibilité	Pas anonyme Aucun problème			

	Honte Difficulté empathie	Favoritisme		Regard de la famille	
P11	Anonyme Difficulté faire confiance				
P12	Pas anonyme Confiance Interférence, participation PEC	Aucun problème			Modification regard Intégration
P13	Anonyme Confiance Volonté cadre hiérarchique avec oubli statut de médecin	Anonyme Aucun problème	Confraternité Amitié		Attention

ETRE SOI MEME MALADE				
	Vécu immédiat	Avantages d'être soignant	Inconvénients d'être soignant	Vécu à postériori
P1	Intériorisation Perte confiance Culpabilité	Compréhension pathologie Favoritisme : explication, qualité soins	Retard consultation Absence de communication avec auto prescription Peur de déranger Solitude	Bonne PEC Modestie Déléguer
P2	Choc Abstraction des signes annonciateurs de la maladie Peur de certaines pathologies	Favoritisme : qualité soin	Angoisse Compréhension si grave	Déni de l'arrivée de la pathologie
P3	Choc			Notion de la vie et de la mort Pb physique Difficulté d'acceptation de la maladie et de son statut
P4	Temporalité change Abstraction de la gravité de la pathologie et de la pathologie elle-même Peur de certaines pathologies	Auto renouvellement	Dramatisation Déni Absence d'objectivité symptômes	Déni de la maladie Arrêt de l'activité Difficulté d'acceptation de la maladie et du statut de malade
P5	Traison Peur Sidération Régression Choc	Auto prescription Autonomie Facilité accès réseau de soin	Accès aux informations médicales Compréhension si grave	Arrêt de l'activité : manque de disponibilité, empathie Notion de renoncement Temporalité change Vision de la vie
P6			Honte Angoisse Absence d'objectivité symptômes	Besoin arrêt Vision de la vie Modification de la temporalité Difficulté d'acceptation du statut de malade
P7	Difficulté		Angoisse Compréhension	
P8			Absence d'objectivité symptômes	
P9	Régression Peur de certaines pathologies Abstraction des symptômes Retour à quelque chose de connu	Compréhension pathologie et langage Favoritisme : explication Facilité accès au réseau de soin	Absence d'objectivité symptômes Compréhension Retard consultation Dramatisation	Vigilance Difficulté d'acceptation de la maladie
P10	Minimalisation Déstabilisation		Absence d'objectivité symptômes Dramatisation Honte Accès aux informations médicales	Vigilance Content arrêt
P11			Absence d'objectivité	
P12		Compréhension pathologie Autonomie	Retard consultation Sur investissement	Déni de l'arrivée de la pathologie Sentiment de maîtrise de la pathologie
P13	Révolte Déstabilisation	Favoritisme : qualité de soin	Attitude confrère dans raisonnement de soin	Vision de la vie Pb société

	Retour à quelque chose de connu			Modification de la temporalité
<b>RETENTISSEMENT SUR LA PRATIQUE</b>				
	Avant le traitement	Pendant	Après pour les patients	Après pour le médecin
P1	Répercussion sur le travail	Pas d'arrêt de travail pour chronique Traitement en travaillant	Attention supérieure Empathie Amélioration de la PEC	Amélioration Faire attention au transfert
P2	Répercussion sur le travail	Pas d'arrêt de travail Traitement en travaillant chronique	Amélioration de la PEC Empathie	Amélioration Investissement dans la pathologie
P3	Surinvestissement dans le travail	Arrêt de travail Remplaçant Reprise mi temps	Modification patientèle Amélioration de la PEC Transfert à surveiller	Modification communication Investissement Modification de la patientèle
P4	Asthénie	Arrêt de travail et de l'activité	Arrêt de l'activité	Arrêt de l'activité
P5	Aucun	Arrêt de travail et de l'activité	Arrêt de l'activité	Arrêt de l'activité
P6	Maintien de l'activité	Arrêt de travail	Transfert à éviter Plus d'explications Compréhension	Investissement Modification patientèle Limitation activité professionnelle Modification choix professionnel
P7	Aucun	Pas d'arrêt de travail	Aucun	Aucun
P8		Pas d'arrêt de travail	Compréhension meilleure	Réflexion
P9	Aucun en aigue	Pas d'arrêt de travail Traitement en travaillant	Transfert à surveiller	Investissement Modification du choix professionnel
P10	Aucun	Arrêt de travail Remplaçant	Attention supérieure Méfiance	
P11		Pas d'arrêt de travail Traitement en travaillant	Utilisation traitement pour patients transfert	
P12	Aucun	Arrêt de travail	Pas de transfert	Limitation activité professionnelle Investissement
P13	Répercussion sur le travail	Arrêt de travail Remplaçant Pb du caractère libéral	Aucun	Limitation activité professionnelle

VISION DE LA MALADIE	
	Vision de la pathologie
	Vision du soin chez les médecins
P1	Distingue pathologies endogènes et exogènes Avant / après la maladie
P2	Peur de certains organes
P3	Fatalité de la maladie Explication freudienne Conviction religieuse Absence de vision de l'avenir
P4	Distingue les pathologies graves et non Peur Difficulté de se considérer comme malade Limitation par la pathologie
P5	Distingue pathologies ordinaires et autres Avant / après la maladie Optimisme
P6	Absence de peur Explication psychosomatique de la pathologie Objectivité de ses symptômes Vision médecin généraliste
P7	Distingue pathologies graves et non
P8	Distingue pathologies graves et non
P9	Vision médecin généraliste Déni de la maladie Peur Difficulté du caractère héréditaire
	Impossibilité de s'examiner seul correctement Impossibilité d'être objectif Impuissance médecin comme les autres Médecin pudique
	Vision identique médecin malade et malade lambda
	Vision identique médecin malade et malade lambda Etre un patient Etre assuré Critique du système Ne pas regarder les recommandations
	Difficulté d'être le patient Pb protection sociale des médecins
	Vision identique médecin malade et malade lambda Lâcher prise Etre un patient Etre assuré Pb protection sociale des médecins
	Absence de paiement Déontologie médicale Impuissance médecin comme les autres Psychanalyse Particularités du médecin
	Lâcher prise Impossibilité de s'examiner seul
	Pb protection sociale des médecins Impossibilité d'être objectif
	Manque de temps Pb de la protection sociale Mauvaise PEC des médecins

P10	Distingue pathologies qui entravent la vie professionnelle et les autres	Impossibilité d'être objectif Vision identique médecin malade et malade lambda Particularités du médecin
P11		
P12	Absence de contrainte Maîtrise de la pathologie	Malade doit adhérer au traitement
P13	Peur	Pb caractère libéral de l'activité Vision identique médecin malade et malade lambda Stéréotypes de la société

## PERMIS D'IMPRIMER

VU :

VU :

Le Président de thèse

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Université Paris Diderot - Paris 7

Université Paris Diderot - Paris 7

Le Professeur Pascal Hammel

Professeur Benoît Schlemmer

DATE :

5.5.2011

DATE :

09/05/2011

  
**Pascal HAMMEL**  
Pôle des Maladies de l'Appareil Digestif  
SERVICE DE GASTROENTÉROLOGIE PANCRÉATOLOGIE  
HÔPITAL BEAUJON  
9718 CLICHY CEDEX  
Tél. : 01 40 87 56 53  
Fax : 01 42 70 37 84

**VU ET PERMIS D'IMPRIMER**  
Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7  
et par délégation

Le Doyen



Benoît SCHLEMMER

Le médecin peut être confronté comme tout être humain à la maladie, même si les termes : médecin et malade semblent contradictoires. La difficulté de ce double statut apparaît au premier abord mais est-il réel ?

Le statut du médecin, quand il est malade, interfère-t-il dans la prise en charge qu'il s'octroie ? Son vécu de la maladie est-il différent ? Existe-t-il un retentissement personnel et professionnel de la maladie ? C'est ce que nous avons tenté d'étudier.

Pour cela, nous avons réalisé une étude qualitative à partir d'entretiens semi directifs auprès de 13 médecins généralistes franciliens souffrant de pathologies diverses. Nous avons fait un certain nombre de constats.

Le médecin/malade de par le manque de temps et la possibilité d'auto prescription consulte un confrère, généralement spécialiste, avec retard parfois, d'autant qu'il possède rarement un médecin traitant référent.

Restant dans un univers familial qui n'est plus professionnel mais personnel, le passage de médecin à malade n'est pas qu'un simple changement de rôle mais bien un changement de statut délicat et chargé d'ambivalences. Dans les meilleures conditions, le vécu de sa maladie est celui d'un malade plutôt que celui d'un médecin, ce qui facilite ses relations avec ses confrères. Le médecin/malade considère qu'il ne doit pas cacher son statut de médecin à son confrère malgré les difficultés dans la relation médecin-malade que cela peut engendrer. Son retentissement professionnel dépend de la pathologie même si un surinvestissement dans la pathologie a été constaté à postériori, les médecins/malades ne s'accordent un arrêt de travail durant le traitement qu'en cas de nécessité absolue. Les obstacles aux soins évoqués par les médecins proviennent en partie du caractère libéral de l'activité, de la non compensation par la protection sociale spécifique et des difficultés à trouver un remplaçant.

Ces résultats nécessiteraient des études de plus grandes ampleurs mais posent aussi la question du soin aux patients d'une manière plus générale et du soin des médecins envers leurs proches.

Mots clés : médecine générale, médecin/malade.