

Année 2011

n° \_\_\_\_\_

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

PAR

**Madeleine LHOTE**

**Née le 19 janvier 1984, à Paris IXè**

\_\_\_\_\_

*Présentée et soutenue publiquement le 05 juillet 2011*

\_\_\_\_\_

**SOIGNER UN MÉDECIN MALADE :**

**QUELLES SPÉCIFICITÉS ?**

**Etude qualitative auprès de médecins franciliens**

Président de thèse : **Professeur Pascal HAMMEL**

Directeur de thèse : **Professeur Eric GALAM**

**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 tous mes co-externes, co-internes, chefs – surtout Claire, Flo, et Chacha– et à toutes les équipes paramédicales rencontrées au fur et à mesure de mes stages,**

Vous avez bâti pas à pas mon parcours, chacun et chacune d'entre vous m'a apporté, jour après jour, compétence, patience et expérience. Vous ne sauriez en être trop remerciés...

**A tous mes copains de promo,**

Si l'internat nous a séparés, faire mes premiers pas sur les bancs de Bichat en votre compagnie a été l'une des meilleures expériences de ma vie... Merci à tous pour votre soutien et votre bonne humeur. Une petite pensée particulière pour Lionel, Lilou et Alex... et tous les autres !

**A mes parrain et marraine, oncles, tantes, cousins, cousines,**

Pour ce qu'ils ont fait dans l'ombre. Brigitte, Pascal, merci de m'avoir sauvée de moi-même. Thalie, JC, merci de m'avoir aidée à me ressourcer. Votre gentillesse et vos encouragements sont des soutiens irremplaçables.

**A mes grands-parents,**

Pour leur bienveillance permanente et leur soutien sans faille. D'ici ou d'en haut, merci d'avoir veillé sur moi et de m'avoir accompagnée, pas à pas. Je suis fière d'être votre petite-fille à tous les quatre...

**Aux « Nains »,**

Qui me supportent depuis bien longtemps et m'accompagnent au quotidien : les soirées jeux, les weekends, les fous rires mais surtout votre amitié durable et votre bonne humeur inconditionnelle me sont éminemment précieux...

**Aux « Compas » and Co,**

Avec qui j'ai traversé torrents et tempêtes : notre unité fait notre force, et ce, malgré les ans qui passent. Vous m'avez faite grandir, nous avons partagé bien plus, appris bien plus sur nous-mêmes que ce à quoi nous attendions, et ce n'est qu'un début... Au bout de mes rêves, je suis en route, et vous ?

### **A Sandra, ma petite Sandra...**

Nous avons partagé bien plus que des heures de travail au cours des dix dernières années ! Merci de ta présence, de ta fidélité, de ton caractère d'ange : tu m'es devenue indispensable, j'en ai peur... Tu t'apprêtes à changer de vie et je te la souhaite belle, longue et heureuse ! Sois quand même certaine que si le temps n'a pas réussi à nous séparer, la distance n'y parviendra pas non plus...

### **A mes frère et sœurs, leurs moitiés et leurs p'tits loups,**

Des mots ne suffisent pas – et ne suffiront jamais – à vous dire tout ce que vous êtes pour moi. J'aurais tant à vous dire... Cinq, comme les cinq doigts de la main, indissociables, indispensables : plus que des amis, des confidents, vous faites partie de moi. Grandir avec vous a été une chance que peu de gens connaissent. Merci pour nos javas, nos délires, nos répliques cultes, nos repas de famille, pour votre présence dans les bons comme dans les mauvais moments. J'ai hâte de voir vos tribus s'agrandir ! *Gardez cette chance, cette force de penser que le plus beau reste à venir...*

### **A mes parents,**

Vous êtes la pierre angulaire de ma vie, c'est grâce à vous si je suis arrivée là aujourd'hui. Vous m'êtes indispensables. Avec patience et détermination, vous avez su me – nous – faire grandir, mûrir, évoluer, individuellement et collectivement, pour former la famille magique que nous sommes aujourd'hui. Je ne sais pas comment vous avez fait, mais vous nous avez prouvé qu'on peut n'avoir « *que l'amour, pour tracer un chemin et forcer le destin à chaque carrefour* » ...et que ça suffit ! Vos regards bienveillants ont su nous rassurer et guider nos vies. Prenez soin de vous surtout. Et encore merci pour tout...

### **A Adrien,**

Je suis désolée que tu sois le dernier, tu vas dire que ça fait cliché ! Chaque jour qui passe avec toi est une aventure unique. J'aime nos projets de voyages, notre façon de vivre et ta façon bien à toi de prendre la vie, toujours du bon côté. Merci à toute ta famille de m'avoir accueillie si chaleureusement, mais surtout, merci à toi d'avoir été là et d'avoir supporté mes mauvais jours. Dix années de médecine qui s'achèvent ouvrent des perspectives tout autres : j'ai hâte de voir ce qui nous attend après ! *Il n'y a que les routes qui sont belles...* à nous de construire la nôtre !

# SOMMAIRE

▪	INTRODUCTION.....	7
▪	CONTEXTE .....	10
	I.    Cadre conceptuel.....	11
	II.   Deux études quantitatives de grande ampleur.....	11
	III.  La santé des médecins généralistes.....	13
	IV.  Le rapport du Conseil National de l'Ordre.....	14
	V.    Les modèles étrangers d'aides à la prise en charge des médecins.....	15
	A.    Au Québec.....	15
	B.    En Catalogne.....	16
	C.    Aux Etats-Unis.....	17
	VI.  Les structures existantes.....	17
▪	MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	19
	I.    Type d'étude .....	20
	II.   Méthodologie de sélection des médecins interrogés.....	20
	A.    Mode de recrutement .....	20
	B.    Critères d'inclusion.....	20
	C.    Détermination du nombre de patients à inclure.....	20
	III.  Méthodologie des entretiens.....	20
	A.    Choix de l'entretien semi-dirigé.....	20
	B.    Réalisation du guide d'entretien.....	21
	IV.  Réalisation des entretiens .....	22
	A.    L'intervieweur.....	22
	B.    Date et lieux des entretiens.....	22
	C.    Matériel utilisé.....	22
	V.    Méthodologie d'analyse des données.....	23
	A.    Première phase : transcription.....	23
	B.    Seconde phase : relecture.....	23
	C.    Troisième phase : codage.....	23
	D.    Quatrième phase : regroupement des données.....	23
	E.    Cinquième phase : tableau récapitulatif.....	24
▪	PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....	25
	I.    Caractéristiques de l'échantillon.....	26
	II.   Caractéristiques des entretiens.....	27
	III.  Description des consultations.....	28
	A.    Types de médecins soignés.....	28
	B.    Modes d'arrivée en consultation.....	29
	C.    Déroulement de la consultation.....	29
	D.    Modalités de prise en charge.....	30
	IV.  Éléments identiques de prise en charge .....	31
	A.    Annonce diagnostique.....	31
	B.    Communication.....	31
	C.    Prise en charge globale / Examens complémentaires.....	32
	D.    Consignes / Suivi.....	32
	V.    Spécificités de prise en charge .....	32
	A.    Annonce diagnostique.....	32
	B.    Communication.....	33
	C.    Prise en charge globale / Examens complémentaires.....	34
	D.    Consignes / Suivi.....	34
	VI.  Relations avec le médecin soigné.....	35
	A.    Différences de relations.....	35
	B.    Attentes d'un médecin pour sa prise en charge.....	36
	VII.  Place du soignant.....	37
	A.    Ressenti.....	37
	B.    Difficultés rencontrées .....	38
	VIII.  Soin des médecins.....	39
	A.    Être soi-même malade .....	39
	B.    Place du médecin traitant et/ou des autres soignants .....	40
	IX.  Soigner sa famille .....	41
	X.    Aides proposées pour la prise en charge .....	42
	A.    Analyse de la contrainte .....	42
	B.    Aides proposées .....	43
	C.    Nécessité d'une formation complémentaire .....	45

▪	<b>DISCUSSION</b>	<b>46</b>
	I.    Limites de l'étude	47
	A.    L'échantillon	47
	B.    Les biais de l'étude	47
	C.    Les lacunes du questionnaire	48
	D.    Les limites du champ exploré	49
	II.   La méthodologie	49
	III.  Les résultats	49
	A.    Par rapport aux données déjà disponibles	49
	B.    Discussion des résultats	50
	1.  Description des consultations	50
	2.  Eléments identiques de prise en charge	55
	3.  Spécificités de prise en charge	56
	4.  Relations avec le médecin soigné	59
	5.  Place du soignant	63
	6.  Soins des médecins	69
	7.  Soigner sa famille	75
	8.  Aides proposées pour la prise en charge	77
	C.    Confrontations des données – Discussion générale	80
	D.    Quelles solutions proposer ?	82
	IV.  Synthèse	85
	A.    Comment soigner un médecin : la théorie	85
	B.    Comment soigner un médecin : la pratique	86
	C.    Quelles difficultés dans le soin ?	87
	D.    Les pièges à éviter	89
▪	<b>CONCLUSION</b>	<b>91</b>
▪	<b>PERSPECTIVES COMMUNES AUX DEUX THÈSES</b>	<b>94</b>
▪	<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>98</b>
▪	<b>ANNEXES</b>	<b>99</b>
	I.    Annexe 1 : guide d'entretien	99
	II.   Annexe 2 : tableau récapitulatif par mots-clés	100
	III.  Annexe 3 : tableau récapitulatif par notions	122

# **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 de mars 2011<sup>4</sup>. 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<sup>5</sup>. 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, la Rapport Legmann du Conseil de l'Ordre publie des chiffres alarmants : seuls 9% des nouveaux médecins diplômés ont choisi l'installation en libéral<sup>6</sup>. 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 2003, publiée dans le Concours Médical, le taux de décès par suicide chez les médecins serait de 14%, alors qu'il est de 5,6% dans la population générale<sup>7</sup>. 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 Bonneaudeau.

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 présumé 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 présente 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 brosser 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. 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 Bonneauudeau pourrait se fonder sur la question « un médecin est-il un patient comme les autres ? », la seconde, écrite par Madeleine Lhote serait « Soigner un médecin : quelles spécificités » ?

## **CONTEXTE**

## **I. Cadre conceptuel**

S'intéresser à la santé des médecins n'est pas anodin, c'est une tendance que l'on observe de plus en plus avec les mises en évidence de pathologies professionnelles, les phénomènes de stress au travail, d'épuisement professionnel voire carrément de burnout. Le burnout, entité décrite au début des années 1970 par Freudenberger<sup>8</sup>, marque l'avènement d'une ère nouvelle au sein de laquelle la reconnaissance du stress au travail et de ses impacts socio-professionnels voit le jour. Pourtant, bien que décrit chez d'autres professions que les médecins, à commencer par les enseignants et les travailleurs sociaux, le burnout n'a déclenché en France que tardivement l'initiation d'études à grande échelle visant à évaluer la santé des médecins. C'est bien de cela qu'il s'agit : nous alertons-nous suffisamment sur la santé physique et mentale des personnels soignants ? Le sujet demeure tabou dans le milieu : les médecins rechignent à parler de leur santé par manque de temps, par pudeur, par fatalisme ou peut-être aussi par déni ?

En cela, l'évolution de la société aidera un peu à débloquent les verrous. La France, pourtant pionnière dans nombre de domaines médicaux – recherche, oncologie, thérapeutique – est très loin d'être aux premières loges dans l'étude de la santé des médecins. Les premiers travaux concernant la santé des médecins paraissent outre Atlantique<sup>9</sup>. Ainsi, au début des années 1980, les Canadiens publient un certain nombre de travaux sur le burnout<sup>10</sup>, ses tenants et aboutissants, ouvrant ainsi la brèche à d'autres études aux Etats-Unis, en Angleterre, en Espagne... puis un peu plus tardivement, en France.

## **II. Deux études quantitatives de grande ampleur...**

Dans le cadre de cette prise de conscience à grande échelle, l'Union Européenne a financé deux études de grande ampleur.

La première d'entre elle, nommée PRESST-NEXT<sup>11</sup> (Promouvoir en Europe – Santé et satisfaction des Soignants au Travail – Nurses' Early Exit Study) s'est déroulée de 2004 à 2006. Elle porte sur la situation de travail et de vie des personnels soignants paramédicaux, ainsi que les difficultés qu'ils rencontrent dans l'exercice de leur métier. Elle vise à mieux identifier ce qui peut expliquer l'abandon prématuré de leur profession par les soignants paramédicaux. L'objectif est de proposer des solutions pour réduire les problèmes de santé et les départs prématurés des soignants, grâce à la compréhension de leurs déterminants. Dix pays y ont participé, lançant un message fort d'une volonté d'investissement dans les domaines de la santé des soignants : l'Allemagne, la Belgique, la Finlande, la France, la Grande-Bretagne, l'Italie, la Pologne, les Pays-Bas, la Slovaquie et la Suède. Elle a concerné pas moins de 5300 soignants en France, et près de 40 000 en Europe.

Elle pointe du doigt des préoccupations fortes des personnels soignants – infirmiers, aides-soignants, cadres infirmiers – tous salariés, pouvant expliquer un arrêt prématuré de l'exercice de leur profession, à savoir :

- Un souci majeur sur la qualité des soins réalisés, malgré une certaine fierté à exercer le métier de soignant
- La mise en exergue du travail d'équipe, de la qualité des relations, de l'autonomie et du soutien, de la transmission des informations avec un insatisfaction franche du soutien psychologique reçu
- Les contraintes concernant les horaires et rythmes de travail
- L'inadéquation du salaire en regard des efforts fournis et des contraintes sur la vie personnelle
- La lourdeur des contraintes physiques imposées par leur profession
- La difficulté à préserver un équilibre famille-travail
- L'impression de fragilisation de l'état de santé, tant au niveau physique que mental
- L'importance du contenu et de la diversité du travail, balancés par la crainte de l'erreur et le manque de temps pour le réaliser, ainsi que de l'ambiance dans laquelle il est réalisé

Il est fondamental de noter que c'est lors de la présentation des résultats de l'étude PRESST-NEXT que les représentants des organisations professionnelles de médecins ont demandé à être associés à un travail similaire pour les professions médicales.

Ainsi est née la seconde étude quantitative mentionnée plus haut, l'étude SESMAT<sup>12</sup> (Santé Et Satisfaction des Médecins Au Travail). Menée entre 2007 et 2008, et pour l'instant concentrée à l'étude des médecins français, SESMAT a utilisé le questionnaire validé au niveau européen pour les paramédicaux, en conservant identiques deux tiers des questions qui restaient adéquates, afin de pouvoir réaliser des comparaisons. Un tiers des questions ont été remplacées par d'autres prenant mieux en compte la spécificité de l'exercice médical. SESMAT a en outre bénéficié d'un excellent taux de réponses : près de 2/3 des médecins qui se sont connectés au site internet de l'étude ont rempli le formulaire, aboutissant à un échantillon final de près de 3200 médecins salariés.

De même que chez les paramédicaux, l'étude SESMAT soulève différents points fondamentaux pouvant expliquer une intention d'abandonner la profession chez certains médecins. On dénombre parmi ceux-là :

- L'insatisfaction déclarée du soutien psychologique reçu au travail
- La crainte majeure de commettre des erreurs
- Les difficultés de prise en charge globale du malade avec une impression de difficultés à donner aux patients les soins dont ils ont besoin
- Des différences certaines d'intention d'abandon en fonction de la spécialité exercée, avec un paroxysme chez les urgentistes, les anesthésistes-réanimateurs, les gériatres et les pharmaciens
- La place d'un travail en équipe, ainsi que la diminution du temps passé à exercer des tâches autres que celles normalement dédiées aux médecins
- La notion de santé ressentie, l'importance de l'équilibre famille-travail ainsi que le burnout sont également des facteurs à souligner

Au total, l'étude révèle un chiffre aussi inquiétant que celui de la baisse de la démographie médicale : 17,4 % des médecins et pharmaciens salariés français déclarent une intention d'abandonner la profession. L'étude est encore en cours d'analyse et tous ses résultats n'ont pas encore publiés, mais elle marque clairement une nouvelle ère : celle où la santé des médecins devient une priorité de santé publique à part entière.

### **III. La santé des médecins généralistes**

Au regard de ces études aux résultats précieux, on pourra s'interroger sur la santé des médecins libéraux. En effet, ces études, tant PRESST-NEXT que SESMAT, concernent la santé des soignants salariés.

L'un des travaux les plus récents concernant la santé des médecins libéraux date de 2006. Il s'agit de la thèse de médecine générale de Laurence Gillard intitulée « La Santé des Généralistes »<sup>13</sup>, une étude quantitative recueillant les témoignages de 386 médecins généralistes franciliens. Elle y souligne un certain nombre de comportements à risque chez les médecins, à commencer par l'automédication et l'autoprescription d'examen complémentaires, ainsi que l'absence globale de suivi de santé chez la plupart des médecins interrogés.

La question de la santé des médecins prend encore de l'ampleur lorsqu'est publiée en décembre 2008 – dans la lignée de l'étude NEXT – par les Conseils de l'Ordre de l'Eure et la Seine Maritime<sup>14</sup>, une autre enquête quantitative sur la santé des médecins libéraux de Haute Normandie, menée auprès de 552 médecins libéraux, généralistes et spécialistes. Celle-ci pointe du doigt les difficultés qu'ont les médecins libéraux à se prendre en charge

du fait de leur charge de travail, ainsi que la peur de ne plus pouvoir exercer leur activité de façon convenable, du fait de la démographie médicale déclinante.

Ce sont encore des travaux quantitatifs, menés par le biais de questionnaires anonymes remplis par les médecins généralistes tirés au sort et désireux de répondre. On notera, dans le cas de ces deux travaux, que le taux de réponses a été important : respectivement 38,6% pour la thèse de L. Gillard et 45% pour l'étude des Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins, telle une marque du vif intérêt des médecins libéraux pour la question de leur santé dans un contexte démographique critique – la densité médicale en Haute Normandie étant l'une des plus faibles de France...

#### IV. Le rapport du Conseil National de l'Ordre

S'appuyant sur toutes ces données, ainsi que sur les rapports annuels de la CARMF, le premier rapport vaste concernant la santé des médecins paraît en juin 2008. Il se penche sur l'aspect qualitatif des conditions de soins des médecins et leurs enjeux.

Publié par la commission nationale permanente (CNP) et rapporté par le Dr Leriche, le rapport s'intitule « *Le médecin malade* »<sup>15</sup>. 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.

Le rapport dresse dans la 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.
- La nécessité pour le **médecin prenant en charge son confrère** d'être rigoureux, franc et de 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.
- L'aspiration à la mise en place d'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, ainsi que l'absence fréquente d'assurance complémentaire, restent des problèmes importants 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 volontairement pas développés ici.

Après avoir présenté les modèles étrangers - que nous traiterons dans la partie suivante - la quatrième partie liste plusieurs propositions de la CNP pour aider à la prise en charge du médecin malade. Elle préconise :

- 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 professionnels
  - D'une banque d'emplois potentiels
  - De structures de dépistage précoce et de soutien au niveau départemental

Toutes ces propositions sont le fruit d'une réflexion poussée suite aux différents travaux sur le sujet, et surtout de l'expérience de nos confrères européens et américains, qui nous devancent largement dans ce domaine. Ils ont empreints leurs pratiques d'une préoccupation grandissante pour la santé de leurs soignants : nous ne pouvons que nous en inspirer grandement.

## V. Les modèles étrangers d'aides à la prise en charge des médecins

### A. Au Québec

Les premiers à s'être réellement intéressés à la question de la santé des médecins sont les Québécois. 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.

Le **Programme d'Aide aux Médecins du Québec**<sup>16</sup> (PAMQ) est un organisme créé en 1990 à but non lucratif. Il s'adresse en toute confidentialité aux médecins, résidents et étudiants en médecine, qui éprouvent des difficultés personnelles dans les provinces. Une des phrases de présentation du site de ce programme est « *La santé des autres dépend de la nôtre* ». 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 ayant des problèmes de santé mentale, certaines conditions physiques, des problèmes de toxicomanie incluant l'alcoolisme, un risque de transmission d'une infection hématogène, susceptibles de compromettre l'exercice professionnel de la médecine. 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 activités de perfectionnement en fonction des besoins du médecin.

## **B. En Catalogne**

En Catalogne, il existe un **Programme d'Aide Intégrale pour le Médecin Malade**<sup>17</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, inscrits à l'Ordre des médecins et souffrant des pathologies décrites précédemment. Il s'est progressivement développé. Les caractéristiques de ce programme regroupent 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 (84% des cas) de manière volontaire et spontanée ; ils travaillent dans 83% des cas.

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

## C. Aux Etats Unis

C'est tout le continent américain qui a été ému après le décès, en janvier 2001, de la petite Josie King, 18 mois, après qu'une erreur médicale ait provoqué son décès. Plusieurs mois plus tard, le père de Josie recevait un coup de téléphone du médecin, qui s'excusait, et lui expliquait qu'il n'existait aucune structure capable de soutenir les médecins en cas d'erreur médicale, qu'il ne dormait plus, ne mangeait plus et était incapable d'exercer depuis l'accident. L'histoire tragique de cette petite fille a abouti à la rédaction d'un livre par sa famille « Josie's Story » publié en septembre 2009, largement plébiscité dans la presse américaine pour sensibiliser les soignants, mais aussi leurs familles à la qualité des soins, la notion d'erreur médicale et les interactions qui doivent naître d'une consultation, même banale... Ainsi est née la Fondation Josie King, structure expérimentale localisée géographiquement à l'hôpital de Baltimore dont l'idée est « **Soigner ceux qui soignent** »<sup>18</sup> (**Care for the Caregiver**), pour unifier les forces à la fois des patients et des soignants, toujours dans l'optique de réduire les erreurs médicales et de soutenir tous ceux qui en ont besoin.

## VI. Les structures existantes

Plusieurs dispositifs ont été créés, à commencer par l'Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux<sup>19</sup> (AAPML), qui existe depuis le 1<sup>er</sup> juin 2005, et qui vise à soutenir les médecins libéraux dans les difficultés psychologiques qu'ils peuvent être amenés à rencontrer au quotidien. Une ligne téléphonique, fonctionnant sur le système de l'anonymat, a ainsi été mise en place, ouverte 24h/24 et 7j/7, gérée par des psychologues cliniciens. Elle a pour objectifs :

- La prévention de l'arrêt d'activité, voire du suicide, chez les médecins libéraux pour cause d'épuisement professionnel
- L'optimisation de la capacité d'écoute et de conviction des médecins libéraux
- L'amélioration de la relation médecin-patient

Ce dispositif n'est pas uniquement déployé à des fins de protection de la population médicale : il faut souligner qu'il s'agit bel et bien d'un dispositif de santé publique, dont la finalité est d'améliorer, à terme, la qualité des soins offerts à la population générale. Il a principalement été développé pour prévenir la souffrance et le burnout des médecins, après différentes études quantitatives publiées entre 2001 et 2005, évoquant des taux de suicides et d'épuisement professionnel anormalement élevés.

Plus récemment, l'Association pour la Promotion des Soins aux Soignants<sup>20</sup> (APSS) s'est constituée, sur la démarche de la Caisse de Retraite des Médecins Français et du Conseil National de l'Ordre des Médecins. Son objectif est de promouvoir la prévention en

matière de pathologie psychique et addictive, à envisager la prise en charge médicale et sociale des médecins, à favoriser l'ouverture de centres de soins qui leur seraient dédiés. Son objectif est triple : humain, économique et de santé publique. Elle fait participer dans cette prise en charge globale les syndicats de médecins, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie ainsi que le premier assureur des médecins, le groupe Pasteur Mutualité.

L'un des aspects principaux de notre travail consiste surtout à explorer le versant qualitatif de la santé des médecins. Si beaucoup de travaux quantitatifs ont été publiés, peu, à notre connaissance, se sont réellement penchés sur l'aspect qualitatif des choses.

Ainsi est né ce travail : comment les médecins se soignent-ils ? Comment sont-ils soignés par leurs confrères ?

## **MATÉRIELS ET MÉTHODES**

## **I. TYPE D'ETUDE**

L'étude que nous réalisons, s'intègre dans une démarche qualitative. Elle est de type descriptif. Elle consiste en la réalisation puis l'analyse d'entretiens semi dirigés, conduits auprès de médecins généralistes et de spécialistes ayant soigné des médecins 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 contact téléphonique, par courrier électronique ou par bouche à oreille. Nous avons contacté des médecins susceptibles d'avoir soigné des confrères, soit par téléphone, soit par mail en leur exposant le principe de la thèse et en leur demandant s'ils seraient d'accord pour témoigner. Le recrutement s'est aussi fait par le principe du « bouche à oreille » au sens où nous demandions à chaque médecin interrogé s'il connaissait des médecins susceptibles de témoigner. Les personnes nous ont recontactées, par mail ou téléphone, lorsqu'elles le souhaitaient, en conservant ainsi toujours leur anonymat et leur possibilité de refus. Nous n'avons pas relancé les médecins qui n'ont pas répondu à notre première demande d'entretien.

### **B/ Critères d'inclusion**

Tout médecin, généraliste ou spécialiste, acceptant de participer a été inclus dans notre étude. Il n'y avait aucun critère portant sur la nature de l'activité, le mode d'exercice ou l'âge.

Nous n'avons exclus que notre directeur de thèse et notre président de jury, pour ne pas biaiser notre travail.

### **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 de 3 entretiens successifs.

## **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 de quelques questions ouvertes à partir des thématiques issues de notre analyse de la littérature et de notre approche du sujet.

## **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.

Le questionnaire est présenté dans son intégralité en annexe 1.

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

Nous avons intégré à la première partie du guide une phase d'établissement de la relation interviewer/interviewé.

Elle a été réalisée en 2 étapes :

- Présentation de l'interviewer : nom, prénom, non du directeur de thèse.
- Présentation de l'enquête : en quoi soigner un médecin modifie t-il, ou non, votre prise en charge ?

Dans le même temps, nous précisions au médecin que l'entretien était enregistré avec son accord et qu'il serait anonyme et confidentiel. Nous précisions 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 rapporter sans aucune interruption de notre part, sa propre expérience du soin au médecin à travers des récits des situations qui l'aurait marquée. Les silences ont été respectés et aucune question n'a été posée avant la demande explicite ou implicite de la personne interviewée.

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

Nous avons abordé ou fait préciser certains thèmes si la personne interrogée ne l'avait pas fait spontanément.

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

- Les modifications éventuelles de la prise en charge :
  - En pratique
  - En vécu
  - Mode d'arrivée en consultation
  
- La description des éventuelles attentes émanant du patient :
  - Dans sa prise en charge
  - Envers son soignant
  
- En cas de survenue de la maladie pour lui-même :
  - Quelle serait la prise en charge de la maladie ?
  - Aurait-il des attentes particulières ?
  - Quelle place aurait un éventuel médecin traitant ?
  
- Les aspects induits par le soin au médecin en termes de :
  - Contraintes éventuelles
  - Formation nécessaire
  - Accompagnement nécessaire

#### 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 ? Quels messages clés souhaiteriez vous passer ? »

Nous remercions la personne au terme de l'entretien.

## **IV. REALISATION DES ENTRETIENS**

### **A/ L'interviewer**

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 rendues à la date et l'heure et dans le lieu qu'avait choisis 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, sauf une.

Chaque fichier a été sauvegardé.

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

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

Les entretiens ont été retranscrits dans les heures ou les jours suivant leur enregistrement 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 S1, S2...

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 : relecture**

Chaque entretien a été relu et chaque mot-clé 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 la thèse en miroir, du point de vue des médecins malades, Sandra Bonneaudeau.

### **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, à partir du codage de chacune des deux thésardes. Les codages ont été nommés par l'initiale du nom de la personne l'ayant codé suivi du nom de l'entretien. Les deux thésardes 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. Soient : 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 avec le directeur de thèse, nous avons établi, à partir des deux tableaux réalisés précédemment, un tableau commun définitif des mots clés retrouvés lors des entretiens.

Il s'agit du tableau de résultats par mots-clés présenté en annexe 2.

#### **E/ Cinquième phase : tableau récapitulatif**

La dernière phase a permis d'obtenir le tableau définitif récapitulatif à double entrée : une première pour chaque numéro d'entretien (S1, S2...) 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 : il est présenté en annexe 3.

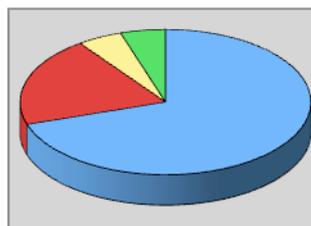
Le tableau des résultats est ainsi apparu, permettant la rédaction de la partie « résultats » de la thèse ainsi que le point de départ de la discussion.

## **PRESENTATION DES RÉSULTATS**

## I. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

Nous avons réalisé 20 entretiens semi-dirigés auprès de :

- 14 médecins spécialistes
- 4 médecins généralistes
- 1 médecin du travail
- 1 psychiatre



- Spécialistes
- Généralistes
- Psychiatre
- Médecin du travail

Parmi eux, on dénombrait :

- 12 hommes, 8 femmes
- 15 médecins hospitaliers, 5 médecins de ville

Parmi les médecins spécialistes, nous avons interrogé :

- 1 pneumologue
- 1 neurologue
- 1 gastro-entérologue
- 2 cardiologues
- 1 psychiatre
- 2 médecins rééducateurs
- 1 interniste
- 1 oncologue
- 1 néphrologue
- 1 urgentiste
- 1 médecin du travail
- 1 infectiologue
- 1 chirurgien digestif
- 1 hématologue

Parmi les médecins généralistes :

- 2 consacraient l'intégralité de leur activité à la médecine générale en ville
- 1 partageait son activité entre la médecine générale et un mandat au sein du Conseil de l'Ordre des Médecins d'Ile de France, dans le cadre de la cellule d'entraide auprès des médecins
- 1 partageait son activité entre la médecine générale de ville, une implication auprès du Conseil de l'Ordre des Médecins et une activité au sein de la Caisse de Retraite des Médecins Français (CARMF)

## II. CARACTERISTIQUES DES ENTRETIENS

Chaque entretien a été réalisé selon un guide commun reprenant les thèmes importants, guide qui a initialement été testé pour assurer la conformité des réponses au questionnaire soulevé par la thèse.

La durée des entretiens a été comprise entre 22 minutes et 80 minutes, avec une durée moyenne de 37 minutes. La durée totale des enregistrements est de 757 minutes soit 12 heures et 37 minutes. Un seul intervenant n'a pas souhaité que l'entretien soit enregistré.

Tous les entretiens ont été réalisés à la date choisie par l'interviewé, au sein de deux plages distinctes :

- Du 1<sup>er</sup> juillet 2010 au 16 août 2010
- Du 12 octobre 2010 au 22 janvier 2011

Soit une période d'entretiens de 22 semaines.

Chacun d'entre eux a été réalisé à un endroit choisi par l'interviewé, en fonction de ses convenances personnelles :

- 15 entretiens hospitaliers
- 2 entretiens en cabinets de ville
- 2 entretiens au domicile
- 1 entretien à la CARMF

Les pathologies évoquées ont été extrêmement diverses, souvent fonction de la nature de l'activité du praticien interviewé. On a pu recenser à ce titre :

- Chez les médecins généralistes : cancers en stade palliatif, insuffisance rénale terminale dialysée, pathologies de médecine générale, prises en charge de douleurs chroniques, burnout & syndrome d'épuisement professionnel, maladies professionnelles
- Chez le pneumologue : asthme, cancer broncho-pulmonaire, greffe de moelle, BPCO
- Chez le neurologue : accident vasculaire cérébral, dissection carotidienne, thrombose veineuse cérébrale, sclérose latérale amyotrophique
- Chez le gastro-entérologue : MICI, cancers digestifs
- Chez les cardiologues : infarctus du myocarde en phase aiguë, suivis d'insuffisances cardiaques, HTA, troubles du rythme cardiaque
- Chez le psychiatre : alcool-dépendance et troubles addictifs, troubles de la personnalité

- Chez les médecins rééducateurs : accidents vasculaires cérébraux, maladies neurologiques évolutives, accidents de la voie publique compliqués de handicap
- Chez l'interniste : découverte de mélanome métastatique d'emblée, découverte de cancer dans le cadre d'un bilan d'adénopathie, maladies auto-immunes
- Chez l'oncologue : cancers broncho-pulmonaires
- Chez le néphrologue : bilan et suivis d'insuffisances rénales plus ou moins sévères, suivis de dialyse, bilans de néphropathies
- Chez l'urgentiste : pathologies tout venant, engageant, ou non le pronostic vital
- Chez le médecin du travail : épuisement professionnel, burnout, pathologies professionnelles
- Chez l'infectiologue : suivi de VIH, pathologies infectieuses autres
- Chez le chirurgien digestif : MICI et cancers digestifs
- Chez l'hématologue : bilan et suivi de lymphomes et leucémies

### III. DESCRIPTION DES CONSULTATIONS

#### A. TYPES DE MÉDECINS SOIGNÉS

Si chaque entretien se déroulait auprès de médecins de milieux et de pratiques différentes, il n'en demeure pas moins que les patients qu'ils soignaient correspondaient à une **population tout venant**, sans sélection ou tri initial, de provenance, de spécialité ou de mode d'exercices.

Néanmoins, chaque soignant évoque des distinctions en fonction de différents critères :

- Le fait que le médecin soigné soit **actif ou retraité** est l'élément prépondérant, mentionné avec 9 occurrences : « *quand c'est des médecins en activité, comme il y a un partage du savoir, il y a une difficulté supplémentaire* » (S1)
- Le fait que le médecin soit **clinicien ou non**, avec 6 occurrences : « *j'ai par exemple des psychiatres qui sont incapables, qui ne souhaitent pas se soigner eux mêmes* » (S1)
- Le fait de soigner des **amis ou des familles de médecins** rentre également en ligne de compte pour 6 des médecins interrogés : « *les médecins qui ont un membre de leur famille malade se sentent investis d'une mission* » (S9)
- Le fait que le médecin soit **généraliste ou spécialiste**, avec 3 occurrences : « *souvent les patients ont la culture du spécialiste, ils veulent être soignés par le professeur bidule* » (S1)

- Le problème de **hiérarchie** a été soulevé à 3 reprises : « *c'est moi qui aurais dû me sentir gêné, il était spécialiste hospitalier* » (S1), « *il y a deux crans : je suis médecin et je suis PU-PH : il peut se sentir gêné, jugé... Il faut vraiment avoir les épaules pour ça* » (S2)

## B. MODES D'ARRIVÉE EN CONSULTATION

L'étude du mode d'arrivée en consultation soulève également différents aspects.

S'il apparaît que les médecins qui consultent utilisent principalement les **circuits habituels** pour consulter (14 occurrences), on note cependant d'autres modes d'accès :

- 8 d'entre eux reçoivent des médecins **adressés par leurs correspondants** : « *Ils me sont adressés par quelqu'un qui me connaît ou avec lequel je travaille* » (S11)
- 5 d'entre eux reçoivent des médecins qui consultent pour leur **réputation personnelle ou la réputation du service** : « *Beaucoup de patients médecins arrivent ici en pleine confiance parce qu'ils connaissent la spécialité du service* » (S18)
- 5 d'entre eux mentionnent des **consultations intempestives, souvent à la dernière minute** : « *Elles me rappellent juste quand ça va pas* » et « *appellent en catastrophe, c'est pénible* » (S2)
- 3 d'entre eux reçoivent des médecins qui consultent grâce au **bouche à oreille** : « *Il savait que je prenais en charge des patients cancéreux, donc ça c'est fait comme ça* » (S1)
- 2 d'entre eux soulèvent la demande de **consultation sans passer par le bureau des rendez-vous** : « *ils appellent pour être suivis ici, directement, sans passer par le bureau des rendez-vous* » (S2)

## C. DÉROULEMENT DE LA CONSULTATION

La majorité (11) des soignants interrogés mentionne que les **durées de consultations sont identiques** : « *Je passe autant de temps qu'avec quelqu'un qui ne soit pas médecin* » (S12).

Elles sont en revanche **plus longues** pour 6 d'entre eux : « *peut-être qu'on parle plus, de tout, de l'aspect technique, mais aussi du côté humain en général* » (S7)

Près d'un tiers (6) insiste sur la nécessité absolue de **recevoir les patients en consultation, et non dans un couloir** : « *Il faut à tout prix éviter la consultation dans le*

*couloir. Ils demandent un avis, tu demandes tel examen et ils te le montrent, encore dans le couloir... tu donnes une prescription dans le couloir, donc au final tu ne les vois jamais à fond, et ça c'est pas bien » (S5)*

4 préconisent la réalisation d'un **examen clinique systématique** : « *je lui dis : je vous examine, je vous interroge » (S3)* et 3 laissent des **traces écrites** de la consultation : « *allant même jusqu'à leur donner en fin de consultation une fiche récapitulative de leur consultation, avec les options possibles » (S17)*

## D. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE

Le paiement des honoraires partage les soignants interrogés :

- 13 d'entre eux font **systématiquement régler leur consultation** : « *Je fais payer les médecins qui viennent consulter, systématiquement. La convention médicale c'est bien, mais j'insiste, et ils ne me laissent pas d'ardoise (...) parce que c'est franchement du travail » (S1)*
- 2 préconisent un **paiement « à l'amiable »**, non systématique : « *j'essaie qu'un médecin qui n'a pas beaucoup d'argent ne paie pas, même si je ne fais pas de privé, ça me paraît complètement normal » (S5)*
- 2 **refusent catégoriquement** de faire payer un médecin : « *je ne fais jamais payer les médecins. Je pense que c'est une marque de respect, de confraternité, et que quand on ne va pas bien, ça fait du bien d'avoir cette marque là » (S16)...* « *Les loups ne se mangent pas entre eux ! » (S19)*

On soulève par contre des modalités de prises en charge un peu différentes :

- 4 ont des **horaires de consultations plus souples** pour leurs confrères : « *Je suis beaucoup plus souple : je leur propose de les voir le samedi matin, le soir, à des heures qui leur conviennent » (S4)*
- 4 les reçoivent en consultation **plus rapidement** que les autres : « *le côté délais, ils n'aiment pas trop : ils veulent la solution tout de suite, ce que je peux comprendre, parce qu'à leur place je serais pareil » (S5)*
- 3 leur donnent leur **numéro de portable** : « *je leur laisse plus souvent mon numéro de téléphone ou plus tôt » (S17)*
- 2 utilisent **internet comme mode de communication** possible : « *il m'envoie des mails en me disant « je me suis fait ma saturation nocturne, c'est très très bas, vous pensez que je dois prendre de l'oxygène ? » Voilà quoi, c'est un peu bizarre... » (S2)*

## IV. ÉLÉMENTS IDENTIQUES DE PRISE EN CHARGE

### A. ANNONCE DIAGNOSTIQUE

On s'intéresse ici à l'entrée en matière ou à l'annonce d'un diagnostic à un patient médecin. La moitié (10) des soignants interrogés estiment délivrer une **information identique** à leur patient « *je pense au final, délivrer la même information* » (S12), qu'il soit médecin ou non ; 5 estiment garder la **même réserve** avant la formulation d'un diagnostic : « *tant que je n'ai pas confirmation du diagnostic, j'attends les examens* » (S3).

7 d'entre eux mentionnent, chez les patients médecins, une **peur identique de la maladie** à celle des autres patients : « *Ce n'est pas parce qu'ils sont docteurs qu'ils n'ont pas les mêmes symptômes, les mêmes maladies, les mêmes angoisses* » (S8).

5 insistent sur la nécessité de **poser un cadre de prise en charge**, qu'il s'agisse d'un box de consultation ou d'un entretien individuel : « *Si on a bien posé les bases du diagnostic et de la prise en charge, non seulement ils acceptent, mais je serais tenté de dire qu'ils veulent jouer le rôle du patient exemplaire* » (S19).

### B. COMMUNICATION

Dans l'étude des modes de communications employés, 13 soignants estiment **s'adapter initialement** au patient, à son niveau intellectuel ou à ses attentes, quelle que soit son activité professionnelle : « *comme pour tout malade, je m'adapte : je regarde comment la personne me parle, et j'essaie de lui parler de la même façon* » (S4).

Une fois ce préalable établi, 5 **exposent les options thérapeutiques** « *Ce qui déroute parfois les patients : on propose et on discute: on propose des options. On n'impose jamais* » (S7) et 2 soulignent que rentrent en ligne de compte la **culture et les croyances** de chacun, et qu'ils les respectent : « *avant de rentrer dans des croyances et de tenter de les modifier, s'il y a quelque chose à modifier, il faut comprendre...* » (S4).

3 soignants précisent que **l'accès à l'information** est désormais disponible pour tous les patients, notamment via les nouvelles technologies et que ce paramètre interfère avec les modes de communication employés : « *La différence s'amenuise de plus en plus entre un médecin et un patient autre, parce que tous vont sur internet pour avoir des informations sur leurs pathologies* » (S17).

## C. PRISE EN CHARGE GLOBALE/EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

En termes de prise en charge globale, plus des trois-quarts des soignants interrogés (16) estiment adopter une **prise en charge globale identique**, « *Il est indispensable que je vous soigne comme Monsieur et Madame Tout-le-monde. Il faut s'imposer cette règle là, c'est fondamental* » (S8) et déclarent soigner un médecin comme n'importe quel autre patient, avec notamment une prescription d'examen complémentaires identique : « *je ne pense pas que je prescrirais plus d'examen complémentaires : ça m'énerve des examens qui ne servent à rien ou qui servent peu* » (S13).

6 d'entre eux insistent sur **l'importance de l'accompagnement humain** proposé au patient « *Il faut les soulager et les aider, même si ça ne va pas les guérir...* » (S18) et 3 sur **l'expertise technique** dont ils pensent faire bénéficier leur patient : « *J'offre dans tous les cas une expertise technique mais aussi un accompagnement humain* » (S6).

3 précisent en outre qu'ils pensent **garder le contrôle intégral** sur la prise en charge : « *je garde toujours la main, c'est indiscutable* » (S2).

## D. CONSIGNES/SUIVI

9 des soignants interrogés pensent que le **suivi est correctement réalisé** : « *ils viennent bien aux consultations de suivi, parce qu'ils connaissent l'enjeu, ils savent que c'est dans leur seul intérêt* » (S7), que les consultations de suivi se passent de la même façon que chez les autres patients. 3 pensent que la **compliance thérapeutique est correcte** : « *elles arrivent à prendre leur traitement de fond pas si mal que ça* » (S2).

6 laissent **consignes et conseils de façon identique**, pas plus, pas moins : « *des conseils, d'une façon générale, j'en laisse quand même beaucoup ; d'en laisser plus ou moins, c'est quelque chose qu'on retrouve par contre chez d'autres patients* » (S5).

3 appuient leur conduite à tenir en **soulignant les enjeux** de la prise en charge : « *je leur explique, la maladie, les limites du traitement, l'amélioration attendue, les espoirs qu'on peut avoir, la surveillance qu'il faudra avoir...* » (S12).

## V. SPÉCIFICITÉS DE PRISE EN CHARGE

### A. ANNONCE DIAGNOSTIQUE

Si la prise en charge se veut globalement identique, les soignants soulèvent plusieurs aspects distincts, notamment dans l'annonce :

- Le **partage des connaissances** modifie l'annonce diagnostique pour 12 d'entre eux : « *comme il y a un partage du savoir, il y a une difficulté supplémentaire* » (S1).
- **L'impossibilité de mentir** est notée par 3 d'entre eux : « *je sais bien que je ne peux pas lui raconter n'importe quoi parce qu'il a les mêmes connaissances que moi* » (S20), « *A un médecin, c'est encore plus difficile de ne pas dire la vérité, c'est même impossible, à mon avis* » (S17).
- Le besoin de **définir d'emblée la relation** concerne 2 d'entre eux : « *il faudra aussi leur faire comprendre que la prise en charge, c'est nous qui la faisons, pas eux* » (S15).

D'autre part, un autre aspect soulevé est celui du délai de prise en charge, significativement différent :

- 10 parlent de **négligence des symptômes** chez leurs patients médecins : « *il se plaint de douleurs thoraciques, mais lui-même se dit que ce n'en est pas un, qu'il n'y croit pas trop, du genre « ça n'est probablement pas grand chose » avec une grande négligence de sa part des symptômes* » (S5).
- 8 évoquent un **retard à la prise en charge** diagnostique/thérapeutique : « *il y a eu un retard indiscutable à la prise en charge initiale, parce qu'il se négligeait, parce qu'il n'a pas fait la démarche d'aller consulter, il a laissé trainer...* » (S2).
- 6 mentionnent la **part de l'automédication** dans les prises en charge initiales : « *nous n'avions pas connaissance qu'il ait été traité de quoi que ce soit, jusqu'à ce qu'il admette qu'il s'était lui même traité par antibiotiques à deux reprises...* » (S12).

## B. COMMUNICATION

On note également des spécificités de modes de communications entre un soignant et un patient médecin :

- 9 mentionnent des **facilités de compréhension** aux informations délivrées : « *on ne se contente pas d'expliquer, il y a quand même une meilleure compréhension donc plus de dialogue* » (S5).
- 8 pensent fournir **plus d'explications** – souvent mises en relation avec la possibilité de s'appuyer sur des concepts physiopathologiques : « *Je donne plus facilement des explications physiopathologiques, peut être que j'insiste un peu plus sur le mode d'action du traitement et ses conséquences* » (S9).
- 7 évoquent la place du **vocabulaire médical** et des termes techniques : « *Je leur donne l'information, toujours avec des termes médicaux, parce qu'ils connaissent les termes* » (S11).

- 5 pensent que les médecins ont un **questionnement supérieur** en ce qui concerne leur prise en charge : « *Ils posent toujours beaucoup de questions, questions auxquelles tu n'as pas toujours envie de répondre sur le moment* » (S13).

### C. PRISE EN CHARGE GLOBALE/EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

En ce qui concerne la prise en charge globale, 6 pensent avoir une **prise en charge plus rapide** – notamment en termes de délais – que d'habitude « *L'élément important est le temps, il faut répondre rapidement à la demande, donc je les vois en plus, à la consultation, le plus rapidement possible* » (S5) et 7 déclarent avoir une **disponibilité supérieure** lorsqu'il s'agit de l'un de leurs confrères : « *Je suis extrêmement disponible en cas de problème, donc quand il n'y a pas de grosse catastrophe, on récupère les trucs, mais c'est pénible* » (S2).

3 d'entre eux déclarent faire plus **attention à l'aspect logistique** « *je fais attention à l'image de l'hôpital, je veux qu'ils aient l'image d'un professionnalisme important* » (S5) et matériel des choses : « *j'ai toujours essayé de voir si je pouvais les mettre en chambre seule* » (S3).

6 soulignent les multiplications d'examens complémentaires par **autoprescription** : « *j'ai vu plusieurs des docteurs qui arrivent en consultation avec un gros dossier sous le bras, m'expliquant qu'ils ont tel ou tel symptôme, et qu'ils se sont fait faire tel, tel et tel examens* » (S8). Parmi ceux là, 2 adoptent d'ailleurs une attitude en conséquence, prescrivant moins d'examens complémentaires aux médecins qu'à leurs autres patients : « *je prescris moins par rapport à cette tendance à la surmédicalisation des médecins, par rapport à une certaine angoisse de la maladie qu'ont les médecins* » (S15).

### D. CONSIGNES/SUIVI

Pour 6 des soignants interrogés, la **qualité du suivi est moins bonne** chez les patients médecins « *On a organisé un hôpital de jour pour faire le point sur l'évolution de sa pathologie... et il n'est pas venu ; une session d'information avec la psychologue, il n'est pas venu. Un rendez vous avec le chirurgien, il n'est pas venu* » (S12) de même que la **compliance au traitement**, qui est déclarée comme médiocre par 2 d'entre eux : « *quand elles ont très peur, elles le prennent pendant un moment et puis après elles font ce qu'elles veulent de leur traitement* » (S2).

La **tendance au bricolage**, « *Laisse, ça, je me débrouillerai* » (S15), est soulignée par 3 d'entre eux : « *ça arrive souvent qu'à force de bricoler un peu à droite à gauche on se retrouve avec des gags... le pharmacien dépanne une fois, deux fois...* » (S12).

Les difficultés de l'**impact socio-professionnel** de la maladie sont mentionnées à 4 reprises « *ne plus être capable d'exercer son métier, c'est terrible, car c'est une vraie valeur* »

(S6), de même que le **refus d'un éventuel arrêt de travail**, mentionné par 2 d'entre eux : « *Un arrêt de travail chez un médecin, ça ne va pas être possible...* » (S16).

## VI. RELATIONS AVEC LE MÉDECIN SOIGNÉ

### A. DIFFÉRENCES DE RELATIONS

Interroger un médecin sur sa prise en charge de patients médecins met rapidement en évidence certaines différences relationnelles, au premier rang desquelles se retrouve la **difficulté à faire confiance** pour un médecin à un autre soignant, notion que l'on retrouve 6 fois : « *certaines ont plus de mal à faire confiance, soit par méfiance, soit pour se protéger* » (S18).

On retrouve ensuite d'autres notions telles que :

- Le **besoin de faire le deuil de la toute puissance du médecin**, mentionné à 5 reprises : « *c'est toujours le même problème : il est toujours extrêmement difficile pour nous, médecins, d'être malades, de s'accepter comme malades* » (S15).
- Le **déni de la maladie**, mentionné 3 fois : « *un problème psychologique, là les choses sont souvent plus compliquées parce que le médecin est dans le déni* » (S16).
- Le **poids humain de la prise en charge chez un confrère**, signalé 3 fois : « *Humainement c'était vraiment une chape de plomb assez lourde à porter* » (S8).
- Ainsi que le **sentiment d'avoir des obligations envers un confrère** lorsqu'on le soigne, phénomène signalé également 3 fois : « *donc je ne veux pas le traiter comme un patient X ou Y* » « *comme pour rendre la monnaie de la pièce aux personnes qui ont travaillé dans ce secteur là et qui le méritent bien* » (S5).

La notion de **détresse initiale** du médecin lorsqu'il arrive en consultation est mentionnée 2 fois : « *Un médecin quand il arrive, je ne cherche pas à l'éviter : il est déjà en détresse quand il arrive* » (S1).

On mentionnera enfin la place particulière attribuée au **médecin spécialiste atteint d'une pathologie ayant trait à sa spécialité**, phénomène appréhendé par 5 des soignants interrogés : « *j'ai eu du mal à l'examiner, je n'arrêtais pas de me dire qu'il en savait plus que moi, qu'il s'était déjà examiné tout seul parce qu'il savait ce qu'il devait rechercher et comment* » (S18).

## B. ATTENTES D'UN MÉDECIN POUR SA PRISE EN CHARGE

Un autre aspect du problème soulevé concerne les attentes d'un médecin lorsqu'il se fait prendre en charge. Un certain nombre d'items sont retrouvés au fur et à mesure des entretiens :

- La **clarté de l'information délivrée** arrive en tête des attentes avec 11 mentions : *« Je passe toujours pas mal de temps à expliquer les choses, j'essaie d'employer des termes assez simples et assez concrets pour leur faire comprendre » (S12).*
- La **qualité des soins** arrive ensuite avec 8 occurrences : *« c'est important qu'ils voient que je le fais, que je m'occupe bien d'eux. Ils peuvent être en confiance, il faut qu'ils sachent qu'ils ont eu raison de se confier à moi » (S5).*
- L'attente d'une **disponibilité supérieure** est évoquée 7 fois : *« Ils savent où me trouver, le font s'ils en ont besoin, mais n'en abusent pas » (S11).*
- La **qualité de service** fourni est mentionnée 5 fois : *« Pour moi c'est plus important de soigner un confrère, que le confrère soit content du service que je lui offre, plutôt que de soigner un VIP que je ne connais pas et dont je me fous » (S5).*
- Le besoin de **prise de décisions** est également mentionné 5 fois : *« j'étais très rassuré que le gars en face de moi ne soit pas souple du tout ! Sur la durée, la pénibilité du traitement... ça me faisait dire de lui que c'était un bon toubib » (S6).*
- **Etre soigné comme les autres** est une attente formulée 5 fois : *« il faut mettre une barrière immédiate, pour traiter le patient comme un patient » (S17) parce que « Je crois que les malades médecins sont rassurés par l'attitude de voir qu'ils sont soignés comme les autres » (S6).*
- **Etre acteur de sa pathologie** est une attente formulée 3 fois : *« je pense que je voudrais que le médecin m'explique les enjeux et qu'on s'engage à jouer le jeu, moi à me soigner de façon un peu plus autonome que n'importe qui, lui qui me fasse confiance » (S13). « J'attendrais de mon médecin qu'il soigne un souffrant sachant » (S6).*
- Le **besoin de réassurance** est souligné à 3 reprises : *« Ce sont souvent des gens à qui on a demandé de venir me voir pour faire le point, et c'est tout. De les rassurer quand on le peut est un grand pas en avant » (S12).*

## VII. PLACE DU SOIGNANT

### A. RESSENTI

On s'intéresse dans ce chapitre au ressenti du médecin soignant dans sa relation avec le médecin soigné. Le ressenti le plus évoqué concerne l'existence de **multiples projections**, phénomène retrouvé chez près de la moitié des soignants interrogés (9) : « *on est tombé dans la découverte mais aussi la gestion de la maladie chez un patient qui a le même âge que toi, avec tout ce que ça comporte* » (S8) : « *forcément, c'est plus compliqué quand l'altérité est semblable* » (S6).

D'autres points sont mentionnés par 6 d'entre eux, que sont la **sensation de proximité voire un sentiment d'affection** « *quand ça touche un confrère, il y a aussi une question de proximité. Un confrère c'est quelqu'un qui nous ressemble, dont on est plus proches, donc quelque part ça nous touche plus* » (S16) ainsi que **l'importance de définir les statuts** de soignant et de patient : « *Il faut arriver à lui dire « c'est moi le médecin, pas toi », parce que je crois que c'est la demande implicite qu'ils formulent* » (S15). Dans le même ordre d'idée, on retrouve également **l'impression d'avoir un regard particulier** sur l'autre, mentionnée 4 fois : « *Il s'attend à ce qu'on ait un regard particulier, et ça je le comprend, et je leur offre facilement ça. Qu'on ait une attention particulière* » (S6).

Arrivent enfin d'autres concepts, tels que :

- La **difficulté à reconnaître l'autre comme soignant**, mentionnée 4 fois : « *D'admettre ça permet d'accepter l'autre en tant que docteur, d'accepter de reconnaître qu'on a besoin de quelqu'un pour nous soigner, tout en conservant bien évidemment nos connaissances médicales. De ça découle la relation de confiance. Mais c'est très difficile de ne pas être critique par rapport à l'autre* » (S15). « *Il faut accepter l'autre comme soignant, et perdre son statut de sachant, ce qui n'est pas évident* » (S9).
- Le **caractère fondamental d'oublier qu'on soigne un médecin**, mentionné 4 fois : « *quand on est le médecin d'un médecin, il faut arriver à effacer de son esprit qu'on soigne un médecin, tout faire pour garder de la distance, ce qui n'est pas toujours facile* » (S17). « *Je pense que c'est difficile, beaucoup plus facile à dire qu'à faire, mais de fondamental. Il faut soigner les médecins comme les autres. Pour eux* » (S8).
- La **place du partage du savoir**, mentionnée 3 fois : « *Je pensais qu'ils avaient compris les enjeux, parce qu'ils étaient médecins, qu'ils avaient tous un certain bagage, les bases au moins* » (S12). « *Il savait ce qu'il avait, où il allait, il savait tout très bien, il a fait sa chimio, il a fait tout ce qu'il faut et il en a même réclamé plus pour essayer de se battre* » (S2).
- **L'importance de la relation médecin-malade**, mentionnée également 3 fois : « *les docteurs, par rapport à la population générale, sont peut être plus sensibles à la*

*relation médecin-malade » (S4), laquelle doit en permanence faire « se poser la question, de ce que l'on fait de la relation, et de qui est l'autre » (S6).*

- L'importance de la **fragilité du médecin** du fait de ses engagements : *« c'est un métier qu'on ne choisit pas par hasard : il y a souvent un côté affectif qui donne une grande force, dans le sens où quand on s'engage, on s'engage vraiment, mais qui donne une grande faiblesse, parce qu'être blessé au niveau affectif blesse gravement, profondément » (S16). « On nous dit toujours de nous protéger : c'est quoi se protéger ? Comment se protéger quand on fait ce métier là ? » (S18), notion évoquée également 3 fois.*

## **B. DIFFICULTÉS RENCONTRÉES**

Au décours des prises en charge, les soignants se retrouvent confrontés à un certain nombre de difficultés dues au fait que leurs patients soient médecins. Ainsi, sont mis en lumière :

- Le problème de **distanciation** mentionné par la moitié des soignants (10) : *« Je me dis que j'ai réussi mon pari, à établir une relation correcte, quand – j'ai envie de prononcer les deux mots – je me sens suffisamment distante mais également proche de mon patient » (S15).*
- Le problème du **jugement de l'autre et la peur de l'erreur** soulevés 8 fois : *« d'avoir un médecin en face de soi, on se sent jugé. Ça tient aux connaissances, la compétence qu'il a, de sorte que, sans que ça tourne mal, on sait qu'il « nous attend au tournant », qu'il faut lui poser les bonnes questions, l'examiner cliniquement complètement, lui demander les examens cohérents » (S19).*
- Le problème d'**identification** mentionné 7 fois : *« moi je suis l'autre puisque l'autre est comme moi, ce qui est une difficulté supplémentaire de soigner un autrui semblable » (S1).*
- La notion de **lien affectif et/ou de risque de connivence**, mentionnés 6 fois : *« il est vraiment fondamental de dénouer tous les pièges de la connivence, parce qu'il faut y être à la fois empathique et rassurant pour entretenir le lien, mais aussi très ferme surtout dans les tendances à la manipulation » (S6).*
- La notion de **transfert**, mentionnée 3 fois : *« Il était interne en fin d'internat, futur chef de clinique, donc forcément on se voit soi-même quoi... » (S10).*
- La notion de **déni**, mentionnée 3 fois : *« Il y a le déni total : un médecin est chargé de dépister et traiter les problèmes de tabac et d'alcool, lui même ne peut pas en souffrir... » (S20).*
- Le risque d'**interférence du savoir** et des connaissances médicales, mentionné 2 fois : *« l'autre chose, c'est qu'il faut étouffer dans l'œuf toutes les tentatives du*

*malade d'intervenir dans le traitement : il faut vraiment être capable de dire stop ! » (S17). « Ce qui est compliqué, dangereux, c'est de parler de médecine avec eux : c'est la porte ouverte pour se défaire du statut de soigné pour rentrer dans le statut de soignant. Et pire encore : d'auto-soignant ou de co-soignant avec vous... » (S6).*

- La notion de **miroir relationnel**, mentionné 2 fois : *« il y a les effets miroirs qui sont difficiles : c'est toujours difficile de soigner quelqu'un qui a la même maladie que vous » (S6).*

Toutes ces difficultés appellent à un certain nombre de questionnements sur lesquels nous reviendrons plus loin.

## VIII. SOIN DES MÉDECINS

### A. ÊTRE SOI-MÊME MALADE

Plusieurs aspects ont été soulevés par les soignants lorsqu'on leur parlait de leur santé.

Le premier concernait la **question de l'anonymat** : faut-il dire – ou pas – que l'on est médecin lorsque l'on se fait soigner ? Il en ressort que :

- 9 préconisent d'informer leur soignant de leur appartenance au milieu médical, avec, comme précision de le faire *« pour ne pas fausser les choses. Quand les gens l'apprennent a posteriori, ils ont l'impression d'avoir été floués » (S16). « Ne pas dire qu'on est médecin, c'est mettre l'autre en situation difficile, parce qu'il finira par l'apprendre ou qu'il ne comprendra pas une réaction que vous pourrez avoir » (S7).*
- 4 d'entre eux taisent leur profession lorsqu'ils se font prendre en charge : *« Ca c'est compliqué : est ce qu'on doit dire qu'on est médecin ou pas ? Un vrai problème ! Est ce que je dis que je suis médecin ? Non ! Parce que ça biaise les choses » (S2).*

Le second aspect concerne leur **rapport à leur état de santé**, et de ce questionnement, découle un chiffre fort : celui que 8 d'entre eux ne se sentent pas inquiets pour leur santé ou la négligent. : *« Mes problèmes de santé ne m'inquiètent pas plus que ça » (S8). « Je laisserais trainer... ce n'est pas bien, je le sais, mais je fais l'autruche » (S13). « Je fais les choses techniques, les examens que je sais devoir faire mais la médecine c'est quand même autre chose, et ça je ne le fais pas » (S15).*

Le troisième volet concerne **l'acceptation de la maladie** : 2 soignants l'estiment comme bonne *« je sais que la maladie surviendra (...) mais bon, c'est le processus normal » (S9)*, 3 d'entre eux la considèrent comme mauvaise *« vous avez l'impression de déchoir d'un coup, de ne pas être à votre place, sans compter l'acceptation de la prise en*

charge » (S20) au sens où « on se retrouve forcé d'admettre que quand même, « on peut être malade », comme les autres » (S15).

2 soignants reconnaissent perdre ou ne pas **disposer de l'objectivité nécessaire** pour se soigner eux-mêmes : « je pense que les médecins se soignent mal, parce qu'ils n'ont pas la distance suffisante par rapport à leurs symptômes, qu'ils ont la connaissance, mais pas la neutralité nécessaire. En plus ils ne peuvent pas s'auto examiner ; par contre, ils peuvent se « mal examiner » » (S15), même si 4 soulignent les **difficultés à faire confiance** lorsqu'il s'agit de se faire soigner : « je ne sais pas en qui j'aurais confiance, déjà pour des petits trucs » (S2).

6 d'entre eux se prononcent par contre pour un **besoin important d'informations** lors de leur prise en charge : « j'aurais une attente de bonne expression, du problème, et du pronostic » (S4). « J'attendrais des qualités humaines, j'attendrais qu'on m'explique, que les choses soient claires, dans les rails. Je préfère prendre des claques au début, même si c'est dur, mais savoir ce qui m'attend » (S18).

Le dernier volet concerne **l'impact de la maladie** pour le médecin : elle a **changé les pratiques** de 3 des médecins qui y ont été confrontés « Je pense qu'elle a fait de moi un moins mauvais médecin » (S6). « La fréquentation du cancer m'a énormément appris, et a considérablement modifié ma prise en charge (...); d'avoir été malade m'a rendu spécialiste ! » (S20) mais a également **changé le regard des patients** sur leur médecin dans 4 cas : « j'avais des patients qui s'inquiétaient beaucoup de mon état de santé : c'était très intéressant. Il y avait une connivence à l'envers, leur regard avait changé, avec l'air de dire « ah bah toi aussi t'es souffrant ! » » (S6).

## B. PLACE DU MÉDECIN TRAITANT ET/OU DES AUTRES SOIGNANTS

S'est ici posée la **question du médecin traitant**, spontanément soulevée lors des premiers entretiens:

- Si 6 des répondants ont effectivement déclaré un médecin traitant autre qu'eux-mêmes : « J'ai un médecin traitant, que je consulte régulièrement en plus ! Et autre chose importante, j'ai confiance en lui » (S13).
- 11 autres n'en ont pas déclaré ou se sont déclarés comme étant leur propre médecin traitant : « Je suis mon propre médecin traitant. Parce que j'estime être capable de m'occuper correctement de moi. Ca m'évite d'avoir à subir un médecin traitant » (S11) estimant « qu'en tant que médecin, je vais avoir l'esprit généraliste de me dire, voilà il y a telle chose, donc je vais aller voir le spécialiste de telle chose : j'ai déjà fait le débrouillage » (S2).

Interrogés également sur les **lieux de prise en charge** en cas de potentielle maladie, on a noté que :

- Un suivi à l'**hôpital** est préconisé par 7 des soignants interrogés : « *je me ferais soigner à l'hôpital, parce que j'ai foi en l'hôpital public* » (S9) « *plutôt pour des pathologies graves* » (S4).
- Un suivi **en ville** est préconisé par 4 d'entre eux, selon la gravité de la pathologie : « *pour des choses courantes, il m'est arrivé de consulter mes correspondants en ville* » (S19).
- Se faire soigner **sur son lieu de travail** est une option envisagée par 2 des soignants interrogés « *Ca ne me gêne pas de me faire soigner dans l'hôpital où je travaille. Je n'ai pas grand chose à cacher, et on sait à qui s'adresser* » (S5), contrairement à 7 autres qui pensent que cette option n'est pas souhaitable : « *Il ne faut pas se faire soigner là où l'on travaille, ça c'est sur. C'est indispensable : il ne faut pas que tes collègues de travail connaissent ton intimité de santé. Ça peut mettre l'autre et toi-même dans des situations ambiguës ou compliquées, et ça en devient dangereux* » (S7). « *J'évitais pour des tas de raisons, en premier de confidentialité, et aussi parce que j'aurais peur qu'on me traite différemment, qu'on me soigne différemment* » (S17).

Concernant le **choix des médecins** qui les prendraient en charge, 7 ont affirmé qu'ils prendraient des médecins qu'ils connaîtraient « *pas chez le premier péquin trouvé dans l'annuaire* » (S18). 2 les choisiraient au sein de leur **réseau** de correspondants et iraient voir « *des collègues que je connais et en qui j'ai une confiance toute particulière* » (S15). La **compétence** serait le critère prioritaire de choix pour 7 d'entre eux : « *J'irais chez des gens que je connais, dont je connais les qualités humaines et les compétences techniques* » (S18).

Parmi les soignants interrogés, 3 pensent que **leur relation avec leur médecin serait différente** du fait de leur profession : « *Est ce que je m'entendais bien avec lui : la réponse est oui. Et est ce que les rapports étaient compliqués du fait que j'étais médecin : la réponse est oui* » (S15).

## IX. SOIGNER SA FAMILLE

Autre point abordé, dans la lignée du médecin traitant, qu'est celui de soigner sa famille. Nous avons pu ainsi constater que :

- 5 des soignants interrogés sont déclarés comme **médecin traitant des membres de leur famille** : « *je suis médecin traitant des membres de ma famille* » (S11).
- 7 **ont été médecin traitant** ou se sont occupés de façon rapprochée de leur famille proche : « *J'ai soigné mes enfants jusqu'à un certain âge, j'ai du soigner mon beau père* » (S10).

- Près de la moitié des soignants interrogés (9) préconise avant tout un **rôle de conseil et d'orientation** : « *Je sais très bien à qui je confierais mes proches si jamais j'en avais besoin* » (S15). « *Notre rôle est vraiment de les aiguiller et de les conseiller sur le meilleur endroit possible pour se faire soigner, et c'est tout ce que ça doit rester* » (S7).
- 7 souhaiteraient **rester en retrait** et ne pas s'impliquer : « *Va falloir que je m'en mêle mais je ne veux pas, je ne veux pas m'en mêler (...): je rêve que ma famille soit entre des mains compétentes* » (S2).
- 6 d'entre eux estiment qu'il y a un **risque à s'impliquer** dans la gestion de la santé de ses proches : « *on ne peut pas être juge et partie* » (S8). « *On est mauvais lorsqu'on s'occupe de nos enfants* » (S3).
- Les 5 médecins déclarés comme médecin traitant **estiment que ça se passe bien** : « *ça s'est non seulement toujours bien passé, mais en plus ça ne leur serait même pas venu à l'idée d'aller voir quelqu'un d'autre* » (S19).
- Parmi les 7 qui ont été médecin traitant de leur famille, 4 **le regrettent** : « *Je l'ai fait il y a quinze ans, mais je ne le ferais plus : je me doutais que ça n'évoluerait pas bien et je ne voulais pas m'impliquer, être vraiment indépendant de tout ça* » (S17).
- 1 souligne la **difficulté à faire admettre à ses proches qu'on ne veut pas s'impliquer** dans leurs problèmes **médicaux** : « *je reconnais que de passer ce message là, c'est difficile. Tu as mal à leur faire comprendre, et c'est difficile pour eux de le respecter* » (S13).

## X. AIDES PROPOSÉES POUR LA PRISE EN CHARGE

### A. ANALYSE DE LA CONTRAINTE

Si soigner un médecin pourrait s'apparenter à une contrainte dont chacun arrive plus ou moins à s'affranchir, il est toujours utile d'essayer d'en dégager les déterminants.

Nous avons ainsi pu distinguer des **contraintes liées au contexte**, que sont :

- Les **mauvaises conditions de travail** (4 occurrences) comme facteur limitant l'accès aux soins, ainsi que les obstacles financiers aux soins, mentionnés 2 fois : « *globalement les médecins se plaignent de leurs horaires de travail, de la pénibilité, des salaires par rapport à la responsabilité encourue et de l'incertitude par rapport à l'avenir* » (S14).
- Les **contraintes logistiques** auxquelles les médecins (5 des soignants interrogés) font plus attention lorsqu'ils soignent un de ses confrères : « *j'essaie de leur donner*

*une chambre seule, de prévoir des conditions optimales d'hospitalisation, d'améliorer un peu le quotidien » (S12).*

- Le **manque de déontologie**, soulevé par 2 des soignants interrogés : *« C'est bien d'être confraternel, de s'épauler, plutôt que de se tirer dans les pattes » (S5).*

De même, ressortent des entretiens un certain nombre de contraintes « relationnelles » en rapport avec un certain nombre d'**écueils ou pièges à éviter** :

- **L'autoprescription** *« on assiste vraiment à un éclatement de la personne qui engendre un éclatement de la pathologie, une multiplication des diagnostics, donc des examens » (S15)* et les **difficultés qu'ont les médecins à déléguer** (6 réponses en ce sens) *« J'entends par médecin traitant quelqu'un qui soit réellement un médecin référent, celui à qui on confie sa santé, duquel on accepte les conseils et recommandations. Dans ce niveau là, c'est quand même pas terrible... » (S20).*
- La **peur du jugement** de l'autre (6 réponses) : *« C'est le problème, c'est l'œil critique sur tout ce qu'il se passe, c'est obligé ! » (S2).*
- Le **problème de distanciation** (6 réponses) avec les difficultés à établir une relation qui ne soit ni trop proche, ni trop distante : *« il faut prendre conseil auprès de vrais docteurs, et vraiment jouer au docteur, surtout pas copain-copain » (S7).*
- Les **problèmes d'identification** que soulève la maladie chez un confrère (5 réponses) : *« J'encaisse et je me rassure en me disant toujours que « c'est eux, pas moi » » (S18).*
- Le **problème du déni** (3 réponses) *« Il y a un déni important de la profession, ça c'est clair (...) : c'est possible qu'ils utilisent le carcan hospitalier pour se protéger » (S16)* et d'**interférence des connaissances** médicales (2 réponses) : *« elle parle tout le temps de médecine alors j'esquive » (S6).*

La contrainte serait avant tout représentée par celle d'une **prise en charge différente** pour 6 des soignants interrogés *« Ce qui veut peut être dire qu'a posteriori ce n'est pas tout à fait vrai de te dire que je les soigne comme les autres... Il est possible qu'on fasse plus attention » (S17)* ainsi que celle d'une **relation différente**, pour 4 d'entre eux : *« la relation est plus dure, un peu différente » (S2)* avec *« plutôt tendance à rigidifier les choses » (S6).*

## **B. AIDES PROPOSÉES**

Parmi toutes ces difficultés qu'ils rencontrent au quotidien, les soignants ont trouvé un certain nombre d'aides et de parades.

- **L'expérience** est sans conteste le moyen qu'ils utilisent le plus, on la retrouve chez la moitié d'entre eux (10) : *« ça s'acquiert avec l'expérience : s'il y a une faille, un doute, la confiance se perd très très vite : parce que le médecin en face repère cette faille, alors qu'un patient lambda non » (S2).*
- **Prendre conscience de ses propres limites, s'autoriser à déléguer** est une aide pour 4 d'entre eux : *« Le fait de me dire « après tout, c'est un patient comme un autre : si je n'y arrive pas, je m'autorise à me faire aider d'un collègue ». Je m'autorise à ne pas y arriver » (S15).*
- **Cadrer d'emblée la relation et poser clairement les statuts** semblent appartenir aux réponses les plus fréquemment apportées (8) : *« je pense que c'est important pour eux, et donc à ce titre là on décide en partie pour eux » (S1).* *« Un choix en thérapeutique c'est toujours faire le deuil d'une possibilité : laisser ce choix à un médecin par rapport à sa propre maladie, c'est épouvantable » (S16).*
- **Effectuer une psychanalyse et/ou bénéficier d'un soutien psychologique** régulier apportent un bénéfice à 7 des soignants interrogés : *« le fait d'avoir en tant qu'individu fait une psychanalyse, de remettre en question et relativiser mon vécu des choses par rapport à mon métier, je le ressens dans tout ce qui est problématique de distanciation par rapport au patient et par rapport à l'autre, ça peut être une aide » (S1).*
- Dans le même ordre d'idée seraient à mettre au premier plan les :
  - **Travaux en équipe** (3 occurrences) : *« Les choses difficiles à vivre peuvent significativement amoindries par plus de travail d'équipe » (S14)*
  - **Groupes de pairs** (2 occurrences) : *« parler entre confrères, les groupes de pairs, ça aide beaucoup, c'est fondamental » (S16).*
  - **Staffs/Débriefings réguliers** (5 occurrences) : *« prendre le temps de faire des réunions, des « staffs » multidisciplinaires pour débriefer, parler des cas difficiles ou des difficultés rencontrées, ça serait extrêmement bénéfique » (S13)*
  - **Entraides confraternelles** (4 occurrences) : *« un confrère en difficulté impose un devoir d'ingérence. Un devoir d'ingérence confraternelle : ça ne sert à rien de s'appeler « confrère » si on n'est pas capable, devant un confrère en difficulté de lui proposer de l'aide... » (S20).*
  - **Réseaux de soins** (4 occurrences) : *« le médecin bénéficie, par des réseaux, directs ou indirects, de délais d'attente beaucoup plus courts » (S6).*
- **Accorder au médecin traitant une place prépondérante** serait une des réponses adaptées pour 4 des soignants interrogés : *« Peu de médecins ont un médecin traitant, déjà. Et combien parmi eux consultent effectivement leur médecin ? » (S13).*

*« Il faudrait les forcer à déclarer un médecin, mais qu'ils s'engagent contractuellement à respecter ses recommandations et ses prescriptions » (S20).*

On notera en outre que, parmi toutes ces solutions proposées, **être soi-même malade** permettrait, pour 3 des personnes interrogées, de se rendre compte des difficultés rencontrées et pourrait représenter une aide significative à la prise en charge... *« C'est une situation intéressante à analyser, c'est l'échange des places, se retrouver de l'autre côté. Se retrouver sur un lit d'hôpital permet de se rendre compte de la façon dont se déroulent les choses : tu palpés les choses beaucoup plus finement, aussi parce que tu les as vécues de l'intérieur » (S8).*

### **C. NÉCESSITÉ D'UNE FORMATION COMPLÉMENTAIRE**

Enfin, nous avons posé aux différents soignants la question de la **nécessité d'une formation complémentaire** pour les aider à prendre en charge un médecin.

- 9 d'entre eux estiment qu'une formation – quelle qu'en soit l'objet : théorique, pratique, relationnel, éducatif... pourrait s'avérer nécessaire : *« qu'il faudrait peut être leur enseigner : ils sont des malades ordinaires » (S17).* *« On ne veut pas montrer sa santé à n'importe qui, à un médecin généraliste tout venant qui aurait les mêmes compétences que soi » (S20).*
- 11 n'en voient pas l'intérêt concret : *« Je ne crois pas qu'il y ait besoin d'avoir une formation pour soigner un médecin qui fait un infarctus » (S3), « Je ne vois pas ce que ça changerait » (S7).*

Concernant les **structures spécialisées de prise en charge** – qui n'ont pas été abordées dans tous les entretiens – et leur utilité potentielle, les résultats montrent que 2 des personnes interrogées leur trouveraient un intérêt : *« qu'il faut non seulement des structures spéciales mais également des « sur-spécialistes » pour soigner des médecins » (S20),* et 3 les jugeraient inutiles : *« je peux comprendre qu'il y ait des regroupements pour faire de la prévention, mais pas de cliniques médicales pour soigner l'appendicite du médecin, ou l'infarctus, pour moi, ça n'a pas de sens » (S3).*

## **DISCUSSION**

## I. LIMITES DE L'ÉTUDE

### A/ L'échantillon

Tous les médecins interrogés ont été contactés par mail ou par téléphone, soit en première intention, soit sur les conseils de l'un des médecins interrogés. Il existe un **biais certain de recrutement**, notamment au sein des médecins contactés directement par mail : en effet, ils sont, pour la plupart, issus du groupement hospitalier universitaire (GHU) Paris Nord, dont dépend la Faculté de Médecine Xavier Bichat, où nous avons effectué nos études. Il est probable, si ce n'est évident que de n'interroger que des médecins parisiens représente un des principaux biais de ce travail.

La vingtaine d'entretiens réalisés ne représente probablement **qu'un aspect** de la prise en charge des patients médecins. Nous avons interrompu les entretiens après « saturation des données », c'est-à-dire après n'avoir plus recueilli de données nouvelles sur les trois derniers entretiens réalisés. La quantité – et la qualité – des données recueillies nous ont paru suffisamment étoffées pour constituer une base sérieuse de travail.

Si nous avons au départ envisagé de rendre égaux les nombres de spécialistes et de généralistes interrogés, nous nous sommes rendus compte rapidement que les médecins ont plutôt tendance à consulter directement des spécialistes en ce qui concerne leur santé. De sorte que nous avons en cours d'étude décidé de **privilégier dans notre recrutement les spécialistes**, afin de recueillir des témoignages plus en rapport avec la réalité, ce qui explique que  $\frac{3}{4}$  des médecins interrogés soient spécialistes.

Enfin, **nous avons tenu à rendre « mixtes » les entretiens**, en interviewant à la fois des médecins hospitaliers et des libéraux. L'échantillon a été constitué en essayant d'inclure un spécialiste de chaque grande spécialité médicale, sans préjugé de la nature de son mode d'activité – libéral ou hospitalier, avec en toile de fond l'espoir d'obtenir un échantillon globalement représentatif de la population médicale. On pourra malheureusement déplorer l'**absence de certaines spécialités**, absence motivée par deux critères principaux : soit l'absence de réponse aux demandes d'entretiens, soit le souhait de ne pas participer à cette étude par certains d'entre eux.

### B/ Les biais de l'étude

En dehors du **biais géographique** mentionné ci-dessus, on évoquera le fait que certaines des personnes interrogées étaient d'anciens chefs de services ou maîtres de stages chez qui nous avons pu faire nos stages d'externat ou d'internat, pouvant représenter un **biais de recrutement**. De ce préalable découle une inévitable question : ont-ils participé à ce travail parce que nous les connaissions ? Certains d'entre eux ont répondu que non, mais il nous semblait important de souligner ce paramètre. Au demeurant, tous ont été volontaires à répondre, et leur réponse a souvent été rapide et

enthousiaste. En revanche, nous avons tenu à ne pas intégrer d'interview de notre directeur de thèse et de notre président de jury, afin de garder une certaine distance et une certaine objectivité dans nos entretiens.

D'autre part, et c'est une donnée qui a été soulignée par quelques médecins interrogés, le fait d'enregistrer l'entretien sur un dictaphone, provoque un certain **biais déclaratif**. En effet, il nous est apparu que certains semblaient faire extrêmement attention à ce qu'ils disaient en cours d'entretien. Nous avons pu noter également que certaines anecdotes ou certaines données n'apparaissaient qu'après la fin des enregistrements numériques. Nous nous sommes autorisées à retranscrire le contenu de ces conversations « hors-micro » lorsque cela nous paraissait judicieux.

Il est bon de notifier également que toutes les personnes interrogées étaient **mises au courant du sujet de ce travail** avant la prise de rendez-vous, ce qui, bien souvent, leur a permis de réfléchir au sujet avant notre rencontre. Tous ont également été rassurés sur l'anonymisation des données.

### C/ Les lacunes du questionnaire

Si nous avons commencé par éprouver notre questionnaire au décours des premiers entretiens, nous savons malheureusement que toute rédaction a priori d'un questionnaire tend parfois à **orienter les différentes réponses**. Nous avons essayé de rester les plus neutres possibles dans les questions, leurs formulations et leur enchaînement, mais force est de constater qu'au fur et à mesure des entretiens et de l'avancée de notre travail, le risque d'influencer les réponses grandissait, tant par des modes de formulations que des intonations de voix. Les questions brutes posées sont néanmoins restées les mêmes.

D'autre part, lors de la mise à l'épreuve du questionnaire, sont apparus un certain nombre **d'items que nous n'avions pas intégrés initialement**. On pense notamment à deux sujets principaux : celui de la question du règlement des honoraires de consultations, ainsi que celui de la question du médecin traitant. Ceci explique que ces paramètres n'aient été définitivement intégrés au questionnaire qu'à partir du 5<sup>e</sup> entretien et n'aient pas été systématiquement mentionnés initialement.

Enfin, les items que nous avons évoqués étaient ceux qui nous paraissaient prépondérants a priori. Nous avons focalisé les entretiens sur ces points qui nous paraissaient fondamentaux, et hormis ceux évoqués ci-dessus, nous les avons conservés tels quels. Nous avons pu **en omettre d'autres**, qui n'auraient pas forcément été évoqués par les médecins interrogés ou par nous-mêmes.

## D/ Les limites du champ exploré

Nous avons choisi volontairement de **ne pas focaliser notre travail sur le burnout**, point qui apparaît au demeurant essentiel dans l'étude de la santé des médecins. Il s'agit d'une volonté délibérée de notre part, tant le sujet nous paraissait vaste et pourrait constituer à lui seul un ou plusieurs sujets de thèse à part entière.

Bien conscients des limites de ce travail, nous tenons pourtant à lui attribuer le rôle qui lui revient : nous savons qu'il n'est qu'une ébauche de l'étude qui mériterait d'être conduite, à grande échelle, sur des échantillons plus larges et plus représentatifs de la population médicale. Néanmoins, l'aspect qualitatif de notre travail nous semble fondamental – ce d'autant que plusieurs travaux quantitatifs ont déjà vu le jour. Il s'agit d'une première étape indispensable à franchir, notamment dans des perspectives de sensibilisation des personnels soignants et des pouvoirs publics.

## II. LA MÉTHODOLOGIE

La réalisation d'entretiens qualitatifs et semi-dirigés offre des réponses descriptives, qu'il convient d'analyser le plus méthodiquement possible. Concernant un éventuel **biais de méthodologie** – l'analyse des données faisant en partie appel à un ressenti subjectif – nous avons tenté de limiter l'impact d'un tel biais en recoupant les données. Tous les entretiens ont été lus, relus, codés par les deux doctorantes, d'abord individuellement. Ensuite les données ont été recoupées pour aboutir à la réalisation d'un tableau de synthèse. Nous avons, par cette réciprocity et ce double codage, essayé d'estomper le facteur émotionnel auquel nous avons pu être confrontées au décours des entretiens, pour aboutir à une analyse la plus objective possible.

Ce travail a engendré chez nous un certain nombre de réflexions, de constats, parfois de craintes pour l'avenir. Nous avons pu nous en sentir fragilisées, mais n'avons pas voulu que cet aspect puisse perturber l'analyse des données et la réalisation du codage : nous avons essayé d'estomper la part émotionnelle qui a pu découler des entretiens, pour que prévalent les messages que nous ont délivrés les répondants.

## III. LES RESULTATS

### A/ Par rapport aux données déjà disponibles

Dans la publication des résultats précités et avec la prise de conscience des limites posées par ce travail, nous avons tenu à les comparer à des résultats déjà existants et

publiés. En réalité, cette étape a été malheureusement extrêmement limitée, de par l'absence de publication ou d'étude exhaustive concernant le soin des médecins à proprement parler. Le sujet est évoqué dans le rapport du Conseil de l'Ordre des Médecins de 2008 : « *C'est tout l'art du praticien traitant d'adapter son comportement et son discours à la situation, tout en restant intransigeant et convaincant sur l'essentiel thérapeutique* » mais n'est que peu développé, et semble découler de constats basés sur l'observation des conditions de travail quotidiennes des médecins.

A notre connaissance, à ce jour, aucune étude qualitative concernant la santé des médecins n'existe.

## **B/ Discussion des résultats**

### **1. Description des consultations**

Dans ce paragraphe, sont traités les sujets « généraux » définissant le cadre de soins : les médecins pris en charge, le contexte, le cadre et les modalités. Il s'agit d'une question que nous avons formulée ouvertement, mais sur laquelle les médecins interrogés sont fréquemment revenus spontanément.

#### **a. Types de médecins soignés**

La description des types de médecins soignés est un des éléments les plus significatifs : en effet, si globalement, tous les médecins interrogés admettent soigner des confrères d'une population tout venant, sans sélection initiale ni biais de recrutement, ils ont, tous ou presque, tenu à distinguer un certain nombre de nuances dans les prises en charges.

On commencera, par l'élément le plus souvent évoqué. Le fait que le confrère soit **actif ou retraité** est un élément fort distinguant différents modes de prises en charge. Près de la moitié des soignants interrogés admet qu'un médecin retraité ne crée pas, dans leur prise en charge, le même effet que de prendre en charge un médecin actif. Cela peut se traduire par deux aspects différents : soit ils les assimilent à la population générale « *Quand c'était des gens retraités, je ne fais pas de différence, entre autre je ne partage pas avec eux mes décisions* » (S1), comme avec les autres, soit cela crée un sentiment d'obligation plus fort « *je ne me sens jugé que par ceux à la retraite, ceux loin de la pratique clinique classique : je sais qu'ils sont très attentifs à ce que je fais* » (S5). A quoi tient cette différence ? La réponse n'est pas simple : une des réponses évoquée explique que « *soigner des médecins en activité c'est compliqué. Il va chercher, vouloir savoir... alors qu'un médecin plus âgé va laisser faire, ne pas forcément chercher à comprendre, plus faire confiance et se laisser guider* » (S9). D'autre part, à cette impression de distance du médecin retraité face à sa propre maladie, on trouve aussi la notion que « *Les médecins en retraite, je ne leur fais aucune confiance* » (S9). Ce manque de confiance trouve ses fondements dans l'évolution permanente de la médecine, et de son perpétuel renouveau « *Les générations plus anciennes utilisent des concepts plus anciens* » (S4), de sorte qu'un médecin retraité se

retrouvera facilement désappointé, mais également dans un certain besoin de cadrer la prise en charge, comme chez tous les autres patients : « *Les médecins retraités, c'est pareil que les autres !* » (S9).

Vient ensuite, dans le même ordre d'idée, la notion de distinction si le patient soigné est **clinicien ou non** : ce paramètre interfère clairement dans la relation médecin malade pour plusieurs raisons. Outre les « *psychiatres qui sont incapables, qui ne souhaitent pas se soigner eux-mêmes* » (S1), le fait d'avoir une activité clinique fait en sorte qu'un « *médecin qui a déjà vécu ça avec ses patients, il sait* » (S2). Les patients qui ont une activité clinique « *se posent souvent plus de questions que les autres* » et ont une « *connaissance de la maladie souvent récente et parfois plus fraîche que la mienne* » (S9), qui impacte directement sur la prise en charge et sur la nature de la relation. Nous y reviendrons un peu plus loin.

Les médecins interrogés ont ensuite mentionné à plusieurs reprises qu'ils soignaient un certain nombre de **familles ou d'amis de médecins** : cette notion de bouche à oreille renvoie directement à la notion de réseau en médecine, de contacts privilégiés.

Dans le même ordre d'idée, la distinction entre soigner un généraliste ou un spécialiste n'a été que faiblement mentionnée, plutôt dans le sens où les médecins vont se faire soigner par des spécialistes directement. Par contre, a été rappelé le problème de **hiérarchie** entre les médecins : c'est un paramètre qui existe en médecine, et qui peut directement influencer la relation. Ces distinctions entre les spécialistes et les généralistes, les libéraux et les hospitaliers, la hiérarchie hospitalière, ont bel et bien été soulignées, même si elles n'ont pas été évoquées comme facteur perturbant la prise en charge.

#### b. Mode d'arrivée

Il est extrêmement intéressant de regarder comment les patients médecins sont arrivés en consultations avec les soignants interrogés. Ce seul point commence à lui seul à ébaucher les spécificités de la prise en charge des médecins.

En effet, il permet de se rendre compte, que, malgré le fait qu'un certain nombre de patients médecins arrive en consultation par des **circuits dits « habituels »** – bureau des rendez-vous, secrétariat, prise de rendez-vous – nous avons également pu constater que plus d'un tiers des soignants de médecins reçoivent des patients adressés par leurs correspondants, qu'un quart reçoivent des patients qui connaissent leur réputation ou celle du service. Trois mentionnent également la part du bouche à oreille dans leurs prises en charge. Toutes ces données concordent pour souligner la place des réseaux en médecine : on le sait, tout le monde le sait, et tout le monde le fait. On utilise ses réseaux de soins pour adresser au mieux nos patients – tous nos patients – et au plus vite. Dans le contexte de chute de la démographie médicale, cette notion est fondamentale et la place des réseaux va en s'accroissant.

Dans le même ordre d'idée, deux des médecins interrogés reçoivent en consultation des médecins qui ne passent pas du tout par le bureau des rendez-vous : **cette notion, qui tient lieu de passe-droit**, semble pour le coup être plus spécifique à la population médicale. Non seulement on tolère de rencontrer des confrères de façon un peu intempestive, mais en plus on en ressent un certain degré d'obligations. Cette concession trouve ses fondements dans deux registres : la déontologie médicale, au sens où l'on se sent obligé de recevoir un confrère, et l'affection, au sens où l'on a envie de le faire. Toujours est-il qu'il s'agit là d'un « coupe file » propre à la population médicale, ou tout du moins aux soignants, ainsi qu'aux familles et amis de médecins.

Nous nous sommes également intéressés à la temporalité de la consultation, qu'il s'agisse d'une consultation initiale ou de suivi : un quart des médecins interrogés souligne que les **consultations se font souvent à la dernière minute**, en catastrophe, et ce beaucoup plus souvent que chez des populations non médicales. Interrogés sur leur ressenti par rapport à ce retard, les soignants confessent que, même si c'est un paramètre qui les incommode, ils en font fi et font avec, et s'adaptent quand même à leurs patients, sans que ça ne porte forcément à conséquences sur le ton de la consultation.

### c. Déroulement de la consultation

La question de la durée des consultations a été spécifiquement posée aux soignants interrogés. Nous souhaitions savoir si les consultations étaient plus longues ou plus courtes lorsqu'il s'agissait de soignants. Il est intéressant de noter que, selon leurs dires, **près de la moitié des soignants passe autant de temps auprès d'un médecin qu'auprès d'un autre patient, tandis que près d'un tiers évoque des consultations plus longues...**

En analysant ces données, on peut se poser la question du pourquoi de ce paramètre. Plusieurs réponses ont été apportées par les soignants eux-mêmes. Ceux qui passent autant de temps évoquent la notion **qu'ils passent déjà beaucoup de temps** auprès de leurs malades, leur permettant de délivrer une information large, suffisante en tout cas pour convenir à un patient, même un patient médecin. D'autres évoquent le fait – sur lequel nous reviendrons, bien évidemment – **qu'un patient médecin doit rester un patient comme les autres** et que sa consultation doit se dérouler exactement de la même façon. Ceux qui allongent – toujours de façon modérée – les consultations affirment le faire pour donner parfois des **informations un peu plus techniques ou pointues**, parce que le dialogue y est plus médical, ou tout simplement pour parler d'autres choses que de la pathologie du patient, telles que la connaissance médicale, l'évolution des pratiques, des collègues ou patients communs... ou encore pour détendre un peu l'atmosphère.

Il est un paramètre que nous n'avions pas abordé spontanément mais qui est revenu spontanément chez près d'un tiers des soignants interrogés : la consultation dans le couloir. Cette dernière est spécifiquement décriée et déconseillée par six des soignants sur les 20 répondants. Elle est selon eux la porte ouverte à une prise en charge décousue et jamais synthétisée, avec une multiplication des examens complémentaires et

un risque fort de passer à côté d'éléments médicaux importants, sans compter la place du secret médical qui risque d'être mis à mal. **Ne jamais consulter dans un couloir, tel est l'un des premiers messages forts que nous ont passé les soignants...**

Dans le même registre, quatre des soignants ont préconisé la réalisation d'un **examen clinique systématique**. On peut s'étonner de cette précision, au sens où l'examen clinique se veut être la base de la médecine telle qu'on y est formé tout au long de nos études. Oui, et pourtant... **Un patient médecin semble être plus difficile à examiner que les autres, par gêne, par pudeur** et ce besoin d'examen physique est une donnée fondamentale : il faut examiner nos patients, quels qu'ils soient. La notion de traçabilité est également importante : certains médecins laissent des traces écrites de leurs consultations. S'il semble certain que cela leur permet de suivre l'évolution clinique, cela leur permet également de synthétiser, auprès de leurs patients, un certain nombre d'informations, qu'ils ont la possibilité de leur remettre en main propre. On s'interrogera sur la motivation de ce geste : est-ce pour témoigner de l'information délivrée ? Est-ce pour se protéger d'un éventuel recours contre une erreur médicale ? **Si la question de la peur de l'erreur a été abordée, nous y reviendrons, celle de l'attaque judiciaire ne l'a pas été, mais il nous a semblé légitime de la mentionner.** Cela ne veut certes pas dire que les médecins sont plus procéduriers que les autres, mais on peut présumer qu'en cas d'erreurs ils seraient susceptibles, autant que les autres, de réclamer des comptes, d'autant que leurs connaissances des pathologies et traitements standards le leur permettrait peut-être plus facilement s'ils le désiraient ...

#### d. Modalités de prise en charge

Dans ce paragraphe, sont abordées deux notions assez distinctes : celle des honoraires de consultations et celle des modes de prise en charge.

**La question des honoraires divise les médecins.** Faut-il faire payer un confrère qui vient consulter ? Cette question était déjà mentionnée dans le rapport du Conseil de l'Ordre, et nous avons pu en constater l'occurrence dans ce travail. Il faut néanmoins mentionner qu'ayant interrogé plus d'hospitaliers – qui ne faisaient, pour la plupart, pas de consultations privées – que de libéraux, la question des honoraires s'est souvent soldée par « je les fais payer, mais parce qu'ils sont inscrits à la consultation et que l'hôpital les facture ». En dehors de ce paramètre, on trouve un certain nombre de médecins qui **font payer les honoraires au nom du travail effectué mais également pour donner à leur patient un statut « ordinaire »**, celui du patient qui vient consulter un médecin pour un problème spécifique. Dans cette démarche, certains y voient un service à rendre au patient médecin, pour l'affirmer dans sa position de soigné, comme pour l'aider à accepter les rôles de chacun. C'est une attitude cohérente et respectable....et pas forcément partagée par tous. Il reste qu'elle est abordée différemment selon la durée de la prise en charge, la fréquence et la répétition des consultations.

En miroir, nous ont été opposées deux attitudes différentes, tout aussi cohérentes et respectables : celle d'un **paiement plus ou moins à l'amiable**, « *un médecin qui n'a pas*

*beaucoup d'argent ne paie pas* » (S5) et celle d'un **refus catégorique de règlement des honoraires**. Il est tout aussi intéressant de se pencher sur les raisons de ce refus : il trouve ses fondements dans la déontologie médicale, dans la confraternité. « *Les loups ne se mangent pas entre eux* » (S19) nous a-t-on répondu...

Il est assez paradoxal de confronter ces deux points de vue, qui correspondent à deux réalités bien concrètes : faut-il faire payer un médecin au nom du travail accompli, pour l'ancrer dans les statuts de médecin et de malade ? Faut-il extrapoler le code de Déontologie qui formule un devoir d'assistance, sans mentionner la part des honoraires : « Les médecins doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité. Les médecins se doivent assistance dans l'adversité » (article R.4127-56 du code de la santé publique<sup>22</sup>) et ne pas faire payer un confrère ? La réponse à cette question est éminemment complexe et nous ne risquons pas à tenter de lui apporter une réponse. **Il faut laisser cela au libre arbitre de chacun**, sans compter que l'un des soignants interrogés nous a fait cette belle concession : il souhaiterait payer la consultation s'il était malade, mais lui-même ne fait jamais payer un médecin. Allez savoir...

Nous nous sommes également penchés sur la façon dont les médecins étaient pris en charge sur le plan des horaires et délais de réception. Quelques différences sont apparues par rapport à la population générale en ce qui concerne les modalités de prise en charge :

- Il semblerait que les **horaires de consultations soient plus souples** lorsqu'il s'agit de confrères, avec notamment des extensions de plages horaires, parfois le soir ou le weekend, témoignant d'une certaine disponibilité envers leurs confrères.
- Certains admettent les **recevoir en consultation plus vite**, ne se pliant pas toujours aux délais habituels dus à l'encombrement des consultations : un médecin sera en général reçu plus rapidement.
- D'autres confient leur **numéro de portable** à leurs patients médecins, faisant évoquer à nouveau l'idée d'une plus grande disponibilité.
- Certains utilisent des **modes de communication autres** pour des avis ou le suivi, ouvrant la porte à des conversations téléphoniques ou par voie électronique avec l'utilisation d'internet et de mails pour assurer le suivi de leurs patients médecins.

Tous ces paramètres peuvent étonner, faire sourire ou évoquer l'idée de certaines différences entre la prise en charge d'un patient tout venant et d'un patient médecin. D'emblée, on peut avoir l'impression que ces éléments peuvent être considérés comme des points de détails, des **éléments de facilité de prise en charge** pas forcément significatifs d'une remise en question du fondement même de la relation médecin malade.

En effet, il faut bien admettre que **pour la plupart des médecins interrogés, le patient médecin doit être considéré comme étant un patient comme les autres**. Examinons maintenant ce dont ils ont parlé dans ce domaine là...

## 2. *Éléments identiques de prise en charge*

Spontanément, un grand nombre des praticiens interrogés ont eu pour réaction initiale de dire que le médecin était un patient comme les autres. Examinons cette tendance plus en détail.

### a. Annonce diagnostique

On ne tergiversera pas longtemps sur les modalités de l'annonce diagnostique tant l'attitude des soignants en la matière semble relativement unanimes : **ils estiment délivrer la même information, avec les mêmes précautions et les mêmes réserves**, qu'il s'agisse ou non d'un patient médecin.

On se permettra tout de même d'insister un peu plus sur cette nuance que certains ont soulignée : **la nécessité de poser un cadre de consultation**. Cette précision, qui pourrait paraître anodine, prend pourtant une certaine importance quand on la resitue dans le contexte : il paraît évident qu'il faut cadrer la prise en charge chez nos patients, quels qu'ils soient. Pourquoi préciser absolument qu'il faut cadrer la prise en charge de nos médecins ? La tendance actuelle serait-elle que les modalités de prises en charge sont spontanément différentes que chez les autres ?

### b. Communication

On recherche dans cette section à évaluer les modes de communication entre le soignant et son patient. Comme décrit ci-dessus, on retrouve une certaine unité chez les soignants interrogés, qui estiment s'adapter à leurs patients, à leurs attentes, à leur culture, avant de proposer les options thérapeutiques et enjeux de la prise en charge. On se situe pleinement dans les techniques de soins telles qu'elles nous sont enseignées lors de nos études facultaires. Nous n'avons pas, dans ce champ là, noté de grandes différences de communication.

Nous souhaitons quand même, souligner une donnée qui nous a quelque peu étonnée lors des entretiens : **plusieurs soignants ont mentionné la part attribuée à la culture et aux croyances de chacun**. Il leur semble fondamental de s'adapter à la croyance de chacun pour entériner leur position, argumenter leur prise en charge et l'affirmer dans un certain cursus personnel. On perçoit bien toute la souplesse d'esprit que cela dégage de la part des soignants pour espérer s'adapter au mieux à la personnalité de chacun. On a pu s'étonner, sans pour autant qu'il n'y ait de jugement de valeur, de la mention à plusieurs reprises de l'importance de la religion dans les perspectives de chacun. La religion semble présente dans les prises en charge, peut être du fait de la mise en perspective de la mort, avec toujours beaucoup de respect et d'abnégation.

### c. Examens complémentaires/Prise en charge globale

C'est d'ailleurs une notion que l'on retrouve dans la prescription des examens complémentaires et la prise en charge globale : **plus des trois quarts des médecins interrogés estiment adopter une prise en charge identique**, en tout cas, préconisent de le faire, disant ne pas prescrire plus d'examens complémentaires que chez un autre patient.

Certains insistent sur leurs **rôles en tant que soignants : accompagnement humain, expertise technique**, telles sont selon eux leurs missions de soins, quel que soit le patient en face.

On retrouve là encore un petit bémol dans l'unité des réponses concernant le sentiment lors de la prise en charge d'un patient médecin « comme les autres ». Trois des médecins interrogés ont jugé bon de préciser qu'**ils gardaient toujours le contrôle** sur la prise en charge, les prescriptions et les décisions : pourquoi faire cette précision ? N'est-ce pas là encore un aveu que la prise en charge risquerait d'être tellement différente, ou le serait peut-être malgré les affirmations des répondants ?

### d. Consignes/Surveillance

Enfin, les soignants nous ont confié qu'ils estimaient que le suivi était correct, de même que la compliance. Les patients **recevraient des consignes et conseils identiques** de la part de leurs thérapeutes, ces derniers n'hésitant pas à souligner les enjeux de la prise en charge et de la pérennité du suivi.

Dans cette section, les soignants évoquaient les fondements de la relation médecin malade. **Ils ont vraisemblablement cherché à délivrer un autre message fort : celui qu'un patient, médecin ou non, doit rester un patient entre guillemets « normal » et qu'il faut adapter la prise en charge à la personnalité de chacun.** Certes... on a pourtant l'impression que derrière ces considérations, se cachent un certain nombre d'autres aspects et problèmes ; car, si les soignants ont considéré qu'il fallait traiter un médecin au même titre que tous les autres, **nombreux sont ceux qui ont poursuivi cette allégation d'un « mais »...**

## 3. *Spécificités de prise en charge*

« *Ils ne sont déjà pas comme les autres* » (S16)... Qu'est ce qui fait cette spécificité de soins ? Qu'ont donc les médecins de plus qui influe tant sur leur prise en charge ?

### a. Annonce diagnostique

Deux volets distincts ont été mentionnés au cours des entretiens concernant l'annonce d'un diagnostic : le premier est avant tout relationnel, le second concerne le retard à la prise en charge.

En ce qui concerne le relationnel, se pose d'emblée **l'interférence des connaissances médicales**, qui sont détenues à la fois par le médecin et par le patient : c'est probablement l'un des principaux aspects qu'il faut souligner, qui l'a en tout cas été par 12 des soignants. Ce partage de connaissances influe significativement sur la prise en charge pour plusieurs raisons : d'une part, parce que le médecin qui consulte connaît souvent déjà son diagnostic, d'autre part parce que ce médecin aura, la plupart du temps, de multiples expériences en termes de vécu de cette pathologie à travers les patients qu'il aura été amené à soigner tout au long de sa carrière. Il arrive donc à la fois avec un certain bagage théorique mais également pratique, qui impacte directement sur les modalités d'annonces.

De cela, découlent les notions selon lesquelles il est **absolument impossible de mentir à un patient médecin, et difficile d'éluder certains aspects de la pathologie**, ce qui peut arriver chez d'autres patients. Eluder est une facilité que peut choisir un soignant pour divers motifs : pudeur, tempérance, protection de son patient, gêne par rapport à un diagnostic ou un pronostic difficiles, autant d'options qui s'envolent lorsque le patient appartient au milieu médical.

Le second volet abordé par les soignants concerne le **retard à la prise en charge des patients médecins** : un certain nombre des patients soignés a tendance à négliger ses symptômes, à retarder la prise en charge. Nous discuterons un peu plus loin des facteurs pouvant mener à de telles attitudes, mais **l'automédication est un des éléments les plus fréquemment mentionnés**, tant pour justifier ce retard que pour expliquer les divergences de prises en charges avec des patients médecins. Les soignants ont insisté sur cette notion, et l'on a pu constater que ce retard s'appliquait autant au moment initial de prise en charge qu'aux reports successifs des consultations de suivi, parfois jusqu'à l'ultime moment, pouvant aller jusqu'à la mise en danger de l'individu face à sa négligence. Est ce parce qu'un médecin a l'impression de tout contrôler ? De pouvoir juger la ligne à ne pas franchir ?

### b. Communication

**Du partage de connaissance mentionné ci-dessus découlent les spécificités de communication** propres à la relation de soins entre un médecin soignant et un médecin patient. Près de la moitié des soignants évoque des **facilités de compréhension**, grâce au soutien de concepts physiopathologiques et à l'emploi du vocabulaire médical, permettant de cibler rapidement la prise en charge, de l'ancrer dans un univers technique et spécifique. Dans le même ordre d'idée, certains mentionnent l'impression de **fournir plus d'explications** et certains constatent un questionnement plus important chez les patients

médecins par rapport à leur pathologie. On peut considérer qu'il s'agit bien là des conséquences de la formation médicale, qui, jour après jour, nous inculque les termes, les notions, les concepts physiopathologiques permettant une compréhension et une appréhension globale des problèmes médicaux. Si quelques lignes plus haut nous affirmions qu'il n'y a pas énormément de façon de communiquer de façon efficiente avec un patient, il n'en demeure pas moins que **l'usage du vocabulaire médical créé, à lui seul, une spécificité forte de la relation médecin malade.**

#### c. Examens complémentaires/Prise en charge globale

Indépendamment des notions développées plus haut de plus grande disponibilité et de rapidité de prise en charge, a été évoqué un aspect relevant de la logistique. Certains des soignants interrogés concèdent qu'ils font **plus attention au côté logistique et matériel de la prise en charge**, tâchant de soigner le « mauvais côté hospitalier ». Ils tentent, lorsqu'ils le peuvent, de placer un patient médecin en chambre seule, et de faire en sorte que la **prise en charge soit globalement optimale, sans aspérité ni retard, la plus fluide et cohérente possible.** Nous avons tous l'expérience des retards et difficultés hospitalières, en termes de délais, de compte-rendu, de temps perdu : il s'agit là d'une préoccupation pour 3 des soignants interrogés. Pourquoi ? Souvent par confraternité, par sentiment de devoir faire peut être plus attention à ses confrères.

Concernant la prescription d'examens complémentaires, on a pu s'étonner au cours des entretiens des réponses des soignants : si certains en prescrivent strictement le même nombre, six d'entre eux **se désolent de la multiplication des examens complémentaires** chez les patients médecins. Celle-ci a été expliquée par plusieurs facteurs : d'une part, la facilité d'accès aux examens permis par une facilité d'auto prescription, d'autre part, la multiplication fréquente des hypothèses diagnostiques et/ou des avis pris auprès de confrères, aboutissant à une surconsommation d'examens complémentaires. De ce constat, trois soignants tirent les conséquences, allant même jusqu'à prescrire moins d'examens complémentaires que chez les autres... On ne pourra que souligner, à ce stade de la discussion, cette phrase, prononcée par l'un des soignants : *« on assiste vraiment à un éclatement de la personne qui engendre un éclatement de la pathologie, une multiplication des diagnostics, donc des examens » (S15).*

#### d. Consignes/Surveillance

Six des médecins interrogés estiment que la **qualité du suivi est moins bonne** chez les patients médecins que chez les autres : plusieurs explications à ce phénomène ont été mentionnées, allant du **manque de temps**, à la **sensation de toute puissance** du médecin – sur laquelle nous reviendrons –, à **l'auto gestion** du suivi, voire à la **négligence** pure et simple des symptômes, des traitements ou des consultations de suivi. Néanmoins, on ne peut que souligner que cette négligence ne concerne pas toutes les pathologies mentionnées : en effet, **si la maladie chronique connaît moult déboires dans son suivi – comme chez tous les patients – il n'en n'est pas de même des pathologies engageant le pronostic vital ou les besoins de rééducation, pour lesquelles la peur et**

**les enjeux engagés semblent prendre le dessus sur la contrainte représentée par les soins.** C'est une nuance qu'ont souligné les médecins rééducateurs et pneumologue, mais qui nous semblait importante à mettre en exergue.

Autre spécificité de prise en charge, absolument propre au médecin : le « **bricolage** » avec les traitements médicamenteux. Cette notion a été soulignée trois fois, insistant sur la faculté du médecin à se prescrire, se faire prescrire ou se faire dépanner des médicaments, de sorte que leur prise peut s'avérer plus que fluctuante ou qu'il n'existe, comme souvent, aucune consultation de suivi, que ce soit chez un médecin généraliste ou un spécialiste.

**Auto prescription, auto médication, auto gestion de sa propre santé, telles sont à ce stade les spécificités de prises en charge des médecins malades.** On notera tout de même les notions d'impact socio-professionnel de la pathologie et le refus – fréquent – d'un arrêt de travail, qui ont été mentionnés, mais ne sont pas propres à la profession médicale. Ainsi donc un médecin ne serait-il pas tout à fait un patient comme les autres ; et encore, nous nous sommes ici attachés au côté pratique de la prise en charge, qui a déjà révélé plusieurs difficultés. Penchons-nous maintenant sur les aspects relationnels de cette prise en charge quelque peu particulière...

#### **4. Relations avec le médecin soigné**

Nous avons évoqué précédemment les spécificités de communication entre deux médecins, l'un soignant, l'autre soigné. Il en va également d'un autre aspect, celui de la relation entre eux, qui ne soulève pas exactement les mêmes questionnements. Tout l'enjeu de ces questionnements est résumé dans cette affirmation, presque un cri du cœur formulé par un des médecins que nous avons interrogé : « *les premiers patients que je voyais, quand j'apprenais qu'ils étaient médecins, je me disais : « Et merde ! » (S6) : à quoi donc tiennent ces différences ? Quelles sont-elles ?*

##### **a. Différences de relation**

En étudiant les différences de relations entre un médecin soignant et son médecin patient, on entre pleinement dans le cœur de la relation médecin malade. Il s'agit bien là d'une relation toute particulière, au sens où **les deux parties en présence sont alter ego**. Avant d'entrer dans le vif du sujet, on pourra néanmoins se poser une question a priori toute simple : y a-t-il une seule et unique relation médecin malade ? Reproduit-on des modes opératoires chez tous nos patients ? Il n'est pas évident que la réponse à cette problématique soit « oui »... Il est donc doublement intéressant de se pencher sur une relation médecin-médecin.

A quelles difficultés se retrouvent confrontés les soignants lorsqu'ils soignent leurs confrères ? A des **difficultés à faire confiance**, telle est leur réponse première : « *ils ont un*

*mal fou à faire alliance... » (S6). Et pourtant, la confiance n'est-elle pas le fondement même de la relation médecin malade ? N'est-elle pas le lien indispensable nécessaire à la création d'une communication optimale ? « La confiance doit être absolue : c'est bien de douter, mais c'est encore mieux de les exprimer, ces doutes là, pour avancer, les discuter » (S6), affirmait le psychiatre que nous avons rencontré : **il n'y a pas de relation thérapeutique sans confiance** semblait-il dire. La question qui découle de ce constat est : pourquoi ? Pourquoi un médecin aurait-il plus de difficultés à confier sa santé à un médecin ? On retrouve là plusieurs types de réponses pour expliquer ce phénomène : **l'interférence des connaissances médicales**, le **manque de temps**, la **conviction d'être capable de s'occuper correctement de soi-même**, la **méfiance** envers d'autres médecins qui ont potentiellement reçu la même formation que nous-mêmes, la **difficulté - chronique - à déléguer des tâches...** sans oublier la **pudeur** à parler de ses propres problèmes quand notre tâche, notre devoir, notre quotidien est de nous occuper de la santé des autres. « *Dire que je suis médecin et en difficulté, c'est indigne : c'est une déchéance* » (S20) confiait l'un des soignants interrogés, c'est admettre la possibilité d'une faiblesse, la perte d'une certaine toute puissance du médecin face à la maladie.*

**Tomber de son piédestal est un autre élément qui a été mentionné.** De quel piédestal parlons-nous ? Et surtout, comment en sommes-nous arrivés là ? Peut-être qu'à force de côtoyer la maladie et de la gérer chez les autres, **les médecins se sentent intouchables**, estimant « *qu'ils étaient au dessus de tout ça* » (S17). Toujours est-il que « *ce qui est flagrant dans cette question c'est toujours le même problème : celui qu'il est toujours extrêmement difficile pour nous, médecins, d'être malades, de s'accepter comme malades* » (S15). Peut-être nous trouvons nous au cœur du problème, **peut-être ne sommes nous pas assez sensibilisés au fait que nous pouvons être malades**, comme les autres, aussi fréquemment, avec la même gravité ; l'un des enjeux de ce travail ne serait-il pas justement de sensibiliser les personnels soignants, sur cette notion ? « *Ce n'est pas parce qu'ils sont docteurs qu'ils n'ont pas les mêmes symptômes, les mêmes maladies, les mêmes angoisses, les mêmes nécessités de faire des examens, nécessités de faire de la prévention, nécessité de les informer et de leur expliquer les choses* » (S8).

C'est un des points qui nous apparaît comme fondamental. Sans faire de catastrophisme, sans basculer dans l'autre versant « *qui dit qu'un médecin a des problèmes plus graves ou des pathologies plus lourdes qu'un autre* » (S11), si nous arrivions déjà à les sensibiliser sur le fait qu'ils sont exposés aux mêmes pathologies que les autres, ce serait déjà un grand pas en avant. « **Il faudrait peut être leur enseigner : ils sont des malades ordinaires** » (S17)...

Ce qui nous amène tout droit au troisième point abordé par les soignants : celui du **déni**. « *Le médecin ne se sent pas malade* » (S8). « *Tous les médecins que j'ai vus ont laissé trainé, négligé et n'ont pas consulté* » (S17) nous confiait un médecin, sachant « *qu'indiscutablement, ils savaient* » (S2). Dans ce déni, plusieurs aspects ont été soulignés : « *certain n'ont pas envie de parler, d'autres me disent qu'ils savent déjà, certains, qu'ils ne veulent pas savoir* » (S18). « *Certains ont plus de mal à faire confiance, soit par méfiance, soit pour se protéger* » (S18), **comme si le fait de ne pas savoir les protégeait de la maladie...** C'est toute l'ambivalence de la profession de médecin : notre devoir est de

prévenir l'apparition de la pathologie chez nos patients, de la traiter le cas échéant, d'en informer le patient au mieux, mais on a presque l'impression que dès qu'il s'agit de nous mêmes, tous ces principes volent en éclat.

Il est également intéressant de se pencher sur un autre phénomène décrit par les soignants. Quelques uns ont évoqué l'idée que le fait que **le patient en face d'eux provoque un sentiment d'obligation, pour le moins de changement de regard** : « *je ne veux pas le traiter comme un patient X ou Y* » (S5), sentiment qui trouve ses fondements dans une certaine recherche de confraternité, « *comme pour rendre la monnaie de la pièce aux personnes qui ont travaillé dans ce secteur là et qui le méritent bien* » (S5). Cette tendance peut en outre aller beaucoup plus loin, **l'obligation pouvant aboutir à un certain dépassement des limites de soins** : « *s'il n'avait pas été médecin, je ne sais pas si j'aurais accepté d'aller aussi loin dans le soin palliatif à domicile* » (S1). Est-ce, en soi, une bonne chose ? Il n'est pas évident d'en attester... Etre médecin ouvre des portes, certes, parfois jusqu'à la limite du raisonnable « *il nous a même forcés à la faire opérer de ses métastases cérébrales* » (S2), « *alors forcément, on s'interroge, sur son acharnement, son attitude, son obstination. Et notre position en tant que soignant, sur ce qu'on aurait fait* » (S9).

Une telle interaction et une telle remise en question existent-elles pour d'autres patients que des patients médecins ? Probablement que oui, mais l'on sent déjà poindre l'idée qu'en arrière plan se cachent un certain nombre de projections... Par rapport à ces implications et interactions éminemment complexes, un des soignants a extrêmement bien résumé la situation : « *ça reviendrait à être dans la situation idéale où l'on soignerait les médecins comme les autres. Ou l'inverse d'ailleurs : celle où l'on soignerait tous nos patients comme s'ils étaient médecins...* » (S17).

On mentionnera enfin la **place toute particulière attribuée au spécialiste de même filière**. On a pu constater que soigner un médecin atteint d'une pathologie provoque chez les soignants une certaine appréhension, avec une majoration de la peur du jugement et du regard critique sur la prise en charge globale. « *J'appréhenderais un peu plus si je devais soigner un neurologue ou un médecin rééducateur, parce que là, on fait le même métier, il aurait les mêmes connaissances que moi* » (S10), comme s'il existait dans le soin du médecin, différents degrés d'identification – sur lesquels nous reviendrons – avec en première ligne, la profession, puis la spécialité et le mode d'exercice.

Se sont ébauchées dans ce paragraphe un certain nombre de différences et difficultés relationnelles récurrentes dans la prise en charge de patients médecins. En y regardant plus avant, on se rend compte également que **ces différences trouvent leur fondement à la fois dans les ressentis des médecins soignants que dans des attentes – formulées explicitement ou non – par les médecins patients**. Un médecin qui soigne a toujours, quel que soit son patient, une certaine idée du soin qu'il doit – et va – prodiguer, mais un patient a, de même, un certain nombre d'attentes par rapport à la qualité du soin reçu. Quelles sont-elles ?

## b. Attentes du médecin soigné

Lorsque l'on interroge les médecins soignants sur les attentes qu'ils supposent à leurs patients médecins, on met en évidence un certain nombre de souhaits de prises en charge. Ce ne sont pas, dans l'ensemble des souhaits propres aux médecins, dans le sens où arrivent en premier lieu la **clarté de l'information délivrée**, la **qualité des soins** et la **qualité du service** offert par les professionnels de santé. On ressent plus un certain désir d'être **pris en charge rapidement et de façon optimale**, qu'une réelle volonté de bénéficier de soins plus performants que les autres. Cela va même pour cinq des soignants interrogés jusqu'à l'affirmation que **l'un des souhaits des médecins, lorsqu'ils deviennent patients, est d'être soigné comme les autres** : « *Je suis médecin, mais j'ai besoin d'être pris en charge, d'être dirigé, orienté, borné dans mes attitudes, sur une route qu'on aura tracée pour moi, comme on le fait pour tous nos malades* » (S20). Il est intéressant de noter que pour certains médecins interrogés comme soignants, les attentes du médecin patient sont calquées sur les attentes qu'ils auraient eux-mêmes s'ils venaient à tomber malades. On se rend compte que **leur attitude face à leur patient médecin correspond aussi à la projection de leurs attentes** : « *j'exigerais deux choses : un, d'être traité comme un patient ordinaire, et deux, comme ce que je donne à mes patients, d'avoir la totalité de l'information* » (S17), ce qui prouve bien que la plupart d'entre eux a déjà analysé de façon poussée le problème posé par soigner un confrère.

D'autre part, outre la qualité de la prise en charge, on notera que **la prise de décisions est l'autre point fondamental**. « *Ils ont cette demande qui fait toute la difficulté de la prise en charge : celle qu'on n'oublie pas qu'ils sont médecins donc ne pas trop les infantiliser, mais également d'être capable de les décharger* » (S16). « *C'est moi qui décide. C'est, je crois, un soulagement pour eux : je réponds à la demande* » (S15). Pourquoi ce besoin de prise de décision est-il précieux ? Parce qu'« *un choix en thérapeutique c'est toujours faire le deuil d'une possibilité : laisser ce choix à un médecin par rapport à sa propre maladie, c'est épouvantable* » (S16). « *Ils attendent une écoute, d'être pris en charge dans la difficulté de la maladie, je pense que c'est important pour eux, et donc à ce titre là qu'on décide en partie pour eux* » (S1). **Ce besoin de soutien, d'écoute et de prise en charge s'ajoute à la difficulté qu'éprouve un médecin à être objectif sur son propre état de santé** : « *je pense que les médecins se soignent mal, parce qu'ils n'ont pas la distance suffisante par rapport à leurs symptômes, qu'ils ont la connaissance, mais pas la neutralité nécessaire* » (S15). **C'est cette combinaison perte d'objectivité/besoin de partage qui assure le fondement même du rôle de médecin, de confident mais également d'expert de santé à qui l'on se doit de confier sa prise en charge**. Car c'est aussi bien de cela qu'il s'agit : un patient, quel qu'il soit vient consulter un médecin pour « *chercher auprès de moi un service, une expertise, un conseil que je suis en mesure de leur donner* » (S12).

**Dans quelle mesure un médecin accepte-t-il de lâcher prise ?** C'est un autre souci de taille qui conditionne la prise en charge. « **Il faut arriver à, à la fois, lui faire lâcher prise pour qu'il puisse se confier, mais aussi suffisamment de moyens pour qu'il**

***puisse malgré tout continuer à fonctionner comme un médecin*** » (S16). Les médecins sont « *quand même formatés pour être actifs, donc ils aiment bien prendre en charge* » (S4). On se rend bien compte que toute la difficulté de la prise en charge réside dans cette spécificité : un médecin aura toujours tendance à intervenir dans sa prise en charge au titre de « *souffrant sachant* » (S6) mais « *il faut étouffer dans l'œuf toutes les tentatives du malade d'intervenir dans le traitement (...) pour traiter le patient comme un patient* » (S17).

Enfin, on mentionnera que les médecins soignés font souvent part d'une **attente de disponibilité forte auprès de leurs soignants** « *le samedi matin, le soir, à des heures qui leur conviennent* » (S4), « *implicitement, ils attendent de nous une disponibilité qui doit sortir de l'ordinaire* » (S15). Tous semblent assez d'accord sur le principe de leur offrir « *la solution tout de suite, ce que je peux comprendre, parce qu'à leur place je serais pareil* » (S5) prônant que « *c'est bien d'être confraternel, de s'épauler, plutôt que de se tirer dans les pattes* » (S5).

A travers toutes ces données, se dessinent et s'imbriquent toutes les implications du soin des médecins, telles des ébauches des difficultés rencontrées au quotidien par les soignants. **On se rend bien compte des problèmes soulevés par la prise en charge de patients médecins, en termes de confiance, de méfiance, de jugement, de déni, de lourdeur de la prise en charge.** Tous ces problèmes appellent à une autre problématique : au sein de cette prise en charge complexe, quelle place accorder au médecin soignant ? Comment doit-il se positionner ?

## **5. Place du médecin soignant**

Nous nous sommes attachés dans ce paragraphe à l'étude du ressenti du soignant quant à la place qu'il pense devoir adopter d'une part, qu'il adopte effectivement d'autre part, lorsqu'il soigne un de ses confrères. Nous avons distingué dans cette section l'étude du ressenti ainsi que l'examen des difficultés rencontrées par le soignant au décours de ses prises en charge de médecins malades.

### **a. Ressenti**

La première impression qui se dégage des entretiens est sans équivoque que de **soigner un patient médecin provoque chez ses soignants un certain nombre de projections.** C'est un terme qui a été mentionné par près de la moitié des soignants interrogés, y compris ceux qui estimaient soigner les médecins comme les autres patients. Selon le Larousse, une projection est, en psychanalyse, « un mécanisme de défense qui consiste à attribuer à autrui un sentiment éprouvé par soi-même mais que l'on refuse ». **Quel paradoxe d'employer une notion de mécanisme de défense alors même que l'on parle de relation de soins !** Pourquoi donc aurait-on besoin de se défendre lorsque l'on soigne un de ses confrères ? Peut être tout simplement parce que cela représenterait une agression psychique telle que l'on aurait besoin de s'en protéger... « *On les connaît, on les côtoie, on a certaines affinités, on se projette, on a des points communs* » (S2) ; « *on avait*

le même âge, en plus » (S10) ; « on est tombé dans la découverte mais aussi la gestion de la maladie chez un patient qui a le même âge que toi, avec tout ce que ça comporte comme identification, transfert et questionnement individuel » (S8) ; « c'était vraiment le partage » (S1). Près de la moitié des soignants a cité de tels fragments de phrases, des anecdotes cliniques qui les ont marqué, tels des aveux d'histoires frappantes qui leur sont restées, souvent plusieurs années après.

Dans le même registre, on aura noté également ce **sentiment de proximité, voire d'affection pour le confrère** : « un confrère c'est quelqu'un qui nous ressemble, dont on est plus proche, donc quelque part ça nous touche plus » (S16). « Pour moi c'est plus important de soigner un confrère, que le confrère soit content du service que je lui offre, plutôt que de soigner un VIP que je ne connais pas et dont je me fous » (S5).

On mentionnera ensuite trois notions qui se recoupent : celles de **l'importance du partage du savoir**, de la **difficulté à reconnaître autrui comme soignant** et de **l'importance des statuts**. Elles sont l'explication intrinsèque de la difficulté pour le médecin à se faire une place en tant que soignant.

- **Le partage du savoir équilibre la relation médecin malade – qui par nature, est normalement une relation déséquilibrée**, de dépendance du savoir et des connaissances de l'autre – de sorte que la relation a tendance à devenir une relation naturellement confraternelle. « Les gens que je considère comme proches de moi, en terme d'âge, de niveau, de raisonnement, j'abonde dans leur sens » (S5).
- **Cette relation nécessite une prise de conscience mutuelle, pour que chacun accepte de prendre la place qui est la sienne**, chose difficile à accepter par le médecin malade, qui nécessite un vrai travail sur lui-même, la reconnaissance du « besoin d'un tiers intervenant » (S1). Il s'agit là de la difficulté à reconnaître l'autre comme soignant : cela nécessite d'ores et déjà un certain degré d'acceptation de la pathologie.
- Enfin, **intervient la notion de statuts : il faut, pour ancrer la relation dans une relation de soins, qu'il y ait « un docteur et un malade » (S15)**, et non une relation d'égal à égal. Tel est le cheminement naturel de la relation, trois étapes fondamentales à passer tels trois obstacles sur lesquels il est aisé de trébucher...

Pour contrer cette tendance, **il existe un remède, que les soignants connaissent, dont ils usent sans abuser : l'oubli** volontaire ou forcé, en tout cas désiré, qu'on soigne un médecin. « Quand on est le médecin d'un médecin, il faut arriver à effacer de son esprit qu'on soigne un médecin, tout faire pour garder de la distance » (S17). « Il est absolument fondamental d'oublier que les gens sont médecins » (S3) parce que « le lien affectif est là » (S7), il « doit être « le patient », comme pour garder une certaine objectivité, un certain recul » (S10). Occulter de son esprit que l'on soigne un médecin : serait-ce la solution ? Possible, mais hélas « c'est difficile, beaucoup plus facile à dire qu'à faire » (S8)...

Dernier ressenti exposé par les soignants, celui d'une impression certaine de fragilité, en tant que soignant : « *ce sont les personnes les plus fragiles qui sont les meilleurs médecins !* » (S20). Alors bien sûr, cette fragilité ne concerne pas que les soins auprès de médecins, mais il nous semblait bon de souligner cet aspect : **soigner est une activité naturellement éprouvante en termes émotionnels, en termes de gestion de la souffrance de l'autre**. Peut-être que soigner un médecin revêt un caractère tout particulier aussi du fait de la **majoration des projections**. « *La souffrance de l'autre est quelque chose qui est difficile* » (S16), et « *forcément, c'est plus compliqué quand l'altérité est semblable* » (S6). « *Ca me touche toujours, mais je mets beaucoup moins de temps à m'en relever* » (S18). La conclusion des soignants qui ont évoqué cette souffrance est de dire « *le tout c'est d'arriver à se protéger malgré tout...* » (S16) tout en nuancant leurs propos : « *mais comment se protéger quand on fait ce métier là ?* » (S18).

## b. Difficultés

Nous allons ici nous attacher aux difficultés rencontrées par les soignants lorsque leur patient était médecin.

La première des difficultés citées par les répondants, et non la moindre, réside dans le problème de distanciation : **quelle distance thérapeutique optimale adopter pour que la relation de soins soit, ni trop proche, ni trop distante ?** « *C'est ce détachement qui est très important, tout en conservant bien entendu cette proximité indispensable à la pratique de la médecine qui fait que tu dois rester près de ton malade... Alors ce n'est pas simple !* » (S8). « *Je suis plus vigilant sur la question de la relation, pour éviter que mon empathie soit de la sympathie* » (S6). Quelles différences entre les deux ? Si l'empathie est « une faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent », la sympathie est « un penchant naturel qui porte deux personnes l'une vers l'autre » : en posant la question clairement, de quoi le patient a-t-il besoin ? De soutien psychologique, certes, mais est-ce le rôle de son médecin ? **Le rôle du médecin n'est-il pas de décharger au mieux le patient de ses problèmes de santé, de le soutenir de façon empathique sans entrer dans la sympathie ? N'est-ce pas là la clef, le piège majeur de la relation médecin malade ?** « *Je me dis que j'ai réussi mon pari, à établir une relation correcte, quand – j'ai envie de prononcer les deux mots – je me sens suffisamment distante mais également proche de mon patient* » (S15), n'est-ce pas là la définition même de la distanciation ? De cette balance naît la complexité de la relation, on est – et l'on doit rester – en permanence dans cette **situation d'équilibre précaire qui nécessite de trouver la distance optimale, mais de la réévaluer à tout moment**. On est ici au cœur de la relation médecin malade, et la distance thérapeutique en est le fondement.

Se retrouver confronté à un médecin malade, « *il faut avoir les épaules pour* » (S2) nous confiait un des soignants... **Une des autres difficultés rencontrées est en effet celle de la peur du jugement de l'autre**. Soigner un médecin provoque une certaine mise à l'épreuve, du fait que l'autre a les mêmes connaissances, est familier avec les notions, les concepts, les thérapeutiques et autres enjeux. Cette connaissance engendre de façon inéluctable un **regard critique** sur l'attitude de soins, la prise en charge thérapeutique, la

conduite des entretiens : la façon globale de soigner en somme. On se rend compte d'ailleurs au cours des entretiens que cette appréhension du jugement de l'autre mûrit, évolue au fur et à mesure du temps et de l'expérience : les médecins les plus jeunes semblent appréhender plus ce jugement que leurs confrères plus expérimentés. Est-ce le fruit de leur expérience clinique ? Le résultat d'une certaine réflexion peut-être plus poussée sur la question ?

Il est bon d'observer les conséquences de ce jugement sur la prise en charge globale. Occulter qu'on soigne un médecin est une aide, un moyen de mettre en place une prise en charge « standardisée », visant à prendre en charge le patient médecin comme un autre... En étant honnête, tous nous ont confié qu'ils n'y arrivaient pas forcément. Quelles attitudes adoptent-ils ? On retrouve globalement trois grandes tendances :

- La première est une **attitude « jusqu'au boutiste »** : soigner un médecin provoque une telle peur de l'autre que l'on recherchera une attitude de soins irréprochable, carrée, parfois poussée à l'extrême. L'interrogatoire est soigneux, l'examen clinique également, la prise en charge est extrêmement cadrée, comme si l'idée était presque autant de soigner... que de montrer à l'autre que l'on fait ce qu'il faut pour !
- La seconde est une **attitude plus souple**, qui nous a moins été décrite – mais qui n'est probablement pas moins pratiquée – attitude compréhensive, presque sympathique, qui tient compte des attentes de l'autre, de son expérience mais également de ses peurs, de ses appréhensions face au traitement et à la maladie. C'est un phénomène que l'on retrouve chez des soignants plus jeunes, amenés à soigner des médecins plus expérimentés. Après tout, pourquoi un de nos confrères, avec son expérience, sa pratique clinique, son statut ne saurait-il pas se prendre en charge ? Est ce une marque d'humilité, une crainte de l'autre, ou la lignée directe de nos études de médecine, où nos pairs nous forment, jour après jour, grâce à leur expérience clinique ? Elle engendre un accompagnement de l'autre, moins rigide, allant parfois jusqu'à dire ce que l'autre attend d'entendre, sans que ce soit forcément basé sur des raisonnements cliniques ou recommandations. Dans cette attitude, on retrouve une certaine panique, comme si pour préserver l'autre, on ne s'octroyait pas le droit de lui dire la vérité. Est ce souhaitable pour l'un comme pour l'autre, ce n'est pas évident, comme il nous l'a été concédé.
- La troisième se tient entre les deux premières : le soignant semble partagé entre son penchant naturel à se rapprocher de son confrère, et sa lutte pour oublier que son interlocuteur est l'un de ses semblables. On a ainsi l'impression que cette notion est omniprésente, provoquant une sorte de **conflit intérieur entre une volonté ferme de professionnalisme et une tendance naturelle à la sympathie**. C'est un autre message des soignants : cette tendance à lutter pour oublier, oubli qui semble être une des clés pour soigner un médecin comme un patient lambda, si tant est qu'on puisse considérer qu'il y ait un patient « lambda » !

Le plus intéressant à mentionner à ce stade est que cette peur n'est pas forcément justifiée... Certes, un médecin malade qui arrive en consultation a forcément un regard critique, mais il peut également, en toute bonne foi, consulter de façon tout à fait classique, confiant l'intégralité de sa prise en charge à son soignant, sans forcément chercher à interférer. Pourquoi cette peur ? Pourquoi cette pression supplémentaire ? Ne serait-ce pas dû à un certain nombre d'identifications ?

**Les concepts d'identifications et de transferts ont été mentionnés à plusieurs reprises tels des éléments primordiaux à prendre en considération.** S'identifier, se projeter dans le regard de l'autre, parce que « *l'autre est comme moi* » (S1) : pourquoi de tels procédés se mettent-ils en place ? Le phénomène d'identification est une chose qui n'est pas spécifique à la profession médicale : on peut considérer sans honte que chaque professionnel d'un corps de métier donné aura tendance à éprouver une proximité naturelle en rencontrant une personne exerçant la même activité. Ce corporatisme est retrouvé de façon indéniable chez les médecins, regroupés au sein de l'Ordre des Médecins, sans que cela ne préjuge du mode d'activité de chacun ou de la compétence de chacun. **On s'identifie à ce qui nous ressemble** et quelque part, recevoir en consultation un médecin malade, ce n'est pas simplement recevoir un confrère. C'est aussi se retrouver avec, en face de soi, l'image d'une possibilité de la maladie, pour soi, comme pour les autres. D'admettre ça n'est pas simple. **Voir un confrère malade, c'est finalement se retrouvé confronté à sa propre faiblesse, à sa propre faillibilité.** C'est tout ce que renvoie le phénomène d'identification. Il est malade, il est fragile, il me ressemble : et moi, alors ? Ne suis-je pas comme lui ? Fragile également ? Potentiellement malade ?

Se met – et doit se mettre – alors en place un **mécanisme fondamental de défense, celui de la prise de conscience** : « *J'encaisse et je me rassure en me disant toujours que « c'est eux, pas moi », du coup j'essaie de leur donner le maximum pour les aider* » (S18), parce que c'est bien le rôle du médecin. Celui de prendre le dessus sur cette relation un peu particulière, et de savoir assumer son statut de sachant pour permettre de **décharger et de soulager l'autre du poids de sa maladie.** « *Il faut qu'il y ait un responsable* » (S1) nous confiait un des soignants. Un responsable de quoi ? Un décisionnaire, un prescripteur, quelqu'un de suffisamment objectif pour pouvoir – et savoir – peser le pour et le contre, prendre des décisions basées sur des constats cliniques objectifs pondérés, mesurés, réfléchis. « *C'est eux, pas moi* », une façon de reprendre les commandes face à la maladie, de prendre le dessus, pour soigner ou pour le moins, essayer de soigner. On assiste ainsi à des **phénomènes de transfert** mais également de **contre-transfert**, indispensables à la mise en place de la relation, indispensables à la définition des rôles de chacun : qui est le malade ? qui est le soignant ? Une fois ce travail effectué, alors la relation soignant-soigné peut se mettre en place. On se rend compte que **les soignés n'acceptent d'ailleurs pas si mal que ça leur statut de patient, pour autant que la relation ait été clairement posée dès le début.** Cela nécessite par contre, pour le soignant qui soigne, qu'il ne laisse aucune ambivalence, aucune ambiguïté dans les statuts. Est-ce pour ça que les médecins ont facilement tendance à consulter plus facilement des spécialistes, des médecins plus âgés ? Pour appuyer les rôles de chacun ?

C'est parce que de tels phénomènes d'identification se mettent en place que deviennent prépondérants les **risques de connivence et d'affection**. Or, cette connivence, cette tendance à une certaine complicité est bel et bien l'un des grands périls de la relation médecin malade : **notre rôle n'est pas d'être complice, notre rôle est d'être professionnel, de savoir imposer un point de vue argumenté lorsque cela est nécessaire, tout en acceptant de le discuter**. Explicite, la connivence « *devient posée comme un mode opératoire qui peut permettre au patient d'échapper à la règle du soin qui est qu'il doit être un contrat* » (S6). L'étymologie même du mot « connivence » en latin *conivere*, laisser faire, permet vraiment de mesurer l'importance de cette notion : peut-on réellement, en médecine, « laisser faire » ?

S'il faut se méfier de la connivence, **il faut également se méfier de l'interférence du savoir**. Il est « *dangereux de parler médecine avec eux : c'est la porte ouverte pour se défaire du statut de soigné pour rentrer dans le statut de soignant. Et pire : d'auto-soignant ou de co-soignant avec vous...* » (S6). Chacun sa place, chacun son rôle, comme si nous devions finalement apprendre à être « raisonnable », à lâcher prise – pour une fois – face à la maladie, laissant le contrôle à l'autre. Nous demandons à nos patients une confiance extrême : celle de nous autoriser à nous occuper de leur santé. Leur santé ! Leur bien le plus précieux ! A nous d'apprendre à préserver la nôtre, mais devant nos difficultés à s'occuper de nous, nous faut-il apprendre à déléguer... « *Il faut accepter l'autre comme soignant, et perdre son statut de sachant* » (S9).

Chassez le naturel, et il revient au galop dit le proverbe : pouvons-nous réellement nous défaire de cette condition de sachant ? Sur le principe, oui. Nous l'autorisons nous ? Moins...

La relation doit ainsi trouver un équilibre entre la position paternaliste que nous prenons avec nos patients, au risque de les infantiliser, et une certaine mise en position de responsabilité, d'investissement dans leur propre prise en charge. Quel en est l'enjeu ? Celui de créer une **relation de partenariat entre le médecin et son patient, une alliance de soin**, qui doit s'inscrire tel un contrat tacite avec des droits mais aussi des devoirs pour chacun. Dans ce processus, il est indéniable que le patient a toujours le dernier mot, au sens où il porte en lui **cette liberté fondamentale, de se soigner ou pas**, de respecter ou non les consignes de son médecin, de demander de l'aide ou de la récuser... Cette autonomie, cette liberté du patient se traduisent par une compliance plus ou moins grande... Il n'en demeure pas moins que la frontière est encore plus difficile quand le patient est aussi médecin car l'effort doit le plus souvent être fait dans l'autre sens. **Au lieu de travailler à rendre le patient plus autonome, il faut ici, l'aider à lâcher prise.**

Peut être, pour le savoir, faudrait-il déjà que nous soyons sensibilisés au plus tôt à cette possibilité d'être malade... peut-être qu'alors nous nous autoriserions plus facilement à lâcher prise. Les gens ne pensent pas aux maladies quand ils sont en bonne santé. Il reste effectivement que **l'univers professionnel du médecin se situe dans la maladie... des autres**. Son propos est alors non pas de penser ou non aux maladies mais de savoir qu'il peut changer de statut même si la condition du soin est peut être de faire comme si ce

n'était pas le cas. **Comment soigner, s'approcher des corps et des âmes sans un minimum de déni ?** Ainsi cette occultation de la possibilité d'être malade est bien en partie légitime. Il faut pourtant la travailler et c'est l'objet de cette thèse que d'y contribuer.

Avant d'espérer mieux comprendre la prise en charge des patients médecins, il faut indéniablement se pencher sur un autre aspect de la question. Avant de s'interroger sur comment les soignant prennent en charge leurs patients, a fortiori leurs patients médecins, il nous a semblé fondamental de les interroger sur un autre point : face à la survenue de la maladie, comment eux-mêmes se soignent-ils ?

## 6. Soins des médecins

« Médecin, soigne toi toi-même » disait déjà il y a plusieurs siècles de cela l'évangéliste Luc. On aurait tendance à dire que c'est l'un des problèmes de la prise en charge des médecins, que **cette tendance à se soigner soi-même peut être perçue comme un réel obstacle – ou tout du moins à un certain retard – à leur prise en charge**. Nous avons cherché à savoir dans ce chapitre comment les médecins que nous avons interrogés se soignaient : il est bon de mentionner que cette question leur a systématiquement été posée, en fin d'entretien, après les diverses réflexions qu'ils avaient pu avoir concernant le soin de leurs confrères. Tous ont une certaine idée de comment soigner un médecin, et il nous a paru judicieux de confronter ces théories avec leurs mises en pratiques personnelles.

### a. Etre soi-même malade

La question qui divise le plus est sans nul doute celle de l'anonymat : **faut-il dire, lorsque l'on se fait soigner, que l'on est médecin ?** Qu'est ce que ce paramètre induit comme changements ? Près de la moitié des soignants interrogés préconisent de dire qu'ils appartiennent au milieu médical lorsqu'ils se font prendre en charge. Pour certains, c'est une question qui ne devrait même pas se poser, au sens où c'est une notion qui change les choses, qui **influe de façon significative sur la prise en charge, sur le regard de l'autre**. Dans cette démarche, on dénote une envie évidente d'honnêteté avec le soignant consulté parce qu'« être médecin, ça fait partie des choses qui peuvent influencer sur la prise en charge » (S16). Influencer dans quel sens ? Dans l'usage du vocabulaire médical, dans l'attente d'une disponibilité supérieure, dans un certain désir d'une attention particulière aux aspects logistiques, dans l'approche de la maladie... mais également dans la demande d'implication du médecin dans sa propre maladie. « Je demande plus de participation à un confrère médecin (...) : je vais lui demander sa représentation de la pathologie, mais également la représentation de la prise en charge qu'il souhaiterait » (S16). On retombe, là encore, dans les spécificités de la prise en charge des médecins : « on est formatés pour être actifs, prendre en charge, tout piloter » (S4). Il y a, du au statut de médecin, des attentes

également de la part du médecin pour son patient, une certaine confiance, un besoin certain d'investissement. « *Ils ont cette demande qui fait toute la difficulté de la prise en charge : celle qu'on n'oublie pas qu'ils sont médecins donc ne pas trop les infantiliser, mais également d'être capable de les décharger* » (S16).

Qu'en pensent ceux qui taisent leur statut de médecin ? « *Ca créé un biais. Des tensions. Une pression particulière* » (S13), « *une peur d'être soigné différemment* » (S1), « *ca biaise les choses* » (S2). Dans ce silence se cachent un certain nombre de choses qu'il est intéressant d'analyser... Dans ce silence, on remarque une certaine volonté de préserver son soignant, de la protéger de la « lourdeur » de la prise en charge d'un confrère, comme si on ne souhaitait pas lui imputer la responsabilité, la contrainte de un confrère.

Il y a aussi une **certaine protection de soi-même**, sans doute, comme pour se dédouaner pleinement de la possibilité même de pouvoir se prendre en charge soi-même. Il est plus simple de ne pas dire qu'on est médecin, pour ne pas, d'une se faire éventuellement juger par l'autre, et deux, de ne pas offrir au soignant la possibilité de partager la prise en charge. Ce silence pourrait être pris comme moyen de facilité ? Taire son activité n'est-il pas finalement un moyen de vraiment lâcher prise, de confier, les deux mains ouvertes la prise en charge pleine et entière à l'autre ? Peut être que si... sauf que l'on se rend bien compte qu'il ne s'agit pas vraiment de cela, mais d'une certaine méfiance : « *Le problème c'est l'œil critique sur tout ce qu'il se passe, c'est obligé !* » (S2), de la difficulté à déléguer complètement son état de santé, avec toujours, en toile de fond, l'idée que quelque part, on pourrait se soigner soi-même...

Lorsqu'il s'agit de leur propre santé, **les soignants avouent ne pas s'inquiéter, ne pas en tenir trop compte**. Certains avouent faire les examens de dépistage « basiques », mais ne pas chercher plus avant à faire réellement le point. Ils ne se sentent pas malades. On mentionnera cette nuance qui a été faite par un soignant à qui l'on demandait comment il se soignait : « *Si c'est soigner dans le sens surveiller une pathologie et obéir au traitement, je dirais oui, parce que je suis disciplinée (...). Prendre soin de moi, c'est autre chose* » (S16). On voit bien, à ce niveau, les deux niveaux du soin. Si finalement, l'acceptation de la maladie n'est pas si mauvaise que cela et que **les soins finissent relativement par être acceptés, on est extrêmement loin de faire de la prévention**, chez les médecins encore moins que chez les autres. En creusant les raisons de ce phénomène, les conditions de travail sont largement incriminées par les médecins comme responsables n°1. Manque de temps, horaires lourds, contraintes administratives, activités de formation médicale continue, congrès... autant de données qui doivent rentrer en ligne de compte et qui imputent de façon significative sur le temps libre des médecins. **On ne prend pas soin de soi parce qu'on a du mal à admettre la possibilité même d'être malade mais également parce que le temps disponible pour le faire vient à manquer**. On ne peut que s'inquiéter de l'évolution démographique de la population médicale qui risque fortement d'aggraver ce phénomène. Il y a du déni, certes, mais il n'y a pas que ça. Comment préserver ce capital santé des médecins, quelles solutions proposer ? Nous y reviendrons un peu plus loin.

Certains médecins nous ont confié qu'ils avaient été malades. Il est intéressant de mesurer **l'impact de la maladie sur leurs pratiques** : tous ceux qui y ont été confrontés reconnaissent qu'elle a eu un impact certain sur leur pratique, le **regard qu'eux-mêmes portaient sur la maladie**, la **notion de médecin traitant** mais également le **regard que pouvaient avoir les patients sur leur médecin** lorsqu'il était le malade. Nous ne rentrerons pas dans les détails de cette notion, qui est bien plus développée dans le travail de thèse en miroir, concernant le vécu du médecin malade. L'impact de la maladie, lorsqu'elle est survenue, a en tout cas, été significatif ; il est singulier de souligner que si la maladie ne les inquiète pas a priori, elle marque, lorsqu'elle survient une certaine rupture avec l'état antérieur... comme chez n'importe lequel de nos patients ! Elle a pour le moins apporté au soignant qui s'y est retrouvé confronté un **certain apprentissage**, une leçon de vie, dont il a tiré enseignements, réserve et réflexion. Ils ont connu la peur : peur de la maladie, peur de la mort, peur de la chirurgie, peur de la rechute et ce n'est pas rien. C'est un point que nous voulions souligner : il nous a semblé que les médecins ayant été malades avaient développé une certaine réflexion, une certaine analyse, et de leur état de santé, et de leur pratique, qu'ils n'auraient pas forcément eue sans cela. Est-ce à dire qu'il est indispensable d'avoir été malade pour comprendre, heureusement que non, mais tout de même...

Dans le soin de leur propre santé, il est intéressant de souligner le paradoxe suivant : **si bon nombre de médecins nous ont déclaré se soigner eux-mêmes, seuls deux d'entre eux reconnaissent ne pas disposer de l'objectivité nécessaire pour se soigner**. On parle ici bien d'objectivité à la fois clinique et psychique, d'une part parce qu'« *ils ne peuvent pas s'auto-examiner* » (S15) et d'autre part parce qu'« *ils n'ont pas la distance suffisante par rapport à leurs symptômes, qu'ils ont la connaissance, mais pas la neutralité nécessaire* » (S15). L'examen physique est la base de la pratique de la médecine, combiné avec un interrogatoire pertinent, il est – et doit être – le socle de la prise en charge, de la formulation d'hypothèses diagnostiques, éventuellement de prescriptions d'exams complémentaires. Un des soignants nous disait, avec humour, qu'il ne comprenait pas comment se soigner seul : « *comment font ils pour se regarder dans l'oreille quand ils ont une otite ? Comment font ils pour se palper la prostate ? Ils sont contorsionnistes ?* » (S20)... Effectivement, vu sous cet angle là, comment se soigner seul ? Comment constater objectivement des symptômes ? En allant plus loin, si même nous venions à constater une anomalie à l'examen clinique, comment faire la part des choses ? Une migraine peut être tout et rien, une migraine, une tumeur, un AVC mais aussi un signe classique de fatigue ? Comment se raisonner soi-même ? De même qu'il faut pour le médecin qui soigne une certaine distance thérapeutique avec son patient, **c'est parce qu'il faut cette distance entre les symptômes et le praticien qui les regarde que se soigner soi-même pose problème**.

Cela étant, il nous faut aussi raison garder et constater que **plus de la moitié des soignants interrogés ont déclaré se soigner eux-mêmes et ne pas avoir de médecin traitant**. Est-ce à dire, que parmi ceux là, tous sont mal soignés ? Certes non, parce qu'on

peut estimer qu'ils essaient de faire ce qu'il faut pour, bon an mal an, préserver leur capital santé, mais cela pose de façon évidente la question de la place du médecin traitant, de la place qui lui est accordée en pratique et celle qui devrait l'être en théorie.

#### b. Place du médecin traitant & autres intervenants

Si l'on confronte les données que nous avons recueillies à celles discutées dans la thèse de Laurence Gillard sur la santé des médecins généralistes franciliens, on pourra constater que les chiffres dont nous disposons sont meilleurs, au sens où près d'un tiers (6) des médecins ont déclaré un médecin traitant autre qu'eux-mêmes. L. Gillard avait elle, mis en évidence, que 90% des médecins n'ont pas déclaré de médecin traitant. Sans aucun doute, son travail, mené auprès de 386 médecins, est-il beaucoup plus représentatif de la population médicale. Toujours est-il que ce chiffre, ô combien important, souligne la **modeste place accordée à un éventuel tiers soignant par les médecins.**

En se penchant sur les raisons de cela, on trouve plusieurs explications :

- Déclarer un médecin traitant est une **contrainte administrative**, « *pas une notion au fondement de la prise en charge ou à la relation* » (S19)
- **A quoi bon déléguer** la prise en charge de sa santé alors « *que j'estime être capable de m'occuper correctement de moi* » (S11) ?
- Elle représente une **contrainte également en termes de temps** : « *je ne me donne pas le temps d'aller chez le médecin* » (S13) surtout, quand on pondère cette donnée avec la **possibilité d'autoprescription**, à la facilité de se rédiger soi-même une ordonnance
- Et enfin, « *On ne veut pas montrer sa santé à n'importe qui, à un médecin généraliste tout venant qui aurait les mêmes compétences que soi* » S20

Il est étonnant, presque amusant, de mentionner que dans les médecins qui se sont déclarés comme étant leur propre médecin traitant, au moins 3 d'entre eux nous ont confié qu'ils ne savaient pas s'ils avaient le droit d'être déclaré comme tel, s'attendant presque à ce que la sécurité sociale le leur refuse... « *Honnêtement, quand j'ai signé mon propre papier, je ne pensais pas que ça passerait, c'est passé et puis voilà !* » (S19).

Il est aussi intéressant de noter qu'y compris parmi les médecins ayant déclaré un médecin traitant autre qu'eux mêmes :

- Il s'agit parfois de leur conjoint ou de leur associé, ce qui, de leur propre aveu n'est « *peut être pas la meilleure des choses* » (S20).
- Cette déclaration ne préjuge pas du fait qu'ils aillent « *effectivement consulter* » (S13) ce médecin traitant.

- « *Ce n'est pas parce que quelqu'un a un médecin traitant déclaré qu'il va se faire suivre, et ce n'est pas pour cette raison qu'il sera suivi correctement* » (S19).

Il n'est peut être pas inutile à ce stade de rappeler le rôle du médecin traitant formalisé par l'assurance maladie : il 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<sup>23</sup> (source : ameli.fr). On se contentera ici de rappeler les difficultés physiques et morales auxquelles s'expose un médecin qui serait son propre médecin traitant, tout en soulignant qu'**à l'heure actuelle, près de 80% des médecins sont leur propre médecin**. On conclura ce paragraphe avec une anecdote qui nous a été contée : celle d'un médecin spécialiste déclaré comme son propre médecin traitant qui « *reçoit les courriers disant d'aller voir son médecin traitant afin d'obtenir le matériel nécessaire pour les campagnes de dépistage de cancer du colon, comme tout le monde* » (S9)... et se retrouve fort dépourvu lorsqu'il comprend qu'il n'a non seulement pas le matériel mais pas plus de recours !

- Où les médecins souhaiteraient-ils se faire prendre en charge ?

Dans l'ensemble, **l'hôpital public ou le suivi en ville ne soulèvent pas de problème particulier**, et sont envisagés comme cadre de soins. Ce qui pose plus de problème, en revanche, ce serait de **se faire soigner – ou pas – sur son lieu de travail**. La balance se fait entre l'idée d'un accès aux soins plus rapide, grâce à certains passe-droits – connaissance des lieux, connaissance des interlocuteurs – et celle d'un besoin fondamental de confidentialité. Certains pensent que ça « *ne me gênerait pas de me faire soigner dans l'hôpital où je travaille. Je n'ai pas grand chose à cacher* » (S5) mais d'autres insistent sur le fait qu'il ne faut pas se faire soigner « *par de proches collaborateurs pour ne pas les mettre en porte-à-faux, parce que tôt ou tard, il y aura un malaise, des difficultés* » (S8). Dans cette démarche, il y a plusieurs aspects : le premier, de confidentialité « *j'évitais pour des tas de raisons, en premier de confidentialité, parce que soigné ici, en trois minutes tout le monde le sait* » (S17) mais aussi d'appréhension en ce qui concerne la prise en charge « *j'aurais peur qu'on me traite différemment, qu'on me soigne différemment* » (S17). Ce qui importe dans cette question, c'est finalement le fait que **tous les médecins ont, a priori, une certaine conception de la façon dont ils voudraient être pris en charge**. Ils rechercheraient, pour la grande majorité d'entre eux, la confidentialité, autant pour des raisons de discrétion que d'envie d'être pris en charge comme n'importe quel autre patient.

- Quels soignants choisiraient-ils ?

Nous avons déjà mentionné le fait qu'ils ne solliciteraient pas forcément un médecin généraliste ; ils ont en première intention souvent l'habitude de **demandeur conseil à des amis, ou des spécialistes**, utilisant leurs réseaux de correspondants au risque de

multiplier hypothèses diagnostiques et examens complémentaires. Le risque principal est la perte de la synthèse de l'information, avec la multiplication des avis : « *il a appelé pas mal de ses collègues quand il a commencé à avoir des effets secondaires, de sorte qu'il s'est retrouvé avec toutes sortes de diagnostics farfelus avant d'oser m'en parler* » (S18)... d'où l'intérêt d'un médecin référent, qui centraliserait l'information, connaîtrait le dossier dans sa globalité, à tous les niveaux, médical, social, paramédical et psychologique. Ne serait-ce pas, en ce sens, judicieux qu'un médecin ait, lui aussi, un médecin référent ?

- Sur quels critères choisiraient-ils ?

Les critères de choix des soignants sont doubles : la **compétence et les qualités humaines**. Savoir où aller, qui consulter est l'un des avantages des soignants : on connaît le circuit, les structures de soins, les portes d'entrée. Est-ce à dire que les médecins seraient mieux soignés que les autres ? Plus rapidement pris en charge, probablement, mieux, pas forcément. C'est une facilité considérable, un avantage indéniable mais qui, lui aussi, peut engendrer un certain éclatement de prise en charge, une perte de l'information, voire une multiplication des avis ou examens complémentaires.

Heureusement, un médecin ne se retrouve confronté en général qu'à une seule pathologie à la fois, de sorte qu'il se retrouve avec un seul médecin spécialiste, en qui il a une confiance toute particulière, qui se retrouve investi de cette charge. La confiance est indispensable : en ce sens, de connaître le soignant avant même le diagnostic permet d'ancrer la relation plus profondément, plus durablement. N'est-ce pas la plus belle preuve de confiance qu'on puisse vous faire : déposer entre vos mains sa santé ? Sans nul doute, « *un confrère qui me charge d'une mission, de quelque chose de lourd, il me fait confiance, ça se mérite* » (S20), c'est une responsabilité forte, mais une telle marque de confiance, comment la refuser ? **Etre soignant de soignant, serait-ce une marque de reconnaissance ? Un gage de votre qualité de médecin ?**

- Quelle place pour les honoraires ?

Lorsque l'on pose la question de savoir si les soignants souhaiteraient **payer la consultation, les avis divergent à nouveau**. Certains préconisent une certaine confraternité, souhaiteraient ne pas payer, l'un se disant même choqué de devoir payer et d'autres pensent que payer sa consultation est comme honorer le travail de l'autre, affirmer sa position de soigné et de patient « lambda ». Il est cocasse de confronter les différentes positions des soignants et sans doute utile de souligner que certains soignants souhaiteraient régler leur consultation s'ils venaient à tomber malades, mais trouveraient anormal de faire payer leurs patients médecins... comme si la santé des autres n'avait pas le même prix que la leur !

- Etre soi-même malade est-il un apprentissage ?

Avoir le choix du soignant qui vous prendra en charge est-il quelque part un luxe, un avantage par rapport aux autres patients, celui de choisir en tout état de cause celui avec

qui vous ferez le chemin sur la route de la maladie ? Si la maladie est une épreuve, pour tout le monde, quel que soit le moment où elle survient, un cataclysme dans une vie, il est une notion qu'ont abordée quasiment spontanément les soignants que nous avons vus : celle que **la santé de leurs proches pourrait être plus importante que la leur...**

## **7. Soigner sa famille**

Au moment où nous préparions le questionnaire qui nous servirait de fil directeur pour nos entretiens, nous avons bien évidemment pensé à la place que pouvait prendre une famille pour un médecin. En étant honnête, c'est probablement la question à laquelle nous réfléchissons le plus – surtout en tant que jeune médecin – alors que nous avançons dans notre cursus de soins : **faut-il prendre en charge ses proches ?** Alors que nous entamons notre formation de médecin, nos cours d'éthiques nous apprennent qu'il faut éviter de prendre en charge ses proches, du fait de la trop forte implication émotionnelle qui en découle. Il s'agit là d'un conseil, pas d'une interdiction, et libre choix nous est laissé quant à notre attitude.

Nous avons trouvé quelque peu surprenant la fréquence de la mention de leur famille par les soignants interrogés. C'est un phénomène relativement paradoxal : au décours des premiers entretiens, nous nous sommes rendus compte que les médecins nous parlaient de leurs patients médecins, affirmant parfois que ça ne leur posait aucun problème de les prendre en charge et qu'il les traitaient strictement de façon identique aux autres. Il est tout de même curieux de constater qu'**en dépit de cette affirmation, certains d'entre eux faisaient spontanément le lien avec leur propre santé, mais également avec celles de leurs proches**, comme si le lien presque affectif qui pouvait se créer avec l'un de leurs confrères les ramenaient à leurs familles. S'il est sans doute un peu exagéré de parler d'identification de la santé d'un patient médecin avec celle d'un membre de sa famille – ce d'autant que nous avons tous en tête un certain nombre de patients dits difficiles... – il nous a paru important de souligner ce constat. Pourquoi un tel pont ? Serait-ce parce qu'il y a plus de proximité entre deux médecins ? Plus d'affectif ?

La question de la famille est une interrogation que nous avons intégrée au questionnaire de façon systématique dès le troisième entretien, tant elle nous est apparue pertinente. **Les médecins prennent-ils en charge leur famille ?** Cinq d'entre eux sont déclarés comme médecins traitants de leur famille, et les cinq estiment que ça se passe bien. Pourquoi le font-ils ? Plusieurs motifs sont apparus : la **peur** « *j'ai trop peur qu'ils soient mal pris en charge par quelqu'un d'autre* » (S19), l'**instinct maternel** « *je ne concevrais pas bien que ce ne soit pas moi qui l'examine et qui prenne les décisions s'il n'allait pas bien* » (S15) ou encore la **compétence** « *j'estime être capable de m'occuper correctement de moi (...) et des membres de ma famille aussi* » (S11).

Sept se sont occupés de façon rapprochée de leur famille mais quatre le regrettent. Ce regret tient à la difficulté de prendre en charge ses proches, au risque émotionnel que

cela présente, au risque de perte d'objectivité : « *j'essaie de couper cette barrière émotionnelle, (...) on est mauvais lorsqu'on s'occupe de nos enfants* » (S3). Dans l'aveu de cette perte d'objectivité, plusieurs aspects se démarquent. On retrouve :

- De la **méfiance ou pour le moins, des difficultés à faire confiance** : « *C'est le problème, c'est l'œil critique sur tout ce qu'il se passe, c'est obligé !* » (S2)
- De la **peur** : « *si vous m'annonciez que ma femme est malade, ce serait... une autre paire de manche... catastrophique... impensable...* » (S9)
- De la trop grande **implication émotionnelle** : « *On ne peut pas être juge et partie. Surtout en cas de gros pépins* » (S8)
- Des **regrets** : « *j'ai dû soigner mon beau père et j'aurai bien souhaité pas le faire* » (S1)

On retrouve en outre une certaine difficulté – et une difficulté certaine – à « *ne pas s'immiscer* » (S2) dans les prises en charges ou à ne pas être « *très interventionniste* » (S15). D'une façon générale, les soignants semblent **veiller au grain**, « *à ce que les choses soient dans les rails* » (S2). User de passe-droits n'est pas une finalité en soi, même si de fait, lorsque l'on fait soigner nos proches « **les portes s'ouvrent** : *c'est une chance par rapport aux autres, clairement* » (S2).

Très clairement, pour près de la moitié des soignants interrogés, **le rôle du médecin est d'orienter ses proches, des les adresser au mieux** au vu de leur problème spécifique : « *si on est bien orienté, on aura confiance* » (S18). Cela étant, il a été fait mention de la difficulté à faire comprendre à nos proches que l'on ne veut pas s'occuper d'eux : « *ce message là, c'est difficile* » (S13). A nous de leur faire comprendre que c'est quelque part pour les protéger qu'on ne veut pas nous en occuper...

On sent bien **l'implication émotionnelle** dans des petites phrases prononcées, parfois avec beaucoup de pudeur : « *soit je leur vois tout de suite une métastase, soit je mets la tête dans le sable en leur disant que ce n'est rien* » (S9), « *je me doutais que ça n'évoluerait pas bien et je ne voulais pas m'impliquer, être vraiment indépendant* » (S17)... de sorte que se produit une certaine mise à distance, un certain recul face à la maladie de leurs proches. Il est intéressant de noter d'ailleurs qu'il paraît presque plus simple pour les soignants de confier leurs proches à des confrères, que de déléguer leur propre prise en charge. Toujours est-il que six des soignants reconnaissent un **risque à s'impliquer** dans la prise en charge de leurs proches.

Parmi les médecins qui prennent en charge leurs familles et estiment que ça ne pose pas de problème particulier, cette réserve a néanmoins été formulée : « *il y a ceux qui peuvent et surtout qui acceptent de traiter les gens proches d'eux – mais il faut de sacrés garde fous : être capable de ne pas trop être traumatisé par ce qu'il peut se passer, d'autre*

*part garder suffisamment d'objectivité, ce qui nécessite une certaine éducation » (S16). A chacun de trouver ses garde-fous...*

Soigner sa famille soulève un certain nombre de problèmes qui mériteraient d'être développés plus longuement. Ils le seront très prochainement dans un travail de thèse à paraître. On se rend bien compte à ce stade de toutes les difficultés qu'ont rencontrées les soignants : examinons maintenant les moyens qu'ils ont trouvés et utilisés pour s'en affranchir...

## **8. Aides proposées dans les prises en charges**

### a. Analyse de la contrainte

On ne fera ici que synthétiser les contraintes mentionnées par les soignants, au sens où elles ont été largement explicitées et développées plus hauts.

On soulignera ainsi des **contraintes d'ordre général** :

- Le poids des **conditions de travail** comme facteur initial limitant l'accès aux soins
- L'aspect **logistique** de la prise en charge (chambre seule, délais, fluidité de la prise en charge)
- Le manque de **déontologie et d'entraide** chez les médecins

On mentionnera également les **contraintes relationnelles** mises en évidence, tels des pièges à éviter :

- Les risques de l'**autoprescription** (médicamenteuse, d'examens complémentaires, de multiplication des avis)
- Le besoin de compréhension en ce qui concerne les **difficultés à déléguer** des médecins
- La **peur du jugement** réciproque
- Le problème de **distanciation**
- Le problème d'**identification** à l'autre
- La part majeure du **déni de la profession**
- L'**interférence des connaissances médicales**

On se permettra tout de même d'insister sur les conditions de travail, dont la difficulté à été soulignée par le médecin du travail et les deux membres du Conseil de l'Ordre. Les horaires de travail, les responsabilités croissantes, la multiplication des tâches, la diminution des personnels contrastée par l'augmentation du nombre – et des exigences – des patients provoquent un phénomène croissant de fatigue voire d'épuisement professionnel, véritable porte d'entrée dans les phénomènes de burnout et de faible consommation de soins.

## b. Conseils proposés/Aides à prise en charge

Quels moyens les soignants utilisent-ils pour surmonter les difficultés qu'ils rencontrent ?

Sans aucun doute, l'**expérience** est le meilleur atout : elle leur apporte à tous une certaine confiance, moins d'appréhension, un certain naturel lors de la prise de contact qui permet à la relation de se faire dans un climat de confiance et de professionnalisme. On a pu confirmer d'ailleurs ce phénomène au décours des entretiens : les médecins plus jeunes témoignent de plus d'appréhension à soigner leurs confrères, tandis que les médecins plus expérimentés font preuve de plus de sérénité.

Une autre clé qui nous a été donnée est de **s'autoriser, en tant que médecin, à déléguer, à prendre conseils auprès de confrères**. C'est une chose que nous faisons parfois pour certains patients avec qui on a l'impression de ne pas avancer : pourquoi ne pas le faire avec un patient médecin ? N'est-ce pas une marque de sagesse que d'admettre ses propres limites et de savoir passer la main ? Peut-être également que de prendre conscience de cette possibilité même permettrait d'amoindrir les tensions, de savoir que l'on n'est pas tout seul. Les médecins ont une obligations de moyens, pas de résultat : cela est vrai même lorsqu'ils soignent leurs confrères...

Proposition nous a également été faite de **cadre la relation d'emblée** : affirmer la place de chacun, l'un soignant, l'autre soigné, serait la meilleure façon d'initier une prise en charge. Il faut que chacun trouve sa place et que chacun s'y tienne : il faut un patient et il faut un médecin. « *Il faut arriver à dire « c'est moi le médecin, pas toi », parce que c'est la demande implicite qu'ils formulent* » (S15) comme un réel besoin de prise en charge, de déléguer... Ce qui affirme la place à accorder au médecin traitant. Elle est la grande piste de travail des autorités pour le soin au médecin : que chacun d'entre nous ait un « *médecin traitant, quelqu'un qui soit réellement un médecin référent, celui à qui on confie sa santé, duquel on accepte les conseils et recommandations* » (S20). « *Je crois qu'il faudrait les forcer à déclarer un médecin, comme en Angleterre où vous ne pouvez pas vous inscrire au conseil de l'ordre si vous n'avez pas déclaré de médecin traitant. Il faudrait non seulement les forcer, mais qu'ils s'engagent contractuellement à respecter ses recommandations et ses prescriptions* » (S20). Les forcer à déléguer en somme...

La dernière aide utilisée est la **parole**, sous toute ses formes : **groupes de pairs, travail en équipe, débriefings, staffs, réseaux de soins...** Parler de ce que l'on vit, parler ce que l'on fait et de comment on le fait, permet de se décharger, comme soignant des difficultés rencontrées, de les confronter à ce que font les autres. La finalité n'est pas forcément l'amélioration des pratiques, elle est avant tout de ne pas rester seul. Car, dans la prise en charge de confrères, **l'entraide est une notion fondamentale**, l'autre cheval de bataille des associations de soignants. Il faut s'entraider, s'écouter, s'épauler, au nom de la déontologie mais aussi au nom de notre humanité : il faut « *faire comprendre aux médecins qu'un confrère en difficulté leur impose un devoir d'ingérence. Un devoir d'ingérence confraternelle* » (S20). Toujours dans le registre de la parole et de la discussion,

nous nous sommes étonnés du nombre de médecins préconisant un soutien psychologique, voire la réalisation d'une psychanalyse, pour les aider au quotidien : plus d'un tiers d'entre eux ! Ca permet de « *remettre en question et relativiser mon vécu des choses par rapport à mon métier (...) ça peut être une aide* » (S1).

Enfin, il est bon de souligner que la meilleure des aides serait « *d'optimiser notre propre système de soins* » (S14) et de protéger « *l'équilibre famille-travail* » (S14) pour préserver au moins la santé mentale de nos soignants. L'une des questions qui nous a été posée était dans, le soin des médecins, de « *penser aux nouveaux (mais de) s'attacher à garder les anciens... à protéger ceux qui étaient en place* » (S16). Les médecins ne se soignent pas correctement ? Et bien non, « *parce que la condition sociale fait que ce n'est pas possible, que vous n'êtes pas payé, que vous n'avez pas de prise en charge, qu'il faut la continuité des soins* » (S16) : un certain nombre d'obstacles à franchir et sur lesquels il faut se pencher !

### c. Formation complémentaire

La question posée était : « *pensez-vous que, pour soigner un médecin, il faille une formation complémentaire ?* ». Plus de la moitié des soignants ont répondu que cela leur semblait inutile et superflu : « *je ne crois pas qu'il y ait besoin d'une formation pour soigner un médecin qui fait un infarctus* » (S3).

Pour ce qui les concerne, les réponses positives, ont évoqués plusieurs types de formations :

- En **communication** : « *Un médecin qui sache comment communiquer avec un médecin, qui connaisse les pièges dans lesquelles il ne faut pas tomber* » (S16)
- **Relationnelles** : « *Je crois qu'il faut une formation : être très solide sur ses capacités relationnelles* » (S6).
- **Théoriques, spécifiques à la prise en charge de médecins** : « *Ca commence tout bêtement par la prise de conscience qu'il y a plusieurs formes de maladies professionnelles rattachées à l'exercice de la médecine : le burnout, la radiodermite du radiologue, l'hépatite (...) Il y a une connaissance nécessaire de la maladie professionnelle psychique* » (S20).
- **Pratiques** : « *Parce que le médecin est un patient particulier, le médecin qui soigne un médecin doit être lui aussi un médecin particulier, nécessairement formé pour ça* » (S20)

- **Educatives** : « *Peut être que si, quand même : il faut apprendre à dire qui on est et où on est. Il faut s'affirmer et trouver la place qui est la nôtre, accepter nos limites et accepter de demander de l'aide si besoin* » (S18)

On se rend bien compte à travers toutes ces citations que s'il semble évident qu'il n'y a pas cinquante façons de traiter un infarctus, une colique néphrétique ou même un cancer, chaque patient appelle à lui seul une prise en charge spécifique. **Traiter la pathologie est aujourd'hui relativement bien codifié, communiquer avec un médecin ne l'est pas.** Ce serait peut-être la place à une formation complémentaire, mais on en est aujourd'hui encore bien loin, tant la question semble diviser... en tout cas en ce qui concerne les pathologies somatiques. Les praticiens qui traitent et côtoient le burnout au quotidien semblent plus unanimes : « *ça demande des médecins de médecins* » (S16).

### C/ Confrontations des données – Discussion générale

Il n'est pas chose aisée que de trier et synthétiser tant de résultats : les entretiens ont été extrêmement riches en enseignements, en réflexions, en anecdotes, et **nous tenons tout d'abord à remercier tous les soignants que nous avons interrogés.**

Si nous revenons sur l'échantillon de soignants interrogés, on pourra discuter sa répartition :  $\frac{3}{4}$  sont des spécialistes, pour la plupart hospitaliers, avec une certaine habitude de soigner leurs confrères. Ce n'est pas réducteur pour les généralistes, bien au contraire. C'est de l'aveu de ces derniers que nous avons changé nos projets d'interroger autant de spécialistes que de généralistes : les médecins se rendent plus souvent et plus rapidement chez des confrères spécialistes pour des pathologies aiguës, cancéreuses ou évolutives. Malgré tout, **les généralistes ont un rôle fondamental**, de dépistage, de prévention, de dialogue, d'accès aux soins, sur lequel il convient d'insister. On pourra de plus constater que les médecins les plus impliqués dans les pathologies professionnelles ou burnout sont les généralistes, qui semblent porter un intérêt plus marqué pour sa prévention et sa sensibilisation.

Un des médecins interrogés nous a confié que ce phénomène pouvait être dû à un **trop grand déni de la profession**, arguant que ce déni pouvait être amplifié par l'institution hospitalière au fait qu'« *ils utilisent le carcan hospitalier pour se protéger* » (S16). Comment briser les tabous ?

Deuxième aspect du problème : **les pratiques déclarées correspondent-elles réellement aux attitudes mises en pratique ?** C'est une vraie question, qui ne tient pas seulement à l'enregistrement des données. « *Méfiez vous aussi du message que veulent vous faire passer tous les gens que vous interrogez. Ils cherchent forcément à vous délivrer un message théorique qui peut ne pas être en rapport avec leur façon tout à fait concrète de soigner...* ». C'est un message un peu surprenant, qui nous a été délivré très précocement, auquel nous ne nous attendions pas forcément. Déclarent-ils des choses différentes parce qu'ils pensent ne pas faire différemment pour un médecin ? Parce qu'ils ne se l'autorisent pas ? Y aurait-il une certaine peur d'être jugé ? Qu'y a-t-il à cacher ? Nous ne voulions pas

juger, nous voulions comprendre. Comprendre pour sensibiliser. Telle est la finalité de ce travail. Certains médecins se sont-ils sentis jugés par notre venue ? Si tel est le cas, nous nous en excusons auprès d'eux et les remercions d'autant plus de leur témoignage. Au demeurant, une chose est sûre : certaines histoires racontées ont pu remuer des souvenirs personnels, et il n'a pas dû être évident de nous les confier un peu à brûle pourpoint. Merci aux soignants pour leur sincérité.

Troisième aspect à souligner : **les représentations, personnelles, professionnelles et religieuses**. Bien que nous vivions dans une société laïque, nous avons eu l'impression que chaque prise en charge découlait directement des croyances, des idéaux de vie, des convictions de chacun. Est-ce la proximité de la mort qui provoque cela ? Chacun porte en lui une culture, une certaine approche de la maladie, du soin, de la douleur, de la conception de l'autre, et c'est quelque part ce que nous nous sommes retrouvés à explorer. Nous avons plongé dans l'univers du soin, dans le regard porté sur l'autre, dans sa prise en charge. *« C'est une difficulté supplémentaire de soigner un autrui semblable »* : soigner la souffrance de l'autre est toujours difficile. Peut-être plus encore lorsqu'il s'agit d'un confrère, en raison notamment de toutes les difficultés que nous avons soulevées. **Est-ce que les religions nous aident à envisager l'après ? A surmonter les épreuves ?** Chacun y trouvera ou non, une réponse, une aide ou un exutoire, selon ses convictions personnelles, mais leurs multiples mentions nous semblaient importantes à signaler.

**Quel est le cadre actuellement existant pour les prises en charge de médecins ? Aucun !** Il n'existe aucune publication, aucune recommandation sur comment prendre en charge un médecin. Sont préconisés dans le rapport de l'Ordre des Médecins de 2008 « de garder la distance nécessaire entre le malade et le médecin. Pour cela, un échange sincère entre les deux doit s'instaurer et doit persister dans la poursuite de la prise en charge » : un vœu pieu dont on ne donne pas les modalités ? Chacun aura sa façon d'appréhender la maladie. Chacun devra trouver son mode d'exercice. Une liberté totale devra persister sur le choix de chacun de prendre en charge, ou pas, un confrère. Tous ne voudront pas le faire et tous ne pourront pas le faire. A chacun d'entre nous d'au moins *« se poser la question, en tant que soignant, de ce que l'on fait de la relation. Et de qui est l'autre » (S6)*.

Enfin, intervient un autre aspect : **celui du degré de gravité de la maladie, de la menace à laquelle on est exposé**. Ils conditionnent à la fois le degré d'acceptation de la maladie par le patient, mais aussi celui du poids de la prise en charge pour le soignant. Il est évident que de soigner une pathologie bénigne n'a rien de commun avec le soin d'une pathologie évolutive, provoquant troubles cognitifs, handicap voire mise en jeu du pronostic vital. La résignation de l'un doit appeler le soutien de l'autre. La peur de l'un doit engendrer la sérénité de l'autre. La communication, y compris non verbale, doit prendre la place qui est la sienne. Il faut apprendre à écouter, apprendre à comprendre, apprendre à appréhender l'autre dans sa globalité et sa spécificité. Malgré ses appréhensions et ses propres craintes, il faut soigner l'autre, l'accompagner sur le chemin de la maladie, le

soulager physiquement et psychiquement : c'est tout le fondement du métier de médecin. Toute sa difficulté. Toute sa richesse.

### **D/ Quelles solutions proposer ?**

Plusieurs volets de solutions ont été abordés au décours de cette discussion, plusieurs pistes de travail doivent être envisagés pour soigner mieux les médecins.

- **La vulgarisation de la maladie est un des pôles fondamentaux** : son appréhension nécessite un apprentissage. Avant de parler de maladie chez les médecins, osons parler de maladie tout court. Qu'est ce donc qu'être malade, même lorsque l'on n'est pas médecin ? Est-ce un état ? Une crainte ? Une punition ? Une sentence ? La maladie est une condition de vie, une contrainte, aigue ou chronique, qu'il convient de gérer, si ce n'est de dompter. Un défi qu'il faut accepter de relever. Une faiblesse qu'il faut accepter. Peut-être n'en parlons nous pas assez : sans forcément menacer ou faire peur, la maladie doit aboutir à un dialogue. Nous sommes tous des malades en puissance, seule la prévention nous en sépare. A nous de renforcer cette idée là dans nos pratiques quotidiennes... Ne vaut-il mieux pas prévenir que guérir ?
- **L'enseignement de la maladie chez les médecins est un autre point**. Par un certain mécanisme conscient ou non, une certaine idée de toute-puissance, les médecins sont convaincus d'une certaine invulnérabilité quand il s'agit d'eux-mêmes. On ne nous apprend jamais que, nous aussi, nous pouvons tomber malades. On nous apprend comment soigner les autres, comment leur parler, comment communiquer, mais on ne nous sensibilise jamais à notre propre santé. Nous voulons le dire : nous serons malades comme les autres. Nous devons apprendre à le dire, à en prendre conscience, à diffuser l'information. Faut-il l'enseigner en cours d'externat ? Sans doute oui. Bien que peut-être déstabilisant, ce serait une vraie prise de conscience pour tous les futurs médecins, prescripteurs en puissance, dans l'approche de leurs éventuelles futures ou actuelles maladies. Il nous faudra probablement un jour ou l'autre, nous aussi, être « médecins à l'école de la maladie ». Aussi paradoxal que cela puisse paraître, et même s'il vaut mieux l'éviter et la soigner, la maladie apprend aussi un peu à vivre et enseigne sur la vie, ses fragilités et ses ressources. .
- **Faut-il obliger les médecins à déclarer un médecin traitant ?** C'est un vaste problème... Il y a trop d'autodiagnostic, d'auto-prescriptions, et les médecins bénéficient d'une certaine légitimité à cela. Ils prescrivent toute la journée pour les autres, pourquoi ne sauraient-ils pas le faire pour eux-mêmes ? Est-ce que les forcer à déclarer un médecin apportera la solution : iront-ils le consulter ? N'y aura t-il pas des consultations par téléphone ou entre deux portes, des arrangements « à l'amiable » dans les prescriptions ? Est-ce la porte d'entrée vers une certaine prévention ? Rien ne laisse présager que les consignes éventuellement laissées seront écoutées ou respectées... N'est-ce pas non plus un retour en arrière dans la

condition sociale du médecin : lui qui s'est toujours prescrit ses certificats, ses médicaments, ses bilans, comment lui faire accepter d'abandonner cette prérogative ? A côté de ça, ne serait-ce pas une chance à lui offrir que celle de déléguer le poids de sa propre santé quitte à explorer les modalités d'un dispositif adapté ?

- **Faut-il majorer la place de la médecine du travail ? Créer une médecine préventive pour les médecins libéraux ?** C'est une proposition qui nous a été faite lors des entretiens. Un médecin accepterait-il de se rendre en consultation en médecine du travail, de prendre le temps de lâcher prise ? Accepterait-il de s'exposer à son confrère au risque de mettre en évidence ses fragilités ? Ce serait l'une des pistes les plus sérieuses à envisager, notamment dans la prévention des pathologies chroniques, le dépistage des comportements à risque et la prise en compte du burnout. Il faut faire de la prévention « pour empêcher l'apparition d'un trouble, d'une pathologie ou d'un symptôme » selon les recommandations de l'OMS : pourquoi cela ne s'appliquerait-il pas aux soignants ? Cette proposition est controversée par les médecins : selon l'enquête de l'URML sur l'épuisement professionnel en Ile de France, bien que les taux pour une médecine du travail soient très élevés parmi les solutions souhaitées par les médecins, ils restent nettement plus bas que les autres propositions.
- **Quelle est la place des structures de soins spécialisées ?** A ce jour, il existe en France quatre structures de soins dédiées aux soignants, axées sur la prévention du burnout, la prise en charge des maladies professionnelles, le dépistage et le traitement des addictions et autres troubles psychiatriques. Elles sont basées sur le **principe de la confidentialité universelle pour les soins et, plus spécifiquement, de l'anonymat**, fondamental dans la prise en charge d'un médecin souffrant. Elles sont **gérées par des soignants spécialement formés** pour le soin aux médecins. Le propos est d'accompagner le soignant dans sa prise en charge, ses traitements et sa reprise du travail, avec notamment la création de contrats thérapeutiques, préconisant une indemnisation partielle pour le médecin qui s'engage à se soigner. Pourquoi ? Parce qu'un médecin malade n'est pas un « bon » soignant ; dans le contexte démographique actuel, un médecin malade pose des problèmes de continuité et de qualité des soins donc de santé publique. Le reclassement professionnel des médecins atteints de pathologies addictives ou psychiatriques demeure une utopie. Comment accepter de se soigner quand la honte d'être malade vous ronge ? Où se soigner ? Par qui se faire soigner ? Ce sont des questions auxquelles les réponses devraient avoir été étudiées et être claires si ce n'est partagées par tous.
- **Sensibiliser...** Il faut sensibiliser le grand public d'une part, les personnels médicaux d'autre part, à la fragilité des soignants. Il faut leur faire connaître les signes devant conduire à une inquiétude pour soi-même en tant que professionnel ou concernant la santé des confrères ou collègues. Il faut appeler à « un devoir d'ingérence confraternelle » : se préoccuper de la santé de l'autre doit devenir une

habitude, plus une contrainte, et il nous faut apprendre à repérer les signes précurseurs d'épuisement professionnel et de burnout que sont (S20) :

- Les problèmes d'**alcool**
- Les problèmes **conjugaux** voire de divorce
- Les problèmes **financiers**
- Les problèmes **judiciaires** ou de procédure ordinaire
- Les problèmes de **maladie** physique (souvent cancers) ou psychique (essentiellement des états bipolaires)

Ces signes d'alerte devraient pouvoir aboutir à l'accompagnement et l'entraide, à la protection de cette population médicale fragile et en danger. Il faut oser parler de tout cela...

- **Développer les structures existantes et les dispositifs de soutien aux médecins en difficulté** : les dispositifs tels que l'AAPML (Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux) et l'APSS (Association de Promotion des Soins aux Soignants) doivent être pérennisés et voir leur impact et leur rôle accrus. Développer et sensibiliser les soignants à l'existence même de telles structures peut jouer un rôle majeur dans la protection des soignants.
- **Organiser la prévoyance pour que la couverture sociale du médecin ne soit plus un facteur limitant l'accès aux soins** : les délais de 90 jours de carence sont clairement un facteur limitant à l'accès aux soins chez les médecins, notamment les médecins libéraux. Il faut majorer l'appel à la souscription d'assurances complémentaires pour protéger le médecin face à sa propre maladie de même qu'il faut renforcer la part des fonds destinés à l'entraide ordinaire. Cela n'épuise pas les problèmes liés à la gestion d'une entreprise libérale au métabolisme sans concession et où les charges continuent même lorsque les recettes sont interrompues. Une réflexion approfondie sur ce point impliquant notamment l'Ordre et les différentes structures professionnelles serait nécessaire non seulement pour faciliter les remplacements mais aussi la reprise d'activité après une interruption de travail.
- **Optimiser le système de santé avec plus de travail en équipe, plus de confraternité, plus d'aménagement des espaces de travail** : la France est réputée pour avoir le meilleur système de santé au monde, elle l'était en tout cas en juin 2000 lorsque l'OMS publie son rapport évaluant les différents systèmes de santé mondiaux. Cette tendance semble pourtant accuser un certain recul, la France passant au 10<sup>e</sup> rang selon le rapport européen de l'Euro Health Consumer Index (EHCI) de 2008, la faute notamment à un certain retard d'informatisation et au parcours de soins, qui reste controversé. Le budget de la Sécurité Sociale représente pourtant toujours environ 25% du PIB Français, avec pas moins de 450 milliards d'euros dépensés en 2011. Nous avons pourtant tous été confrontés aux difficultés

de l'hôpital public, avec ses manques d'organisations, contraintes administratives, manques de personnels. Plus d'entraide, de solidarité, de dialogue, d'information et d'organisation pourraient aboutir à une meilleure répartition globale de l'offre de soins, et ce, pour tout le monde.

Un patient médecin n'est pas un patient comme les autres. Cela ne signifie pas qu'il soit mieux ou moins bien pris en charge que les autres. Il est pris en charge différemment : parce qu'il est médecin, parce qu'il a des connaissances médicales, des connaissances du circuit qui font qu'il ne peut être pris en charge comme les autres, parce qu'il a des craintes et des contraintes spécifiques.

Toute la difficulté est dans son acceptation à laisser son statut de médecin pour s'ancrer dans celui de patient : cela passe nécessairement par une relation avec son thérapeute suffisamment étoffée pour lui permettre de s'affirmer dans ce statut un peu nouveau pour lui... et tellement familier à la fois...

#### IV. SYNTHÈSE

Nous avons mesuré grâce à ce travail toute la complexité de la prise en charge des patients médecins et toutes les intrications qui pouvaient exister entre la maladie, son impact psychique et son retentissement professionnel, le tout dans un contexte de variabilité interindividuelle propre à chaque patient. Autant de données qu'il convient de mesurer et pondérer par celles relevant du médecin soignant...

Il n'est pas aisé de synthétiser autant d'informations tant toutes ont leur importance. Pour les aborder au mieux, nous ferons un résumé axé autour de quatre grands pôles :

- Comment les médecins pensent-ils qu'il faut soigner un médecin ?
- Comment le font-ils en pratique ?
- Quelles difficultés rencontrent-ils ?
- Quels sont les pièges à éviter ?

##### **A/ Comment soigner un médecin : la théorie...**

Tous les soignants interrogés sont catégoriques, unanimes et formels : **il faut soigner un médecin comme n'importe quel autre patient. C'est un service à lui rendre.** « D'oublier » qu'un médecin l'est est fondamental dans cette démarche, d'une part pour le traiter comme n'importe qui au sens relationnel du terme, d'autre part pour le soigner comme n'importe qui. D'avoir un regard professionnel, un regard de « soignant » sur lui va le rendre « patient » dans tout ce que cela implique.

**Doivent en découler les fondements de la consultation dite « standard », à savoir, un interrogatoire, un examen clinique, un dossier médical et des prescriptions. La consultation doit impérativement se faire dans un bureau, dans un cadre de soin formalisé et strict, non pas dans un couloir ou par téléphone. Le cadre est important.**

L'autre point est celui de la relation à établir : il faut, envers et contre tout, parvenir à **établir une relation médecin malade dans l'idéal identique** à celle que l'on instaure avec chacun de nos patients. Il faut trouver la bonne distance thérapeutique, une attitude qui doit être la balance entre professionnalisme et empathie.

Dans l'établissement de cette relation de soin, il est fondamental de pondérer, si ce n'est **neutraliser les tentatives du patient d'intervenir** dans ses examens ou ses traitements. Si la prise de décision peut être fondée sur le **partenariat**, comme avec n'importe quel patient, les risques de ce partenariat doivent être évoqués, cadrés et gérés au mieux. Le soignant doit s'efforcer d'**assumer la responsabilité de la prise en charge**, qui peut être une concertation au mieux, mais ne doit pas laisser d'ambiguïté sur qui décide, qui prescrit et ce qui doit être fait. L'important dans cette relation est de conforter cette attitude en l'appuyant sur ce qui doit devenir le leitmotiv de tout médecin : « **d'agir, en toutes circonstances, dans le meilleur intérêt de leurs patients**, sans considération d'âge, de sexe, d'orientation sexuelle, de capacités ou d'handicaps physiques, de race, de religion, de culture, de croyances, d'appartenance politique, de moyens financiers ou de nationalité ». Tel est le credo depuis 1993 de l'Association Médicale Mondiale, mais il n'est pas inutile de le souligner, même près de vingt ans plus tard...

## **B/ Comment soigner un médecin : la pratique...**

On pourrait presque trouver, selon ces considérations, qu'il est facile de soigner un patient médecin ! Sauf que dans cette démarche de soins un certain nombre de paramètres interfèrent.

**Un médecin n'est pas et ne peut pas être un patient comme les autres**, d'une part parce qu'il est familier des concepts médicaux et qu'il arrive en consultation – s'il arrive... – avec une certaine idée de ce qu'il a, comment il faudrait le soigner, en s'étant déjà parfois soigné seul, retardant d'autant la prise en charge. Il y a donc une inévitable **interférence** du savoir... Un médecin malade est un **patient sachant** : il est difficile d'occulter ce paramètre, parce qu'il est difficile voire impossible de nier l'expérience que l'autre a pu avoir de la maladie en tant que patient et aussi en tant qu'éventuel soignant de ses propres patients atteints de la même maladie ou d'une maladie proche. Quelle est la vérité ? **Sans doute ne peut-on jamais totalement oublier qu'un médecin l'est.** La possibilité d'usage du vocabulaire médical en est un bon indicateur, tel un témoin de la spécificité de la prise en charge.

D'autre part, il y a toujours une **certaine identification à l'autre** : soigner un médecin nous renvoie à notre propre faiblesse et provoque en cela un certain questionnement. Comment lui, qui me ressemble, peut-il tomber malade ? Si lui peut, pourquoi pas moi ? Comme il me ressemble, dois-je vraiment le soigner comme les autres ? Ne lui dois-je pas une certaine attention particulière ? Un regard particulier, un sentiment d'obligation, un certain nombre d'attentions – principalement logistiques – en découlent, du fait ce regard proche et bienveillant. **On soigne l'autre comme l'on aimerait l'être soi-même**, souvent plus vite, souvent dans de meilleures conditions, souvent avec des précautions majorées : c'est un autre constat. Les médecins sont souvent pris en charge plus rapidement, avec un parcours de soins souvent moins chaotique, avec une certaine optimisation de la chaîne de soins, depuis le jour de la prise en charge, jusqu'à celui de sortie.

**A l'identification peut succéder la pression**, surtout quand on soigne un spécialiste, un supérieur hiérarchique, un ami proche ou de la famille de médecins. Il faut veiller soigneusement à ce que l'empathie ne devienne pas sympathie. Le risque est alors que l'affectif prenne le dessus, que les soins soient basés de façon égale sur la clinique et... la demande du patient, voire pire, la demande supposée du patient. **Dire non n'est pas facile, mettre des barrières non plus**, et il est probablement plus difficile de les mettre quand on a face à soi un regard critique, un regard de confrère... ce qui n'est pas exactement la même chose qu'un regard de patient qui ne l'est pas.

**Le soin du médecin en pratique doit combiner une certaine balance entre l'affectif et le professionnalisme**. Il faut trouver la distance mais également la proximité nécessaires et indispensables à la création d'une relation de soin. Ne pas en faire plus que chez les autres, mais ne pas non plus en faire moins : un médecin ne sait pas plus que les autres appréhender sa propre maladie, il aura les mêmes peurs, les mêmes angoisses et nécessitera le même accompagnement. Le laisser porter sa maladie n'est pas souhaitable, mais ne pas l'impliquer dans sa propre pathologie n'est probablement pas mieux. Epauler sans tout porter, accompagner sans infantiliser : les meilleures façons de prendre en charge un confrère ?

### **C/ Quelles difficultés dans le soin ?**

Pourquoi existe t-il un gap entre la théorie et la pratique ? Simplement parce que toute prise en charge d'un confrère rencontre un certain nombre de difficultés que nous tâcherons de résumer ici :

- **Si l'emploi du vocabulaire médical peut apparaître comme étant une aide, il peut masquer une partie du problème**, et il ne faut pas s'enfermer dans des termes techniques qui peuvent éluder le problème global.

- La connaissance de la pathologie provoque à l'inverse une **absence de facilité à se réfugier dans des considérations techniques** : il est impossible de mentir à un médecin, d'éluder certaines questions embarrassantes. Chaque hypothèse devra avoir un support théorique que l'on devra pouvoir étayer à tout moment.
- **Le regard de l'autre sur la prise en charge représente à ce titre un poids supplémentaire**, une difficulté supplémentaire par rapport à des prises en charge qui peuvent être déjà éminemment complexes.
- **Le problème de distanciation représente une difficulté majeure à surmonter.** Comment le faire ? L'expérience, la confiance en soi, la capacité à affirmer sa position de soignant sont les clés qui nous ont été délivrées.
- **Le problème d'identification à l'autre est un versant inaliénable de toute relation de soin.** Comment s'en affranchir ? Possiblement en apprenant à se protéger, en créant autour de soi un certain carcan protecteur qu'il nous faut apprendre à laisser sur notre lieu de soin, à faire la part des choses à propos de qui nous sommes en tant que personne et en tant que professionnel, qui est l'autre, qui est le patient, qui est le médecin.
- Il nous faut **apprendre à comprendre la demande de l'autre**, comprendre l'autre dans sa globalité. Chaque patient se présente avec un certain lot de connaissances, d'expériences, de croyances, des non-dits, de préjugés, médecin ou non. Il nous faut comprendre et nous adapter à ces paramètres, les apprivoiser pour mieux trouver notre place de soignant, imposer si besoin nos propres points de vue, et quelque part pénétrer dans l'univers du patient. Ce n'est qu'en comprenant que nous parviendrons à toucher notre cible, à établir une relation stable et pérenne : la relation médecin malade. Ce que Jean Watson résume ainsi : « *Pour pouvoir soigner quelqu'un, je dois me connaître. Pour pouvoir soigner quelqu'un, je dois connaître l'Autre. Pour pouvoir soigner quelqu'un, je dois jeter un pont entre nous* ».
- **Quelle place y a-t-il pour le médecin traitant ?** Faut-il instaurer une médecine préventive pour les libéraux ? La difficulté est autant de soigner le médecin que de lui confier la gestion de sa santé. Ce n'est pas une question de compétence, il est capable de le faire, mais c'est bel et bien la porte ouverte à l'auto prescription, à la multiplication des avis auprès d'amis ou de confrères médecins, à la majoration d'une certaine angoisse de la maladie, mais surtout à la responsabilisation de l'autre. Est-il raisonnable de laisser au médecin malade la gestion de sa santé ? N'est-ce pas le créneau d'un médecin traitant au sens de médecin référent, ouvert au dialogue, source de dialogue, de prévention, et de conseils ? Lâcher prise n'est pas simple et nécessite un vrai travail...
- Enfin, la dernière difficulté tient à la **représentation que l'on se fait du soin, entre ce qu'on pense devoir faire et ce que l'on fait en pratique.** Dans ce double niveau – qui n'est pas propre au métier de médecin – se cachent de nombreux axes

de travail sur la communication et s'ébauche l'étude qu'il faudra mener un jour sur ce que pense dire un soignant, ce qu'il dit en pratique, ce qu'il pense avoir été assimilé et ce qui l'a été en pratique. D'où l'importance de mettre en perspective les différents points de vue...

### D/ Les pièges à éviter

Hormis ces difficultés les répondants ont mentionnés un certain nombre de pièges.

- **Le plus important est sans conteste la connivence.** La connivence perturbe de façon majeure la relation qui ne devient plus stricto sensu une relation de soin, mais une relation de proximité, une discussion presque conviviale permettant d'éluder le fond du problème. La maladie et le malade doivent rester la préoccupation majeure du soignant et il faut lutter de façon permanente contre ce sentiment de proximité, d'identification et de sympathie. Tomber dans la connivence rompt le contrat de soin. Et peut-être de façon définitive.
- Un des moyens de s'en préserver dès le début de la prise en charge est de **ne pas s'occuper de ses proches collaborateurs ou de la famille de ses proches collaborateurs.** Trop de proximité initiale, trop d'implication émotionnelle sont la porte ouverte à la connivence : elles finiront toujours par devenir dangereuses, pour le soignant, pour le patient, pour l'entourage, pour la qualité des soins. Il nous faut déléguer, savoir reconnaître nos limites et nous faire aider quel que soit le moment de la prise en charge.
- **Il ne faut ainsi pas se laisser enfermer dans les attentes du patient médecin,** il ne faut pas l'ancrer dans des convictions aberrantes ou déraisonnables, mais apprendre à le guider dans une démarche de soin cohérente et efficace. Un médecin qui consulte doit être examiné, rassuré, exploré si besoin, quels que soient les rapports qu'il a par ailleurs avec son soignant, même en cas d'éventuels liens hiérarchiques. Penser qu'il saurait mieux qu'un autre serait une erreur. Faire comme s'il ne savait rien également... Le piège serait de penser qu'on se comprend mieux ! Les réactions ne sont pas les mêmes : l'agressivité n'est pas forcément un défaut, elle peut cacher détresse et angoisse. La passivité n'est pas seulement de la mauvaise volonté, elle peut être un appel à l'aide. Le retard à la prise en charge serait-il un moyen de se protéger, d'éloigner le problème ? Le piège serait-il de croire qu'un médecin est un patient comme les autres et d'en nier sa spécificité.
- **Ne pas poser de cadre de consultation est un piège « classique »**, sans doute le plus connu des soignants : il faut consulter en cabinet, pas dans un couloir, posséder un dossier de soin permettant un suivi structuré et une traçabilité des prescriptions, fermant la porte au « bricolage », au « dépannage » et à l'auto prescription.

- **L'auto prescription, le plus grand risque du soin des médecins?** Faire comprendre les risques au patient est sans nul doute l'un des plus grands enjeux de la prise en charge. Si l'on ne peut s'empêcher d'avoir un regard sur sa santé, rien ne vaut un regard extérieur, nouveau, neutre, objectif et compétent. La prescription est l'une des prérogatives légitimement acquises du médecin, et non des moindres. S'il n'est pour le moment pas question d'interdire l'auto prescription, ne serait-il pas judicieux de la raisonner ? De surveiller la prescription des antalgiques et des psychotropes... pour protéger le médecin de lui-même ?
- **Le dernier piège, non des moindres, serait de croire que les choses vont s'arranger sans une réelle mobilisation des soignants**, un appel à la confraternité. Les médecins représentent une population en danger. Il nous appartient de la protéger et pour ce faire il faut sensibiliser, mobiliser, appeler à la prévention, au dépistage précoce des soignants à risque. Le silence tue. Avec le sur-risque de suicide que nous connaissons aujourd'hui chez les médecins, il est impossible de se taire. **Le principal piège serait de se croire individuellement à l'abri alors que nous sommes tous, collectivement concernés.** La maladie rôde, la demande de soins ne cesse de croître, la démographie médicale faiblit, le burnout guette... Comment parler de soin au médecin sans parler d'entraide ? **Les structures se mettent en place : il faut les ancrer dans les mentalités et dans les pratiques.** Les questionnements naissent, il faut y répondre et les approfondir. Apprendre à soigner un médecin n'est pas un problème individuel, ce n'est pas qu'une question de fond, c'est bel et bien un appel à la confraternité, à la réflexion individuelle sur qui est l'autre, quel est l'impact de la maladie pour lui et quel chemin nous parcourons ensemble. Médecin malade, malade médecin... Qu'est-ce qu'être malade, tout simplement ? Ne vaut-il mieux pas se poser la question avant que la maladie ne survienne ? Si nous pouvions faire en sorte que chacun y réfléchisse, ce serait déjà un grand pas en avant !

## **CONCLUSION**

Travailler sur le soin au médecin malade et sur le vécu du médecin malade a été riche en enseignements. Il est toujours difficile d'être malade et de s'admettre malade lorsque l'on est médecin, mais il n'est pas tellement plus évident de se retrouver en tant que soignant face à un confrère. Il n'existe pas, au terme de ce travail, une seule conclusion sur les modalités de prise en charge des médecins. Chacun fera comme bon lui semble et surtout selon la conception de ce qu'il doit faire.

Il est difficile de prendre en charge un médecin. L'interaction y est forte, il y a un certain nombre de difficultés dont il faut s'affranchir : connivence, identification, projections sont autant de paramètres qu'il nous faut apprendre à apprivoiser. Comprendre les attentes de l'autre, ce qu'il attend du soin, du dialogue, de l'accompagnement sont aussi importants que de comprendre ses croyances, ses représentations de la pathologie, son parcours de soins. S'est-il déjà traité ? A t-il déjà pris un certain nombre d'avis ? Attend-il qu'on lui réexplique, qu'on l'accompagne dans sa prise en charge, qu'on lui impose des décisions parce qu'il se retrouve perdu, dans les méandres de la pathologie et du parcours de soin ?

L'annonce d'une maladie peut être extrêmement brutale, elle l'est – ou peut être ressentie comme telle – pour tous nos patients. Elle peut l'être encore plus pour un médecin qui porte souvent seul le poids de cette découverte. Il la gère, il l'intègre progressivement, souvent dans le cadre d'une démarche initiale personnelle. La délégation à un autre soignant est un phénomène secondaire, tel un début de l'acceptation de la maladie ou la prise de conscience d'une réelle mise en danger, événement perturbateur majeur dans une vie déjà bien remplie... par le soin des autres.

Choisir un médecin pour se soigner n'est pas anodin. C'est une marque de confiance forte, autant une reconnaissance de compétences que de qualités humaines. Par sa connaissance des circuits, le médecin sait où se faire soigner, où faire soigner ses proches. Quelle place le soignant doit-il prendre ? Avoir un regard pertinent sur une prise en charge souvent complexe est aussi important que de comprendre les enjeux personnels et psychologiques qui s'y cachent. Il faut savoir dire non, savoir faire comprendre que la relation de soins impose qu'il y ait un soignant et un patient. Le médecin n'est pas un patient tout à fait comme les autres mais il faut le prendre comme tel pour le soigner : être seulement conscient de cela est fondamental. Faut-il rigidifier le cadre ou l'assouplir pour mieux s'adapter ? A chaque soignant sa façon de faire, sa façon de trouver la distance nécessaire à la relation, sa façon de se protéger du poids de la maladie de l'autre...

Et quels que soient ses désirs, encore faut-il qu'il soit en mesure de les mettre en oeuvre. C'est peut-être dans le hiatus entre ce qu'on estime nécessaire de faire en tant que soignant de médecin et ce qu'on fait vraiment que réside le coeur de notre problématique. Par delà toutes ces considérations, parlons nous suffisamment de l'impact de la maladie dans une vie ? Soigner est une chance. Accepter de le faire est un droit. Essayer est un devoir.

L'avenir du soin réside dans la prévention : c'est à travers elle que nous parviendrons à éviter les maladies chroniques, c'est grâce à elle que nous réduirons nos dépenses de santé, c'est grâce à elle que nous préserverons l'état de santé de chacun, et ce, dès le plus jeune âge. Telle est la tâche allouée au corps médical, tel est l'enjeu de la médecine de demain. Nous ne pourrions faire de médecine sans médecin, c'est pourquoi nous devons préserver nos confrères. Les sensibiliser à la prévention, pour les autres, pour leurs proches et pour eux. Leur faire comprendre qu'ils doivent se protéger les uns les autres, au nom de l'entraide, de la confraternité, de la déontologie, de la santé publique. Cela est vrai pour les médecins, mais pour tous les soignants, qui connaissent les mêmes pénuries et dont l'action revêt la même importance. Protégeons ces populations en danger, nous avons besoin d'eux. La situation idéale serait-elle de soigner les médecins comme les autres ? Ou l'inverse : de soigner tous nos patients comme s'ils étaient médecins ? La question reste ouverte. Elle a le mérite d'être maintenant posée.

**PERSPECTIVES COMMUNES AUX DEUX THESESES**

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 t 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'examen 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 infaillible 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>1</sup> HAMMEL P. « Guérir et Mieux Soigner : un médecin à l'école de sa maladie ». Editions Fayard. 2008
- <sup>2</sup> GALAM E. « Soigner les soignants et préserver notre capital soins »- AAPML, Décembre 2008
- <sup>3</sup> GALAM E. « Ecouter les médecins en souffrance » CROM/CNOM - Colloque de Lyon, Mars 2010
- <sup>4</sup> Baromètre des préoccupations des Français, La Croix – 2011 Mars, 07
- <sup>5</sup> Budget de l'Assurance Maladie 2009, consultable sur l'URL : <http://www.sante.gouv.fr>
- <sup>6</sup> LEGMANN M. « Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale », CNOM – Avril 2010
- <sup>7</sup> LEOPOLD Y. « Les chiffres du suicide chez les médecins » Rapport au Conseil National de l'Ordre des Médecins. Octobre 2003
- <sup>8</sup> FREUDENBERGER H. « Staff burnout : définition du Burnout Syndrome » 1974. [Journal of Social Issues](#), p. 159-165
- <sup>9</sup> BURROWS, T.M.O. «Stress and the medical profession: doctors are people too», dans Journal of holistic medicine, vol. 4, n°1, 1982, p. 68-79
- <sup>10</sup> CROMBEZ, J.C., et al. «Le burn-out ou syndrome d'épuisement professionnel», dans L'Union médicale du Canada, vol. 114, 1985, p. 176-181
- <sup>11</sup> ESTRYN-BEHAR M. et Coll. et le comité de suivi de l'étude PRESST-NEXT « Analyse des résultats de la première partie de l'étude PRESST-NEXT »,
- <sup>12</sup> ESTRYN-BEHAR M. et Coll et le Comité de Pilotage de l'étude SESMAT « Influence du travail d'équipe sur la satisfaction professionnelle des médecins » dans LE CONCOURS MÉDICAL. Tome 131 - 1 du 21-01-2009
- <sup>13</sup> GILLARD L. « La santé des Généralistes », thèse de médecine générale, Université Paris V René Descartes, 29 aout 2006
- <sup>14</sup> Enquête sur la Santé des Médecins Libéraux de Haute Normandie, CDM – Décembre 2008
- <sup>15</sup> LERICHE B. et Coll « Le Médecin Malade », Conseil National de l'Ordre des Médecins, 28 juin 2008
- <sup>16</sup> BARAKETT W.J., Rapport d'activité biennal du Programme d'Aide des Médecins du Québec (PAMQ), 2007-2009 consultable sur l'URL : <http://www.pamq.ca>
- <sup>17</sup> PADRO I SELMA J. Présentation du Programme d'Aide Intégrale pour le Médecin Malade (1998), consultable sur l'URL : <http://www.paimm.fgalatea.org>
- <sup>18</sup> « Josie King Foundation Programs, 2007 », consultable sur l'URL : <http://www.josieking.org>
- <sup>19</sup> Présentation de l'Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux (AAPML), 2005, consultable sur l'URL : <http://www.aapml.fr>
- <sup>20</sup> Présentation de l'Association pour la Promotion des Soins aux Soignants (APSS) consultable sur l'URL : [www.apss-sante.fr](http://www.apss-sante.fr) et [www.souffrancedusoignant.fr](http://www.souffrancedusoignant.fr)
- <sup>21</sup> CHABROL A., « Les Médecins : des patients pas comme les autres », Le Médecin, n°1 septembre-octobre 2008, p.22-27
- <sup>22</sup> Article 56 du Code de Déontologie Médicale figurant dans le Code de la Santé Publique sous les numéros R.4127-1 à R.4127-112 (mise à jour du 14 déc. 2006)
- <sup>23</sup> « Le Parcours de Soins Coordiné: rôles du Médecin Traitant » mise à jour d'avril 2011, consultable sur l'URL : <http://www.ameli.fr>
- <sup>24</sup> LEOPOLD Y. « Le suicide des médecins: expression ultime du burn-out ? » CARMF 2006, consultable sur l'URL : [www.apima.org/img\\_bronner/Suicide\\_Medecins\\_2006.pps](http://www.apima.org/img_bronner/Suicide_Medecins_2006.pps)
- <sup>25</sup> Indemnités Journalières des Médecins, rubrique prévoyance, chiffres de la Caisse de Retraite des Médecins Français (2010) consultables sur l'URL : <http://www.carmf.fr>
- <sup>26</sup> ESTRYN-BEHAR M. « Risques professionnels et santé des médecins ». Edition Masson. 2002.
- <sup>27</sup> GALAM E. « Stress professionnel des médecins. Comment y remédier ? » Revue du praticien MG. N°704-705. 10 Octobre 2005.

- Présentation de la thèse
- Avez-vous déjà soigné un médecin ? Y a-t-il des histoires qui vous aurait marqué ?
- Le fait d'avoir soigné un médecin a-t-il changé des choses dans votre prise en charge :
  - Pratique : sur la durée ? sur le mode d'annonce ? sur la prescription d'examens complémentaires ? sur les précautions employées ? sur le tarif ? sur le suivi ?
  - Sur le vécu : est-ce que cela a été plus difficile ? quelles ont été les spécificités de la prise en charge ? y a-t-il eu plus d'identification ?
  - Comment sont-ils arrivés en consultation ?
- Selon vous, le patient avait-il des attentes particulières ?
  - En termes de regard ?
  - En termes d'accompagnement ?
  - En termes de moyens ?
  - Y a-t-il eu un retard à la prise en charge ?
- Si vous-même étiez malade :
  - Où vous feriez-vous soigner ? Par qui ?
  - Auriez-vous des attentes particulières ?
  - Avez-vous un médecin traitant ?
- En somme, pour soigner un médecin :
  - Y a-t-il des contraintes ?
  - Y aurait-il besoin d'une formation complémentaire ?
  - Est-ce que cela change quelque chose pour vous ?
  - Y a-t-il des choses qui vous ont aidé ?

NATURE DES PERSONNES SOIGNEES		CONSULTATIONS			
	Types médecins	Types pathologies	Mode d'arrivée	Déroulement	Modalités
S1	Autant de généraliste que de spécialistes 23 ans d'expérience Cliniciens/Non Retraités/Actifs MG/spécialistes Conjoints de médecins	Patients cancéreux Médecine générale	Les patients médecins qui viennent me voir ne viennent pas me voir par bouche à oreilles de médecins Circuit habituel	On a le devoir de les informer, éventuellement leur laisser un choix, mais la décision elle revient au médecin, il faut qu'il y ait un responsable La façon dont je gère les patients dépend beaucoup de ce que j'évalue, de leur compréhension des choses. En consult peut être plus long Identique Souvent au dernier moment M'envoient des mails	Moi je fais payer les médecins qui viennent consulter. Systématiquement  Ils sont enregistrés normalement et ils paient Je ne fais pas de privé
S2	Médecins/Conjoints de médecins Chronique/Agé Curable/Incurable Pronostic vital engagé/non	Asthme Cancero. Greffe de moelle	Ils appellent directement, sans passer par le bureau des rendez-vous. On est sollicité toutes les 2min parce qu'ils ne sont pas venus à la consultation, appellent en catastrophe, c'est pénible Certains prennent rdv	Je laisse le choix du type de traitement de fond. C'est comme ça que marche le traitement Les consultations se passent exactement de la même manière Ceux qui veulent me voir dans un couloir, je refuse Observation à la main	Je n'ai jamais fait de privé
S3	Tous types de médecins Amis de médecins VIP	Neuro-vasculaires	C'est toujours en 2h ou 3h intention que je vois les patients Post hospitalisation Demande avis/itt	Ca ne me consomme pas plus ni moins d'énergie Temps identique	Ils paient la consultation Horaires plus souples
S4	Tous types de médecins Jeunes/Retraités Concepts anciens/modernes Poussant à la console/en faire moins	MICI	Circuit habituel	Il faut éviter la consultation dans le couloir, tu ne les vois jamais à fond : c'est un des pièges dans lequel il ne faut pas tomber Plus de temps, meilleure compréhension	Un médecin qui n'a pas d'argent ne paie pas
S5	Tous types de médecins Jeunes/Retraités Hiérarchie/Expérience VIP Raisonnement différent/identique	Infarctus HTA/IC/Angor	Coup de téléphone, ami de connaissance ou connaissance qui me demande de les voir	En addictologie, on est dans une maladie multifactorielle, chaque patient est spécifique J'ai une souplesse égale mais jamais supérieure à celle des autres patients dans la gestion des rendez-vous Cadre de consultation	Quand je connais trop bien le collègue, ce n'est pas moi qui le prends en charge Je les fais payer
S6	Tous types Familles de médecins Anesthésistes	Alcool-dépendance Mort suspecte Overdoses Alcool au travail Stress professionnel Conditions de travail Accès au produit très facile Mésages des opiacés	Circuit habituel Parle médecin du travail Demande spontanée de PEC	En hospitalisation, on passe un peu plus de temps, on discute plus J'essaie de limiter les temps d'attente Pas dans un couloir mais dans un bureau, vraiment jouer au docteur	On n'est pas dans la partie diagnostique ou pronostique de la maladie, on n'est pas en 1ère ligne On ne guérit pas ou peu, on atténue les handicaps, ce qui n'est déjà pas rien, on fait des choses utiles
S7	Tous types 2 groupes de patients : ceux qui ont des handicaps et ceux qui viennent discuter de l'intérêt d'une rééducation pour des troubles Jeunes/Agés Connaissances/Inconnus	AVC/Pathologies neuro-vasculaires Handicaps AVP	Ils prennent RDV en consultation Adressés par des confrères	J'essaie que ça ne change rien Les consultations durent le même temps Canevas pour chaque pathologie Cs parfois plus longues Consultation Examinés systématiquement	Enregistrés
S8	Tous types Actifs/Retraités Cliniciens/Non Familles de médecins	Médecine interne Patho auto-immunes Cancero-hémat	Circuit habituel Cs + tardive Tout venant Soigné patients en commun	Canevas pour chaque pathologie Cs parfois plus longues Consultation Examinés systématiquement	Enregistrés
S9	Tous types Actifs/Retraités Cliniciens/Non Familles de médecins	Cancero thoracique	Circuit habituel Cs + tardive Correspondants	Canevas pour chaque pathologie Cs parfois plus longues Consultation Examinés systématiquement	Enregistrés

## ANNEXE 2 : TABLEAU RECAPITULATIF DES MOTS-CLÉS

S10	Tous types Jeunes/Agés Cliniciens/Non Réducateurs/Non	AVC/Pathologies neuro-vasculaires Handicaps AVP	Circuit habituel Piston Consultation pour avis	Ca ne me paraît pas justifié de rallonger encore les consultations Traîné par sa femme Hospitalisation/Reclassement pro.	Enregistrés
S11	Tous types	Pathologies cardiaques chroniques Suivis d'infarctus	Correspondants, amis de correspondants	Ils viennent en général accompagnés de leur mari ou de leur femme Pas plus long que chez quelqu'un d'autre Accueil amical	Tarif Sécu pour tout le monde Un conseil, on ne le fait bien évidemment pas payer, au nom du code de déontologie
S12	Tous types Jeunes/Agés	Insuffisance rénale chroniques Dialysés	Ce sont des gens à qui on a demandé de venir me voir pour faire le point Réseaux Qui me connaissent Contacts, même indirects	Je passe autant de temps qu'avec quelqu'un qui ne soit pas médecin Pas de retard diagnostic	Contraintes logistiques
S13	Familles de médecins	Urgences	Urgences		
S14	Médecins salariés En gériatrie, soins palliatifs et cancérologie, les trois sont vraiment plus exposés	Tabagisme Déséquilibres alimentaires Vaccins pas à jour			
S15	Tous types Médecins/Amis de médecins	Séropositivité VIH Infectiologie	Ils ont choisi de venir me voir, amis, des connaissances, des contacts	J'essaie que la consultation ne se passe pas plus vite Laisser des traces écrites Horaires plus souples initialement Jamais dans un couloir	Enregistrés/Paiement
S16	Tous types Familles de médecins	Burn-out Douleurs chroniques Soins palliatifs Degré de gravité physique ou psychique	Connaissances Bouche à oreille	Un médecin qui consulte est un médecin qui va très mal, parce qu'il commence d'abord par se traiter tout seul C'est évident qu'il y a un retard : soit parce qu'ils se sont négligés, soit parce qu'ils se sont auto-traités. Et dans la négligence, il y a soit du déni, soit de la peur	Je ne fais jamais payer les médecins. Je pense que c'est une marque de respect, de confraternité, et que quand on ne va pas bien, ça fait du bien d'avoir cette marque là Beaucoup ne sont pas d'accord : ils trouvent que ça les met dans une position où ils ne sont pas comme les autres... il ne sont pas comme les autres !
S17	Tous types Jeunes/Agés	MICI avec indication chirurgicale Cancers mal plicés	Adressés ou connaissant sa réputation	Consultations plus longues : un moyen d'amoindrir la tension	Je ne fais jamais payer un médecin
S18	Tous types	Lymphomes - Leucémies	Réputation hôpital Circuit habituel	En HDJ, on rediscute, j'évalue ce qu'ils ont compris et retenu Elles sont toujours plus longues les 1ères consultations	Enregistrés normalement J'aurais du mal à faire payer les consultations Certains assument dépassement d'honoraires à qualité des soins : pour être bien soigné, il faut payer cher
S19	Tous types	Médecine Générale	Circuits habituels On ne voit jamais de médecins dans le cadre de visites « de routine », pour de la prévention Ils ont et utilisent leurs connaissances. Si ça ne marche pas, alors ça peut amener à une consultation	Pas moins longtemps	Non, jamais je ne les fais payer. C'est peut être aussi ma façon de... pas de décupliser, mais de... garder la main, de reprendre le pouvoir sur eux Les loups ne se mangent pas entre eux
S20	Tous types	Médecine Générale/ Cancéro. Psychiatrie/Suicides/Souffrance psy. Maladies professionnelles/ Burn-out	Circuits habituels Cellule d'entrée CARMF	Suivi au long cours Reclassement professionnel	Ne fait pas forcément payer : utilise leurs témoignages pour sensibiliser

ELEMENTS IDENTIQUES DE PRISE EN CHARGE			
	Annonce diagnostique	Communication	PEC globale/Ex. compl.
S1	Tous mes patients complient Je ne crois pas que ça change énormément de choses	s'il est dans mon bureau, ou si je suis chez lui, on est dans une relation soignant / soigné	Quand c'était des gens retraités, je ne faisais pas de différence, entre autre je ne partage pas avec eux mes décisions  le fait que l'autre fasse le même métier que l'autre crée une proximité ? Euh, alors pour moi non  les autres me font le coup aussi, ils m'imposent les prescriptions
S2	Ils ne vont pas forcément suivre à la lettre ce que je vais leur dire de faire Peur de la maladie	J'ai une attitude avec n'importe qui qui fait je dis les choses	Je fais exactement la même chose qu'ils soient médecins ou pas
S3	Tant que je n'ai pas confirmation du diagnostic, j'attends les examens On évalue la probabilité Je n'ai pas l'impression d'avoir cédé à une pression	Je ne me laisse pas conner  J'explique toujours, même si ça a l'air un peu naïf  Je suis pour le partage de décisions	J'essaie de ne pas faire de différences  Il faut que je vous explique
S4	Je pense surtout m'adapter au patient, au dialogue que je peux avoir Je commence toujours en disant « bonjour et que puis-je pour vous ? » Aucun n'est heureux, détendu, à l'aise de venir me voir	Les croyances neutres ou nouvelles, il faut les laisser, être prêt à dire « ça m'intéresse » Je n'ai aucune attitude différente a priori, mais comme pour tout malade, je m'adapte Je regarde comment la personne me parle, j'essaie de lui parler de la même façon Plus on pose de questions, moins on a de réponses et plus on stresse la personne	Je ne me mets pas au dessus L'observation des médecins n'est pas meilleure J'approfondis là où il y a des doutes, j'approfondis sur ce qu'il faut faire
S5	Mauvaise acceptation de la maladie chronique Quelqu'un d'obsessionnel et qui cherche la prévention à tout prix, à être cadré parfaitement, je m'adapte, je cadre En cardio, il y a beaucoup de physiopathologie, ce qui me permet d'expliquer concrètement	Je reste toujours dans le coté égalitaire où l'on discute	En cardio on l'on ne dispose quasiment que d'examens invasifs : il n'est pas souhaitable de les multiplier Je prends toujours le temps de les examiner complètement, sans qu'il y ait pour autant forcément un surcroît d'examens
S6	Il faut que ce soit le patient qui ait le choix de son projet thérapeutique Le médecin - il faut s'y résoudre, sans que ce soit la mort de la médecine, au contraire - soit essentiellement un guide dans ce projet de soins Le patient résiste, il est ambivalent, il y a du déni. Ils ne savent rien, ils viennent chercher qqch de nouveau, différent qu'ils ne connaissent pas Il faut laisser en consignes l'essentiel, le message que vous souhaitez absolument passer Tous ont des hisbries personnelles éminemment complexes, mais une alcool-dépendance sévère	On est toujours dans l'échange, je fonctionne plutôt sur le mode « je propose ça, qu'est ce que vous en pensez ? J'offre dans tous les cas une expertise technique mais aussi un accompagnement humain Difficulté du rapport soignant soigné	Des conseils, d'une façon générale, j'en laisse quand même beaucoup Laisser plus ou moins de consignes c'est quelque chose qu'on retrouve par contre chez d'autres patients  En miroir, on a la question de l'adhésion
S7	On est rarement dans l'urgence en rééducation, on a toujours le temps de réfléchir L'acceptation en elle-même, je ne suis pas sûr qu'il y ait une quelconque différence C'est difficile à accepter de toute façon, pour tous Ils ne posent pas plus de questions On apprend à se comporter avec les médecins comme avec les autres Annoncer cancer, paralysie définitive ou aphasie irréversible à un médecin, c'est pareil	Ca déroute les patients : on propose et on discute Je ne leur dis jamais qu'il n'y a qu'une seule chose à faire, il faut en discuter Un appareillage, une rééducation, une prise en charge, un examen complémentaire : on propose des options, on n'impose jamais.	La maladie installée et connue, il faut se bagarrer pour récupérer, se remettre, peut-être reprendre son travail La compliance était bonne Le suivi au long cours est plus ou moins bien suivi, mais ça n'est pas propre au médecin
S8	Ce n'est pas parce qu'ils sont docteurs qu'ils n'ont pas les mêmes symptômes, les mêmes maladies, les mêmes angoisses, les mêmes nécessités de faire des examens, nécessités de faire de la prévention, nécessités de les informer et de leur expliquer les choses Il faut soigner les médecins comme les autres. Pour eux.	Il faut avoir impérativement une sorte de contrat avec eux qui est de dire « il est indispensable que je vous soigne comme Monsieur et Madame Tout-le-monde »	La demande est parfaitement superposable à celle d'un malade standard : il veut être soulagé, voir ses proches, être chez lui, voir ses gamins
S9	On leur parle tout le temps de rechute, de récidive, d'échappement au traitement Je le fais systématiquement : j'ai trop vu de malades s'effondrer au moment de l'annonce de rechutes Je suis spécialiste, 99% de mes patients viennent avec le diagnostic Relation strictement « normale » au sens de comme avec n'importe quel malade Adapte le discours au niveau intellectuel du patient	Les gens sont mieux informés Il faut faire en sorte qu'ils ressortent avec la même information que les autres Une agression est très souvent une marque de culpabilité	Il s'avert qu'ils peuvent m'appeler quand ils veulent Même surveillance que les autres

S10	Difficile de se prononcer à la phase initiale sur l'évolution des troubles, la récupération, les séquelles éventuelles En rééducation, tout prend vraiment du temps Je ne parle pas plus vite aux médecins hospitalisés des possibilités de reprise : on ne sait jamais trop J'étais vraiment convaincue qu'il ne pouvait pas reprendre, et qu'il ne pourrait jamais reprendre, je ne lui ai pas dit plus tôt Ca ne simplifie pas la tâche ni le travail en amont	Je n'ai pas eu de mal à affirmer ma position, celle de médecin, parce qu'il était clairement le patient Il a plutôt bien accepté de se faire soigner Ils ne posent pas forcément plus de questions S'ils refusent complètement les soins, c'est qu'il y a un autre problème derrière	J'ai toujours eu l'impression d'apporter quelque chose à mes patients, qu'ils soient médecins ou pas Il n'a jamais été question de faire plus d'examen que pour un autre patient, sous prétexte qu'il était médecin Je pense l'avoir soignée comme j'aurais pris en charge n'importe quel autre patient On sentait vraiment la vieille école qui ne voulait pas qu'on l'embête, comme s'il avait fait une croix sur sa vie d'avant, refusant le suivi sous toutes ses formes.	Les questions de reclassement professionnel sont difficiles, mais dans toutes les branches professionnelles On la donc accompagnée sur un autre projet C'est spécifique à la MPR, ils viennent aux cs de suivi : ils connaissent l'enjeu, ils savent que la rééducation est dans leur seul intérêt
S11	Ca se passe très bien Une fois la relation médecin malade établie, il n'y a plus aucun problème, aucun non-dit Je ne crois pas à la légende qui dit qu'un médecin a des problèmes plus graves ou des pathologies plus lourdes qu'un autre L'annonce d'un diagnostic est identique	Je bénéficie de l'aura du cardiologue Je leur donne l'information que j'estime devoir leur donner Je m'adapte à leur niveau intellectuel	Les sujets plus jeunes acceptent relativement mieux le suivi que des gens un peu plus âgés Je ne pense pas qu'il soit plus mal soigné Mes prescriptions ne sont pas discutées La prise en charge est strictement identique à celle d'un patient lambda	Suivi correct
S12	C'est la difficulté avec les maladies chroniques On n'est jamais ou exceptionnellement déclarés comme étant leur médecin traitant Je pense délivrer la même information	C'est important qu'ils comprennent les enjeux de leur pathologie, médecin ou non Pour une raison que j'ignore, il n'avait pas percuté Je passe toujours pas mal de temps à expliquer, d'employer des termes assez simples et assez concrets	Je leur explique, la maladie, les limites du traitement, l'amélioration attendue, les espoirs qu'on peut avoir, la surveillance qu'il faudra Je ne prescris jamais plus d'examen J'ai vraiment l'impression de faire comme pour les autres Le bricolage n'est pas spécifique aux médecins, on le retrouve souvent	Il prend ses traitements L'idée fait son chemin Faire comprendre que le suivi est important Je fais trois mois et leur demande de faire renouveler l'ordonnance par leur médecin traitant Ceux qui prennent rendez-vous viennent Je pense que l'observance est, pas meilleure, pas plus mauvaise
S13		Je ne crois pas que je prendrais plus de précautions	Conscience professionnelle et par obligation morale Je suis contre prescrire plus d'examen	
S14				
S15	L'annonce d'une pathologie dépasse largement le cadre de la profession	Informations souvent identiques à celles que je délivre à un non médecin Certaines angloises de la maladie Pas de précautions particulières	Combien de fois a-t-on entendu, des médecins raconter qu'ils avaient été vus en deux minutes, qu'ils étaient sortis sans ordonnance ni traitement, avec des contrôles qu'ils devaient se faire eux mêmes ? Ca c'est non !	Ordonnances identiques à celles des autres patients
S16	Un médecin malade ne comprend pas mieux Ca dépend de la culture de chacun, des croyances de chacun, du caractère de chacun : ça n'est pas tellement propre au médecin	Un médecin malade ne sait plus ce qu'il veut juste qu'on s'occupe de lui Je ne les secoue pas on suit strictement leurs avancées et leurs demandes Humour	Je vais leur en laisser autant, mais ce ne seront pas forcément les mêmes.	Je vais leur en laisser autant, mais ce ne seront pas forcément les mêmes.
S17	Ca ne veut pas dire qu'il ne faut pas informer et expliquer Des choses qui nous paraissent évidentes ne sont pas comprises ou intégrées par le médecin, il les occulte complètement J'essaie de délivrer une information la plus complète possible	Je ne pense pas que ça influe ni sur l'annonce ni sur la prise en charge La différence s'amenuise de plus en plus entre un médecin et un patient autre, parce que tous vont sur internet Ca suppose de prendre son temps, pour informer les patients de ce qu'on leur fait, de pourquoi on le fait, des hypothèses diagnostiques, des doutes, des questionnements Je dis strictement toute la vérité aux patients	Non, jamais plus d'examen	Je ne les vois pas plus souvent, mais pas moins non plus
S18	J'essaie de m'adapter à la psychologie des patients	Je n'ai pas de problème particulier J'essaie de ne pas leur rabâcher des trucs qu'ils savent	Oh non, surtout pas plus d'examen	
S19		Il y a comme pour tout le monde une regression due à la maladie. Dans la peur de la mort, on redevient un peu comme tout le monde, on se débarrasse de son habit professionnel	L'obligation de résultats, on ne peut pas toujours l'avoir à part celle de l'aider du mieux possible dans sa prise en charge	A partir du moment où ils acceptent la prise en charge, ils viennent. Si on a bien posé les bases du diagnostic et de la prise en charge, non seulement ils acceptent, mais le serais tenu de dire qu'ils veulent jouer le rôle du patient exemplaire
S20	On ne connaît pas tout en médecine, je continuerai à apprendre	Discussions si PEC	La maladie organique se soigne chez les médecins exactement comme chez les autres, pas plus mal, même plutôt mieux En termes de prévention, les médecins ne se prennent pas si mal que ça en charge	

**SPECIFICITES DE PRISES EN CHARGE**

	<b>Annonce diagnostique</b>	<b>Communication</b>	<b>PEC globale/Ex. compl.</b>	<b>Consignes/suivi</b>
S1	il savait ce qu'il avait ça dépendait si c'était des gens en activité ou pas. ils comprendraient mieux les arguments	les médecins, à la limite, je pense que je pourrais mieux négocier avec eux	On sait que celui d'en face voilà, il connaît Les diéticiens c'est plus compliqué : ils se prennent un peu tout seul en charge, ce qui n'est pas forcément une bonne idée	Il est probable qu'on laisse plus de libertés je suis moins proche, je surveille moins, je laisse plus de consignes à un patient médecin qu'un autre
S2	Retard indiscutable à la prise en charge parce qu'il se négligeait Ca a été vachement difficile de le prendre en charge, il a fait tout ce qu'on lui avait dit de faire, même plus Ceux qui savent qu'ils vont mourir, j'en fais quelque chose de beaucoup plus carré qu'avec d'autres L'asthme représentant une grande partie de docteurs : ils se soignent n'importe comment Il savait ce qu'il avait, où il allait, il savait tout très bien	Il est très compliant, très à la demande d'informations J'expliquerai peut-être un peu différemment Je lui répète des choses qu'il sait déjà	Quand elles ont peur, elles prennent leur traitement Il nous a même forcés à le faire opérer Il va voir ses pots pr faire ses bilans, ses EFR Obligation de les voir : pas forcément déontologique, peut-être plus judéo-chrétien Clairément, parce que les portes s'ouvrent	Suivre c'est un grand mot ! Elles m'appellent quand elles ont la trouille après je les vois plus La compliance est nulle Je leur ai donné un rendez-vous et elles reviennent pas On pense tout savoir faire quand ça va bien.
S3	J'appelle mon chir le plus rapidement possible et puis voilà ! Il y en a qui perçoivent mieux les diagnostics, plus tôt Je ne suis démenée pour qu'elle soit hospitalisée vite Après on discute de l'attitude thérapeutique	Il faut leur donner plus d'explications s'ils en réclament « Ici c'est comme ça, il vous faut tel examen, si vous ne voulez pas, vous ne le faites pas »,	Il en a même réclamé plus pour essayer de se battre J'ai toujours essayé de voir si je pouvais les mettre en chambre seule Je suis restée une bonne partie de la nuit Parce qu'elle était médecin tout le monde a accepté. Je ne sais pas si on aurait réussi sinon	Un médecin c'est plus facile, parce qu'il comprend plus facilement notre raisonnement
S4	Interrogatoire finalement assez pauvre Il a du mal à répondre à des questions Le médecin patient utilise des termes techniques d'emblée Pas un retard franc à la PEC ou un tout petit Fermeture aux informations autres, pensant qu'elle avait suffisamment	Il est tout de suite interprétatif de ses symptômes mais a moins tendance à les décrire Ca prend plus de temps et c'est plus difficile de convaincre un médecin Refus de diagnostics Bcp plus difficile de l'aider à opter et à voir les cotés positifs du traitement.	Je réponds très facilement, j'essaie très vite Je suis bcp plus souple : je les vois le samedi matin, le soir, à des heures qui leur conviennent	Ils ne viennent pas à leur consultation de suivi Je leur écris même des comptes rendus à eux-mêmes Grande solitude face à la maladie
S5	Déni des symptômes Où, ça prend plus de temps : quand il y a explication, il y a plus de rationalisation Il n'accepte pas sa maladie, n'en comprend pas la logique, donc il la refuse Angoisse forte, peur de la maladie	Je vais avoir un raisonnement, une cohérence médicale qui va leur permettre de construire eux-mêmes leur connaissance Et on rentre dans son jeu : on pourrait avoir un discours rationnel, entre médecins, mais pourtant moi je retombe dans son discours J'appareille ça à une discussion, un argumentaire Je profite de leurs connaissances pour leur faire une démonstration Il y a quand même une meilleure compréhension donc plus de dialogue Avec un médecin, il y a un climat de confiance qui s'installe	On se rend compte qu'en fait on ne les soigne pas comme les autres... Contrairement à n'importe quel patient à qui j'aurais dit qu'on devait dilater les autres lésions, je continue à ne pas être rationnel On ne va pas le faire chier avec une coro Ceux que je considère comme proches de moi, en terme d'âge, de niveau de raisonnement, j'abonde dans leur sens, je vais dans leur négligence, leur non-acceptation de la maladie Parce que ce sont d'anciens confrères je vais essayer d'être maximaliste et ne vais rien laisser passer. Peut-être faire plus d'exams Je prête plus attention à l'intendance, à la gestion pratique : je soigne le mauvais coté de l'hospitalier Je les vois en plus, à la consultation, le plus rapidement possible, par affection D'autre de mes collègues majoraient les précautions et ça je ne	Je vais faire comme il faut, c'est important qu'ils voient que je le fais, que je m'occupe bien d'eux. Ils peuvent être en confiance, qu'ils sachent qu'ils ont eu raison de se confier à moi Intendance : lettre de sortie, CRH, double des examens Bon service

S6	<p>Elle arrive avec une dérogation complètement ficelée, une stratégie de maintenir en réduisant sa consommation</p> <p>On n'a pas ou peu de recul</p> <p>Souvent ils ont « picoré » les informations, en allant voir, un, deux, trois ou quatre confrères</p> <p>Il y a une grande culpabilité et une grande visibilité du trouble</p> <p>Je leur offre facilement ça, qu'on ait une attention particulière</p>	<p>Je n'ai jamais pu lui parler d'alcool</p> <p>Les pièges dans lesquels je ne tombe pas, c'est le tutoiement</p> <p>Elle parle tout le temps de médecine alors j'esquive</p> <p>On ne peut pas faire abstraction qu'un médecin ait des connaissances médicales</p> <p>Il faut y être à la fois empathique et rassurant pour entretenir le lien, mais aussi très ferme dans les tendances à la manipulation</p> <p>Parfois l'impression qu'un médecin en sait moins qu'un patient lambda</p> <p>J'ai plus tendance à les guider</p> <p>Plus obligé de donner des explications</p>	<p>Je serai peut-être un peu plus précis dans mes explications, ou alors j'irais peut-être un peu plus loin dans les perspectives</p> <p>Je serais peut-être plus technique</p> <p>Il rigera peut-être les choses plus vite</p> <p>Il faut parfois aller au devant d'elle, parce qu'elle ne demande rien</p> <p>Si il veut plus d'explications, il n'a qu'à demander</p>	<p>Je ne peux pas non plus m'empêcher de donner un peu plus d'explications</p> <p>J'utilise plus facilement des termes médicaux</p> <p>Avec les médecins je m'autorise plus facilement l'emploi de ce langage là</p> <p>Je donne plus facilement des explications physiopath, peut-être que j'insiste un peu plus sur le mode d'action du traitement et ses conséquences</p>	<p>Elle arrive avec une dérogation complètement ficelée, une stratégie de maintenir en réduisant sa consommation</p> <p>On n'a pas ou peu de recul</p> <p>Souvent ils ont « picoré » les informations, en allant voir, un, deux, trois ou quatre confrères</p> <p>Il y a une grande culpabilité et une grande visibilité du trouble</p> <p>Je leur offre facilement ça, qu'on ait une attention particulière</p>	<p>Je pense à au moins cinq ou six de mes confrères qui n'ont pas bougé d'un iota en cinq six ans</p> <p>Elle occupe tout le temps le terrain sur des questions médicales</p> <p>Spécificité de prise en charge des médecins</p> <p>Chez les médecins, j'ai plutôt tendance à rigidifier les choses, la convalescence peut revenir : les patients savent nous piéger ça n'a jamais été démontable, y compris malgré les confrontations</p> <p>La compliance est moins bonne</p>	<p>Je suis pas sur non plus que ça serve</p> <p>L'évolution des médecins addict est binaire : soit ils se mettent extrêmement vite dans une très bonne remission, soit c'est une catastrophe absolue</p> <p>Le médecin bénéficie, par des réseaux, directs ou indirects, de délais d'attente beaucoup plus courts</p> <p>Un patient lambda va regarder sur internet, va rechercher, les médecins non</p> <p>Ils ont un mal fou à faire une alliance avec un confrère</p>	<p>Il y a des enjeux très forts</p> <p>Plusieurs des docteurs qui arrivent en consultation avec un gros dossier sous le bras, m'expliquent qu'ils ont tel ou tel symptôme, et qu'ils se sont fait faire tel, tel et tel examens</p> <p>C'est difficile de freiner un médecin</p> <p>Ce n'est pas tellement plus simple parce qu'il faut débobiner l'histoire et remonter en arrière</p> <p>Si il veut un plateau technique étoffé, pour peu qu'il connaisse les rouages du système, il ne viendra pas à l'hôpital</p>	<p>Lui-même a tenu à ce qu'on lui fasse, même dans cet état là : on a poursuivi, toutes les trois semaines, ses protocoles de chimio</p> <p>Dossier énorme de bilans, d'exams, d'articles d'internet et autres</p> <p>Il se prescrivait lui-même ses séances de chimio sans aucun contrôle médical ! Il se contrôlait les prises de sang tout seul, faisait des scanners de contrôle tout seul</p> <p>Se méfier de l'auto-prescription d'exams</p>	<p>Tous les deux ont été admis en partie grâce au fait qu'ils étaient médecins, ça aide</p> <p>Parfois, les relations aident</p> <p>Ils connaissent la réputation de l'hôpital</p> <p>Mauvaise prise de conscience des troubles ils étaient extrêmement demandeurs d'informations, de rendez-vous, presque à aller consulter le dossier tous seuls pour voir ce qu'il y avait dedans</p>	<p>Je ne peux pas non plus m'empêcher de donner un peu plus d'explications</p> <p>J'utilise plus facilement des termes médicaux</p> <p>Avec les médecins je m'autorise plus facilement l'emploi de ce langage là</p> <p>Je donne plus facilement des explications physiopath, peut-être que j'insiste un peu plus sur le mode d'action du traitement et ses conséquences</p>	<p>Il fallait clairement lui laisser plus d'explications, surtout du fait de ses troubles cognitifs</p> <p>Le médecin a de particulier qu'il dispose du vocabulaire médical</p> <p>Il est normalement plus susceptible de comprendre ce qu'on lui explique</p> <p>Ca accélère peut-être un peu les discussions</p> <p>J'ai par contre vraiment exploité ses capacités de compréhension des termes médicaux</p>	<p>Les médecins en retraite, je ne leur fais aucune confiance</p> <p>Les gens jeunes, c'est un peu différent, je leur explique, on discute, je vois s'ils ont compris et intégré</p> <p>Là s'est imposé son statut de médecin : il savait, il comprenait, on lui devait bien ça</p> <p>Notre position en tant que soignant, sur ce qu'on aurait fait nous</p> <p>Ils se posent souvent plus de questions</p>	<p>Déni des symptômes</p> <p>Un des avantages des médecins, c'est de savoir où se soigner, où faire soigner leurs proches, où les réadresser pour qu'ils aient la meilleure prise en charge possible</p>
S7	<p>Je vais aller plus vite à l'annonce d'un pronostic grave pour un médecin</p> <p>On mesure plus l'impact professionnel</p> <p>Certains utiliseront le fait d'être médecin pour être pris au sérieux</p>	<p>Je serai peut-être un peu plus précis dans mes explications, ou alors j'irais peut-être un peu plus loin dans les perspectives</p> <p>Je serais peut-être plus technique</p> <p>Il rigera peut-être les choses plus vite</p> <p>Il faut parfois aller au devant d'elle, parce qu'elle ne demande rien</p> <p>Si il veut plus d'explications, il n'a qu'à demander</p>	<p>Je ne peux pas non plus m'empêcher de donner un peu plus d'explications</p> <p>J'utilise plus facilement des termes médicaux</p> <p>Avec les médecins je m'autorise plus facilement l'emploi de ce langage là</p> <p>Je donne plus facilement des explications physiopath, peut-être que j'insiste un peu plus sur le mode d'action du traitement et ses conséquences</p>	<p>Elle arrive avec une dérogation complètement ficelée, une stratégie de maintenir en réduisant sa consommation</p> <p>On n'a pas ou peu de recul</p> <p>Souvent ils ont « picoré » les informations, en allant voir, un, deux, trois ou quatre confrères</p> <p>Il y a une grande culpabilité et une grande visibilité du trouble</p> <p>Je leur offre facilement ça, qu'on ait une attention particulière</p>	<p>Je pense à au moins cinq ou six de mes confrères qui n'ont pas bougé d'un iota en cinq six ans</p> <p>Elle occupe tout le temps le terrain sur des questions médicales</p> <p>Spécificité de prise en charge des médecins</p> <p>Chez les médecins, j'ai plutôt tendance à rigidifier les choses, la convalescence peut revenir : les patients savent nous piéger ça n'a jamais été démontable, y compris malgré les confrontations</p> <p>La compliance est moins bonne</p>	<p>Je suis pas sur non plus que ça serve</p> <p>L'évolution des médecins addict est binaire : soit ils se mettent extrêmement vite dans une très bonne remission, soit c'est une catastrophe absolue</p> <p>Le médecin bénéficie, par des réseaux, directs ou indirects, de délais d'attente beaucoup plus courts</p> <p>Un patient lambda va regarder sur internet, va rechercher, les médecins non</p> <p>Ils ont un mal fou à faire une alliance avec un confrère</p>	<p>Il y a des enjeux très forts</p> <p>Plusieurs des docteurs qui arrivent en consultation avec un gros dossier sous le bras, m'expliquent qu'ils ont tel ou tel symptôme, et qu'ils se sont fait faire tel, tel et tel examens</p> <p>C'est difficile de freiner un médecin</p> <p>Ce n'est pas tellement plus simple parce qu'il faut débobiner l'histoire et remonter en arrière</p> <p>Si il veut un plateau technique étoffé, pour peu qu'il connaisse les rouages du système, il ne viendra pas à l'hôpital</p>	<p>Lui-même a tenu à ce qu'on lui fasse, même dans cet état là : on a poursuivi, toutes les trois semaines, ses protocoles de chimio</p> <p>Dossier énorme de bilans, d'exams, d'articles d'internet et autres</p> <p>Il se prescrivait lui-même ses séances de chimio sans aucun contrôle médical ! Il se contrôlait les prises de sang tout seul, faisait des scanners de contrôle tout seul</p> <p>Se méfier de l'auto-prescription d'exams</p>	<p>Tous les deux ont été admis en partie grâce au fait qu'ils étaient médecins, ça aide</p> <p>Parfois, les relations aident</p> <p>Ils connaissent la réputation de l'hôpital</p> <p>Mauvaise prise de conscience des troubles ils étaient extrêmement demandeurs d'informations, de rendez-vous, presque à aller consulter le dossier tous seuls pour voir ce qu'il y avait dedans</p>					
S8	<p>Utilisation des réseaux/Gain de temps</p> <p>Est-ce parce qu'il sait ce qu'il peut y avoir derrière qu'il se met des ceillères ?</p> <p>Forcément ça marque</p> <p>C'est le premier contact que j'ai eu de si lourd, à la fois médicalement et moralement, à gérer pour un de mes collègues médecin</p> <p>Elle a peur de déranger ou de gêner, une simplicité qu'on a du mal à concevoir</p> <p>Un médecin potentiellement malade a toujours tendance à attendre un peu</p> <p>Ils ne s'autoriseront pas certaines hypothèses diagnostiques</p>	<p>Je serai peut-être un peu plus précis dans mes explications, ou alors j'irais peut-être un peu plus loin dans les perspectives</p> <p>Je serais peut-être plus technique</p> <p>Il rigera peut-être les choses plus vite</p> <p>Il faut parfois aller au devant d'elle, parce qu'elle ne demande rien</p> <p>Si il veut plus d'explications, il n'a qu'à demander</p>	<p>Je ne peux pas non plus m'empêcher de donner un peu plus d'explications</p> <p>J'utilise plus facilement des termes médicaux</p> <p>Avec les médecins je m'autorise plus facilement l'emploi de ce langage là</p> <p>Je donne plus facilement des explications physiopath, peut-être que j'insiste un peu plus sur le mode d'action du traitement et ses conséquences</p>	<p>Elle arrive avec une dérogation complètement ficelée, une stratégie de maintenir en réduisant sa consommation</p> <p>On n'a pas ou peu de recul</p> <p>Souvent ils ont « picoré » les informations, en allant voir, un, deux, trois ou quatre confrères</p> <p>Il y a une grande culpabilité et une grande visibilité du trouble</p> <p>Je leur offre facilement ça, qu'on ait une attention particulière</p>	<p>Je pense à au moins cinq ou six de mes confrères qui n'ont pas bougé d'un iota en cinq six ans</p> <p>Elle occupe tout le temps le terrain sur des questions médicales</p> <p>Spécificité de prise en charge des médecins</p> <p>Chez les médecins, j'ai plutôt tendance à rigidifier les choses, la convalescence peut revenir : les patients savent nous piéger ça n'a jamais été démontable, y compris malgré les confrontations</p> <p>La compliance est moins bonne</p>	<p>Je suis pas sur non plus que ça serve</p> <p>L'évolution des médecins addict est binaire : soit ils se mettent extrêmement vite dans une très bonne remission, soit c'est une catastrophe absolue</p> <p>Le médecin bénéficie, par des réseaux, directs ou indirects, de délais d'attente beaucoup plus courts</p> <p>Un patient lambda va regarder sur internet, va rechercher, les médecins non</p> <p>Ils ont un mal fou à faire une alliance avec un confrère</p>	<p>Il y a des enjeux très forts</p> <p>Plusieurs des docteurs qui arrivent en consultation avec un gros dossier sous le bras, m'expliquent qu'ils ont tel ou tel symptôme, et qu'ils se sont fait faire tel, tel et tel examens</p> <p>C'est difficile de freiner un médecin</p> <p>Ce n'est pas tellement plus simple parce qu'il faut débobiner l'histoire et remonter en arrière</p> <p>Si il veut un plateau technique étoffé, pour peu qu'il connaisse les rouages du système, il ne viendra pas à l'hôpital</p>	<p>Lui-même a tenu à ce qu'on lui fasse, même dans cet état là : on a poursuivi, toutes les trois semaines, ses protocoles de chimio</p> <p>Dossier énorme de bilans, d'exams, d'articles d'internet et autres</p> <p>Il se prescrivait lui-même ses séances de chimio sans aucun contrôle médical ! Il se contrôlait les prises de sang tout seul, faisait des scanners de contrôle tout seul</p> <p>Se méfier de l'auto-prescription d'exams</p>	<p>Tous les deux ont été admis en partie grâce au fait qu'ils étaient médecins, ça aide</p> <p>Parfois, les relations aident</p> <p>Ils connaissent la réputation de l'hôpital</p> <p>Mauvaise prise de conscience des troubles ils étaient extrêmement demandeurs d'informations, de rendez-vous, presque à aller consulter le dossier tous seuls pour voir ce qu'il y avait dedans</p>					
S9	<p>Les médecins en retraite, je ne leur fais aucune confiance</p> <p>Les gens jeunes, c'est un peu différent, je leur explique, on discute, je vois s'ils ont compris et intégré</p> <p>Là s'est imposé son statut de médecin : il savait, il comprenait, on lui devait bien ça</p> <p>Notre position en tant que soignant, sur ce qu'on aurait fait nous</p> <p>Ils se posent souvent plus de questions</p>	<p>Je serai peut-être un peu plus précis dans mes explications, ou alors j'irais peut-être un peu plus loin dans les perspectives</p> <p>Je serais peut-être plus technique</p> <p>Il rigera peut-être les choses plus vite</p> <p>Il faut parfois aller au devant d'elle, parce qu'elle ne demande rien</p> <p>Si il veut plus d'explications, il n'a qu'à demander</p>	<p>Je ne peux pas non plus m'empêcher de donner un peu plus d'explications</p> <p>J'utilise plus facilement des termes médicaux</p> <p>Avec les médecins je m'autorise plus facilement l'emploi de ce langage là</p> <p>Je donne plus facilement des explications physiopath, peut-être que j'insiste un peu plus sur le mode d'action du traitement et ses conséquences</p>	<p>Elle arrive avec une dérogation complètement ficelée, une stratégie de maintenir en réduisant sa consommation</p> <p>On n'a pas ou peu de recul</p> <p>Souvent ils ont « picoré » les informations, en allant voir, un, deux, trois ou quatre confrères</p> <p>Il y a une grande culpabilité et une grande visibilité du trouble</p> <p>Je leur offre facilement ça, qu'on ait une attention particulière</p>	<p>Je pense à au moins cinq ou six de mes confrères qui n'ont pas bougé d'un iota en cinq six ans</p> <p>Elle occupe tout le temps le terrain sur des questions médicales</p> <p>Spécificité de prise en charge des médecins</p> <p>Chez les médecins, j'ai plutôt tendance à rigidifier les choses, la convalescence peut revenir : les patients savent nous piéger ça n'a jamais été démontable, y compris malgré les confrontations</p> <p>La compliance est moins bonne</p>	<p>Je suis pas sur non plus que ça serve</p> <p>L'évolution des médecins addict est binaire : soit ils se mettent extrêmement vite dans une très bonne remission, soit c'est une catastrophe absolue</p> <p>Le médecin bénéficie, par des réseaux, directs ou indirects, de délais d'attente beaucoup plus courts</p> <p>Un patient lambda va regarder sur internet, va rechercher, les médecins non</p> <p>Ils ont un mal fou à faire une alliance avec un confrère</p>	<p>Il y a des enjeux très forts</p> <p>Plusieurs des docteurs qui arrivent en consultation avec un gros dossier sous le bras, m'expliquent qu'ils ont tel ou tel symptôme, et qu'ils se sont fait faire tel, tel et tel examens</p> <p>C'est difficile de freiner un médecin</p> <p>Ce n'est pas tellement plus simple parce qu'il faut débobiner l'histoire et remonter en arrière</p> <p>Si il veut un plateau technique étoffé, pour peu qu'il connaisse les rouages du système, il ne viendra pas à l'hôpital</p>	<p>Lui-même a tenu à ce qu'on lui fasse, même dans cet état là : on a poursuivi, toutes les trois semaines, ses protocoles de chimio</p> <p>Dossier énorme de bilans, d'exams, d'articles d'internet et autres</p> <p>Il se prescrivait lui-même ses séances de chimio sans aucun contrôle médical ! Il se contrôlait les prises de sang tout seul, faisait des scanners de contrôle tout seul</p> <p>Se méfier de l'auto-prescription d'exams</p>	<p>Tous les deux ont été admis en partie grâce au fait qu'ils étaient médecins, ça aide</p> <p>Parfois, les relations aident</p> <p>Ils connaissent la réputation de l'hôpital</p> <p>Mauvaise prise de conscience des troubles ils étaient extrêmement demandeurs d'informations, de rendez-vous, presque à aller consulter le dossier tous seuls pour voir ce qu'il y avait dedans</p>					
S10	<p>Déni des symptômes</p> <p>Un des avantages des médecins, c'est de savoir où se soigner, où faire soigner leurs proches, où les réadresser pour qu'ils aient la meilleure prise en charge possible</p>	<p>Je serai peut-être un peu plus précis dans mes explications, ou alors j'irais peut-être un peu plus loin dans les perspectives</p> <p>Je serais peut-être plus technique</p> <p>Il rigera peut-être les choses plus vite</p> <p>Il faut parfois aller au devant d'elle, parce qu'elle ne demande rien</p> <p>Si il veut plus d'explications, il n'a qu'à demander</p>	<p>Je ne peux pas non plus m'empêcher de donner un peu plus d'explications</p> <p>J'utilise plus facilement des termes médicaux</p> <p>Avec les médecins je m'autorise plus facilement l'emploi de ce langage là</p> <p>Je donne plus facilement des explications physiopath, peut-être que j'insiste un peu plus sur le mode d'action du traitement et ses conséquences</p>	<p>Elle arrive avec une dérogation complètement ficelée, une stratégie de maintenir en réduisant sa consommation</p> <p>On n'a pas ou peu de recul</p> <p>Souvent ils ont « picoré » les informations, en allant voir, un, deux, trois ou quatre confrères</p> <p>Il y a une grande culpabilité et une grande visibilité du trouble</p> <p>Je leur offre facilement ça, qu'on ait une attention particulière</p>	<p>Je pense à au moins cinq ou six de mes confrères qui n'ont pas bougé d'un iota en cinq six ans</p> <p>Elle occupe tout le temps le terrain sur des questions médicales</p> <p>Spécificité de prise en charge des médecins</p> <p>Chez les médecins, j'ai plutôt tendance à rigidifier les choses, la convalescence peut revenir : les patients savent nous piéger ça n'a jamais été démontable, y compris malgré les confrontations</p> <p>La compliance est moins bonne</p>	<p>Je suis pas sur non plus que ça serve</p> <p>L'évolution des médecins addict est binaire : soit ils se mettent extrêmement vite dans une très bonne remission, soit c'est une catastrophe absolue</p> <p>Le médecin bénéficie, par des réseaux, directs ou indirects, de délais d'attente beaucoup plus courts</p> <p>Un patient lambda va regarder sur internet, va rechercher, les médecins non</p> <p>Ils ont un mal fou à faire une alliance avec un confrère</p>	<p>Il y a des enjeux très forts</p> <p>Plusieurs des docteurs qui arrivent en consultation avec un gros dossier sous le bras, m'expliquent qu'ils ont tel ou tel symptôme, et qu'ils se sont fait faire tel, tel et tel examens</p> <p>C'est difficile de freiner un médecin</p> <p>Ce n'est pas tellement plus simple parce qu'il faut débobiner l'histoire et remonter en arrière</p> <p>Si il veut un plateau technique étoffé, pour peu qu'il connaisse les rouages du système, il ne viendra pas à l'hôpital</p>	<p>Lui-même a tenu à ce qu'on lui fasse, même dans cet état là : on a poursuivi, toutes les trois semaines, ses protocoles de chimio</p> <p>Dossier énorme de bilans, d'exams, d'articles d'internet et autres</p> <p>Il se prescrivait lui-même ses séances de chimio sans aucun contrôle médical ! Il se contrôlait les prises de sang tout seul, faisait des scanners de contrôle tout seul</p> <p>Se méfier de l'auto-prescription d'exams</p>	<p>Tous les deux ont été admis en partie grâce au fait qu'ils étaient médecins, ça aide</p> <p>Parfois, les relations aident</p> <p>Ils connaissent la réputation de l'hôpital</p> <p>Mauvaise prise de conscience des troubles ils étaient extrêmement demandeurs d'informations, de rendez-vous, presque à aller consulter le dossier tous seuls pour voir ce qu'il y avait dedans</p>					

S11	<p>Il me semble fondamental de définir en premier lieu la relation financière</p> <p>C'est au moment où il paie qu'un médecin malade se rend compte qu'il l'est</p> <p>Ce sont des médecins parmi mes correspondants</p> <p>Ils se remettent totalement à moi</p> <p>Il faut arriver à argumenter sur le fait que la qualité de la relation en dépend</p>	<p>Je les considère par contre comme des gens qui connaissent la médecine</p> <p>Je les investis dans l'élaboration de leur traitement</p> <p>J'utilise toujours avec des termes médicaux, parce qu'ils connaissent les termes</p> <p>J'utilise leurs connaissances</p> <p>Ils connaissent tout ça par cœur</p> <p>Ce n'est pas la même chose pour un médecin qui veut juste un conseil, on discute ensemble et on avise</p>	<p>Je les trouve plutôt économes d'exams complémentaires</p> <p>Ils savent où me trouver, le font s'ils en ont besoin, mais n'en abusent pas</p>	<p>On fait très attention à eux, parce que ce sont des médecins</p> <p>Je n'ai aucun mal à poser les rôles : je suis le médecin, lui le patient</p>
S12	<p>Je ne pars jamais du principe que « s'ils sont médecins, ils savent »</p> <p>C'est clairement plus difficile, parce qu'on doit ajuster le niveau de connaissance, à ce que savent les personnes, surtout à ce qu'elles souhaitent</p> <p>Il est arrivé avec un retard de traitement considérable</p> <p>Dès qu'il s'agit de prendre une décision, avancer dans la prise en charge, ça bloque</p> <p>Je n'ai jamais vu arriver un médecin arriver avec une insuffisance rénale terminale récente</p>	<p>Je suis néphrologue, bien conscient que ma discipline est perçue comme relativement hermétique</p> <p>Je fixe des repères qu'ils comprennent, probablement mieux parce qu'ils ont les bases pour</p> <p>D'avoir la connaissance de base leur permet aussi de l'appliquer à leur situation personnelle</p> <p>On s'attend à ce que son interlocuteur ait un certain niveau de connaissances</p> <p>Les connaissances du médecin sont indéniables, on ne peut pas l'occulter. On peut appréhender mieux certains problèmes</p>	<p>C'est lui qui s'était prescrit cette prise de sang</p> <p>Il s'était lui-même traité par antibiotiques à deux reprises</p> <p>Il s'était fait faire de la morphine</p> <p>Je fais attention aux contraintes logistiques</p> <p>Fait attention à tout caler des mercredis, les jours où il ne travaille pas</p> <p>Ils se font parfois leurs ordonnances</p>	<p>Il n'y a aucun suivi entre deux</p> <p>A force de bricoler un peu à droite à gauche on se retrouve avec des gags</p> <p>Il refusait de se faire hospitaliser</p> <p>On a organisé un hôpital de jour pour faire le point sur l'évolution... et il n'est pas venu</p> <p>On a eu un mal fou à le suivre parce qu'il a pris « trop » d'autonomie de sa pathologie</p> <p>Nous n'avions pas connaissance qu'il ait été traité de quoi que ce soit</p>
S13	<p>Ils posent toujours beaucoup de questions</p> <p>En tant que médecin, tu as la facilité de pouvoir expliquer les symptômes, tu connais les signes qui alertent</p> <p>Poser plein de questions pour savoir si devant tel ou tel symptôme on a recherché ça, ça et ça... forcément on est obligés de répondre que oui !</p> <p>Un médecin connaît les risques</p>	<p>J'ai plutôt tendance à donner plus d'informations pour que les choses soient claires</p>	<p>Il y a un biais quand je fais mes prescriptions. Je fais peut-être plus attention</p> <p>Ca ouvre clairement des portes</p> <p>Ca m'énerve des exams qui ne servent à rien ou qui servent peu</p>	
S14	<p>Un médecin ne sait pas dire : il est l'heure de partir</p>			
S15	<p>Vocabulaire médical</p> <p>Je le regardais s'analyser tout seul</p> <p>C'est souvent au dernier moment que je le vois</p>	<p>Ca pose le problème de la distanciation, notamment en termes d'informations</p> <p>Elles vont être interprétées par quelqu'un qui connaît les termes, qui est familier avec les notions</p> <p>Je leur demande toujours d'abord ce qu'ils savent, ce qu'ils connaissent du sujet, s'ils veulent que je réexplique des choses</p>	<p>Non, moins par rapport à cette tendance à la surmédicalisation des médecins</p> <p>Vraie surconsommation d'exams médicaux</p>	<p>Les médecins ont tendance à vouloir bricoler</p>
S16	<p>Je suis convaincu qu'il faut un médecin pour parler à un médecin</p> <p>Chez le médecin, c'est un peu biaisé, parce que quand ils arrivent, ils savent le diagnostic</p> <p>J'avise individuellement</p> <p>Gravité au moment de la consultation, physique ou psychique</p>	<p>Je suis convaincu qu'il y a une particularité à prendre en charge un médecin</p> <p>Il faut arriver à, à la fois, lui faire lâcher prise pour qu'il puisse se confier, mais aussi suffisamment de moyens pour qu'il puisse malgré tout continuer à fonctionner comme un médecin, parce que si on lui retire ça, on lui retire tout</p>	<p>Un choix en thérapeutique c'est faire le deuil d'une possibilité : laisser ce choix à un médecin par rapport à sa propre maladie, c'est épouvantable</p> <p>Etre médecin, ça fait partie des choses qui peuvent influencer sur la prise en charge. Un arrêt de travail chez un médecin, ça ne va pas être possible...</p>	<p>Je prends les mêmes précautions, mais poussées plus loin, au sens où je demande plus de participation</p> <p>A un patient médecin, je vais lui demander sa représentation de la pathologie, mais également la représentation de la prise en charge qu'il souhaiterait</p> <p>Ils ont parfois mon numéro de portable plus tôt</p>

			<p>Intituler les médecins malades, comme on infantilise tous nos patients, et ça se passe très mal</p> <p>Angoisse qui peut être plus forte</p> <p>Un médecin a besoin de quelqu'un qui lui dise : ce serait bien de faire ça, peut être plus qu'un autre</p> <p>Il faut mettre une barrière immédiate, pour traiter le patient comme un patient</p>	<p>Ils savent que je me rends disponible pour eux</p>
S17	<p>On a une liberté de parole qui est encore plus grande</p> <p>Le médecin sait pourquoi on le soigne</p> <p>A un médecin, c'est encore plus difficile de ne pas dire la vérité, c'est même impossible</p> <p>On a un vécu, un savoir qui font que ça change</p> <p>C'est plus difficile parce qu'ils savent... Parfois je me demande ce qu'ils savent exactement</p> <p>Les médecins retraités, ils se négligent un peu plus</p> <p>L'annonce n'est pas faite par moi</p>	<p>Les chirurgiens discutent plus la technique, sans que ça impacte sur le fait que ce soit moi le médecin, eux les malades</p>	<p>Je leur laisse plus souvent mon numéro de téléphone ou plus tôt</p> <p>Fiche récapitulative en fin de consultation</p>	
S18	<p>Il arrive qu'ils se soient déjà soignés avant</p> <p>Ils sont peut être amenés à consulter plus tardivement</p>	<p>Expliquer les choses posément permet souvent de les rassurer, de rationaliser les problèmes, parfois d'éviter des examens complémentaires et que les choses rentrent dans l'ordre</p>	<p>D'appeler des amis n'est pas forcément une bonne chose</p> <p>Il faut comprendre en discutant avec le patient, même à la seconde consultation</p>	
S19	<p>Avoir un médecin en face de soi on se sent jugé</p> <p>Il arrive qu'ils se soient déjà soignés avant</p> <p>Ils sont peut être amenés à consulter plus tardivement</p>	<p>Le vocabulaire est forcément plus médical, moins vulgaire</p> <p>Ca tient aux connaissances, la compétence qu'il a</p> <p>On partage la connaissance, la discussion, la prise en charge, mais payer ou pas, c'est ma décision. Ils ne sont pas des patients comme les autres, ils sont médecins</p>	<p>L'écoute va être plus attentive, l'examen plus soigneux</p> <p>En cas de doute sur une maladie grave, je vais prendre plus de précautions à demander des examens, formuler des hypothèses</p> <p>Justifier la prescription</p> <p>Je me sens toujours une obligation de moyens</p>	<p>A chaque fois que vous employez une thérapeutique médicamenteuse, vous savez que votre interlocuteur connaît le médicament, ses indications, ses effets indésirables</p> <p>Vous ne pouvez pas compter sur l'alaia thérapeutique</p>
S20	<p>10 à 12% des anesthésistes sont en état de dépendance alcoolique ou toxicomaniaque</p> <p>En matière d'organicité, on a un savoir partagé : on un autre moi face à nous</p> <p>Discuter avec lui, le convaincre d'accepter une hospitalisation, le menacer d'appeler les pompiers s'il s'en allait, lui expliquer que je m'opposerais à sa décision de refuser toute hospitalisation : ce type ne supportait plus la mort de ses patients</p> <p>Il l'a très bien vu venir, dans son diagnostic</p> <p>Moi, éberlué, je lui dis : « c'est comme ça que vous soignez vos malades ? »</p>	<p>Je ne veux pas faire les choses en vitesse</p> <p>Comment ils se soignent, c'est autre chose, et la réponse est « mal » : près de 80 à 85% d'entre eux sont leur propre médecin traitant, 5% ont pour médecin traitant leur époux ou conjoint, 2 ou 3% pour qui c'est l'associé en cabinet, et 2 ou 3% qui ont réellement un médecin traitant</p> <p>Si en pathologie organique les chiffres ne sont pas trop mauvais, il faut par contre les confronter à ceux des pathologies psychiatriques, qui, eux sont catastrophiques</p> <p>Comment se soignent-ils ? Avec difficultés</p> <p>Ca ne peut en aucun cas n'être qu'un traitement médicamenteux. C'est une prise en charge psychothérapeutique, et à mon avis, principalement les TOC, nécessairement une PEC sociale de la chose, qui passe par une réinsertion dans une activité avec des pratiques différentes, voire dans une activité différente</p>	<p>Il y a vraiment non seulement une prise en charge spécifique, mais également des thérapies spécifiques</p> <p>Heureusement ce psychiatre ne s'est pas laissé berné parce qu'il avait l'expérience pour</p>	
		<p>Un médecin qui vous dira que c'est un épiphénomène, c'est qu'il est en train de passer à côté de quelque chose pour ses confrères</p> <p>Difficultés qu'il peut y avoir à soigner et du risque qu'il y a à ignorer cette souffrance chez un médecin. C'est par ce biais là qu'on a 2,37 fois plus de risque de suicide que chez la population du même âge...</p> <p>Ah ? Vous êtes médecin ! Les emmerdements commencent !</p> <p>On est vraiment des patients particuliers quand on se soigne, déjà dans l'attitude physique</p> <p>Je suis tout de suite dans une certaine réserve, avec une attitude qui fait que j'explique beaucoup plus ce que je fais, les traitements et la prise en charge</p> <p>Je sais bien que je ne peux pas lui raconter n'importe quoi parce qu'il a les mêmes connaissances que moi</p>		

RELATIONS AVEC LE MEDECIN MALADE		PLACE DU SOIGNANT		
	Différences	Attentes d'un médecin	Ressenti	
			Difficultés	
S1	« j'avais peur que vous me soigniez différemment » si je rencontre un collègue dans un cockpit ou un autre lieu, il y a une relation de proximité qui s'établit très vite, on partage les mêmes choses, mais c'est un autre cadre. Lui a fait du chantage pour venir me voir Il est déjà en détresse quand il arrive j'avoue que si j'avais été médecin, je ne sais pas si j'aurais accepté d'aller aussi loin dans le soin palliatif à domicile s'ils viennent consulter, c'est qu'ils ont besoin d'un tiers intervenant	Ils attendent une écoute, d'être pris en charge dans la difficulté de la maladie. On décide en partie pour eux Ils attendent du soin direct	comme il y a un partage du savoir, il y a une difficulté supplémentaire. ça marque, c'était assez lourd c'était vraiment le partage Pour ma part, oui, il y a une gêne, il y a la difficulté de la performance, de ne pas passer à côté des problèmes, du partage de la décision Je suis l'autre puisque l'autre est comme moi, ce qui est une difficulté supplémentaire de soigner un autre semblable	disons qu'il y a une absence de facilité à avoir recours à un certain nombre de techniques pour s'affranchir des problèmes l'autre il connaît toutes les ficelles du métier. Stress Volonté de performance
S2	Elles pourraient se faire une ordonnance Un pneumologue : c'est pire de pire Je le fais souvent avec un coté ironique, décalé, incisif La relation est plus dure, un peu différente La relation est plus ouverte, parce qu'ils savent, parce qu'on sait qu'ils savent C'est assez dur, de concilier, de mentir Je ne les engage pas, mais je les titille	Je suis extrêmement disponible Je crois même que c'est en partie pour ça (les statuts, moi soignant, eux malades) qu'ils viennent me voir et que j'en vois beaucoup	On les connaît, on les côtoie, on a certaines affinités, on se projette, on a des points communs Il peut se sentir gêné, jugé... Il faut vraiment avoir les épaules pour ça Pour moi c'est un patient comme les autres On a le même métier, c'est tout	Il faut s'adapter à la réaction du médecin en face, c'est plus difficile Ca m'énerve, mais je le fais quand même Suivre merdique, c'est la maladie chronique
S3	J'essayé, tout en écoutant ce que disent les gens, de couper complètement cette barrière émotionnelle Il y a des moments où l'on doit dire « notre décision », il y a d'autres pathologies où c'est une décision partagée	Parfois passer un peu plus de temps Il y a ceux qui n'ont pas besoin d'explications parce qu'ils font une confiance absolue Il y a ceux qui ont besoin qu'on leur donne beaucoup d'explications	Il y en a qui vous poussent dans vos retranchements Que le vécu du médecin malade soit différent, c'est autre chose	
S4	Convictions très ancrées dans une anxiété vis à vis des effets indésirables Elle n'avait pas confiance Ils sont plus anxieux que la moyenne Chacun à ses croyances : avant de tenter de les modifier, il faut comprendre. C'est à moi d'arriver à influencer pour effacer de « mauvaises » croyances La réaction est quand même différente de celle de la population générale Moins intrusif	Je lui donne mon point de vue, surtout je le soigne ! On est formels pour être actifs : ils aiment bien prendre en charge, tout plaier eux mêmes Se comporter normalement Attente de bonne expression du problème et du pronostic	Les larmes techniques masquent en partie ou font reculer le vrai problème C'est difficile quand il y a un déni de la maladie ou une grande distance entre le désir du malade d'examen ou de traitement et mon désir Reviens toujours à sa façon de penser Refus de la maladie, refus des traitements Cette difficulté à devoir le convaincre est contrebalancée par le plaisir intellectuel consécutif au fait que ce soit difficile, que je fais mon métier	
S5	Je ne me sens jugé que par ceux à la retraite, ceux loin de la pratique clinique classique : ils sont très attentifs à ce que je fais S'il ne veut pas aller plus loin, c'est qu'il a ses raisons, sa psychologie, sa connaissance, son ancienneté Déjà, on se sent... bizarre Je ne veux pas le traiter comme un patient X ou Y	On est dans le contraire de ce qu'il attend de moi Je ne sais pas ce qu'il faut faire d'ailleurs. Que faut-il faire chez quelqu'un qui refuse sa maladie ? Aller dans son sens ? Non ? En partie ? Mettre des limites ? Il y a ceux qui veulent l'avis d'un expert pour savoir ce qu'il se passe, tout de suite, le plus vite possible, Ceux qui veulent l'avis d'un expert parce qu'ils pressentent qu'il y a quelque chose, mais qui ne veulent pas trop s'inquiéter Les obsessionnels viennent, parfois vous supplient de vous voir plus vite parce qu'ils ont plein de questions à poser	Si je considère qu'ils ont un travail différent du mien, ou un vécu différent du mien, je vais pouvoir avoir un comportement entre guillemets « normal » et faire mon boulot On les soigne peut être moins bien que quelqu'un d'autre Peut être que je n'ai pas bien analysé ce qu'il attend de moi C'est plus important de soigner un confrère, qu'il soit content du service que je lui offre, plutôt qu'un VIP que je ne connais pas, dont je me fous Je veux qu'ils aient l'image d'un professionnelisme important Volonté d'être : - Professionnel	Je ne vais pas être avec lui comme avec n'importe quel autre patient que je suivrais, j'en suis parfaitement conscient, et pourtant je n'arrive pas à redresser le cap... Alors qu'il va chercher un regard professionnel, on abonde dans son sens, comme si je me métais à sa place, comme si c'était moi... Un peu du genre : « si c'était moi, je ferais pareil que toi » Je me mets trop à sa place, je vais dans le sens où il veut que j'aille Ce qui me gêne le plus, que je fais avec des médecins, mais jamais avec d'autres, c'est quand il refuse sa maladie et que je vais dans son sens. Au lieu de dire stop.

	<p>Rapidité de PEC</p> <p>Il considère, probablement à tort, qu'il se trouve un peu au dessus du commun, qu'il n'a pas les mêmes pathologies que tout le monde, en tout cas, pas avec le même pronostic ou la même sévérité</p> <p>Le minimum qu'on puisse faire, c'est de le fournir une bonne qualité de service et un bon niveau de soins</p>	<p>- Confraternel - Epauler - Bien s'occuper d'eux - Rendre la normale de la pièce, le méritent bien</p> <p>Défaut : - Mème son comportement - Jugement par rapport aux retraités, + attentif - Se met à leur place - Sentiment bizarre - Perte rationalisation - Pas d'encouragement à charger de cap</p> <p>C'est beaucoup + facile d'être empathique avec qqun proche de vous</p> <p>Je suis plus vigilant sur la question de la relation, pour éviter que mon empathie soit de la sympathie</p> <p>Je fais très attention, pour garder la bonne distance par rapport à cet effet miroir</p> <p>D'avoir un regard perçant et spécifique sur la prise en charge de mes confrères est un double challenge</p> <p>Moi je préfère cent fois plus soigner un médecin qu'un proche d'un médecin...</p> <p>Les premiers patients que je voyais, quand j'apprenais qu'ils étaient médecins, je me disais : « Et merde ! »</p> <p>C'est toujours difficile de soigner quelqu'un qui a la même maladie que vous</p> <p>Je suis persuadé que ce se forme, se solidifie, sans être obligé soi même d'être malade pour s'en rendre compte. Je suis convaincu qu'on peut améliorer cela</p> <p>J'ai encore plein de doutes, j'ai l'impression d'avoir du mal à formaliser les choses, trop peu de certitudes</p>	<p>Il ferait mieux de changer de cardiologue, d'aller voir quelqu'un pour qui il n'est rien ou presque, un patient X, je ne lui sers pas sinon</p> <p>La convalescence est posée comme un mode opératoire qui peut permettre au patient d'échapper... à la règle du soin, qui est qu'il doit être un contrat majeurs</p> <p>Il faut construire cette relation en la dégageant de pièges majeurs</p> <p>Ce qui est compliqué, dangereux, c'est de parler de médecine : c'est la porte ouverte pour se désoler du statut de soigné pour rentrer dans le statut de soignant. Pire encore : d'auto-soignant ou de co-soignant avec vous</p> <p>Ca renvoie bien au fait que j'avais des tas de projections On est pleinement dans l'interférence</p> <p>Ce que j'en retiens, c'est l'importance de l'effet miroir</p> <p>Il faut toujours se poser la question, en tant que soignant, de ce que l'on fait de la relation. Et de qui est l'autre.</p> <p>C'est plus compliqué quand l'aliénité est semblable</p> <p>Peut-on faire un bon soin lorsque l'aliénité est une « semblabilité » ?</p> <p>Surtout pas copain-copain</p>	<p>Il faut se méfier cependant des personnalités qui sont en permanence dans la terreur de la rechange</p>
S6	<p>Automédication</p> <p>Nombreux avis</p> <p>Accès facile aux soins</p> <p>Difficultés qu'ont les médecins généralistes à parler d'alcool</p> <p>J'étais attaqué sur la question médicale, ma compétence médicale. Ce qui était sous-jacent, c'était clair, c'était sa propre compétence à elle</p> <p>Il y a toujours trop de choses intuitives</p> <p>Je crois que les malades médecins sont rassurés par l'attitude de voir qu'ils sont soignés comme les autres</p>	<p>Elle a tellement besoin de réassurance</p> <p>prosyllisme de soins,</p> <p>Ils sauvent véritablement leur peau au moment où ils arrêtent de boire</p> <p>Il s'attend à ce qu'on soit plus souple avec lui</p> <p>A ce qu'on ait un regard particulier</p> <p>Ne s'attend pas à être malade</p>	<p>Le lien affectif est là</p> <p>Peut-être qu'on s'identifie plus</p> <p>On a tendance à regretter encore plus de ne pas pouvoir les guérir, ça oui</p> <p>On se sent beaucoup plus impuissant qu'avec les autres, mesure de ce qu'ils perdent</p> <p>Est ce que tu l'acceptes, je n'en sais rien</p> <p>La difficulté était surtout de vivre la phase palliative avec les constats d'échec</p> <p>Tu palpés les choses beaucoup plus finement, aussi parce que tu les as vécues de l'intérieur</p> <p>Indépendamment du burn-out et autres, les médecins ne se soignent pas et sont très mal pris en charge médicalement</p>	<p>Un médecin est plus exigeant que les autres sur les délais</p> <p>Il s'avaient juste être bien soignés, un diagnostic clair avec un traitement approprié</p>
S7	<p>Probablement qu'on imagine les conséquences beaucoup plus facilement</p> <p>Il y a des différences dans la relation</p> <p>On se sent plus proche</p> <p>Plus techniques</p>	<p>Il s'avaient juste être bien soignés, un diagnostic clair avec un traitement approprié</p>	<p>Il faut déjà que je préviens mon mari et mes enfants, c'est déjà suffisamment compliqué pour ne pas en rajouter et me faire hospitaliser ailleurs</p>	<p>Il faut déjà que je préviens mon mari et mes enfants, c'est déjà suffisamment compliqué pour ne pas en rajouter et me faire hospitaliser ailleurs</p>
S8	<p>Il a compris tout de suite</p> <p>Humainement c'était une chape de plomb assez lourde à porter</p> <p>Ce n'est pas parce qu'il est médecin qu'il a tout compris ou qu'il n'a pas d'angoisse</p> <p>La plupart de ceux que j'ai rencontrés faisaient bien la part des choses entre leur boulot de médecin et leur situation actuelle de malades : ils acceptaient bien de rentrer dans cette case, mettant de côté leurs connaissances et leurs attentes</p> <p>Le médecin ne se sent pas malade</p> <p>Ca ne peut pas lui arriver, pas à lui</p>	<p>Il s'avaient juste être bien soignés, un diagnostic clair avec un traitement approprié</p>	<p>Il faut déjà que je préviens mon mari et mes enfants, c'est déjà suffisamment compliqué pour ne pas en rajouter et me faire hospitaliser ailleurs</p>	<p>Il faut déjà que je préviens mon mari et mes enfants, c'est déjà suffisamment compliqué pour ne pas en rajouter et me faire hospitaliser ailleurs</p>
S9	<p>Il n'a pas voulu prendre le risque de se faire soigner dans son quartier</p> <p>Regard critique</p>	<p>Il s'avaient juste être bien soignés, un diagnostic clair avec un traitement approprié</p>	<p>Il faut déjà que je préviens mon mari et mes enfants, c'est déjà suffisamment compliqué pour ne pas en rajouter et me faire hospitaliser ailleurs</p>	<p>Il faut déjà que je préviens mon mari et mes enfants, c'est déjà suffisamment compliqué pour ne pas en rajouter et me faire hospitaliser ailleurs</p>

	<p>A chaque fois, je me demande si c'est bien raisonnable... Pour quelqu'un d'autre, c'est clair, j'aurais arrêté depuis longtemps</p> <p>Forcément, on s'interroge, sur son acharnement, son attitude, son obstination</p> <p>On a une relation affective extrêmement forte, presque filiale, donc ça me serait très difficile</p>	<p>Un médecin en activité dans le soin qu'il reçoit, c'est qu'il s'est déjà fait un diagnostic, qu'il a déjà envisagé un certain nombre d'hypothèses – pas forcément les bornes d'ailleurs</p> <p>Etre acteur de sa pathologie</p> <p>Pas plus d'attente que les autres</p>	<p>faire confiance et se laisser guider</p> <p>On se remet forcément en cause dans ce genre de situation, on se questionne beaucoup, parce qu'on se sent dépassé</p>	<p>Le danger pour un médecin, c'est qu'il croit savoir...</p> <p>Identification</p> <p>Projection</p> <p>Il faut accepter l'autre comme soignant, et perdre son statut de sachant</p> <p>Il faut apprendre à trouver sa place</p>
S10	<p>Ils tuent les contacts médicaux, je crois que ça les gêne ou qu'ils se sentent rabaisés, jugés</p> <p>J'étais moi attachée au côté personnel, et le côté professionnel m'a pour le coup vraiment heurté</p> <p>Sur le plan personnel, ça a tenu pas mal de choses</p> <p>Je me trouvais en face d'un médecin : je me disais qu'il ne pouvait pas pratiquer la médecine, qu'il ne fallait pas qu'il la pratique, que c'était dangereux pour les patients...</p> <p>Elle me faisait confiance donc on avait vraiment réussi à bien avancer</p> <p>J'appréhendais un peu plus si je devais soigner un neurologue ou un médecin rééducateur, parce que là, on fait le même métier, il aurait les mêmes connaissances que moi</p>	<p>Réputation du service</p> <p>Exploités ses capacités de compréhension des termes médicaux pour lui faire comprendre les tenants et les aboutissants de son problème</p> <p>Le danger c'est que certains considèrent que, comme tu es médecin, ils n'ont plus d'explications à donner, plus de consignes</p>	<p>Je ne savais pas qui il était et ça a vraiment changé quelque chose dans mon regard</p> <p>Avant il était patient, après il est devenu personne à part entière, c'est un peu étrange</p> <p>Quelqu'un qui doit être « le patient », comme pour garder une certaine objectivité, un certain recul. Il ne deviendra « personne » à part entière qu'une fois qu'on a posé le diagnostic, décidé de ce qu'on allait faire</p>	<p>On avait le même âge, en plus</p> <p>Le fait de s'identifier à lui a été difficile</p> <p>Cette profession est vraiment fondamentale pour nous</p>
S11	<p>Ils savent globalement les contraintes de leur pathologie</p> <p>Il faut définir la relation d'emblée</p> <p>Pas d'appréhension à soigner un spécialiste de même filière</p> <p>Elles ont souvent plus de mal à accepter leur maladie</p> <p>Ils ont souvent tendance à fuir les diagnostics, donc fuir la prise en charge.</p> <p>Il y a un bon contact entre nous, c'est presque sympathique</p> <p>Mieux compréhension</p>	<p>Disponibilité</p> <p>Conseils</p>	<p>Pas de différences</p>	<p>Pas de difficultés</p>
S12	<p>Toujours plus conflictuel</p> <p>Tu passes ton temps à le demander si tu as tout fait comme il fallait, tant en termes de bonne pratique médicale que de prescriptions</p>	<p>La crainte quand vous venez voir un néphrologue, c'est « est-ce que j'ai besoin de la dialyse ou pas ? »</p> <p>Une bonne information</p> <p>Moi je voudrais juste être soigné ! Et soigné bien !</p> <p>Quand on y regarde de près, ils viennent chercher auprès de moi un service, une expertise, un conseil que je suis en mesure de leur donner</p>	<p>Je crois que je sautais des étapes... et il ne faut pas sauter des étapes, même avec des médecins</p> <p>Je n'ai en tout cas jamais eu de problème de statut : ils acceptent bien le rôle de patient, je suis assez à l'aise</p> <p>Ils ont l'impression que de voir seulement des spécialistes, est suffisant</p> <p>Soigner un confrère change de moins en moins</p>	<p>Comme si j'étais des étapes... ça ne peut pas arriver à moi !</p> <p>Avant je considérais qu'ils savaient, je pensais qu'ils avaient compris les enjeux, parce qu'ils étaient médecins</p> <p>Le médecin qui se soigne de façon autonome, en dehors de l'équipe et des médecins : c'est finalement presque aussi risqué que de ne pas se soigner du tout !</p>
S13		<p>Je voudrais être actrice de ma pathologie : que le médecin m'explique les enjeux et qu'on s'engage à jouer le jeu, moi à me soigner de façon un peu plus autonome que n'importe qui, lui qui me fasse confiance</p> <p>Au bout de la 6è ou 7è fois où tu rentres chez toi, qu'on ne t'a rien expliqué, rien recherché, tu te lasses, c'est pénible...</p> <p>Qu'il me respecte, surtout</p> <p>Et qu'il fasse bien son boulot</p> <p>Qu'il m'examine correctement, me soigne correctement, en me donnant suffisamment d'info, d'explications</p> <p>C'est important qu'il t'explique ce qu'il fait, ce qu'il cherche, ce qu'il ne cherche pas et pourquoi</p> <p>Si j'avais besoin d'être hospitalisée, que ça se passe mieux que les autres patients, plus rapidement, et de façon plus organisée</p>	<p>Le plus dur, c'est d'admettre que malgré tous les bilans qu'on a prescrits, les examens, on n'a pas trouvé d'éléments pouvant expliquer une pathologie</p> <p>Je suis convaincue que lui doit se sentir jugé ou observé, dans ce qu'il dit ou ce qu'il fait</p> <p>Il faut toujours faire attention à ce que tu dis, qu'il sait de quoi on parle</p>	<p>Questions auxquelles tu n'as pas toujours envie de répondre</p> <p>Peur de la maladie à force de la côtoyer</p>
S14				
S15	<p>C'est très difficile de ne pas être critique par rapport à l'autre</p>	<p>Qu'il y a un docteur, et un malade</p>	<p>J'essaie de me mettre dans la peau de celui qui se trouve en</p>	<p>Il faut arriver à lui dire « c'est moi le médecin, pas toi », parce</p>

	<p>Ils se construisent des conclusions qui peuvent être des vues de l'esprit, et non un constat objectif Ils ne peuvent pas s'aider à examiner. Par contre, ils peuvent se « mal examiner » Il faut les conforter dans le fait que c'est nous les docteurs</p>	<p>Ils attendent de nous une disponibilité qui doit sortir de l'ordinaire Ils estiment que c'est à moi de m'adapter</p>	<p>face de moi Accepter de reconnaître qu'on a besoin de quelqu'un pour nous soigner Je me dis que j'ai réussi mon pari, à établir une relation correcte, quand je me sens suffisamment distante mais également proche de mon patient Pas une contrainte Il y a des patients plus lourds que d'autres, là c'est pareil</p>	<p>que je crois que c'est la demande implicite qu'ils formulent Leur faire comprendre que s'ils veulent qu'on soit leur docteur, alors il faut qu'ils arrêtent de faire les choses dans leur coin Identification, miroir relationnel On assiste vraiment à un éclatement de la personne qui engendre un éclatement de la pathologie, une multiplication des diagnostics, donc des examens Aussi un problème de proximité Pas le temps ou l'envie de se mettre devant un autre médecin C'est difficile de dire qu'il y a des heures ouvrables</p>
S16	<p>Un problème psychologique : là les choses sont souvent plus compliquées parce que le médecin est dans le déni Ce sont des personnes pour qui ça vaut le coup de se battre Quand ça touche un confrère, il y a aussi une question de proximité Un confrère c'est quelqu'un qui nous ressemble, dont on est plus proches, donc quelque part ça nous touche plus</p>	<p>Ca dépend de la culture de chacun. Des croyances de chacun. Du caractère de chacun. Ils ne veulent pas qu'on oublie qu'ils sont médecins Ne pas trop les infantiliser, mais d'être capable de les décharger</p>	<p>Grande fragilité des médecins Notion de convictions personnelles et de protection personnelle J'aime bien les médecins, c'est une population touchante Un médecin veut qu'on s'occupe de lui comme les autres</p>	<p>Ca demande un vrai travail de les faire lâcher prise Ca demande, des médecins de médecins Le tout c'est d'arriver à se protéger malgré tout... La souffrance de l'autre est quelque chose qui est difficile</p>
S17	<p>On a aussi un rapport à la mort qui est, j'allais dire, plus facile, en tout cas plus simple à expliciter Il y a toujours un retard au diagnostic et un retard à la prise en charge thérapeutique Ils pensaient qu'ils étaient au dessus de tout ça</p>	<p>Il a une maladie difficile à traiter, ou particulière et pour laquelle il estime que j'ai une compétence particulière Un, d'être traité comme un patient ordinaire, Deux, d'avoir la totalité de l'information. C'est le plus important, d'avoir une information complète.</p>	<p>Ils sont des malades ordinaires Clairément un niveau d'exigence supplémentaire Tout soit nickel chrome, sans aspérité Possible qu'on fasse plus attention A posteriori ce n'est pas tout à fait vrai que je les soigne comme les autres.</p>	<p>Quand on est le médecin d'un médecin, il faut arriver à effacer de son esprit qu'on soigne un médecin, tout faire pour garder de la distance Il faut étouffer dans l'œuf toutes les tentatives du malade d'intervenir dans le traitement Difficulté de communication</p>
S18	<p>Crainte spécialiste de même filière Certains ont plus de mal à faire confiance, soit par méfiance, soit pour se protéger Il ne m'avait pas posé trop de questions parce qu'il préférait ne pas savoir Je me suis sentie moi plus jugée, moins à l'aise d'une façon générale J'ai l'impression que les médecins ne réagissent pas de la même manière que les autres Manque d'objectivité dès que ça les concerne et l'évocation rapide des diagnostics les pires Il s'est retrouvé avec toutes sortes de diagnostics farfelus avant d'oser m'en parler</p>	<p>J'espère qu'ils me l'auraient dit ! Si ça n'allait pas, je réiterais J'attendrais des qualités humaines, qu'on m'explique, que les choses soient claires, dans les rails</p>	<p>Toutes les histoires marquent humainement On ne sait jamais ce qu'un malade a dans la tête, jamais... Certains n'ont pas envie de parler, d'autres me disent qu'ils savent déjà, certains, qu'ils ne veulent pas savoir J'essaie de me dire que je prends en charge un médecin exactement comme tous les autres patients Personne n'est une contrainte pour moi, j'espère surtout qu'ils le ressentent comme ça Ca me touche toujours, mais je mets beaucoup moins de temps à m'en relever Il ne s'agit pas d'être blindé, on ne se blinde jamais, il faut être lucide</p>	<p>L'hémologue dont je parlais tout à l'heure, j'ai eu du mal à l'examiner Je n'arrêtais pas de me dire qu'il en savait plus que moi, qu'il s'était déjà examiné tout seul parce qu'il savait ce qu'il devait rechercher et comment Si on commence à se dire qu'il va nous juger, c'est fini... J'encaisse et je me rassure en me disant toujours que « c'est eux, pas moi » Il faut les soulager et les aider, même si ça ne va pas les guérir... Je ne suis pas référent pour les problèmes les plus pointus</p>
S19	<p>On sait qu'il « nous attend au tournant », qu'il faut lui poser les bonnes questions, l'examiner cliniquement complètement, lui demander les examens complémentaires Ils ont fait leur propre analyse</p>	<p>Comme ils n'ont pas le choix, ils font confiance et arrivent avec un regard de patient D'être bien soigné D'être pris en charge rapidement D'avoir un peu ce statut de VIP qu'on attend tous d'avoir</p>	<p>Ca rend la relation un peu particulière S'ils viennent, c'est qu'ils ont même ne se sentent pas capables - pas forcément pour des raisons de connaissance - de prendre en charge leur problème Plaintes précises, relevant de la médecine générale</p>	<p>On a un préjugé sur ce qu'on doit faire On ne peut pas faire comme avec un autre patient, louvoyer un peu, éviter des questions pièges On a toujours peur de se tromper, de ne pas mettre en route le bon traitement Essai d'être le plus parfait possible</p>

<p>S20</p>	<p>Un médecin est chargé de dépister et traiter les problèmes de tabac et d'alcool, lui même ne peut pas en souffrir</p> <p>Obstacles financiers au soin</p> <p>Les médecins sont de très grands sous consommateurs de soins : la consommation de soins médicaux externes est l'équivalent de 1/200e de la consommation moyenne des autres assurés</p> <p>D'être médecin fait qu'on sait quoi répondre et comment biaiser les diagnostics. Pas par défiance, pas par tromperie, pas par méfiance... mais parce qu'ils disposent d'une connaissance médicale qui biaise tout</p> <p>Etre le médecin parfait c'est surtout ne pas être malade</p> <p>Si c'est son égal, il va considérer qu'il est capable de faire la même chose....</p>	<p>Je suis médecin, mais j'ai besoin d'être pris en charge, d'être dirigé, orienté, borné dans mes attitudes, sur une route qu'on aura tracée pour moi, comme on le fait pour tous nos malades</p> <p>Ca montre bien à quel point l'attitude peut être différente : j'ai quitté la clinique sans qu'un médecin ne soit venu me voir, me donner des consignes de surveillance, sans un mot de sympathie. Ils m'ont laissé partir comme ça, parce que je suis médecin et qu'ils pensent qu'ils n'en ont pas besoin</p>	<p>Un médecin malade n'est pas un bon pilote d'avion</p> <p>J'ai une démarche qui n'est pas simple, au sens où elle est avant tout humaine : je soigne mes frères, mes confrères et je pense vraiment qu'il faut les aider. On a aussi une démarche aussi économique, parce 42% des médecins invalides à la CARMF sont des malades psys ou des alcooliques, donc ça ca nous coûte trop cher. Le 3e aspect c'est un volet de santé publique : un médecin malade n'est pas un bon soignant, c'est même plus un soignant du tout...</p> <p>Un confrère qui me charge d'une mission, de quelque chose de lourd, il me fait confiance, déjà ça se mérite</p> <p>Ca montrait bien la pudeur dans le milieu, je dirais presque la non-assistance, même entre confrères : personne n'ose dire « tu ne vas pas bien, il faut te faire soigner », alors qu'en pratique tout le monde savait</p> <p>Vous commencez à vous intéresser à la chose quand vous même vous êtes dans cette situation de regarder autour de vous, et de vous dire : et moi, qui m'aide ?</p> <p>J'essaie d'être extrêmement interventionniste auprès des médecins qui m'ont été signalés mais je sais parfaitement que je ne vais pas réduire le taux de suicides à zéro, sinon c'est moi qui vais être mal !</p>	<p>Le plus curieux c'est que ce soit tabou en France mais pas ailleurs</p> <p>Ca a montré les difficultés à faire hospitaliser un médecin mais également la difficulté à être médecin quand on est hospitalisé</p> <p>On se rend compte extrêmement rapidement quand nos patients trichent, un médecin c'est autre chose, il ne se laisse pas faire</p> <p>Le rapport a été enterré pendant au moins 2 ou 3 ans : « Ecoutez, les médecins ne sont déjà pas très bien, si on sort ça, ça va les catastrophe et faire fuir les vocations »</p> <p>Dire que je suis médecin et en difficulté, c'est indigne. C'est une déchéance.</p> <p>Le fait d'être malade vous culpabilise, au moins à l'hôpital, par rapport aux confrères, parce que vous leur laissez la charge de travail et que vous jalousez leur bonne santé</p> <p>Ca vous culpabilise par rapport au patient parce que vous estimez devoir être exemplaire</p> <p>Personne ne lui a rendu la moindre perche ou proposé de l'aide. Ça a été une véritable prise de conscience : ce discours moralisateur m'a vraiment servi d'électrochoc et m'a permis de réaliser qu'on n'avait rien fait pour l'aider</p>
------------	---	--	---	--

SOINS DES MEDECINS		SOIGNER SA FAMILLE	
Etre soi-même malade		Place du MT et des soignants	
S1	<p>rare que les médecins le cachent</p> <p>j'ai eu tellement mal que je n'ai pas fait le diagnostic, alors que je le fais tous les jours/ absence objectivité sur spt</p> <p>J'ai accepté d'attendre</p> <p>j'attendais pas grand chose de plus que quelqu'un d'autre, si ce n'est d'arrêter d'avoir mal</p> <p>reprenre mon activité le plus vite possible</p> <p>soigné du mieux possible</p>	<p>souvent ils sont contents une fois qu'ils l'ont fait (se rendre chez le médecin)</p> <p>un tiers généraliste, c'est pas n'importe quoi, souvent les patients ont la culture du spécialiste</p>	<p>J'ai soigné mes enfants jusqu'à un certain âge,</p> <p>j'ai du soigner mon beau père et j'aurai bien souhaité pas le faire, j'évite au possible</p>
S2	<p>Est ce que je dis que je suis médecin ? Non ! ça biaise les choses, si ça se passe bien, je ne le dis jamais</p> <p>Comment vous feriez vous prendre en charge ? Très très mal !</p> <p>Je ne sais pas en qui j'aurais confiance</p> <p>En tant que médecin, je vais avoir l'esprit généraliste</p> <p>Impression de ne pas avoir l'objectivité ou le recul nécessaire pour se soigner</p>	<p>Par un spécialiste</p> <p>Je n'irais pas là où on me connaît</p> <p>Dans une structure pour médecins non plus</p> <p>J'ai choisi les gens, je leur ai fait confiance</p>	<p>Mes enfants n'ont pas de pédiatre</p> <p>Ma fille est asthmatique... et j'ai mis un an pour faire le diagnostic</p> <p>Ma mère a une maladie grave : je l'ai orientée, je suis restée très en retrait, j'ai fait confiance</p> <p>J'essaie de ne pas m'immiscer</p> <p>Va falloir que je m'en mêle mais je ne veux pas</p> <p>Je rêve que ma famille soit entre des mains compétentes</p> <p>Me suis débrouillée pour que le timing soit parfait</p>
S3	<p>J'ai souffert du fait que le chirurgien, qui était sûrement très bon, considérait que je connaissais le sujet</p> <p>J'attends qu'on m'imagine pas que je sais</p> <p>Moi j'attendrais qu'on m'explique, qu'on me réexplique si je ne comprends pas, que l'on ne suppose pas que je suis médecin.</p> <p>J'essaie de ne pas être intrusive, je ne mets pas en avant le fait que je suis médecin, mais je le dis aux collègues</p> <p>Eventuellement, je poserais des questions plus pointues</p>	<p>La clinique dédiée aux soins des médecins, je ne vois pas l'intérêt</p> <p>J'ai un médecin traitant, dans ma rue, à qui je téléphone régulièrement : « Je vous appelle si j'ai un problème »</p>	<p>J'ai veillé à ce que les choses soient dans les rails</p> <p>J'ai connu des bébises qui ont été faites pour ma mère parce que moi j'étais médecin</p> <p>J'essaie toujours de ne pas intervenir</p> <p>On est mauvais lorsqu'on s'occupe de nos enfants</p> <p>Mon père était médecin, j'ai suivi son cancer, ses métastases</p>
S4	<p>Ils ne sont pas plus sérieux que les autres, par peur du résultat, peur du diagnostic grave, peur du cancer...</p>	<p>Les 2/3 d'entre eux sont leur propre médecin traitant</p> <p>Ils sont plus mobiles pour choisir et trouver un médecin qui leur convient</p> <p>J'ai été soigné partout et je continuera</p> <p>Pour quelque chose d'urgent et de grave à l'hôpital, quelque chose de plus bénin, en ville</p>	<p>J'ai un médecin traitant, c'est ma femme</p> <p>Difficulté de PEC si implication émotionnelle</p>
S5	<p>Ils veulent la solution tout de suite, ce que je peux comprendre, parce qu'à leur place je serais pareil</p> <p>Je n'attendrai pas forcément d'examen en plus, qu'il me traite différemment, juste qu'il fasse les choses bien, dans un environnement correct, sans que je poiseaute des heures</p>	<p>Volonté politique de dresser les généralistes contre les spécialistes, les libéraux contre les hospitaliers, ça n'est pas très sain</p> <p>Si j'avais un problème, j'irais directement voir un spécialiste, c'est con hein ?</p> <p>Non, je n'ai pas de MT : j'ai l'impression de pouvoir être mon propre généraliste, peut être à tort !</p> <p>Ca ne gêne pas de me faire soigner dans l'hôpital où je travaille, Je n'ai pas grand chose à cacher, on sait à qui s'adresser</p> <p>Le privé est mieux structuré</p>	<p>Ma femme est médecin</p>
S6	<p>Je me sers de mon statut de médecin, c'est sûr, pour comprendre</p> <p>Quand je suis soigné, je voudrais l'être comme tout le monde, c'est un minimum de respect</p>	<p>La confiance doit être absolue : c'est bien de douter, mais c'est encore mieux de les exprimer ces doutes là, pour avancer, les discuter</p>	<p>J'ai un père pédiatre, une mère neurologue, huit frères et sœurs, et on était la honte de la ville, parce qu'au moment des vaccins, on était les seuls à ne pas avoir de carnet de santé</p>

	<p>J'ai fait une psychanalyse, et je me suis vraiment retrouvé tout nu, je faisais attention à tout ce que je disais</p> <p>J'hésite à leur dire que j'étais médecin, je préférerais qu'on ne crie pas mon nom à tue tête, j'ai même fait croire que j'étais infirmier</p> <p>Si j'avais dit que j'étais médecin, j'aurais été puant !</p> <p>Quand j'ai été malade, j'avais des patients qui s'inquiétaient bcp de mon état de santé : c'était très intéressant, comme une commémoration à l'envers, leur regard avait changé</p> <p>La maladie a fait de moi un moins mauvais médecin</p> <p>Je me suis beaucoup investi dans mon métier, ce qui m'a été insupportable, c'est justement de ne plus arriver à le faire</p> <p>Ne plus être capable d'exercer son métier, c'est terrible, pour moi en tout cas, car c'est une vraie valeur</p> <p>Pour beaucoup c'est une non-question, convaincus que les médecins sont soignés comme tout le monde... mais bien sûr!</p> <p>Moi qui ai été malade, on décroche son téléphone et on raccourcit le délai d'attente</p> <p>Cette empathie avec les médecins malades m'a vraiment sauté aux yeux quand moi-même j'ai souffert d'une maladie sévère</p>	<p>Quand je rencontrais des collègues, j'étais très rassuré que le gars en face de moi ne soit pas souple du tout ! Sur la durée, la péribilité du traitement... ça me faisait dire de lui que c'était un bon toubib</p> <p>J'attends du médecin qu'il prenne en compte le fait que je suis un souffrant sachant.</p> <p>Je veux à ce titre avoir toutes les cartes de ce qu'il peut ou va se passer</p> <p>Je ne veux pas qu'on me surprotège</p> <p>Je me fais soigner à l'hôpital public</p> <p>Avoir une maladie chronique aide à avoir un médecin traitant</p>	<p>Ils ont eu raison de ne pas nous soigner</p>
S7	<p>Il faut dire qu'on est médecin. On se pose la question quand on est jeune mais on biaise sinon la relation</p> <p>Ne pas dire qu'on est médecin, c'est mettre l'autre en situation difficile</p> <p>Les gens voudront moins te confier de choses, auront moins confiance pour l'aventir</p> <p>On se projette sur les attentes qu'on a soi-même</p>	<p>Je n'ai pas de MT</p> <p>Je fais mes ordonnances moi-même, oui, je me soigne seul</p> <p>Il ne faut pas se faire soigner là où l'on travaille</p> <p>Il ne faut pas que les collègues de travail connaissent ton intimité de santé</p> <p>Tu peux prendre conseil auprès d'amis</p> <p>Pour quelque chose de grave, je ne me ferais pas soigner par mes proches collaborateurs, surtout pour ne pas les mettre en porte-à-faux</p> <p>J'irai me soigner avec des gens de proximité, que je connais</p> <p>A distance de mon lieu d'exercice, pour veiller à la discrétion</p> <p>Je n'ai pas de MT</p> <p>Je vais à la médecine du travail quand elle me harponne</p>	<p>Les familles ne sont pas tellement plus demandeuses, ou pas si souvent</p> <p>Il ne faut pas soigner sa famille, il ne faut pas soigner ses amis, parce que c'est compliqué et dangereux, et ça finit toujours par le devenir</p> <p>Notre rôle est vraiment de les aiguiller et de les conseiller sur le meilleur endroit possible pour se faire soigner</p>
S8	<p>C'est moi qui donnerai les informations, à qui je veux les donner, pas envie de faire partager mes histoires à la communauté médicale</p> <p>« Oh Docteur vous avez l'air fatigué ! » Ca veut dire qu'une réelle relation de confiance existe</p> <p>Ca met le médecin hors de son plédestal</p> <p>J'ai quelques malades qui m'ont demandé de prendre soin de moi parce qu'ils avaient besoin de moi</p> <p>Mes problèmes de santé ne m'inquiétaient pas plus que ça</p>	<p>Un généraliste voit tout et rien, et c'est difficile de faire le tri, de le faire correctement à fortiori</p> <p>Je me ferais soigner à l'hôpital, parce que j'ai foi en l'hôpital public</p> <p>Je ne sais pas s'il faut se faire soigner sur son lieu de travail</p> <p>Je confierais ma vie à mes collègues de travail, les yeux fermés, mais ce serait plus complexe pour tout le monde, pour eux, pour moi, et ça pourrait biaiser les choses</p> <p>Se faire soigner là où vous travaillez est plus simple, plus rapide, parce que vous connaissez les médecins, les radiologues, les équipes de la douleur... Ca serait une facilité, mais bon</p>	<p>Je fais les vaccins et les petites choses, et j'oriente surtout vers mes confrères</p> <p>Un certain recul est nécessaire</p> <p>On ne peut pas être juge et partie</p> <p>Il ne faut pas soigner la famille très proche de tes collègues très proches</p>
S9	<p>Ca m'a pris dix secondes pour lui dire que j'étais médecin et qu'il était prié d'arrêter tout de suite son examen</p> <p>Parce que déjà, ils sont comme moi : ils savent. Et comme moi, ils envisagent souvent le pire en premier</p> <p>Je fais partie des gens qui ont conscience de la mort</p> <p>Je sais que la maladie surviendra, je m'attends aux traitements et presque je m'en ficherais</p> <p>Je suis incapable de traiter un diabétique déséquilibré parce que je n'en ai ni la compétence ni l'envie</p>	<p>Les médecins qui ont un membre de leur famille malade se sentent investis d'une mission, et trouvent ça beaucoup plus difficile que s'ils s'agissait d'une maladie pour eux mêmes</p> <p>Il se culpabilise, se dit qu'il aurait du diagnostiquer le cancer plus tôt</p> <p>Quand il s'agit de leurs parents, les enfants médecins sont probablement par contre un peu plus jusqu'au-boutistes</p> <p>Ma belle-mère souffre d'un lymphome, a été traitée l'année dernière par chimiothérapie, ça m'a vraiment pour le coup appris des choses, à moi, tout oncologue que je suis</p> <p>S'il s'agissait de ma femme ou d'un de mes enfants, ce ne serait pas possible, je ferais, je ne sais pas ce que je ferais, mais j'aurais un mal fou à le supporter, rien que d'y penser ça me dégoute</p> <p>Les parents doivent quand même être suffisamment éloignés pour être réellement adants, parce que trop proche, ça peut devenir lourd à porter, très vite, et plus être forcément utile</p> <p>Et là clairement, je tremble de peur... parce qu'il est cancérologue, parce que c'est un ami, parce que j'aurais un mal fou à le traiter, parce qu'on est très proche</p> <p>Si vous m'annonciez que ma femme est malade, ce serait... une autre peine de</p>	<p>Les médecins qui ont un membre de leur famille malade se sentent investis d'une mission, et trouvent ça beaucoup plus difficile que s'ils s'agissait d'une maladie pour eux mêmes</p> <p>Il se culpabilise, se dit qu'il aurait du diagnostiquer le cancer plus tôt</p> <p>Quand il s'agit de leurs parents, les enfants médecins sont probablement par contre un peu plus jusqu'au-boutistes</p> <p>Ma belle-mère souffre d'un lymphome, a été traitée l'année dernière par chimiothérapie, ça m'a vraiment pour le coup appris des choses, à moi, tout oncologue que je suis</p> <p>S'il s'agissait de ma femme ou d'un de mes enfants, ce ne serait pas possible, je ferais, je ne sais pas ce que je ferais, mais j'aurais un mal fou à le supporter, rien que d'y penser ça me dégoute</p> <p>Les parents doivent quand même être suffisamment éloignés pour être réellement adants, parce que trop proche, ça peut devenir lourd à porter, très vite, et plus être forcément utile</p> <p>Et là clairement, je tremble de peur... parce qu'il est cancérologue, parce que c'est un ami, parce que j'aurais un mal fou à le traiter, parce qu'on est très proche</p> <p>Si vous m'annonciez que ma femme est malade, ce serait... une autre peine de</p>

			manche... catastrophique... impensable... Je me suis déclaré comme mon propre médecin traitant, et comme celui de ma femme et de mes enfants, mais c'est une connerie Traiter sa famille ? Soit je leur vais tout de suite une méfistase, soit je mets la tête dans le sable en leur disant que ce n'est rien du tout C'est difficile de soigner correctement ses proches
S10	J'ai dit assez vite que j'étais médecin, parce que ça change le vocabulaire des gens qui te soignent Même si on essaie que non, ça change aussi leur regard sur toi J'ai eu entre guillemets la chance de ne pas avoir besoin de me faire soigner	Pour les problèmes quotidiens, je n'ai aucun suivi en ville. Je suis mon propre médecin traitant Jamais je ne ferais suivre dans l'hôpital ou j'exerce, ça non, pour des problèmes de confidentialité, de tranquillité Il ne faut pas que tes collègues deviennent tes soignants, ça changerait trop nos relations	Se retrouver au milieu, ce n'est pas une situation des plus confortables, surtout avec des diagnostics lourds comme ceux là Leur famille est plus demandeuse qu'eux, mêmes Il y a souvent les familles derrière, qui poussent et les motivent à se faire soigner, y compris quand le moral flanche Les enfants ont un pédiatre, et leurs vaccins sont à jour, j'y fais attention, parce que c'est important Notre cursus fait que nous savons où aller pour telle ou telle pathologie, donc c'est ce que je ferais ! J'irais directement là bas Je suis médecin traitant des membres de ma famille aussi, et ça se passe bien
S11	J'ai vécu l'expérience en tant que médecin et en tant que malade Si au moment de payer, on ne me faisait pas régler la consultation, je m'en trouvais gêné J'avais l'impression de ne pas être pris en charge si je ne payais pas Oui, tout de suite, ils savaient que j'étais médecin Pour poser une relation saine il faut régler sa consultation C'est la seule façon qu'un médecin malade se sente patient, et surtout patient comme les autres	Ca me généralise de prendre le temps d'un de mes confrères sans lui régler quoi que ce soit Je suis mon propre médecin traitant J'estime être capable de m'occuper correctement de moi Ca m'évite d'avoir à subir un médecin traitant Je n'ai pas de préférence, ville ou hôpital, hôpital ou clinique J'ai fait le choix de me faire soigner par des gens qui ne me connaissent pas du tout, j'ai surtout recherché la confidentialité	
S12	Oui, je trouve que c'est important de dire qu'on est médecin, ça évite de mettre les gens en porte à faux Je n'ai jamais pensé que je pouvais être malade, merci ! Parce que je connais leurs compétences Je veux qu'il soit mon médecin, qu'il assume ce rôle, les décisions à prendre, l'information à me délivrer, que je sois son patient On s'attend à ce que son interlocuteur ait un certain niveau de connaissance	La médecine du travail à l'hôpital est quelque chose d'assez lointain La question du lieu où se faire soigner est plus complexe J'irais voir des gens que je connais Je ne me ferais pas soigner sur mon lieu de travail, à cause un peu du problème de confidentialité, de la proximité qui n'est pas évidente Si je vais voir des gens, c'est pour qu'ils me soignent bien Je pense que je suis déclaré comme mon propre médecin traitant, je n'en suis pas sûr	Un peu... Un peu mes enfants, oui Ma femme est médecin, donc on se partage la responsabilité de cette noble tâche ! Leurs vaccins sont quasiment à jour je crois...
S13	Je pense qu'on ne fait pas bien les choses, on s'auto médique trop facilement Il n'y a que quand j'ai fini par dire que j'étais médecin qu'ils m'ont écoutée et qu'ils l'ont hospitalisée pour bilan Je ne leur ai jamais dit que j'étais médecin Ca crée un biais, des tensions, une pression particulière Les seules fois où je le dis, c'est quand les choses ne se passent pas bien, que j'ai des doutes sur une décision ou une prise en charge Tu poses toi même les hypothèses sur la table Je laisse trainer, je fais l'autruche	Je ne donne pas le temps d'aller chez le médecin Peu de médecins ont un médecin traitant et combien parmi eux le consultent effectivement? J'ai un médecin traitant, que je consulte régulièrement. C'est pas le tout d'avoir un médecin traitant, il faut aller le voir de temps en temps Quand je ne vais vraiment pas bien, que je suis au bout du rouleau, j'y vais spontanément Chose importante, j'ai confiance en lui Il me suit depuis toute petite	J'avais déjà fait tout ce qui était possible de faire pour elle Au départ je voulais que ma petite fille soit prise en charge comme une enfant lambda Aussi paradoxal que ça paraisse, la maladie me terrorise, tant pour moi que pour ma famille J'ai souvent été impliquée, parce qu'on veut m'impliquer. Je donne des conseils, beaucoup, parce qu'on m'en demande mais je ne veux pas les soigner Je ne veux pas être leur médecin traitant, mais c'est un message difficile à passer

	Je ne fais pas de prévention	Je pencherais pour l'hôpital, j'ai encore foi en l'hôpital public Je serais assez partisan d'une relation de confiance entre mon médecin et moi J'irais plutôt spontanément vers quelqu'un que je connais, surtout si j'ai déjà travaillé avec lui et que je sais qu'on peut lui faire confiance	La pression que vous supportez au travail ne doit pas en plus s'additionner avec des conflits familiaux
S14 S15	Il est toujours extrêmement difficile pour nous, médecins, d'être malades, de s'accepter comme malades On se trouve coincé entre le « est ce que je suis vraiment malade », c'est-à-dire qu'on banalise tout, et l'excès inverse, celui où l'on se retrouve forcé d'admettre que quand même, « on peut être malade », comme les autres Quand il m'est arrivé des choses, je suis toujours allée à l'hôpital Je n'ai jamais accepté de voir quelqu'un dans un couloir, ni pour moi, ni pour les malades que je vois Je vois la médecine du travail régulièrement Je fais les choses techniques, les examens que je sais devoir faire La médecine c'est quand même autre chose, et ça je ne le fais pas L'auto prescription chez les médecins dans les domaines de la psychiatrie et de la toxicomanie, c'est une catastrophe Par des gens que je connais, selon la valeur des gens Je préfère le dire. Pour ne pas fausser les choses. Quand les gens l'apprennent à posteriori, ils ont l'impression d'avoir été floués Si je ne dis pas tout, je ne donne pas toutes les possibilités à mon médecin de comprendre mon problème et de pouvoir le traiter correctement. Par contre, je ne le dis qu'au médecin, pas à l'infirmière ou à l'aide soignante Si c'est soigner dans le sens surveiller une pathologie et obéir au traitement, je dirais oui, parce que je suis disciplinée Argumenter plus, poser plus de questions Pas d'arrêt de travail, la condition sociale fait que	Effectif de 1500 salariés pour un médecin du travail n'est jamais respecté « Est ce que j'ai un médecin traitant ? » : la réponse est non Est ce que les rapports étaient compliqués du fait que j'étais médecin : la réponse est oui Je n'ai pas trouvé cette autorité que je recherchais Je ne leur laisse pas la place A tous les moments de ma vie où j'ai eu besoin de demander à des gens de s'occuper de moi, c'est assez compliqué de trouver des gens qui disent oui Voir directement un spécialiste parce que j'avais un truc très précis, soit des collègues en qui j'ai une confiance toute particulière Une des caractéristiques des médecins, c'est que, jusqu'au jour où ils tombent malades, leur médecin traitant, c'est eux Une fois que j'ai fait confiance à un médecin, alors oui, je suis docile Prendre soin de moi, c'est autre chose Depuis peu de temps, j'ai un médecin traitant	Mon fils a toujours eu un pédiatre et j'ai toujours refusé de lui faire ses vaccins Je ne concevais pas bien que ce ne soit pas moi qui l'examine et qui prenne les décisions s'il n'allait pas bien. Donc, de fait je suis son médecin traitant. Je n'y arrive que pour le tri. Et l'écoute au quotidien Je sais très bien à qui je confierais mes proches si jamais j'en avais besoin Mais je reste très interventionniste Non, pour ne pas être dans la position de docteur
S16	La première chose à savoir est que je ne me fais pas soigner d'une façon générale Je crois que je rechercherais avant tout la compétence J'évitais de me faire soigner ici, en premier par confidentialité, aussi par peur qu'on me traite différemment, qu'on me soigne différemment J'adapterais l'endroit où je me fais soigner en fonction de la nature de la pathologie Je souhaiterais payer Je pense depuis ce jour là qu'il faut le dire qu'on est médecins	Non, je n'en ai pas Disons que je m'auto soigne Non, je n'y suis jamais allé à la médecine du travail	Je suis médecin traitant de la plupart des membres de ma famille il y a ceux qui peuvent et surtout qui acceptent de traiter les gens proches d'eux – mais il faut de sacrés garde fous : être capable de ne pas trop être traumatisé par ce qu'il peut se passer, d'autre part garder suffisamment d'objectivité
S17	J'irais chez des gens que je connais, dont je connais les qualités humaines et les compétences techniques : je ne veux pas aller chez le 1 <sup>er</sup> péquin trouvé dans l'annuaire Je regarderais aussi la réputation du service Sur mon lieu de travail, pourquoi pas, mais je changerais de salle pour ne pas tomber sur des patients qui me massaient Je préfère prendre des cleques au début, même si c'est dur, mais savoir ce qui m'attend Il vaut mieux savoir les choses pour ne pas les apprendre par des voies débournées	Non ! Parce que par grande chance je ne suis pas malade Honnêtement, je ne le fais pas. La médecine du travail ne me convoque jamais Oui, moi je veux les payer. Un déassement, ça me paraît plus difficile, ça me choquerait un peu Demande conseil aux spécialistes	J'ai soigné mes beaux parents mais je ne le ferai plus Je les ai opérés Je ne voulais pas m'impliquer, être vraiment indépendant de tout ça Je l'ai fait traiter par un ami
S18	Plutôt à l'hôpital, par des gens que je connais Qu'un médecin me fasse payer une consultation de ville, c'est quelque chose qui me choque un peu par contre. Je trouve ça médiocre, un peu mesquin	Les médecins vont plus rapidement voir des spécialistes Non ! Enfin si : moi même	Je les conseille vraiment. Je recherche vraiment à qui les conseiller pour un truc spécialisé Il faut d'abord être bien orienté, si on est bien orienté, on aura confiance Non, sauf si c'est un bobo !
S19			3 classes de patients dans la famille : ceux qui vous font confiance, ceux qui vous font une confiance absolue mais discutent tout et ceux qui préféreraient ou se font soigner par quelqu'un d'autre

S20	<p>Ma tension je la prends quand j'y pense</p> <p>Je ne suis pas bien soigné : je ne suis pas les préconisations que je devrais suivre</p> <p>On m'a diagnostiqué un cancer il y a quelques années</p> <p>J'ai croisé des patients qui me disaient : « Et bah alors docteur, qu'est ce que vous faites là ? » et « C'est fou, on ne pensait pas qu'un médecin puisse être malade » : vous avez l'impression de décrocher, de ne pas être à votre place</p> <p>L'acceptation de la prise en charge</p> <p>Le médecin finit par venir me voir et me dit qu'il est hors de question que je parte « parce que vous n'êtes pas soulagé et qu'on a un problème avec votre bilan... » : c'est comme ça que j'ai appris</p> <p>La fréquentation du cancer m'a énormément appris, et a considérablement modifié ma prise en charge</p> <p>Quand j'ai un diagnostic de cancer à annoncer, je le fais souvent sur le ton de la plaisanterie ou en leur disant qu'on s'en remet... et ça a changé ma patientèle</p> <p>D'avoir été malade m'a rendu spécialiste</p> <p>Quand vous êtes malade, vous vous dites que vous allez vous focaliser sur l'essentiel : la famille et le travail, tout ce qui est du domaine de la vie personnelle, les vacances, les loisirs : d'un côté il y a cette envie, de l'autre, vous êtes pris d'une frénésie de faire des choses</p> <p>Je m'oblige à avoir une hygiène de vie, je prends 10 semaines de vacances par an</p> <p>Au troisième degré, je suis bercé par mon histoire familiale, c'est aussi ma façon à moi de rendre à ce métier ce qu'il m'a donné</p>	<p>C'est une notion administrative, pas qui touche au fondement de la PEC ou à la relation</p> <p>J'entends par médecin traitant quelqu'un qui soit réellement un médecin référent, celui à qui on confie sa santé, duquel on accepte les conseils et recommandations</p> <p>On ne veut pas montrer sa santé à n'importe qui, à un médecin généraliste tout venant qui aurait les mêmes compétences que soi</p> <p>Moi même j'ai accepté de prendre un médecin traitant après ma maladie : d'accord c'est mon associé, c'est peut être pas la meilleure des choses, mais il a une rigueur qui lui permet d'être mon médecin</p> <p>Etre son propre médecin traitant... comment font ils pour se regarder dans l'oreille quand ils ont une otite ? Comment font ils pour se palper la prostate ? Ils sont contorsionnistes ?</p>	<p>Ca se passe bien</p> <p>Je le fais : j'ai trop peur qu'ils soient mal pris en charge par quelqu'un d'autre</p> <p>Mai je dois dire ! Je soigne mon fils, je soigne ma fille par internet</p> <p>Je soigne sa maladie mais ne m'occupe finalement pas de sa bonne santé !</p> <p>Ma femme a une gynéco qui s'occupe de tout</p>
-----	---	---	---

AIDES PROPOSEES A LA PRISE EN CHARGE			
	Analyse de la contrainte	Conseils & aides proposées	
		Formation complémentaire	
S1	<p>problématique de distanciation par rapport au patient et par rapport à l'autre</p> <p>un tout petit peu plus compliqué</p>	<p>ce qui m'a franchement aidé, c'est l'expérience</p> <p>fait une psychanalyse remet en question et relativise mon vécu des choses par rapport à mon métier, ça peut être une aide</p> <p>ça permet d'être au clair par rapport à la distanciation, et à l'identification</p>	<p>Pas de formation</p> <p>Psychothérapie</p>
S2	<p>Le problème c'est l'œil critique sur tout ce qu'il se passe, c'est obligé !</p> <p>S'il y a une faille, un doute, la confiance se perd très très vite : parce que le médecin en face repère cette faille, alors qu'un patient lambda non</p>	<p>La grande chance de travailler dans un hôpital, c'est qu'on est nombreux</p> <p>On va en discuter, ça délaye, ça permet de souffler un peu et c'est un gros avantage</p> <p>C'est vraiment une question de confiance en soi, d'expérience aussi</p> <p>Beaucoup de réseaux</p> <p>Groupes de médecins pour parler</p> <p>Faire de la prévention</p> <p>Discuter des problèmes à plusieurs, des dossiers, des patients</p> <p>Formation médicale continue : discuter des problèmes, des dossiers, de partager des expériences, de s'épauler</p> <p>Moins débordés</p> <p>Entraide</p>	<p>Oui je pense qu'il faut une formation, dans le rapport.</p> <p>Il faut être sur soi, ou au moins faire comme si</p>
S3	<p>Mauvaises conditions de travail</p> <p>Le médecin doit être un patient comme les autres</p>		<p>Je ne crois pas qu'il y ait besoin d'avoir une formation pour soigner un médecin</p> <p>Je pense qu'il ne faut pas les traiter différemment</p>
S4	<p>Ce n'est pas quelque chose qui m'affecte</p> <p>J'y trouve parfois plus de résistance, j'utilise parfois plus de technique, plus de besoin de reformuler</p> <p>Les médecins manquent de déontologie parfois</p>		<p>Non, je ne pense pas qu'il faille une formation mais c'est toujours intéressant d'y réfléchir</p>
S5	<p>Ca peut arriver de se sentir gêné pour les patients suspicieux qui prennent dix avis différents</p> <p>Il y en a avec qui on se sent un peu jugé, épié : « ah bon, vous faites ça ? »</p> <p>Le supra cortical l'emporte sur le raisonnement, et ça, c'est parce qu'il est médecin</p> <p>Méfiez vous aussi du message que veulent vous faire passer tous les gens que vous interrogez. Ils cherchent forcément à vous délivrer un message théorique qui peut ne pas être en rapport avec leur façon tout à fait concrète de soigner...</p>	<p>C'est bien d'être confraternel, de s'épauler, plutôt que de se tirer dans les pattes</p> <p>Je favorise le circuit</p> <p>On ne s'en rend compte vraiment qu'en consultation, avec le temps et l'expérience</p> <p>Topo avec des psys pour cadrer quel type de personnalité ont les gens, comment les gérer, les aborder, les pièges où ne pas tomber</p> <p>Rédaction d'un petit fascicule, sur la relation, pour essayer de déterminer le piège et les attitudes à adopter</p>	<p>Apprendre à voir autant la symptomatologie que le psychologique</p>
S6	<p>Les plus honnêtes confient que s'il y a soudé avec l'alcool, ils ne savent pas le traiter</p> <p>Je suis surpris que l'ordre des médecins ou les grandes compagnies d'assurance pour médecins ne s'y soient pas intéressés</p> <p>La prévalence de l'alcool-dépendance est plus élevée chez les médecins que dans la population générale</p> <p>Il y a une dénégaration totale</p> <p>Le médecin, a un statut de commandeur, qui sait tout, qui dirige tout et qui est infallible</p>	<p>On crée même une commission ad hoc à l'AP-HP</p> <p>L'expérience et la supervision m'ont aidé</p> <p>Sur tout la mise en commun, le partage avec les autres soignants</p> <p>En équipe ça ne se passe pas si mal</p> <p>Psychanalyse, analyse des pratiques</p>	<p>Quand ils sont dans une mission stable, ils veulent tous devenir addictions</p> <p>Je crois qu'il faut une formation : être très solide sur ses capacités relationnelles</p>
S7	<p>En rééducation, refuser des soins c'est un luxe qu'on ne peut pas se permettre</p> <p>Ce n'est pas parce qu'on est médecin qu'on a compris, qu'on comprend plus vite : ça c'est faux</p>	<p>Il faut prendre conseil auprès de vrais docteurs</p> <p>Il faut raccourcir les délais</p> <p>Expérience : jeune, on croit que les médecins savent tout, après on apprend que personne ne sait tout</p>	<p>Une formation ? Dans ma spécialité je ne vois pas ce que ça changerait</p>
S8	<p>Il a d'ailleurs souscrit une assurance vie des premières radios pour couvrir ses arrières et protéger sa famille</p>	<p>J'étais plus jeune, donc j'avais moins de bouteille</p>	<p>Il serait intéressant de voir au fur et à mesure des entretiens, ce serait de retirer</p>

	<p>Cherche souvent à protéger ses proches, protéger ses arrière-pensées, s'organiser pour son travail parce qu'il n'a pas le droit de s'arrêter... à cause de son travail</p> <p>Il y a quinze ans, je pense que j'étais trop loin dans l'explication, je faisais trop de cooconing médical</p>	<p>J'ai une sorte de canevas que j'utilise dans chaque pathologie</p> <p>Il faut dégager des erreurs qu'on fait tous</p> <p>Se retrouver sur un lit d'hôpital permet de se rendre compte de la façon dont se déroulent les choses</p> <p>Il faut les soigner comme tout le monde, ce sont des hommes comme les autres</p> <p>Le médecin qui prend en charge un collègue doit soigner un malade et pas un médecin</p> <p>Je vous soigne comme le concierge du coin de la rue</p>	<p>les 10 choses à ne pas faire, les 10 travers les plus fréquents</p>
S9	<p>Soigner un de vos confrères n'est pas une contrainte ? Je dirais que non. Mais on est toujours plus mal à l'aise</p> <p>C'est une contrainte presque d'ordre hôtelière</p>	<p>Aide des familles</p> <p>Expérience</p> <p>Réflexion utile sur le sujet</p> <p>Si les explications et enjeux sont suffisamment bien exposés, alors le suivi est en général accepté</p> <p>Parcours de soins</p> <p>Définir relation financière initialement</p> <p>Trailer un malade et non un confrère</p> <p>C'est une histoire de réseaux</p>	<p>Pas de formation</p>
S10	<p>Soigner un médecin, une contrainte ? Non ça ne change pas grand chose</p> <p>Je n'appréhende pas de soigner un médecin plus que quelqu'un d'autre, c'est sans doute lié à la sur-spécialisation des circuits</p> <p>On s'identifie plus</p>	<p>Aucunement une contrainte que de soigner un médecin</p>	<p>Pas de formation</p>
S12	<p>Je pense que ça change de moins en moins</p> <p>Auto-prescription, auto-gestion de la maladie</p> <p>Contrainte hôtelière</p>	<p>Se rendre compte par les questions que je posais à la consultation suivante ou les retours que j'avais, tout simplement que je n'avais pas été clair</p> <p>Avec le temps et l'expérience, les différences de prise en charge s'atténuent</p> <p>Quand on est médecin, on n'a pas de médecin traitant, on n'a pas accès à tout ça</p>	<p>Pas de clinique pour les médecins</p> <p>Non, je ne pense pas qu'il faille une formation</p>
S13	<p>Problème d'horaires : vous ne prenez pas le temps de prendre soin de vous, parce qu'on ne vous en laisse pas le temps</p> <p>Auto-médication</p>	<p>Pièce du médecin traitant</p> <p>Une meilleure organisation</p> <p>Un accompagnement psychologique bénéfique</p> <p>Prendre le temps de faire des « staffs » multi disciplinaires pour débriefer, parler des cas difficiles ou des difficultés rencontrées</p> <p>La médecine du travail aurait un rôle beaucoup plus important à prendre, en libéral, elle n'existe pas</p> <p>Le soutien des proches est fondamental</p>	<p>Pas de formation</p>
S14	<p>L'insatisfaction porte sur la qualité de soins qu'on offre, la souffrance psychologique, la crainte de faire des erreurs, l'abandonnement du nombre d'heures de travail hors des périodes de soins, l'augmentation des contraintes en termes de traçabilité</p> <p>Diminution des temps de chevauchement</p> <p>Polyvalence des agents</p> <p>Regroupement des consultations dans des bâtiments autres que ceux d'hospitalisations</p> <p>Regroupement des secrétariats</p> <p>Les médecins se plaignent de leurs horaires de travail, de la pénibilité, des salaires par rapport à la responsabilité encourue et de l'incertitude par rapport à l'avenir</p> <p>L'administratif prend le pas sur la qualité des soins et sur la santé des soignants</p>	<p>Parole et l'accompagnement du patient</p> <p>Prise en charge globale, axée dans une discussion autour des difficultés qu'on a pu rencontrer</p> <p>Le mode de fonctionnement d'équipe permet de prendre en charge mieux la souffrance psychologique des soignants</p> <p>Eviter le travail isolé au privilège d'un travail salarié</p> <p>En maison médicale pluridisciplinaire, on pourrait vraiment élaborer un projet de soins adaptés à chaque patient</p> <p>Importance de l'équilibre famille/travail</p>	<p>Développer le réseau ville hôpital</p> <p>Education des patients</p> <p>Réelle coordination des soignants</p> <p>On ferait mieux d'optimiser notre propre système de soins</p> <p>Les choses difficiles à vivre peuvent significativement amoindries par plus de travail d'équipe, qu'on soit salarié ou libéral</p>

S15	<p>S'il y a un changement de traitement sans concertation, sur une biblio, une expérience personnelle ou autre, une fois, deux fois, trois fois, après je dis « stop », je ne veux pas jouer à ça</p> <p>Je pense que les médecins se soignent mal, parce qu'ils n'ont pas la distance suffisante par rapport à leurs symptômes, qu'ils ont la connaissance, mais pas la neutralité nécessaire</p>	<p>Aménagement des espaces de travail</p> <p>Le fait de me dire « après tout, c'est un patient comme un autre : si je n'y arrive pas, je m'autorise à me faire aider d'un collègue »</p> <p>Je m'autorise à ne pas y arriver</p> <p>Expérience, confiance en soi, le charisme... mais ça peut être pris pour du mauvais caractère</p> <p>Cette capacité à dire « c'est comme ça, sinon je ne fais pas » est importante, peut être ce qui fait qu'ils se soignent</p> <p>Aller tout simplement voir un médecin généraliste pour leur dire « je suis fatigué » ou « je me demande si » ou n'importe quoi, même une bronchite, même ça, ils ne le font pas... et ils devraient</p>	<p>Pas de formation</p>
S16	<p>Un médecin sait ce qu'il doit répondre pour avoir une bonne note</p> <p>Prendre en charge des médecins, parce que quelque part, c'est faire le deuil de la toute puissance du médecin</p> <p>Déni important de la profession</p> <p>Ils utilisent le carcan hospitalier pour se protéger</p> <p>Nos conditions de travail sont très mauvaises</p> <p>Je pense qu'établir rien qu'un suivi pour les médecins, ce serait déjà bien</p> <p>Ils sont fragiles parce qu'ils s'épuisent beaucoup. Ils sont fragiles parce que c'est un métier qu'on ne choisit pas par hasard</p> <p>Il y a souvent un côté affectif qui domine, une grande force, dans le sens où quand on s'engage, on s'engage vraiment, mais qui donne une grande faiblesse, parce qu'être blessé au niveau affectif blesse gravement, profondément</p> <p>Le problème actuel du gouvernement, c'est de vouloir faire de la médecine sans médecin</p> <p>Jamais on ne va s'inquiéter de votre santé alors que vous avez entre les mains la santé de tas de personnes</p>	<p>Il faut savoir que l'on n'est pas Dieu : il faut admettre qu'on ne sauve pas les gens</p> <p>Le sens de l'humour, c'est quelque chose de primordial</p> <p>J'ai fait un travail de protection, j'ai ma famille, mes amis, la musique</p> <p>Parler entre confrères, les groupes de pairs, ça aide beaucoup, c'est fondamental</p> <p>Faire beaucoup de psychiatrie</p>	<p>Un médecin qui sache comment communiquer avec un médecin</p> <p>Un médecin qui connaisse les pièges dans lesquelles il ne faut pas tomber</p> <p>Le désir de soigner un médecin</p> <p>Structures adaptées aux médecins</p>
S17	<p>Je ne dirais pas que c'est une contrainte, mais dans ma tête il y a clairement un niveau d'exigences supplémentaire</p> <p>Il faut que tout soit nickel chrome, sans aspérité</p> <p>Il est possible qu'on fasse plus attention</p> <p>Ça reviendrait à être dans la situation idéale où l'on soignerait les médecins comme les autres. Ou l'inverse d'ailleurs : celle où l'on soignerait tous nos patients comme s'ils étaient médecins...</p> <p>Etat d'esprit autre que celui d'il y a 30 ans chez les médecins</p>	<p>L'expérience aide</p> <p>Les médecins ne se soignent pas et ne font pas ou pratiquement pas de prévention</p> <p>Il faut vraiment se détacher du fait qu'on soigne un médecin</p> <p>Il faudrait peut être leur enseigner : ils sont des malades ordinaires</p> <p>Avant je ne prenais pas suffisamment de temps pour informer mes patients</p>	<p>J'aurais tendance à le dire que non</p>
S18	<p>Je ne sais pas si c'est un problème de transfert ou s'ils ont peur d'être jugés</p> <p>Il faudrait apprendre autant à soigner qu'à réagir si les choses ne sont pas sur les rails ou si la situation se complique</p>	<p>Se dire que chaque patient apporte quelque chose</p> <p>Contact fondamental</p> <p>C'est quelque chose que je n'ai réalisé au fil du temps, avec les années et l'expérience</p> <p>Formation avec un psychologue pour réagir face au patient, apprendre à gérer des situations particulières</p>	<p>Peut être que si, quand même : il faut apprendre à dire qui on est et où on est</p> <p>Il faut s'affirmer et trouver la place qui est la nôtre, accepter nos limites et accepter de demander de l'aide si besoin</p> <p>Comment se protéger quand on fait ce métier là ?</p>
S19	<p>C'est une difficulté supplémentaire au reste de la prise en charge : parce qu'on est plus sur ses gardes.</p> <p>Le fait d'avoir un médecin en face est gêné, mais on ne pourra pas l'empêcher, même si on est très sur de soi</p>	<p>Il faut essayer d'oublier qu'on a un médecin en face de soi, essayer d'oublier qu'on peut être jugé, se déculpabiliser</p> <p>Comme pour un patient ordinaire, si on ne sait pas ou qu'on doute, il faut avoir</p>	<p>Non, je ne vois pas laquelle il vaudrait mieux un cours théorique sur la relation avec le patient et ses difficultés</p>

S20	<p>C'est souvent un sacerdece pour un medecin et non, on ne s'autorise pas a etre malade de notre metier</p> <p>Souffrance lourde, assez grave, assez profonde</p> <p>Platon dit que le meilleur medecin est celui qui a experimente toutes les maladies, qu'il faut etre blessé ou souffrant pour etre bon medecin</p> <p>C'est ce metier là qui nous détruit, le système de soins, l'hôpital, la ville, les horaires de travail : c'est bien l'activité de soins qui nous détruit, déstabilise et parfois tue</p> <p>Ce n'est pas bon, ni pour nous, ni pour la santé publique</p> <p>Mon problème actuel est de trouver le budget pour les soigner</p> <p>L'enjeu est de convaincre et de faire comprendre à l'Etat qui est le financeur, qu'il s'agit bien d'une maladie professionnelle et leur faire comprendre le risque qu'il y a à laisser les gens dans cet état là. C'est quelque chose de très difficile de faire avaler aux pouvoirs publics qu'il faut des structures spécialisées pour soigner les pauvres médecins</p> <p>On ne soigne pas une dépression comme un burn-out</p> <p>Ce sont les personnes les plus fragiles qui sont les meilleurs médecins ! Certains font médecine pour l'argent, mais les bons médecins le font pour la richesse humaine...</p> <p>Ils s'auto soignent, donc ne se soignent qu'en cas de maladie, ne font jamais de prévention</p> <p>On leur fait avaler l'importance de l'anonymat, arguant que sans anonymat, ils ne se soigneront pas, donc finiront par consulter, devenir dépendants et usagers chroniques du système de soins, ce qui représentera un coût certain</p> <p>Impact social de la maladie pour un médecin : vous avez un délai de carence de 90 jours avant de percevoir des indemnités journalières de la part de la caisse de retraite. C'est vraiment une incitation pour le médecin à ne pas s'arrêter, à serrer les dents, donc à ne pas se soigner</p>	<p>humilité de passer la main</p> <p>On commence à sensibiliser les gens, on a réussi à démontrer que le burn-out n'est pas un épiphénomène, que ça touche ou va toucher en moyenne 30 à 40% des médecins, voire 50% dans les milieux qui touchent à la cancéro, les soins palliatifs, l'oncologie, mais également les services d'urgences</p> <p>La tendance au niveau international nousse vraiment à le faire reconnaître comme une véritable pathologie professionnelle : même si on a encore cette espèce de pudeur à reconnaître que nous aussi on peut être malade, à reconnaître la pénibilité de notre métier</p> <p>Développement d'une cellule d'aide à la reprise d'activité</p> <p>C'est presque l'équivalent des temps partiels thérapeutiques du régime général</p> <p>Les TCC semblent être la clé de la prise en charge, au sens où pour guérir la pathologie professionnelle, il faut forcément analyser les rapports entre les comportements et le psychisme</p> <p>Il y a un besoin de créer des réseaux de soignants, et des réseaux de médecine préventive</p> <p>Il faudrait leur imposer une médecine préventive</p> <p>C'est important cette espèce de « coaching » de votre activité. C'est difficile de dire non à un patient, mais je crois que c'est vraiment la clé : apprendre à dire non, mais dire non en proposant des solutions alternatives</p> <p>C'est l'équilibre famille/travail qu'il faut réussir à préserver, ce serait même la première chose à apprendre à un médecin qui s'installe</p> <p>Il faudrait les forcer à déclarer un médecin et qu'ils s'engagent contractuellement à respecter ses recommandations et ses prescriptions</p> <p>Il faudrait presque interdire l'auto prescription pour les médecins, au moins en ce qui concerne les antalgiques et les psychotropes</p> <p>Si on n'a pas la modestie de dire : « se tromper, c'est s'exposer à l'échec »</p> <p>L'autre réseau très recruteur d'informations, c'est les délégués médicaux</p> <p>Le simple fait de proposer de l'aide suffit parfois, c'est une démarche suffisante pour démontrer qu'il y a une solidarité, une confraternité, des solutions qui existent</p>	<p>Parce que le médecin est un patient particulier, le médecin qui soigne un médecin doit être lui aussi un médecin particulier, nécessairement formé pour ça</p> <p>C'est un médecin expert qui examine un médecin confrère</p> <p>Ca commence tout bêtement par la prise de conscience qu'il y a plusieurs formes de maladies professionnelles rattachées à l'exercice de la médecine : le burn-out, la radiodermite ou radiologie, l'hépatite</p> <p>Il y a une connaissance nécessaire de la maladie professionnelle psychique : le mépris des produits d'anesthésie, le risque de burn-out</p> <p>Il y a en outre toute une série de phénomènes combinés comme le divorce, l'alcool, les difficultés judiciaires, les problèmes financiers qui conduisent au taux de suicides 2 fois supérieur à celui de la population</p> <p>Il y a une façon particulière d'aborder le médecin, insistant sur la notion d'entretien motivationnel</p> <p>On est très en retard sur ça par rapport aux autres pays :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Il me fallait déjà plusieurs structures</li> <li>- L'autre point c'est l'anonymat</li> <li>- La troisième chose, c'est la délocalisation</li> </ul> <p>Il faut non seulement des structures spéciales mais également des « spécialistes » pour soigner des médecins</p> <p>Ce qui veut bien dire que la simple sensibilisation suffit. Si on ne devait retenir qu'une seule chose, ce serait les 5 marqueurs de risques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 fois sur 2 problèmes d'alcool</li> <li>- 1 fois sur 3 problèmes financiers</li> <li>- 1 fois sur 4 problèmes judiciaires ou de procédure ordinaire</li> <li>- 1 fois sur 5 problèmes de maladie - physique (souvent cancers) ou psychique (essentiellement des états bipolaires)</li> </ul> <p>Faire comprendre aux médecins qu'un confrère en difficulté leur impose un devoir d'ingérence. Un devoir d'ingérence confraternelle</p> <p>Ce contrat thérapeutique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- leur donne des droits : celui d'être pris en charge dès les premiers jours de leur hospitalisation, arrêt des mesures ordinaires</li> <li>- et des devoirs : ils doivent être dans l'un des quatre centres, ils acceptent le suivi à la fois psychiatrique et biologique, ils acceptent l'accompagnement d'un pairain et ils s'engagent à respecter ces règles par contrat</li> </ul>
-----	---	--	--

NATURE PERSONNES SOIGNEES		CONSULTATIONS		
	Médecins	Mode d'arrivée	Déroulement	Modalités
S1	TOUS MG/SPECIALISTES ACTIFS/RETRAITES CLINIENS/AUTRES	CIRCUITS HABITUELS BOUCHE A OREILLE	+ LONGUES PEU DIFFERENCES	PAIEMENT SYSTEMATIQUE
S2	TOUS HOSPITALIERS AMIS DE MEDECINS CHRONIQUES/AIGUS CURABLES/INON	SANS PASSER PAR BUREAU DES RDV/PARFOIS SI INTEMPESTIVE CS + TARDIVE	DUREE IDENTIQUE SOUVENT DERNIERE MINUTE	ENREGISTRÉS PAIEMENT CS + RAPIDE si besoin HORAIRES + SOUPLES INTERNET/MAILS
S3	TOUS AMIS DE MEDECINS VIP	POST-HOSPITALISATION 28-38 INTENTION DEMANDE AVIS/CONSEILS	IDENTIQUE CONSULTATION/PAS COULOIR EXAMEN SYSTEMATIQUE REDACTION/OBSERVATION	ENREGISTRÉS PAIEMENT RESEAU PERSONNEL
S4	TOUS ACTIFS/RETRAITES	CIRCUITS HABITUELS FAIBLE RETARD	IDENTIQUE MEME ENERGIE	ENREGISTRÉS PAIEMENT HORAIRES + SOUPLES
S5	TOUS AMIS DE MEDECINS CLINIENS/AUTRES ACTIFS/RETRAITES HIERARCHIE/EXPERIENCE VIP	BOUCHE A OREILLE AMIS/CONNAISSANCE NEGLIGENCE SYMPTOMES	IDENTIQUE CONSULTATION/PAS COULOIR EXAMEN SYSTEMATIQUE PARFOIS + LONGUES	ENREGISTRÉS PAIEMENT A L'AMABLE CS + RAPIDE si besoin
S6	TOUS FAMILLES DE MEDECINS	CIRCUITS HABITUELS REPUTATION SERVICE ADRESSES PAR CONFRERES ou MEDECINS DU TRAVAIL DEMANDE SPONTANÉE	IDENTIQUE PROJET DE SOINS	PAIEMENT HORAIRES IDENTIQUES TRI INITIAL
S7	TOUS REEDUCATION/ RECLASSEMENT PRO. ACTIFS/RETRAITES CONNAISSANCES/INON	CIRCUIT HABITUEL FIN PARCOURS DE SOIN ADRESSES PAR CONFRERES	+ LONGUES REFLEXION + PUSSEE CONSULTATION/PAS COULOIR	PAIEMENT CS + RAPIDE si besoin
S8	TOUS ACTIFS/RETRAITES CLINIENS/AUTRES FAMILLES DE MEDECINS	CIRCUIT HABITUEL CS + TARDIVE CORRESPONDANTS TOUT VENANT	DUREE IDENTIQUE ESSAI PEC IDENTIQUE	PAIEMENT
S9	TOUS ACTIFS/RETRAITES CLINIEN/INON FAMILLES DE MEDECINS	CIRCUITS HABITUELS CS + TARDIVE CORRESPONDANTS	PARFOIS + LONGUES EXAMEN SYSTEMATIQUE CONSULTATION	PAIEMENT INTERNET/MAILS
S10	TOUS JEUNES/AGES CLINIENS/AUTRES REEDUCATION/ RECLASSEMENT PRO.	CIRCUITS HABITUELS PISTON REPUTATION SERVICE DEMANDE AVIS	DUREE IDENTIQUE	PAIEMENT
S11	TOUS	CIRCUITS HABITUELS CORRESPONDANTS	ACCUEIL AMICAL DUREE IDENTIQUE DEROULEMENT IDENTIQUE	PAIEMENT POSE COMME BASE RELATIONNELLE CONSEIL GRATUIT
S12	TOUS ACTIFS/RETRAITES	CIRCUITS HABITUELS CORRESPONDANTS RESEAUX DEMANDE AVIS URGENTES	DUREE IDENTIQUE	PAIEMENT HORAIRES + SOUPLES ORGANISATION PERSONNALISEE CONTRAINTE LOGISTIQUE
S13	TOUS	FAMILLES DE MEDECINS	-	-
S14	MEDECINS SALAIRES PARAMEDICAUX	-	-	-

### ANNEXE 3 : TABLEAU RECAPITULATIF PAR NOTIONS

S15	TOUS AMIS DE MEDECINS/CONNAISSANCES	CIRCUITS HABITUELS DEMANDE SPONTANEE SANS PASSER PAR BUREAU DES RDV INTEMPESTIVE CS + TARDIVE	DUREE IDENTIQUE EXAMEN SYSTEMATIQUE TJS CONSULTATION/PAS COULOIR TRACES ECRITES	HORAIRES + SOUPLES puis RIGIDIFICATION N° PORTABLE DISPO SOIRS/WE
S16	TOUS PATHOLOGIES PSY/AUTRES OH-DEPENDANTS	BOUCHE A OREILLE ADRESSES PAR CONFRERES CS + TARDIVE	PARFOIS + LONGUES TJS EN CONSULTATION GRAVITE PHYSIQUE/PSY	N° PORTABLE JAMAIS DE PAIEMENT PAR CONFRATERNITE
S17	TOUS MEDECINS/CHIRURGIENS ACTIFS/RETRAITES	ADRESSES PAR CONFRERES REPUTATION PERSONNELLE	PARFOIS + LONGUES TRACES ECRITES	JAMAIS DE PAIEMENT PAR DEONTOLOGIE CS + RAPIDE N° PORTABLE
S18	TOUS ACTIFS/RETRAITES	REPUTATION SERVICE INTERNET	DUREE IDENTIQUE	ENREGISTRES PAIEMENT SANS DEPASSEMENT
S19	TOUS	CIRCUITS HABITUELS CIRCUITS HABITUELS	DUREE IDENTIQUE	JAMAIS DE PAIEMENT PAR DEONTOLOGIE
S20	TOUS PATHOLOGIES PSY OH-DEPENDANTS RECLASSEMENT PRO.	CIRCUITS HABITUELS ADRESSES PAR CONFRERES CELLULE ENTRAIDE EXPERTISE CARMF	SUIVI LONG COURS	PAIEMENT NON SYSTEMATIQUE

		ELEMENTS IDENTIQUES DE PRISE EN CHARGE		
	ANNONCE DIAGNOSTIQUE	COMMUNICATION	PEC GLOBALE/EX. COMPL.	CONSIGNES/SUIVI
S1	EVALUATION PRELABILE CONNAISSANCES BESOIN D'UN CADRE DE PEC	ADAPTATION NIVEAU INTELLECTUEL	IDENTIQUE NE CHANGE PAS GRAND CHOSE ACCOMPAGNEMENT HUMAIN	PAS DE PARTAGE DE DECISIONS PRISE DE RESPONSABILITE PRISE DE DECISIONS
S2	PEUR DE LA MALADIE CONTRAINTES MALADIE CHRONIQUE DELIVRANCE TOTALITE INFORMATION	ADAPTATION PATIENT	IDENTIQUE GARDE LA MAIN SUR TOUT	PRISE DE DECISIONS
S3	ATTENTE CONFIRMATION DG INFORMATION IDENTIQUE	ADAPTATION PATIENT EXPLICATIONS OPTIONS	IDENTIQUE CHOIX PROJET THERAPEUTIQUE	PATIENT ACTEUR DE SA PATHOLOGIE
S4	PRENDRE SON TEMPS STRESS AVANT LA CONSULTATION	ADAPTATION NIVEAU INTELLECTUEL RESPECT CROYANCES DE L'AUTRE APPROFONDISSEMENT SI BESOIN	IDENTIQUE MEMES EX. COMPL.	COMPLIANCE CORRECTE
S5	EXPLICATIONS PHYSIOPATH. CONTRAINTES MALADIE CHRONIQUE	ADAPTATION NIVEAU INTELLECTUEL COTE EGALITAIRE DISCUSSION	LIMITER LES EXAMENS INVASIFS EXPERTISE TECHNIQUE	PLACE DE LA PREVENTION BEAUCOUP DE CONSEILS GUIDER LA PEC
S6	PLACE HISTOIRE PERSONNELLE BESOIN D'UN CADRE DE PEC	ADAPTATION SPECIFICITES PATIENTS ALLIANCE THERAPEUTIQUE vs OBJECTIF RESISTANCE NATURELLE A LA PEC	CHOIX THERAPEUTIQUE EXPERTISE TECHNIQUE ACCOMPAGNEMENT HUMAIN	CONSIGNES CIBLEES ADHESION CORRELÉE INFORMATIONS
S7	CONNAISSANCE DIAGNOSTIC RESERVE SUR FORMULATION DU DIAGNOSTIC/PROMOSTIC LOURDEUR EMOTIONNELLE ACCEPTATION DIFFICILE	PROPOSITIONS OPTIONS THERAPEUTIQUES QUESTIONNEMENT IDENTIQUE	BESOIN COMBATIVITE IDENTIQUE OBJECTIF - ATTENUATION DES HANDICAPS NE CHANGE PAS GRAND CHOSE	MEME REEDUCATION ENJEUX FORTS DIFFICULTES DE RECLASSEMENT PRO
S8	INFORMATIONS IDENTIQUES ANGOISSES IDENTIQUES SYMPTOMES IDENTIQUES CANEVAS HYPOTHESES IDENTIQUES	CONTRAT THERAPEUTIQUE ADAPTATION PATIENT	MEME EXPLICATIONS MEMES EX COMPL. LES SOIGNER COMME LES AUTRES	VOLONTE DE PROTECTION DES PROCHES RESOUDRE SOUCIS MATERIELS
S9	CONNAISSANCE DIAGNOSTIC INFORMATION IDENTIQUE EXPERIENCE DE LA PATHOLOGIE	+ SIMPLE POUR LES RETRAITES ADAPTATION NIVEAU INTELLECTUEL ACCES A L'INFO POUR TOUT LE MONDE	IDENTIQUE PAS OBLIGATION MOYENS RESULTATS NE CHANGE PAS GRAND CHOSE	CONSIGNES IDENTIQUES SUIVI REGULIER DISPONIBILITE GLOBALE
S10	RESERVE SUR FORMULATION DU DIAGNOSTIC/PROMOSTIC PATIENCE/LEITEUR DE RECUPERATION TRAVAIL PREPARATOIRE IDENTIQUE ACCEPTATION DIFFICILE	HANDICAP « FACILITE » L'AFFIRMATION DES STATUTS BESOIN DE REEXPLIQUER PAR ALTERATIONS COGNITIVES QUESTIONNEMENT IDENTIQUE	MEMES EX COMPL. MEME PEC THERAPEUTIQUE ACCOMPAGNEMENT RECHERCHE PB Ibières LES SOIGNER COMME LES AUTRES	DIFFICULTES DE RECLASSEMENT PRO PRECAUTIONS IDENTIQUES COMPLIANCE CORRECTE BONNE ACCEPTATION DU SUIVI ENJEUX FORTS
S11	INFORMATION IDENTIQUE RELATION CLAIRE/POSEE	ADAPTATION NIVEAU INTELLECTUEL	IDENTIQUE PAS + MAL SOIGNÉS QUE LES AUTRES	BONNE ACCEPTATION DU SUIVI
S12	INFORMATION IDENTIQUE PEUR DE LA MALADIE BESOIN DE REASSURANCE CONTRAINTES MALADIE CHRONIQUE	TEMPS DE REFLEXION ADAPTATION AU SAVOIR DU PATIENT ADAPTATION AU SOUHAIT DU PATIENT VOCABULAIRE LE + CONCRET POSSIBLE PRECAUTIONS IDENTIQUES	MEMES EX COMPL ORDONNANCE DE SORTIE EXPERTISE TECHNIQUE	COMPLIANCE CORRECTE DUREE DES ORDONNANCES IDENTIQUE ENJEUX FORTS SUIVI REGULIER
S13			MEMES EX COMPL PEC IDENTIQUE	
S14				
S15	ANNONCE IDENTIQUE INFO IDENTIQUE EXPLICATIONS IDENTIQUES ANGOISSE DE LA MALADIE BESOIN D'UN CADRE DE PEC	BESOIN OBJECTIVITE PRECAUTIONS IDENTIQUES	EX. CLINIQUE INDISPENSABLE REDACTION ORDONNANCE PRESCRIPTION CONTROLES	BONNE ACCEPTATION DU SUIVI DUREE DES ORDONNANCES IDENTIQUE TRACES ECRITES
S16	EXPLICATIONS IDENTIQUES/PAS MEILLEURE COMPREHENSION ARGUMENTATION IDENTIQUE	ADAPTATION NIVEAU INTELLECTUEL AVANCEES SELON SOUHAIT/PROGRESSION DU PATIENT RESPECT CULTURE/GROYANCES + ACCES A L'INFO POUR TOUT LE MONDE CAPACITE CRITIQUE CROISSANTE	DESIR DE PEC MEMES EX COMPL MEMES EX COMPL	AUTANT DE CONSIGNES
S17	EXPLICATIONS IDENTIQUES DELIVRANCE TOTALITE INFO REPRISE BASES PHYSIOPATH PRENDRE LE TEMPS	LONGUES DISCUSSIONS ADAPTATION PATIENT		SUIVI REGULIER TRACES ECRITES
S18	EXPLICATIONS IDENTIQUES	REGRESSION DUE A LA MALADIE/A LA PEUR/MORT	MEMES EX COMPL AIDER AU MIEUX	SUIVI REGULIER
S19	RELATION CLAIRE/POSEE	DISCUSSIONS NECESSAIRES A LA COMPREHENSION	PAS D'OBLIGATION DE RESULTATS MEMES SOINS DANS PATHOLOGIES ORGANIQUES	SUIVI REGULIER PLACE DE LA PREVENTION
S20	HUMILITE DE PEC APPRENTISSAGE PERMANENT			

	SPECIFICITES DE PRISE EN CHARGE		
	ANNONCE DIAGNOSTIQUE	COMMUNICATION	PEC GLOBALE/EX. COMPL.
S1	PARTAGE CONNAISSANCE PATHOLOGIE AUTO-DIAGNOSTIC	COMPREHENSION + RAPIDE + DE DISCUSSION + ARGUMENTATION/NEGOCIATION	IMPORTANCE DU CADRE DE PEC AUTO-PRESCRIPTION
S2	PEC TARDIVE / CS AU DERNIER MOMENT SUIVI ALEATOIRE NEGLENCE SYMPTOMES RETARD A LA PEC CONNAISSANCE DE LA PATHOLOGIE/DU PRONOSTIC MENSONGE IMPOSSIBLE	FACILITE DE COMPREHENSION EXPLICATIONS DIFFERENTES RELATION + DURE UTILISATION AUTRES MODES DE COMMUNICATION	FACILITE EX COMPL RAPIDITE DE RDV DISPONIBILITE + GRANDE AUTO-PRESCRIPTION OUVERTURE PORTES AUTO-PRESCRIPTION
S3	+ DISCUSSION PEC THERAPEUTIQUE RELATION A DEFINIR D'EMBLEE	FACILITE DE COMPREHENSION + DE TEMPS NECESSAIRE + D'EXPLICATIONS	MISE EN CHAMBRE SEULE UTILISATION RESEAU FACILITE D'HOSPITALISATION/PEC
S4	PAUVRETE INTERROGATOIRE PARTAGE CONNAISSANCES PEC + DIFFICILE FERMETURE AUX INFORMATIONS	TERMES TECHNIQUES INTERPRETATION DE SES SYMPTOMES REFUS DES DIAGNOSTICS + D'ARGUMENTATION	RAPIDITE DE RDV DISPONIBILITE + GRANDE
S5	PARTAGE CONNAISSANCE + BESOIN DE REPONSES NEGLENCE DES SYMPTOMES MAUVAISE ACCEPTATION MALADIE ANGOISSE + FORTE	+ D'EXPLICATIONS/RATIONALISATION FACILITES DE COMPREHENSION ADHESION A SA CONCEPTION DE LA MALADIE/ A SON DESIR DE PEC + DE DIALOGUE	PEC MAXIMALISTE PEC + RAPIDE ORGANISATION DU COTE LOGISTIQUE DISPONIBILITE + GRANDE IDENTIFICATION AGE/IN/VE/CA/PACITES DE RAISONNEMENT
S6	FORTE EXPOSITION AU TROUBLE AUTO-MEDICATION RIGIDIFICATION DE LA PEC MAUVAISE CONNAISSANCE MALADIE NEGLENCE DES SYMPTOMES	CONNAISSANCE TERMES MEDICAUX INTERFERENCE TERMES MEDICAUX DIFFICULTES A PARLER D'ALCOOL IMPORTANCE DE L'EFFET MIROIR RISQUES DE CONVINCE	COMPLIANCE MOINS BONNE RISQUE SUICIDAIRE MESURE CSQ SOCIO-PRO MESURES BENEFICES DE L'ARRET
S7	ANNONCE PRONOSTIC + PRECOCE IMPACT SOCIO-PRO	GUIDE + PROFESSIONNALISME + D'EXPLICATIONS	SUIVI MEDICOERE PLACE ALLIANCE THERAPEUTIQUE ENJEUX
S8	IMPACT SOCIO-PRO NEGLENCE SYMPTOMES PAR PEUR RETARD A LA PEC AUTO-HYPOTHESES/DIAGNOSTIQUES	COMPREHENSION + RAPIDE + TERMES TECHNIQUES + D'ANTICIPATION	MAUVAISE PEC IMPORTANCE CONFIANCE IMPORTANCE SUIVI
S9	AUTO-HYPOTHESES AUTO-DIAGNOSTIC	+ D'EXPLICATIONS + DE CONFIANCE QUETE D'INFORMATION + DE QUESTIONS	FAMILLES AIDANTES SUIVI REGULIER ENJEUX
S10	CHANGEMENT DE REGARD	TERMES MEDICAUX + DE QUESTIONS PRECAUTIONS SUR POSSIBILITE DE REPRISE + D'EXPLICATIONS	MESURE CSQ SOCIO-PRO
S11	RELATIONS A DEFINIR D'EMBLEE	COMPREHENSION + RAPIDE CONNAISSANCE PHYSIOPATH DISPONIBILITE POUR CONSEILS + DE PRECAUTIONS	INVESTIS DANS ELABORATION TTT BONNE COMPLIANCE IMPORTANCE CONFIANCE
S12	DIFFICULTES ACCEPTATION MALADIE NEGLENCE DES SYMPTOMES RETARD A LA PEC MAUVAISE CONNAISSANCE DES MALADIES AUTO-MEDICATION	FUITE DES DIAGNOSTICS MEILLEURE APPREHENSION DES PROBLEMES CONNAISSANCES MEDICALES ADAPTATION SELON CONNAISSANCES/SOULAIHS DU PATIENT	SUIVI MEDICOERE TENDANCE BRICOLAGE PERTE DE CONTROLE S/ SITUATION
S13	CONNAISSANCES SIGNES D'ALERTE AUTO-HYPOTHESES AUTO-MEDICATION NEGLENCE DES SYMPTOMES PEUR DE LA MALADIE	+ DE QUESTIONS + DE PRECAUTIONS DANS LE DIALOGUE + D'INFORMATION	+ ATTENTION AUX PRESCRIPTIONS OUVERTURES DES PORTES
S14			
S15	AUTO-ANALYSE DES SYMPTOMES NEGLENCE DES SYMPTOMES CS AU DERNIER MOMENT/RETARD A LA PEC MULTIPLICATION DES HYPOTHESES DIAGNOSTIQUES RELATION A DEFINIR D'EMBLEE	TERMES MEDICAUX DISTANCIATION INFORMATIONS INTERPRETEES PAR UN SACHANT	REFUS BRICOLAGE IMPORTANCE DE CADRER LE SUIVI
S16	RETARD A LA PEC	+ DE QUESTIONS CHEZ ANXIEUX/PREVOYANTS	DIFFICULTES A LUI FAIRE LACHER PRISE CONSIGNES PARFOIS DIFFERENTES

	<p>AUTO-MEDICATION CONNAISSANCE DIAGNOSTIQUE ANGOISSE + FORTE NEGLIGENCE DES SPT PAR DENIPEUR + DE LIBERTE DE PAROLE RAPPORT A LA MORT + SIMPLE CONNAISSANCE DIAGNOSTIQUE MENSONGE IMPOSSIBLE RETARD A LA PEC</p>	<p>- D'INFANTILISATION ADAPTATION SELON CONNAISSANCES/SOUHAITS DU PATIENT</p>	<p>+ ACTEUR DE SA PATHOLOGIE LAISSER - DE CHOIX SI/OPTIONS THERAPEUTIQUES DISPONIBILITE + GRANDE + DISCUSSIONS SUR PEC CHIRURGICALES</p>	<p>PAS D'ARRET DE TRAVAIL + D'IMPLICATION DEMANDEE</p>
S17	<p>CONNAISSANCE DIAGNOSTIQUE + DE LIBERTE DE PAROLE RAPPORT A LA MORT + SIMPLE CONNAISSANCE DIAGNOSTIQUE MENSONGE IMPOSSIBLE RETARD A LA PEC</p>	<p>BARRIERES A PLACER POUR LIMITER L'INTERFERENCE INFORMATION COMPLETE</p>		<p>CONSIGNES IDENTIQUES</p>
S18	<p>CONNAISSANCE DE LA PATHOLOGIE/DU PRONOSTIC MULTIPLICATION DES HYPOTHESES DIAGNOSTIQUES RETARD A LA PEC</p>	<p>+ DE MEFIANCE PAR ANXIETE/BESOIN DE PROTECTION + ACCES A L'INFORMATION + QUESTIONS</p>	<p>DIFFICULTES EX CLINIQUE/PEU DEUR BESOIN DE RATIONALISATION POUR ECONOMIE DEX COMPL REACTION DIFFERENTE AUX TTTS PREJUDICE MULTIPLICATION AVIS</p>	<p>REPRISE DE DISCUSSION</p>
S19	<p>AUTO-MEDICATION RETARD A LA PEC CONNAISSANCE DE LA PATHOLOGIE</p>	<p>TERMES MEDICAUX PARTAGE DISCUSSION/PEC</p>	<p>ECOUTE + ATTENTIVE EXAMEN + RIGOREUX OBLIGATION DE MOYENS + PRECAUTIONS LORS DE PRESCRIPTIONS</p>	<p>CONNAISSANCE DES TTTS OCCULTE ALEA THERAPEUTIQUE</p>
S20	<p>PREVALENCE TOXICOMANIE/ALCOOLISME PARTAGE CONNAISSANCES RENVOI A SES PRATIQUES ANTICIPATION DIAGNOSTIQUE AUTO-MEDICATION MENSONGE IMPOSSIBLE</p>	<p>RISQUES A IGNORER LA SOUFFRANCE + DIFFICULTES DE PEC ATTITUDE PARTICULIERE RESERVE DANS LA PEC INFORMATION COMPLETE</p>	<p>TROP DE PATIENTS SONT LEUR PROPRE MEDECIN TRAITANT CATASTROPHE DE PEC DS PATHOLOGIES PSYTOXICOMANIE DIFFICULTES DE PEC FAIBLE CONSOMMATION DE SOINS OBSTACLES AUX SOINS</p>	<p>PEC THERAPIES SPECIFIQUES PAS D'ARRET DE TRAVAIL MODE DE COMMUNICATION SPECIFIQUE NECESSITE EXPERIENCE</p>

	RELATIONS AVEC LE MEDECIN MALADE		PLAGE DU SOIGNANT	
	DIFFERENCES DE RELATIONS	ATTENTES D'UN MEDECIN	RESSENTI	DIFFICULTES RENCONTREES
S1	DE TRESSE INITIALE PEUR DE PEC DIFFERENTE SOINS PARFOIS FORCES IMPORTANCE DE LA CONFIANCE « OBLIGATIONS » ENVERS LE MEDECIN UTILISATION IRONIE MENSONGE IMPOSSIBLE SOINS PARFOIS FORCES RISQUES AUTO-PRESCRIPTION SPECIALISTE DE MEME FILIERE : DIFFICULTE SUPPLEMENTAIRE IRONIE	ECOUTE PRISE EN CHARGE PRISE DE DECISIONS ETRE SOIGNE AU MEUX REPRISE ACTIVITE PRISE DE DECISIONS DISPONIBILITE AUTORITE A DEFINIR LES STATUTS COMPETENCE	RECONNAITRE L'AUTRE COMME BESOIN D'UN TIERS DIFFICULTES DUES AU PARTAGE DU SAVOIR PEC UN PEU + COMPLEXE	PROBLEME DE DISTANGIATION LOURDEUR DE LA PEC ABSENCE DE FACILITE A PRESCRIRE DES EX COMPL PEUR ERREUR/BESOIN PERFORMANCE
S2	UTILISATION IRONIE MENSONGE IMPOSSIBLE SOINS PARFOIS FORCES RISQUES AUTO-PRESCRIPTION SPECIALISTE DE MEME FILIERE : DIFFICULTE SUPPLEMENTAIRE IRONIE	INFORMATIONS CLAIRES ET OBJECTIVES PROFESSIONNALISME QUALITE DE SERVICE ETRE SOIGNE COMME LES AUTRES PEC CADREE	IMPORTANCE DES STATUTS AFFECTION PROJECTIONS MULTIPLES IMPRESSION DE TOUCHER SA CIBLE	PEUR DU JUGEMENT LOURDEUR DE LA PEC DIFFICULTES DE PEC DES MALADIES CHRONIQUES
S3	COUPER BARRIERE EMOTIONNELLE RELATION A DEFINIR D'EMBLEE + ANGOISSE « OBLIGATIONS » ENVERS LE MEDECIN	INFORMATIONS CLAIRES ET OBJECTIVES PROFESSIONNALISME QUALITE DE SERVICE ETRE SOIGNE COMME LES AUTRES PEC CADREE	+ DE PERCEPTIONS DES CONSEQUENCES FONDAMENTAL D'OUBLIER QUE MEDECIN	VECU DIFFERENT
S4	+ ANGOISSE COMPRENDRE LES CROYANCES	ETRE ACTEUR DE SA PATHOLOGIE QUALITE DE SOINS DIAGNOSTIC/PRONOSTIC CLAIRS ADAPTATION A LA CULTURE DE CHACUN	+ SENSIBLES A LA RELATION MEDECIN-MALADE IMPRESSION DE TOUCHER SA CIBLE	PEUR JUGEMENT MAUVAISE ACCEPTATION DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE + DE RESISTANCE A LA PEC TERMES TECHNIQUES : MISE A DISTANCE DU PB
S5	APPUI D'UNE CONVICTION/PEC POUVANT ETRE ERRONEE RECHERCHE EXPERTISE POUR SE RASSURER/ANTICIPER « OBLIGATIONS » ENVERS MEDECIN	PROFESSIONNALISME QUALITE DE SOINS QUALITE DE SERVICE ACCOMPAGNEMENT	PROJECTIONS MULTIPLES AFFECTION BESOIN DE CONFRATERNITE VOLONTÉ DE NE PAS LES TRAITER COMME QUELQU'UN D'AUTRE	IDENTIFICATION DISTANGIATION PROFESSIONNALISME vs ATTENTES DU PATIENT ADHESION AUX ATTENTES PERTE RATIONNALISATION
S6	PLAGE DU DENI PIEGE DU TUTOIEMENT DIFFICULTE CONFIANCE RISQUE D'ETRE AUTO-SOIGNANT RISQUE D'ETRE CO-SOIGNANTS DIFFICULTE A FAIRE LE DEUIL DE LA TOUTE PUISSANCE DU MEDECIN EMPATHIE-REASSURANCE vs FERMETE DE PEC	ETRE SOIGNE COMME LES AUTRES REASSURANCE INFORMATIONS CLAIRES DISPONIBILITE REGARD PARTICULIER	PROJECTIONS MULTIPLES INFAILLIBILITE DU MEDECIN PERTINENCE/SPECIFICITE DE PEC NATURE DE L'ALTERITE QUESTION DE LA RELATION	CONNIVENCE DENI MULTIPLICATIONS DES AVIS DISTANGIATION INTERFERENCE DU SAVOIR EFFET MIROIR BESOIN DE VIGILANCE/PIEGES A EVITER
S7	PEU DE RECLASSEMENT PRO UTILISATION DU FAIT D'ETRE MEDECIN POUR ETRE PRIS AU SERIEUX + TECHNICHTE	DISPONIBILITE QUALITE DE SOINS	SENSATION DE PROXIMITE IMPUISSANCE + DE REGRETS A NE PAS LES GUERRIR PROJECTIONS MULTIPLES	DISTANGIATION LIEN AFFECTIF IDENTIFICATION
S8	BESOIN DE DETACHEMENT NE SE SENT PAS MALADE FIN TOUTE PUISSANCE DU MEDECIN PARFOIS BESOIN D'ANTICIPER LES DEMANDES LOURD HUMAINEMENT	PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIC CLAIR TRAITEMENT APPROPRIE ETRE SOIGNE COMME LES AUTRES	SENSATION DE PROXIMITE IMPORTANCE DES STATUTS PEUR DE DERANGER INFAILLIBILITE DU MEDECIN PROJECTIONS MULTIPLES OUBLIER QU'ILS SONT MEDECINS	LIEN AFFECTIF ACCEPTATION MALADIE DISTANGIATION = BALANCE DETACHEMENT/PROXIMITE IDENTIFICATION TRANSFERT
S9	CULIABILITE RELATION AFFECTIVE RENOVOI A SA PROPRE FAIBLESSE CRAINTE SPECIALISTE DE MEME FILIERE « OBLIGATIONS » ENVERS MEDECIN	ETRE ACTEUR DE SA PATHOLOGIE JUSQU'AU BOUTISIE INFORMATIONS CLAIRES	DANGER DE CROIRE QU'ON SAIT CONSCIENCE DE LA MORT PROJECTIONS MULTIPLES ACCEPTER L'AUTRE COMME SOIGNANT	PERTE STATUT DE SACHANT LIEN AFFECTIF IDENTIFICATION PROJECTION REMISES EN QUESTIONS DES PRATIQUES QUESTIONNEMENT ETHIQUE
S10	IMPORTANCE DE LA CONFIANCE CRAINTE SPECIALISTE DE MEME FILIERE LOURD HUMAINEMENT	INFORMATIONS CLAIRES COMPETENCE REPUTATION DU SERVICE	REGARD PARTICULIER/ « PATIENT » DEVENU « PERSONNE » RELATION DE PROXIMITE IMPORTANCE ACTIVITE PRO PROJECTIONS MULTIPLES PAS DE DIFFERENCE	PEUR JUGEMENT DISTANGIATION IDENTIFICATION TRANSFERT PAS DE DIFFICULTE
S11	PLAGE DE LA DEONTOLOGIE RELATION A DEFINIR D'EMBLEE SPECIALISTE DE MEME FILIERE	MOINS D'ATTENTE DISPONIBILITE CONSEILS		
S12	RISQUES AUTO-PRESCRIPTION PERTE OBJECTIVITE SUR SA SANTE FIN TOUTE PUISSANCE DU MEDECIN FUTE DES PEC	DISPONIBILITE PRISE DE DECISIONS INFORMATIONS CLAIRES REASSURANCE	PARTAGE DU SAVOIR IMPORTANCE DES STATUTS	ACCEPTATION DIAGNOSTIQUE ACCES AUX PRODUITS PERTE INFORMATION MULTIPLICATION DES AVIS
S13	RELATIONS + CONFLICTUELLES CRAINTES BONNES PRATIQUES	ETRE ACTEUR DE SA PATHOLOGIE RELATION DE CONFIANCE	REGARD PARTICULIER DIFFICULTES A ACCEPTER L'ÉCHEC	PEUR JUGEMENT PAS FORCEMENT ENVIE DE REPONDRE

	TENSION PARTICULIERE REGARD CRITIQUE	EXAMEN CLINIQUE DIAGNOSTIC/PROMOSTIC CLAIRS	PROJECTIONS MULTIPLES	PEUR DE LA MALADIE PEUR DE L'ERREUR CONDITIONS DE TRAVAIL
S14			DEMANDE CROISSANTE D'ISONIBILITE IMPORTANCE EXUTOIRES	
S15	POSSIBILITE DE SE « MAL-EXAMINER » HYPOTHESES DIAGNOSTIQUES ERRONEES REGARD CRITIQUE SUR L'AUTRE DEUIL TOUTE PUISSANCE DU MEDECIN CRAINTE SPECIALISTE DE MEME FILIERE N° PORTABLE DONNEE	AUTORITE A DEFINIR LES STATUTS DISPONIBILITE PEC CADREE	RECONNAITRE L'AUTRE COMME BESOIN D'UN TIERS RELATION CORRECTE SI SUFFISAMMENT PROCHE ET DISTANTE IMPORTANCE DES STATUTS	PROBLEME DE PROXIMITE/DISTANCATION ARRRET DE L'AUTO-PRESCRIPTION IDENTIFICATION MIRROR RELATIONNEL ECLAITEMENT DE LA PERSONNE
S16	PLACE DU DENI N° PORTABLE + PRECOCEMENT DONNE DETRESSE INITIALE HUMOUR LOUR HUMANEMENT	ADAPTATION A LA CULTURE DE CHACUN PRISE DE DECISIONS NE PAS OUBLIER QU'ON SOIGNE UN MEDECIN NE PAS INFANTILISER LES DECHARGER DE LEUR SANTE	MEDECIN POUR MEDECIN DIFFICULTE A GERER LA SOUFFRANCE SOULAGER L'AUTRE PROJECTIONS MULTIPLES RELATION DE PROXIMITE	IDENTIFICATION CONDITIONS DE TRAVAIL LUI FAIRE LACHER PRISE AUTO-PROTECTION/GARDE FOUS DISTANCATION TABOU
S17	FIN TOUTE PUISSANCE DU MEDECIN N° PORTABLE DONNE DIFFICULTES A FAIRE CONFIANCE RAPPORT A LA MORT + SIMPLE MENSONGE IMPOSSIBLE	COMPETENCE ETRE SOIGNE COMME LES AUTRES QUALITE DE SERVICE TOTALITE INFORMATION	NIVEAU D'EXIGENCE SUPPLEMENTAIRE OPTIMISATION DES SOINS FONDAMENTAL D'OUBLIER QU'ILS SONT MEDECINS	DISTANCATION ETOUFFER TENTATIVES D'INTERFERENCES + D'IMPLICATIONS DANS LA PEC
S18	CRAINTE SPECIALISTE DE MEME FILIERE + DE PUDEUR DIFFICULTES A FAIRE CONFIANCE PERTE D'OBJECTIVITE SI SA SANTE	PAS D'ATTENTE A PRIORI QUALITE DE SOINS HUMANITE TOTALITE INFORMATION	DIFFICULTE A GERER LA SOUFFRANCE DIALOGUE PAS TOUJOURS POSSIBLE IMPOSSIBILITE DE SE BLINDER SOULAGER L'AUTRE LES SOIGNER COMME LES AUTRES	PEUR DU JUGEMENT PUDEUR PROBLEME DE PROXIMITE/DISTANCATION MULTIPLICATIONS DES AVIS TRANSFERT - CONTRE-TRANSFERT
S19	IMPORTANCE DE COHERENCE DES PRESCRIPTIONS REGARD CRITIQUE SUR L'AUTRE/ATTENDU AU TOURNANT DIFFICULTES A FAIRE CONFIANCE	REPONSES A LEURS QUESTIONS QUALITE DE SOINS RAPIDITE DE PEC « STATUT VIP »	REGARD PARTICULIER RECONNAITRE L'AUTRE COMME SOIGNANT	PREJUGE SUR LA CAT IMPOSSIBILITE DE VENTER LES QUESTIONS PIEGES PEUR ERREUR PEUR JUGEMENT
S20	PLACE DU DENI MENSONGE IMPOSSIBLE OBSTACLES FINANCIERS AU SOINS REPONSES BIAISEES PAR CONNAISSANCE MEDICALE DIFFICULTES A FAIRE CONFIANCE	PRISE EN CHARGE INFORMATIONS/EXPLICATIONS GUIDER LEUR PARCOURS ECOUTE ETRE SOIGNE COMME LES AUTRES	IMPORTANCE DES STATUTS INFALLIBILITE DU MEDECIN DEMARCHE HUMAINE/ECONOMIQUE/SANTE PUBLIQUE BESOIN DE CONFIRMATION INTERVENTIONNISMES FACE AUX RISQUES	TABOU DIFFICULTE A HOSPITALISER UN MEDECIN DIFFICULTES A ETRE MEDECIN ET HOSPITALISE CULPABILITE A ETRE MALADE PUDEUR/NON ASSISTANCE

SOINS DES MEDECINS		SOIGNER SA FAMILLE	
	ETRE SOI-MEME MALADE	PLACE DU MEDECIN TRAITANT ET AUTRES SOIGNANTS	
S1	ARRETER D'AVOIR MAL ETRE PRIS EN CHARGE REPRISE ACTIVITE PERTE OBJECTIVITE ETRE PATIENT DELIVRANCE INFORMATION BESOIN DE PRISES DE DECISIONS POUR LUI	RECHERCHE ACCOMPAGNEMENT	A SOIGNE ENFANTS/BEAU PERE AEVITER REGRET DE L'AVOIR FAIT
S2	ANONYMAT DIFFICULTE A FAIRE CONFIANCE PERTE OBJECTIVITE PAS ASSEZ DE RECU SUR SES SYMPTOMES	PAS DE MT SOIGNE PAR SPECIALISTES CHOIX DES SOIGNANTS PAR CONFIANCE PAS SUR SON LIEU DE TRAVAIL RECHERCHE COMPETENCE	ORIENTATION A SOIGNE SES ENFANTS AVEC DIFFICULTE NE VEUT PAS S'IMPLIQUER SURVEILLANCE DE LA PEC VEILLE AU TIMING LA COORDINATION A DU MAL A FAIRE CONFIANCE N'INTERVIENT PAS
S3	BESOIN D'EXPLICATIONS SUPPOSER L'IGNORANCE DU SUJET QUESTIONS PLUS POINTUES	MT : CONTACT TELEPHONIQUE, EN CAS DE PB	MAUVAIS QUAND ON S'OCCUPE DE SES PROCHES
S4	ATTENTE COMPORTEMENT NORMAL BONNE EXPRESSION PRONOSTIC	MT : SA FEMME SOIGNE A L'HOPITAL ET EN VILLE	DIFFICULTES DE PEC SI IMPLICATION EMOTIONNELLE
S5	DIFFICULTE A NE PAS PRENDRE LE DESSUS CROIT AVOIR DES PATHOLOGIES DIFFERENTES AVEC UNE GRAVITE MOINDRE ATTENTE RAPIDITE DE PEC/RAPIDITE DE REPONSE	MT : NON/LUI MEME UTILISATION DES RESEAUX SOIGNE SUR SON LIEU DE TRAVAIL	TENDANCE A MAXIMISER LES SOINS
S6	ANONYMAT - RECHERCHE DISCRETION LA MALADIE LA RENDU MEILLEUR MEDECIN ATTENTE DE S'OCCUPER D'UN SOUFFRANT SACHANT SURINVESTISSEMENT DANS SA PATHOLOGIE CHANGEMENT DE REGARD DES PATIENTS PAS DE SURPROTECTION / DELIVRANCE INFO. COMPLETE RECHERCHE RELATION DE CONFIANCE	MT : OUI - SUITE MALADIE CHRONIQUE SOIGNE A L'HOPITAL RECHERCHE D'UNE RIGIDITE	N'INTERVIENT PAS
S7	DIRE QU'IL EST MEDECIN MALADIE DIMINUE LA CONFIANCE DES AUTRES	MT : NON/LUI MEME AUTO-DIAGNOSTIC/AUTO-PRESCRIPTION CONSEILS PAR DES AMIS PAS SUR SON LIEU DE TRAVAIL AMBIVALENCE DES RAPPORTS AVEC SOIGNANTS	COMPLIQUE ET DANGEREUX DE S'OCCUPER DE SES PROCHES ROLE D'ORIENTATION
S8	RECHERCHE DISCRETION PERTE PIEDISTAL CHANGEMENT DE REGARD DES PATIENTS MEILLEURE PERCEPTION DES CHOSES APRES LA MALADIE PAS INQUIET POUR SA SANTE	MT : NON CHOIX DES SOIGNANTS PAR CONFIANCE PAS SOIGNE PAR SES PROCHES COLLEGUES CORRESPONDANTS MEDICAUX CONNUS	PEC DES PATHOLOGIES BENIGNES ROLE D'ORIENTATION IMPLICATION DANGEREUSE NE PAS ETRE JUGE ET PARTIE
S9	S'ATTEND A ETRE MALADE DIFFICULTE A ACCEPTER L'AUTRE	MT : NON/LUI MEME SOIGNE A L'HOPITAL PAS SUR SON LIEU DE TRAVAIL	MT DE FEMME/ENFANTS : « CONNERIE » MALADE PIRE POUR SA FAMILLE QUE POUR LUI APPRENTISSAGE DE LA MALADIE PERTE OBJECTIVITE TOTALE
S10	DIRE QU'IL EST MEDECIN DIFFICULTE D'ACCEPTATION DE SA PATHOLOGIE CHANGEMENT DE REGARD DES AUTRES	MT : NON/LUI MEME AUTO-PRESCRIPTION SOIGNE A L'HOPITAL PAS SUR SON LIEU DE TRAVAIL PAR CONFIDENTIALITE PAS SOIGNE PAR SES COLLEGUES	CONNAISSANCE DES STRUCTURES ADAPTEES PEDAIRE POUR SES ENFANTS
S11	DIRE QU'IL EST MEDECIN BONNE ACCEPTATION DE SA PATHOLOGIE EXPERIENCE DES DEUX COTES DE LA BARRIERE SOUHAITE PAYER	MT : NON/SOI-MEME CAPACITE AUTO-GESTION DE SA SANTE CONFIDENTIALITE SOIGNE EN VILLE ET A L'HOPITAL	EST LE MEDECIN TRAITANT DE SA FAMILLE SE PASSE BIEN
S12	DIRE QU'IL EST MEDECIN ATTENTE DE DELIVRANCE INFORMATION/PRISE DE DECISIONS PAS INQUIET POUR SA SANTE	MT : NON/SOI-MEME CONFIDENTIALITE SOIGNE EN VILLE ET A L'HOPITAL PAS SUR SON LIEU DE TRAVAIL	VEILLE A SES ENFANTS FEMME/MEDECIN
S13	ANONYMAT NE FAIT JAMAIS DE PREVENTION NEGLENCE DE SA SANTE	MT : OUI - MEDECIN DE FAMILLE CONFIANCE EN LUI AUTO-DIAGNOSTIC/AUTOMEDICATION SOIGNE A L'HOPITAL RECHERCHE COMPETENCE	ROLE D'ORIENTATION DIFFICULTES A NE PAS S'IMPLIQUER A SOIGNE SA FILLE MESSAGE DIFFICILE DE NE PAS SOIGNER SES PROCHES
S14	NE S'AUTORISE PAS A PRENDRE LE TEMPS DE SE SOIGNER	MEDECIN DU TRAVAIL/500 EMPLOYES PLACE DE L'ENTRAIDE MT : NON/SOI-MEME	
S15	DIT QU'IL EST MEDECIN		INCONCEVABLE DE NE PAS ETRE LE MEDECIN TRAITANT DE SES ENFANTS

	<p>MAUVAISE ACCEPTATION DE LA MALADIE/DE LA POSSIBILITÉ D'ÊTRE MALADE</p> <p>TENDANCES BANALISATION vs DRAMATISATION</p> <p>PERTE OBJECTIVITÉ</p> <p>DIFFICULTÉS A FAIRE CONFIANCE</p> <p>EXAMENS DE DEPISTAGE FAITS</p> <p>NE FAIT PAS ATTENTION A SA SANTÉ</p>	<p>AMBALENCE RAPPORTS AUX SOIGNANTS</p> <p>AUTO-PRESCRIPTIONS</p> <p>SOIGNÉ PAR DES SPECIALISTES</p> <p>RECHERCHE COMPÉTENCE/AUTORITÉ</p> <p>MÉDECINE DU TRAVAIL OCCASIONNELLEMENT</p>	<p>NE VEUT PAS DE LA POSITION DE « DOCTEUR »</p> <p>ROLE DE TRIDÉCOUPE</p> <p>ROLE D'ORIENTATION</p> <p>RESTE INTERVENTIONNISTE</p> <p>A DU MAL A FAIRE CONFIANCE</p>
S16	<p>DIRE QU'IL EST MÉDECIN</p> <p>PLACE DU SECRET MÉDICAL</p> <p>- D'ARGUMENTATION SI SA PEC</p> <p>DISCIPLINÉE A PRENDRE SES TRAITEMENTS</p> <p>NE FAIT PAS ATTENTION A SA SANTÉ</p>	<p>RECHERCHE COMPÉTENCES HUMAINES ET TECHNIQUES</p> <p>PERSONNES DE CONFIANCE</p>	<p>EST LE MÉDECIN TRAITANT DE SA FAMILLE</p> <p>IMPORTANCE DE SE PROTÉGER</p> <p>FILLE DE MÉDECIN</p>
S17	<p>DIRE QU'IL EST MÉDECIN</p> <p>NE SE SOIGNE PAS</p> <p>SOUHAITE PAYER SA CONSULTATION</p> <p>ATTENTE DELIVRANCE INFORMATION</p>	<p>AUTO-DIAGNOSTIC/AUTO-PRESCRIPTION</p> <p>SOIGNE AL HOPITAL</p> <p>PAS SUR SON LIEU DE TRAVAIL PAR CONFIDENTIALITÉ/PEUR D'ÊTRE TRAITÉ</p> <p>DIFFERENCIEMENT</p> <p>RECHERCHE COMPÉTENCE</p> <p>PAS DE SUIVI EN MÉDECINE DU TRAVAIL</p>	<p>A SOIGNE SES BEAUX PARENTS</p> <p>REGRET DE L'AVOIR FAIT</p> <p>ROLE D'ORIENTATION</p> <p>NE SOUHAITE PAS S'IMPLIQUER</p>
S18	<p>DIRE QU'IL EST MÉDECIN</p> <p>ATTENTE DELIVRANCE INFORMATION</p> <p>NE FAIT PAS DE PREVENTION</p> <p>NE SE SOIGNE PAS</p> <p>SOUHAITE PAYER SANS DÉPASSEMENT</p>	<p>RECHERCHE COMPÉTENCE HUMAINES ET TECHNIQUES / REPUTATION SERVICE</p> <p>POURQUOI PAS SUR SON LIEU DE TRAVAIL</p> <p>PAS DE MÉDECINE DU TRAVAIL</p>	<p>ROLE D'ORIENTATION</p> <p>CONSEILS ECLAIRÉS</p>
S19	<p>PEU DE PREVENTION</p> <p>NE SOUHAITE PAS PAYER</p>	<p>SUIVI HOSPITALIER OU CORRESPONDANTS LIBÉRAUX CONNUS</p> <p>SPECIALISTES</p>	<p>EST LE MÉDECIN TRAITANT DE SA FAMILLE</p> <p>SE PASSE BIEN</p> <p>PEUR QU'ILS SOIENT MAL PRIS EN CHARGE</p> <p>EST LE MÉDECIN TRAITANT DE SES ENFANTS</p>
S20	<p>DIRE QU'IL EST MÉDECIN</p> <p>DECOUVERTE FORTUITE DE LA MALADIE</p> <p>CHANGEMENT DE REGARD DES PATIENTS</p> <p>APPRENTISSAGE DE LA PATHOLOGIE/SUR SOI MEME</p> <p>DEVENU « SPECIALISTE »</p> <p>CHANGEMENT DE PRATIQUES</p> <p>CHANGEMENT DE PATIENTIELE</p> <p>CHANGEMENT DE RYTHME DE VIE</p>	<p>RECHERCHE COMPÉTENCE</p> <p>ACCOMPAGNEMENT</p> <p>PAS A QUELQU'UN DE MÊME COMPÉTENCE : SUR-SPECIALISTE</p> <p>BESOIN D'ANAYMAT</p> <p>RISQUES/DIFFICULTÉS A ÊTRE SON PROPRE MT</p>	<p>3 CLASSES DE PATIENTS DANS LES FAMILLES : CONFANTS/NEGOCIATEURS/RETICENTS</p> <p>PATHOLOGIES BÉNIGNES</p> <p>FILLE SOIGNÉE PAR INTERNET</p> <p>S'OCCUPE PLUS DE LEUR MALADIE QUE DE LEUR SANTÉ</p>

	ANALYSE DE LA CONTRAINTE	AIDES PROPOSEES POUR LA PRISE EN CHARGE CONSEILS POUR LA PEC/AIDES DISPONIBLES	FORMATION NECESSAIRE PSYCHOTHERAPIE ?
S1	IDENTIFICATION DITANCION DIFFICULTÉ A SOIGNER L'AUTRE PUISQUE L'AUTRE EST COMME MOI	EXPERIENCE PSYCHANALYSE IMPORTANCE CADRE DE PEC	DANS LE RAPPORT ETRE SUR DE SOUFAIRE COMME SI
S2	CEL CRITIQUE PAR RAPPORT A L'AUTRE DIFFERENCES DE RAPPORTS ABSENCE DE DOUTE PERMIS	CONFIANCE EN SOI EXPERIENCE TRAVAIL EN EQUIPE ASSURANCE	PAS DE FORMATION DOIT ETRE UN PATIENT COMME LES AUTRES PAS DE STRUCTURES SPECIALISEES
S3	MAUVAISES CONDITIONS DE TRAVAIL	RESEAUX GROUPES DE PAIRS PREVENTION FMC ENTRAIDE POSER D'EMBLEE LA RELATION	PAS DE FORMATION A PRIORI TOUJOURS INTERESSANT D'Y REFLECHIR TRAVAIL AVEC LES PSYCHIATRES SUR LA RELATION
S4	PEC + DIFFICILE STIMULATION INTELLECTUELLE	ANALYSE RELATION EXPERIENCE	
S5	MANQUE DE DEONTOLOGIE JUGEMENT / CEL CRITIQUE CONFRONTATION DES PERSPECTIVES DIFFICILES CONTRAINTES LOGISTIQUE	ENTRAIDE/CONFRATERNITE AIDE DES PSYCHOLOGUES EXPERIENCE RESEAUX	
S6	PEC + DIFFICILE QUAND L'ALTERITE EST SEMBLABLE DIFFERENCES DE RELATIONS PIEGES A EVITER : TUTOIEMENT, INTERFERENCE, CONVIVENCE DEN	PSYCHANALYSE SAVOIR DELEGUER DEBRIEFING/STAFFS TRAVAIL EN EQUIPE ETRE MALADE SOI MEME	TRAVAIL SUR CAPACITES RELATIONNELLES COMMISSION D'EXPERTS SENSIBILISATION INFORMATION SUR PIEGES A EVITER PSYCHANALYSE/ANALYSES DES PRATIQUES
S7	+ DE CONCEPTION DES CONSEQUENCES SOCIO-PROFESSIONNELLES ABSENCE DE GUERISON/ATTENDRE HANDICAPS	CONSULTATION AUPRES DE MEDECINS DIPLOMES IMPORTANCE DU CADRE DE PEC PRENDRE CONSCIENCE DE SES LIMITES	PAS DE FORMATION
S8	IDENTIFICATION SURCONSOMMATION EX COMPL OBSTACLES AUX SOINS	CADRER HYPOTHESES DIAGNOSTIQUES LISTE ERREURS/PIEGES A EVITER POSER LA RELATION D'EMBLEE ETRE SOI MEME MALADE	INFORMATION SUR PIEGES A EVITER DOIT ETRE UN PATIENT COMME LES AUTRES
S9	CONTRAINTES LOGISTIQUE + MAL A LAISE	INFORMATION REFLEXION EXPERIENCE	PAS DE FORMATION
S10	IDENTIFICATION DITANCION PROJECTIONS	AIDE DES FAMILLES CADRER DIAGNOSTICS/NOUVEAUX DE PEC PLACE DES AIDANTS PARCOURS DE SOINS	PAS DE FORMATION
S11	PAS DE CONTRAINTE PARTICULIERE	POSER LA RELATION D'EMBLEE PLACE PAIEMENT DE CONSULTATION DISCUSSIONS/DEBRIEFING	PAS DE FORMATION PAS DE STRUCTURE POUR MEDECINS PAS DE FORMATION
S12	CONTRAINTES LOGISTIQUE AMENAGEMENT DES DIFFERENCES AVEC LE TEMPS RISQUES AUTO-PRESCRIPTIONS/PERTE CONTROLE SUR LA PEC	EXPERIENCE RESEAUX PLACE DU MT	
S13	RISQUES AUTO-PRESCRIPTIONS MAUVAISES CONDITIONS DE TRAVAIL PEUR JUGEMENT	PLACE DU MEDECIN TRAITANT ROLE DE LA MEDECINE DU TRAVAIL ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE DEBRIEFING/STAFFS EQUILIBRE FAMILLE/TRAVAIL AIDE DES FAMILLES	PAS DE FORMATION
S14	IMPACT SANTE DES MEDECINS SUR LA QUALITE DES SOINS PEUR ERREUR MEDICALE MAJORATION DES CONTRAINTES HORAIRES/RESPONSABILITES ADMINISTRATIF >>> SANTE DES SOIGNANTS	ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE DEBRIEFING/STAFFS PRISE EN CHARGE GLOBALE TRAVAIL EN EQUIPE AMENAGEMENT DES ESPACES DE TRAVAIL EQUILIBRE FAMILLE/TRAVAIL	DEVELOPPEMENT RESEAUX VILLE/HOPITAL EDUCATION DES PATIENTS COORDINATIONS DES SOIGNANTS ETABLISSEMENT SYSTEMATIQUE D'UN PROJET DE SOINS
S15	IDENTIFICATION MIROIR RELATIONNEL ECLATEMENT DE LA PERSONNE = ECLATEMENT DES DIAGNOSTICS ET EX COMPL RETICENCE A DELEGUER CONNAISSANCE MS MANQUE DE RECUIL : MAUVAISE PEC	PLACE PREVENTION ADMETTRE SES LIMITES CAPACITE A IMPOSER SES DECISIONS EXPERIENCE CONFIANCE EN SOI PLACE DU MT	PAS DE FORMATION

S16	<p>CONNAISSANCE DES REPONSES ATTENDUES DENI IMPORTANT DEUIL TOUTE PUISSANCE DU MEDECIN DISTANGIATION/PROXIMITE FRAGILITE DE PAR L'IMPLICATION EMOTIONNELLE CONDITION DE TRAVAIL</p> <p>CONTRAINTES LOGISTIQUES NIVEAU D'EXIGENCE SUPPLEMENTAIRE + ATTENTION A LA PEC DISTANGIATION RISQUES DES INTERFERENCES TRANSFERT PEUR JUGEMENT PUIDEUR PARTAGE DE SOUFFRANCES FRAGILITE DE PAR L'IMPLICATION EMOTIONNELLE DIFFICULTE SUPPLEMENTAIRE + ATTENTION A LA PEC PEUR JUGEMENT</p> <p>RECONNAISSANCE PATHOLOGIES PROFESSIONNELLES ABSENCE D'ENTRAIDE FRAGILITE DUE A UNE + GRANDE EXPOSITION SOUFFRANCE PROFONDEMENT ANCREE DENI OBSTACLES FINANCIERS AUX SOINS MAJORATIONS CONTRAINTE HORAIRES/RESPONSABILITE RISQUES AUTO-PRESCRIPTION</p>	<p>ADMETTRE SES LIMITES HUMOUR ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE/PSYCHANALYSE EQUILIBRE FAMILLE/TRAVAIL GROUPES DE PAIRS ETABLIR UN SUIVI EN LIBERAL/A L'HOPITAL EXPERIENCE PLACE PREVENTION OCCULTER OUI IL EST MEDECIN POSER LA RELATION D'EMBLEE PRISE DE CONSCIENCE S'EVOLUTION SOCIETE HUMILITE/APPRENTISSAGE PERMANENT SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE ADMETTRE SES LIMITES CONTACT HUMAIN OCCULTER QUIL EST MEDECIN ADMETTRE SES LIMITES POSER LA RELATION D'EMBLEE SENSIBILISATION/ENTRAIDE INCITATION A L'INGERENCE CONFRATERNELLE PLACE OBLIGATOIRE DU MIT AUTRE QUE SOI PLACE DE LA PREVENTION SUSPENDRE AUTO-PRESCRIPTION PSYCHOTROPES/ANTALGOLIQUES RECONNAISSANCES DES PATHOLOGIES PROFESSIONNELLES COACHING ACTIVITE/APPRENDRE A DIRE NON EQUILIBRE MEDECINE TRAVAIL ETRE MALADE ANONYMAT RESEAUX DE SOIGNANTS</p>	<p>FORMATION SUR LES MODES DE COMMUNICATION AVEC UN MEDECIN MEDECINS DE MEDECINS STRUCTURES SPECIFIQUES DE PEC</p> <p>PAS DE FORMATION SOIGNER UN MEDECIN COMME UN PATIENT ET ⇔ ?</p> <p>FORMATION SUR LA CAT QUAND LES SOINS DEVIENNENT + COMPLEXES FORMATION AVEC PSYCHIATRES S' RELATIONS AVEC PATIENTS DIFFICILES TROUVER SA PLACE MODES DE PROTECTIONS INDIVIDUELS</p> <p>COURS THEORIQUE SUR LA RELATION MEDECIN/PATIENT</p> <p>MEDECINS EXPERTS STRUCTURES DE PEC SPECIFIQUES APPRENTISSAGE DES MALADIES PROFESSIONNELLES FORMATIONS AUX TCC/ENTRETIENS MOTIVATIONNELS INFO S/ POSSIBILITE D'ENTRAIDE/RECLASSEMENT PROFESSIONNEL DEPISTAGE PRECOCE DES FACTEURS DE RISQUES : OH, PB FINANCIERS, PB CONJUGAUX, PB JUDICIAIRES, PATHOLOGIES ORG/PSY INFORMATIONS S/ CONTRATS THERAPEUTIQUES/CELLULES D'AIDE A LA REPRISE</p>
S17			
S18			
S19			
S20			

## 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

  
**P. HAMMEL**  
Pôle des Maladies de l'Appareil Digestif  
SERVICE DE GASTROENTÉROLOGIE PANCRÉATOLOGIE  
H. BEAUJON  
50718 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

## RÉSUMÉ

Comme tout être humain et malgré des spécificités à explorer encore, le médecin est bel et bien exposé à la maladie qu'elle soit ou non liée à son exercice professionnel. Pourtant, sa prise en charge est souvent différente, du fait de ses connaissances médicales et de la relation avec ses soignants induite par son appartenance au milieu médical. Ce travail a été mené pour préciser les spécificités de la maladie chez les médecins : comment sont-ils soignés par leurs confrères ? A quels problèmes sont-ils confrontés ? Quelles sont les spécificités de prise en charge ? Il s'agit en réalité d'une double thèse : une thèse en miroir sur le vécu du médecin lorsqu'il tombe malade a été menée en parallèle. Ici, nous avons réalisé une étude qualitative à partir des témoignages de 20 médecins franciliens, hospitaliers ou libéraux, spécialistes ou généralistes, via un questionnaire à questions ouvertes sur les modalités de soins aux médecins. Les réponses ont été codées et analysées par les deux thésardes. L'analyse des résultats a révélé de fortes spécificités de prises en charges des médecins. Certaines caractéristiques facilitantes ont été évoquées : rapidité de soins, connaissance du milieu, aspect logistique. Plusieurs difficultés ont été également repérées autour des problèmes de connivence, de distanciation, de projections, de crainte du jugement et d'identification à l'autre. Deux solutions principales ont été suggérées par les soignants : oublier la profession d'un médecin malade et empêcher ce dernier d'intervenir dans sa propre prise en charge, mais leur mise en oeuvre n'est pas évidente. Les groupes de paroles, la sensibilisation des médecins à leur propre santé et une réelle réflexion sur les concepts de santé, de soin et de maladie ont largement été plébiscités. Ces concepts appellent à la réalisation d'études plus larges sur la santé des médecins et à une réflexion concernant les dispositifs optimaux de soins, notamment en cas de troubles addictifs, psychiatriques ou d'épuisement professionnel.

## MOTS-CLÉS

- MEDECINE GÉNÉRALE
- SANTÉ DES MÉDECINS
- ETUDE QUALITATIVE
- SPÉCIFICITÉS DE PRISES EN CHARGES
- DISTANCIATION
- CONNIVENCE
- INTERFÉRENCE DU SAVOIR
- SENSIBILISATION DES SOIGNANTS