

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2013

N° 002

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

Par

Aurélie BAUGUION

née le 15 mars 1984 à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le *mardi 26 mars 2013*

QUAND LE MEDECIN GENERALISTE SOIGNE UN DE SES CONFRERES : UNE
CONSULTATION DIFFICILE ?

Président : Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jean-Paul CANEVET

Membres du jury : Monsieur le Professeur Jean-Luc VENISSE
Monsieur le Professeur Mohamed HAMIDOU

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| SOMMAIRE | 2 |
| INTRODUCTION | 5 |
| MATERIEL ET METHODES | 6 |
| A- DEFINITIONS | 6 |
| 1- <i>Le médecin</i> | 6 |
| 2- <i>Le patient</i> | 6 |
| B- TYPE D'ETUDE | 7 |
| C- SELECTION DES MEDECINS INTERROGES | 7 |
| 1- <i>Echantillon</i> | 7 |
| 1.1- Critères d'inclusion..... | 7 |
| 1.1.1- Pratique de la médecine générale libérale | 7 |
| 1.1.2- Géographie | 7 |
| 1.1.3- Parité..... | 7 |
| 1.1.4- Age | 7 |
| 1.2- Critères de non-inclusion | 7 |
| 2- <i>Mode de recrutement</i> | 7 |
| 3- <i>Détermination du nombre de patients à inclure</i> | 8 |
| D- LA METHODE..... | 8 |
| 1- <i>Les entretiens</i> | 8 |
| 2- <i>Guide d'entretien</i> | 8 |
| 3- <i>Entretien test</i> | 10 |
| 4- <i>Analyse du contenu</i> | 10 |
| RESULTATS | 11 |
| A- PRESENTATION DES DONNEES GENERALES DE L'ENQUETE | 11 |
| 1- <i>Caractéristiques de l'échantillon</i> | 11 |
| 1.1- Nombre de médecins interrogés | 11 |
| 1.2- Modalités d'exercice..... | 11 |
| 1.3- Zones d'exercice de démographie variable | 11 |
| 1.4- Durée d'activité, en installation, variable | 11 |
| 1.5- Parité..... | 11 |
| 1.6- Age..... | 11 |
| 1.7- Formation médicale continue | 11 |
| 2- <i>Caractéristiques des entretiens</i> | 12 |
| B- PRESENTATION DES RESULTATS DES ENTRETIENS | 12 |
| 1- <i>Le médecin : un patient pas comme les autres ?</i> | 12 |
| 1.1- Des compétences médicales identiques | 12 |
| 1.2- Anxiété..... | 13 |

| | | |
|------|--|-----------|
| 1.3- | Négligence | 14 |
| 1.4- | Déni | 15 |
| 1.5- | De la toute-puissance à la difficulté d'accepter son rôle de patient | 16 |
| 1.6- | Confrontation de pouvoirs | 17 |
| 1.7- | Manque de temps | 17 |
| 1.8- | Choix de médecin traitant | 18 |
| 2- | <i>Un médecin thérapeute sous pression?</i> | 20 |
| 2.1- | Pression dans les performances et les compétences | 20 |
| 2.2- | Surinvestissement | 21 |
| 2.3- | Sous investissement | 22 |
| 2.4- | La crainte du jugement | 23 |
| 2.5- | Une communication verbale identique | 24 |
| 2.6- | Tentative de meilleure maîtrise de l'investissement affectif | 25 |
| 2.7- | Perceptions de la relation | 26 |
| 3- | <i>Particularités de la technique d'examen</i> | 30 |
| 3.1- | Interrogatoire | 30 |
| 3.2- | Examen clinique | 31 |
| 3.3- | Examens complémentaires et avis spécialisés | 32 |
| 3.4- | Traitement | 34 |
| 3.5- | Suivi | 37 |
| 3.6- | Païement | 38 |
| 4- | <i>Stratégies relationnelles pour maîtriser la relation entre un médecin et un patient-médecin</i> | 42 |
| 4.1- | Un cadre formel | 42 |
| 4.2- | Définition du rôle de chacun | 44 |
| 4.3- | La confidentialité préservée | 46 |
| 4.4- | Des patients comme les autres | 46 |
| 4.5- | Se connaître soi-même | 48 |
| 4.6- | Etre patient soi-même | 49 |
| 5- | <i>Perspectives et propositions pour améliorer la relation médecin/patient-médecin</i> 51 | |
| 5.1- | Un médecin référent pour tous | 51 |
| 5.2- | Des formations à envisager | 52 |
| 5.3- | Une capacité inhérente au médecin soignant | 54 |
| 5.4- | Déléguer la prise en charge en cas de difficultés | 55 |
| | DISCUSSION | 56 |
| A- | LIMITES DE L'ETUDE | 56 |
| 1- | <i>Biais de sélection et de recrutement</i> | 56 |
| 2- | <i>Limites liées à la petite taille de l'échantillon</i> | 56 |
| 3- | <i>Biais liés aux entretiens</i> | 56 |
| 3.1- | Biais liés à la réalisation des entretiens | 56 |
| 3.2- | Biais de rappel | 57 |
| 3.3- | Biais de déclaration | 57 |

| | | |
|-------|---|-----------|
| 3.4- | Biais liés aux analyses des entretiens | 57 |
| B- | LES DETERMINANTS DE LA RELATION MEDECIN/MEDECIN-MALADE..... | 57 |
| 1- | <i>Les médecins malades</i> | 57 |
| 1.1- | Les connaissances médicales..... | 58 |
| 1.2- | La difficulté d'accepter le statut de malade..... | 58 |
| 1.3- | Des réactions inappropriées..... | 59 |
| 1.4- | Peu de suivi..... | 60 |
| 2- | <i>Les médecins soignants</i> | 60 |
| 2.1- | Sur ou sous-investissement..... | 60 |
| 2.2- | Un investissement affectif plus important | 61 |
| 2.3- | Perception de la relation | 61 |
| 2.4- | Difficulté du jugement..... | 62 |
| 2.5- | Profils des médecins interrogés | 62 |
| 3- | <i>Particularités de l'examen</i> | 63 |
| 3.1- | Interrogatoire et communication | 63 |
| 3.2- | Examen clinique | 63 |
| 3.3- | Auto prescription et auto-traitement..... | 64 |
| 3.4- | Paie ment | 64 |
| 3.5- | Etre son médecin traitant | 65 |
| C- | STRATEGIES ET PROPOSITIONS POUR UNE RELATION OPTIMALE ENTRE UN MEDECIN SOIGNANT ET UN MEDECIN-PATIENT | 66 |
| 1- | <i>Stratégies à mettre en œuvre pour une relation de qualité</i> | 66 |
| 1.1- | Eviter le VIP syndrome | 66 |
| 1.2- | Consultation formelle | 67 |
| 1.3- | Clarifier le rôle de chacun | 67 |
| 1.4- | Information complète avec participation à la décision..... | 68 |
| 1.5- | Confidentialité | 68 |
| 1.6- | Auto-prescription supervisée..... | 68 |
| 1.7- | Paie ment | 69 |
| 1.8- | Déléguer si problème..... | 69 |
| 1.9- | Etre patient soi-même..... | 69 |
| 1.10- | Un patient standard..... | 69 |
| 2- | <i>Formations</i> | 70 |
| 2.1- | Formation universitaire..... | 70 |
| 2.2- | Formation continue..... | 70 |
| 2.3- | Des formations spécifiques..... | 70 |
| 2.4- | Une expérience autonome | 71 |
| | CONCLUSION | 72 |
| | BIBLIOGRAPHIE | 73 |

INTRODUCTION

Si l'on considère l'ensemble de la littérature française actuelle, un constat s'impose très nettement : peu d'études ont été menées en France sur la santé des médecins et encore moins sur celle des médecins libéraux (1).

Alors que la littérature médicale est prolix sur les descriptions des maladies, les évaluations de bénéfices de soins et de plus en plus sur les particularités de la relation existant entre un médecin et son patient, on note un silence, qui, même si il tend à s'effacer, reste d'actualité quand on parle du médecin malade. Montaigne dit «La maladie du médecin est un scandale» et Voltaire surenchérit «Il n'y a rien de plus ridicule qu'un médecin qui ne meurt pas de vieillesse». Cette pression sociétale et culturelle renforce le médecin dans le sentiment qu'il ne peut être malade, fantasme de toute-puissance face à la maladie.

Quand le médecin réussit à outrepasser ce fantasme pour endosser la position de malade, il devient patient avec la nécessité d'être pris en charge par un autre médecin. Mais qu'en est-il de cette relation particulière qui existe entre un médecin et un patient-médecin, quand les rôles sont asymétriques? La position du médecin-malade dans cette relation a été étudiée mais que dire de celle du médecin qui doit soigner un de ses confrères? Quelles sont les particularités de cette relation?

Pour tenter de mieux appréhender les particularités de la relation entre un médecin et un patient, lui-même médecin, nous avons interrogé 13 médecins généralistes volontaires de Loire-Atlantique et de Vendée sur ce thème. Au cours d'entretiens semi-dirigés nous avons recueilli leurs expériences de soignant dans cette relation dualiste.

MATERIEL ET METHODES

A- Définitions

1- Le médecin

Le médecin est une personne qui, titulaire du diplôme en médecine, exerce la médecine. La médecine correspond à l'ensemble des connaissances scientifiques et des moyens de tous ordres mis en œuvre pour la prévention, la guérison ou le soulagement des maladies, blessures ou infirmités. (2). La médecine générale-médecine de famille est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires.

Les médecins généralistes-médecins de famille sont chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. (3)

2- Le patient

Le terme patient est souvent renvoyé à celui de personne soignée. Il s'agit alors d'une personne qui présente un ou plusieurs problèmes de santé pour lesquels elle a recours aux soins. (4) Le patient est une personne qui subit un traitement, une opération chirurgicale, etc... (2) Lors de la relation médecin-patient, il se dégage quelques réactions inhérentes au fait d'être patient à savoir l'observance (terme pharmacologique qui décrit le degré de conformité de ce qui a été pris à ce qui a été prescrit) qui découle de la compliance (tolérance à la contrainte) et de l'adhésion.

B- Type d'étude

Il s'agissait d'une étude compréhensive qualitative menée par des entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes volontaires et centrée sur leurs expériences de la relation entre un médecin et un médecin-malade

C- Sélection des médecins interrogés

1- Echantillon

1.1- Critères d'inclusion

1.1.1- Pratique de la médecine générale libérale

Seuls étaient recrutés des médecins généralistes exerçant en milieu libéral, installés.

1.1.2- Géographie

Les médecins devaient exercer en Loire-Atlantique et en Vendée dans différents milieux (rural, semi-rural, urbain, semi-urbain).

1.1.3- Parité

L'échantillon devait comporter des hommes et des femmes en proportion quasi identique.

1.1.4- Age

Des médecins d'âges différents étaient recherchés.

1.2- Critères de non-inclusion

Nous avons exclu de notre étude les médecins généralistes non thésés, non installés. Les médecins retraités et les médecins n'ayant pas de patient-médecin dans leur patientèle étaient retirés de notre enquête. Pour des raisons d'impartialité et de confidentialité lors de l'évaluation, ainsi que pour éviter des biais de sélection lors du recrutement, nous n'avons pas interrogé de membre du jury.

2- Mode de recrutement

Le recrutement s'est fait par le biais de nos connaissances de médecins dans le cadre purement professionnel puis, par extension, par les contacts des médecins interrogés eux-mêmes. Tous les médecins étaient sollicités soit par téléphone soit par courriel. Que ce soit par l'un ou l'autre des modes de communication, seuls la thématique, l'objectif de recherche

et la méthode étaient décrits succinctement. Il était nécessaire que les médecins interrogés aient des médecins dans leur patientèle. Quand tel était le cas, tous les médecins ont répondu favorablement. La répartition géographique était donc totalement aléatoire dans les départements de Loire-Atlantique et Vendée.

3- Détermination du nombre de patients à inclure

Etant donné le caractère qualitatif de l'étude, nous nous étions fixées comme objectif l'obtention de la saturation des données. Par saturation des données, il faut comprendre atteinte du moment où le recueil des données et leur analyse n'apportent pas d'élément nouveau pour accroître la compréhension du phénomène observé. (5) Dans notre étude, la saturation des données correspondait à l'absence d'élément nouveau obtenu après plusieurs entretiens menés auprès des médecins généralistes.

D- La méthode

1- Les entretiens

Le recueil des données a été effectué par des entretiens semi-dirigés, également appelés semi-directifs. Il s'agit d'une méthode qualitative permettant à la personne interrogée de s'exprimer librement sur un sujet même si une trame permet à l'enquêteur de relancer voire de préciser des items. (6) Cette méthode est particulièrement adaptée à l'expression du vécu ainsi qu'à la compréhension des déterminants des pratiques et permet une liberté d'expression pour les médecins interrogés, sans cadrage formel ni jugement de la part de l'enquêtrice.

Après accord préalable des médecins interrogés, les entretiens étaient enregistrés sur dictaphone puis retranscrits dans leur intégralité par écrit, mot par mot, fidèle au langage parlé en essayant au maximum de respecter le rythme de la conversation grâce à la ponctuation.

Pour des raisons de confidentialité, d'anonymat et afin de ne pas porter préjudice aux médecins enquêtés (petite communauté fermée) il ne nous est pas permis de présenter dans ce travail les retranscriptions écrites des entretiens dans leur totalité.

2- Guide d'entretien

Il sert de trame en évoquant plusieurs thèmes différents et en permettant d'orienter l'entretien notamment avec des questions ouvertes. Ces différentes parties pouvaient être abordées spontanément par l'interviewé ou guidées par nos questions lors du déroulement de

la discussion. Par ailleurs, le guide nous a permis de vérifier que nous abordions tous les thèmes à chaque entretien.

7 principales parties composaient la trame du guide d'entretien :

- Première partie: Présentation de l'étude

Cette première partie nous permettait de redéfinir notre thème avec une présentation de notre travail et d'entrer en contact avec le médecin interrogé.

- Deuxième partie: Description des situations vécues

Dans cette deuxième partie, les médecins étaient invités à raconter et décrire l'ensemble des situations vécues en tant que médecin d'un patient lui-même médecin.

- Troisième partie: Particularités de la relation entre un médecin et un patient-médecin

Nous demandions aux enquêtés si, à leur avis, il existait des particularités dans la relation mettant en scène un médecin et un médecin devenu patient. Si tel était le cas, ceux-ci étaient conviés à nous dévoiler les domaines mettant en évidence ces particularités en les détaillant au maximum.

- Quatrième partie: Actions mises en place pour dépasser ces particularités

Cette partie était consacrée aux efforts mis en place par les médecins pour dépasser ces particularités souvent considérées comme des difficultés dans la littérature.

- Cinquième partie: Description de la relation idéale

Nous interrogeons les enquêtés sur les déterminants d'une relation idéale entre un médecin et un patient-médecin. En corollaire, nous leur demandions les actions possibles à mettre en œuvre pour l'amélioration d'une telle relation.

- Sixième partie: Raison d'un refus de suivi d'un patient confrère

Dans cette sixième partie, et si il y avait eu refus de suivi d'un confrère, les raisons d'un tel refus étaient analysées.

- Septième partie: Conclusion

Avant de remercier le médecin de sa participation à notre étude, nous lui rappelions la problématique initiale et lui demandions de nous redécrire si elles existaient les particularités de la relation entre un médecin et un patient-médecin afin de conclure. Ensuite, le médecin était invité à nous dévoiler des données de type administratif (son âge, ses modalités d'exercice, sa participation à une formation médicale continue).

3- Entretien test

Afin d'élaborer ce guide d'entretien et pour nous permettre de mieux cerner la problématique avant le début de l'étude (la revue de la littérature étant pauvre sur ce sujet), nous avons interrogé deux médecins au hasard dans nos connaissances professionnelles. Ces deux médecins ne font pas partie de la population étudiée mais ces entretiens ont été enregistrés et analysés afin de compléter notre guide d'entretien et de mieux appréhender les déterminants de la relation médecin/patient-médecin.

4- Analyse du contenu

Nous avons tenté, par une sélection manuelle des données, d'analyser et de regrouper les pratiques déclarées en thème et sous-thème et ce, dans un but descriptif, pour répondre à notre problématique.

RESULTATS

A- Présentation des données générales de l'enquête

1- Caractéristiques de l'échantillon

1.1- Nombre de médecins interrogés

A partir du onzième entretien, il apparaissait clair que nous arrivions à saturation théorique des données avec une redondance dans les éléments rapportés. Pour vérifier celle-ci, nous avons poursuivi notre enquête avec deux médecins supplémentaires, soit un total de 13 médecins généralistes interrogés.

1.2- Modalités d'exercice

Les 13 médecins généralistes exerçaient en association.

1.3- Zones d'exercice de démographie variable

4 médecins généralistes (31%) exerçaient dans le département de la Vendée et les 9 autres (69%) exerçaient en Loire-Atlantique. 1 médecin exerçait en milieu rural (8%), 2 en milieu semi-rural (15%), 2 en milieu semi-urbain (15%) et 8 en milieu urbain (62%). On a noté un exercice majoritairement urbain des médecins interrogés.

1.4- Durée d'activité, en installation, variable

5 médecins étaient installés depuis 6 mois à 7 ans, 5 de 22 ans à 29 ans et 4 installés depuis plus de 30 ans.

1.5- Parité

L'échantillon comprenait 6 hommes (46%) et 7 femmes (54%).

1.6- Age

Les 13 médecins avaient un âge compris entre 33 et 62 ans. L'âge moyen était de 45 ans. On a noté dans la tranche d'âge de 30 à 40 ans, 5 médecins qui étaient toutes des femmes. Les 6 hommes étaient âgés de 50 à 62 ans. 2 femmes étaient âgées de 54 et 55 ans.

1.7- Formation médicale continue

9 médecins interrogés (69%) faisaient partie d'une formation médicale continue.

2- Caractéristiques des entretiens

Les entretiens se sont déroulés entre le 19 mars et le 6 juin 2012.

La durée des entretiens s'échelonnait de 25 minutes à 1h30, avec une variabilité selon les interviewés. On notait une durée moyenne de 41 minutes pour l'ensemble. Les entretiens se sont déroulés pour 8 d'entre eux au domicile des médecins généralistes pour des raisons de commodité (journée de repos) et pour les 5 autres, à leur cabinet, toujours sur rendez-vous.

Le principal critère d'inclusion de notre étude était la présence d'au moins un patient-médecin dans la patientèle du médecin interrogé. On a noté la présence de 1 à 7 patients-médecins dans chaque patientèle (44 médecins –patients) avec une moyenne de 3 patients-médecins.

On a pu noter une prépondérance des spécialités de médecine générale chez ces patients. En effet, 24 étaient médecins généralistes (3 retraités), 3 médecins du travail, 13 médecins spécialistes (2 retraités), 4 médecins scolaires (1 retraité).

B- Présentation des résultats des entretiens

1- Le médecin : un patient pas comme les autres ?

Tous les participants de notre enquête s'accordaient à dire que les médecins étaient des patients possédant des particularités inhérentes à leur profession. Certains, mêmes, n'hésitaient pas à affirmer qu'un médecin est un «mauvais patient».

1.1- Des compétences médicales identiques

Un médecin, de par sa profession, ses formations, possède des connaissances médicales que ne possède pas un autre patient. Ainsi, il existait, selon les médecins interrogés un niveau de compétences identique entre les deux protagonistes avec parfois une négation de l'altérité.

«Elle a les mêmes connaissances que moi, elle fait les mêmes formations continues...on connaît la même chose.»

«Oui parce que, il connaît les...il est censé connaître un peu les pathologies, les traitements, les démarches décisionnelles.»

«Est-ce qu'il faut vraiment se dire que c'est un patient lambda sachant qu'il a quand même des connaissances médicales, euh autant que nous... ?»

«On n'est plus dans une relation classique médecin-patient. Y en a un qui a la connaissance et l'autre qui la reçoit...il a les compétences que l'autre n'a pas...Quand on est face à un médecin, on est tous les deux, pour moi, à niveau de compétences équivalentes donc

on est dans une relation de patient à médecin sauf que les deux savent... finalement la décision qu'on prend il est autant capable que nous de la prendre... »

«On sait très bien les tenants et les aboutissants des maladies, des traitements...»

Ils signalaient même parfois l'existence d'un échange confraternel sur la conduite à tenir, les nouveautés médicales, avec partage de leurs expériences.

«Enfin, je faisais ses examens, on discutait, on papotait, et par exemple, l'histoire du triple test, ça a changé, ça a été au premier trimestre, c'est elle qui me l'a annoncé, elle m'a tout dit, où il fallait que je me renseigne, impeccable! Elle m'a apporté une aide.»

«On partage nos expériences, elle me... elle m'explique, elle a fait beaucoup de médecine humanitaire donc elle me parle de ça.»

«Ca permet quand même des échanges mutuels, on s'apprend des choses l'un et l'autre.»

Ainsi, grâce à ses connaissances et son savoir, le patient-médecin était considéré, selon certains, comme potentiellement plus apte à avoir un avis sur sa pathologie en ayant des arguments non disponibles au patient «standard».

«Il a quand même des connaissances qui font, qu'il peut, lui, avoir un avis que le patient peut avoir aussi parce qu'il est allé voir sur internet ou des choses comme ça, mais qui n'est pas obligatoirement tout à fait réel, enfin tout à fait bon...argumenté. Alors que là, le médecin aura au moins, à part les maladies graves, une argumentation qui est quelque fois plus difficile à discuter...».

Par ailleurs, les interviewés avaient la sensation que ce savoir acquis était, pour leur patient, un rempart fantasmé aux pathologies. Un médecin nous a dit *«que le fait de connaître protège. Le fait de savoir...le savoir protège! Alors qu'en fait, il est pas protecteur...»*

1.2- Anxiété

Il semblait, selon les interviewés, que les médecins devenus patients oscillaient entre deux comportements contradictoires.

«Est-ce qu'après on est dans le déni? Je pense qu'on est dans les deux excès. Peut-être qu'on va plus s'inquiéter...Je pense qu'on s'inquiète soit trop, soit pas assez, même pour soi-même quoi!».

Ainsi, ils décrivaient chez leurs patients-médecins soit un comportement négligent teinté de déni, soit au contraire une anxiété massive concernant leur santé pour laquelle le médecin thérapeute pratiquait une réassurance avec objectivation des données.

«Elle avait besoin que je la conforte dans ses choix, dans ses manières de faire et puis si! De me demander mon avis...un peu un appoint avec un peu de recul parce qu'elle était anxieuse mais elle était très, très...tout à fait consciente qu'elle était très anxieuse et qu'elle voulait voir un peu ce qui était de l'ordre de son angoisse ou de l'ordre de la...Donc je venais un peu objectiver les choses...»

«Il y a peut-être plus d'anxiété chez ce patient-là, peut-être par rapport à certains symptômes parce que l'on sait à quoi ça peut correspondre.»

«...il a pas mal d'angoisses mais comme beaucoup de médecins. Il somatise de temps en temps.»

«Elles viennent parce qu'il faut que je prescrive et qu'elles veulent une réassurance.»

Le médecin-soignant avait alors surtout un rôle de confirmation et de validation.

Du fait de cette anxiété, certains médecins devenus patients avaient, selon leurs soignants, un accès plus facile aux spécialistes sans passer par leur médecin traitant.

«Elle allait beaucoup en accès direct à un spécialiste.»

«Bah d'emblée il va normalement voir que des spécialistes. Il a une petite pharyngite, il va voir l'ORL...»

Certains mêmes, selon un enquêté, n'hésitaient pas à se traiter par leurs propres moyens rapidement avant de demander une confirmation et une validation à leur médecin ce qui posait parfois des problèmes dans la thérapeutique.

«Ca se passe bien son suivi sauf quand elle a quelque chose d'aigu, ça l'inquiète et elle commence à se traiter ou à se gérer toute seule puis après, elle vient quand même me voir pour avoir mon avis. Donc c'est un peu déstabilisant...elle commence à faire des choses de son côté et que moi, j'aurais pas forcément eu cette conduite à tenir...»

Ainsi, un médecin interrogé sur sa patientèle nous a dit qu'un médecin est «un mauvais patient» car anxieux qu'on ne lui dise pas toute la vérité sur sa santé.

«Il a autant les boules que les autres...je pense qu'ils sont des plus mauvais malades que les autres parce que tout à coup, ils paniquent. Ils ont peur qu'on ne leur ait pas tout dit parce que culturellement parlant...les médecins actuels, c'est des gens qui ont quoi? Je dirais pour une cinquantaine d'années, voilà! Ca veut dire qu'ils ont fait leurs études il y a trente ans et y a trente ans on ne disait pas la vérité aux malades. Donc ils sont pas sûrs que maintenant, on leur dit vraiment la vérité...»

1.3- Négligence

Une des caractéristiques fréquemment rapportée du patient-médecin était la négligence qu'il pouvait porter à sa santé, au traitement ou aux examens complémentaires prescrits par son soignant, négligence qui apparaissait plus prégnante chez lui que chez un patient lambda.

«Après, ce que je trouve très compliqué, c'est que...euh on prescrit des choses et ils le font pas forcément quoi! Encore moins que les autres patients...Et en plus, c'est pas des patients faciles parce que, ils vont laisser tomber, ouais, qui vont être négligents quoi!...l'éducation thérapeutique aussi c'est pas...oui bah je connais mais t'entends pas...c'est encore plus compliqué.»

«...c'est encore plus des patients avec qui il y a des espèces d'alarmes, à qui on doit rappeler au bout d'un mois «j'attends, je pensais que vous auriez fait le bilan, je ne l'ai pas reçu».»

«C'est-à-dire qu'ils ne se préoccupent pas assez de leur santé...c'est à peu près «la dernière tension quand est-ce que tu l'as prise? Ton dernier bilan de sang, de quand est-ce qu'il date?»«Ouh! Je sais pas et de toute façon j'ai pas trop envie de le savoir parce que je viens de boire...je sais que j'ai quelques kilos à perdre, je sais que je fais tant, je veux pas le savoir quoi!»...»

«Est-ce que les médecins se font leur dépistage correctement? Bah c'est pas gagné! Qui connaît son chiffre de cholestérol? Je me pose la question.»

De cette négligence découlaient des consultations plus longues que la moyenne, car moins fréquentes, selon les médecins de l'étude.

«On a des consultations qui durent beaucoup plus longtemps quand même. Parce que, en plus, elles sont plus rares.»

«Par le côté négligence aussi, c'est à dire que comme ils ne viennent pas souvent...»

1.4- Déni

La plupart des médecins interrogés insistaient sur l'importance du déni chez les médecins, ceux-ci consultant seulement en dernière limite, à un stade avancé de la pathologie.

«C'est-à-dire qu'ils vont attendre d'avoir très mal pour avoir accès aux spécialistes, alors que, si voilà, ils étaient intervenus plus tôt en médecine générale, il y aurait eu un traitement simple et puis voilà. Et c'est pour ça que je trouve que parfois, on découvre les maladies assez tardivement, enfin, parce qu'ils ont voulu avoir accès directement aux spécialistes et pour pas pas...pour pas que ce soit une maladie minime, ils vont patienter et laisser trainer des choses.»

«Parce que ça va passer ou je ne veux pas voir, il y a quelque chose de cet ordre-là quand même.»

«Après, on a commencé des bilans, un petit peu plus, on s'est un petit peu plus occupé d'elle parce qu'elle était toujours «Non, non! Je n'ai pas le temps pour moi» donc c'était une espèce de fuite...»

«Mais elle était, bon comme tous les médecins, un peu dans le déni des choses, quoi! C'est «Faut pas s'emmerder à faire des examens! Non! J'ai pas de cholestérol, j'ai pas de diabète! On a fait une prise de sang il y a pas longtemps!», 7 ou 8 ans avant! C'était ça!!»

«...je pense qu'il y a beaucoup de médecins qui prennent le problème trop tard quand ça...En fait, y a souvent des choses avant. Y avait des signes prémonitoires et on s'en est pas occupé.»

«Elle était aussi un peu dans le déni parce qu'elle voulait pas...plusieurs fois j'ai lancé la perche en disant «Ce serait peut-être bien que tu vois quelqu'un et tout...» et euh...elle voulait pas!»

«Il y a bon nombre de médecins, donc là plutôt on va parler des pathologies organiques, qu'ont dû avoir des symptômes de choses certainement graves et en se disant «bah non ça peut pas être ça»...»

1.5- De la toute-puissance à la difficulté d'accepter son rôle de patient

Ce déni était expliqué, pour deux des médecins, par le fait de la profession et de sa symbolique au sein de notre société et de notre culture. Le déni était alors considéré comme la résultante de la toute-puissance associée au mythe du médecin. Ainsi ils déclaraient *«Le médecin, il s'occupe des autres, il oublie que lui, il est quelqu'un, qu'il a un corps machin, et puis il n'est plus du tout dans cette logique de se soigner.»*

«Elle était dans le déni de se dire, moi ça ne peut pas m'arriver je suis médecin! Finalement est-ce que c'est: je suis dans la toute puissance (je sais pas) je ne peux pas être malade ?...Finalement un médecin, il doit toujours aller bien parce que c'est lui qui soigne les autres et voilà, il doit pas être malade...»

C'était, de par cette toute-puissance attribuée à la profession de médecin que la difficulté naissait pour le patient-médecin de se retrouver de l'autre côté de la barrière. La culpabilité assortie de la honte d'être malade empêchaient souvent le médecin d'être un patient standard, selon nos enquêtés.

«Elle ne voulait pas être patiente, elle était plutôt...elle voulait rester médecin.»

«...mais il faut aussi que le patient fasse abstraction du fait qu'il est médecin. Qu'il devienne aussi un patient comme les autres...»

«Bah qu'il oublie qu'il est médecin.»

«...en fait elle avait déjà tout essayé, tous les traitements. En fait, elle est arrivée en me mettant d'emblée en situation d'échec...et puis c'est pareil, elle a revu avec ses prescriptions, elle veut l'arrêt de travail, elle veut tel truc, et puis tel médicament ça ne marche pas...d'autres patients arriveraient comme ça, un peu avec les pleins pouvoirs...on recadrerait beaucoup plus vite...»

«C'est difficile de demander de l'aide, de dire «Je vais mal » et de passer de la position de médecin à patient quoi. Je pense que c'est très compliqué de se retrouver de l'autre côté du bureau euh...Je pense que c'est compliqué et qu'il faut avoir du courage pour aller voir quelqu'un et dire j'ai besoin d'aide euh...et de ce fait là, je pense qu'il y en a plein qui ne consultent pas...Ce qui est compliqué, en fait, bah, que toute notre vie on était dans une position de médecin. On était de l'autre côté du bureau. Passer dans la position de patient, ça veut dire euh...déjà accepter d'avoir un problème, que ce soit organique ou que ce soit psychologique, donc euh...Reconnaître qu'on a besoin d'un tiers médecin, enfin d'un pair

pour nous soigner. Et donc je pense que ça c'est difficile pour beaucoup de l'accepter à mon avis. Et ensuite, euh...je pense que quelque part qu'il peut y avoir euh...une certaine culpabilité, enfin non! Plutôt une certaine honte à dire «Bah voilà! Je vais mal psychologiquement, j'ai besoin de prendre un traitement, j'ai besoin de voir quelqu'un» et c'est avoué une faille!...bah il faut être courageux pour aller voir quelqu'un en disant aide-moi. Parce que c'est ça, quand on va voir un médecin, c'est une demande d'aide. Et donc, quand un médecin va voir un autre médecin pour demander de l'aide, je pense que euh...c'est pas simple pour celui qui fait cette démarche et à mon avis y en a plein qui le font pas, parce qu'ils trouvent pas le courage de le faire ou parce qu'ils sont tellement mal qu'ils le font pas...»

«Quand est-ce qu'on va demander de l'aide d'un confrère? C'est compliqué ça aussi. Et euh...voilà à partir de quel moment euh, il faut qu'on arrive à se dire qu'on ne peut plus se gérer soi-même, qu'on peut pas s'auto-médiquer et qu'il faut passer la main?...»

«Enfin, on sent bien que c'est une gêne aussi pour un confrère de venir en dehors du sujet gynéco que l'on ne peut pas s'auto prescrire...»

1.6- Confrontation de pouvoirs

Pour certains médecins, il apparaissait clairement que le patient-médecin était un patient présentant un haut niveau d'exigences quant à sa prise en charge (souhait notamment d'une prise en charge différente d'un patient standard) avec le sentiment que la profession médicale leur était en quelque sorte redevable.

«C'est un monsieur qui a énormément donné de sa personne, je pense, professionnellement, et du coup il s'attend à ce que, quand il demande une visite, si c'est 22h c'est 22...et c'est vrai que c'était...l'exigence, le niveau d'exigence, le «Tout maintenant et on me doit bien ça! Et vous m'adressez au meilleur et si possible à des copains»...»

«Le cadre est vraiment à redéfinir, prend du temps à définir parce qu'il y a quand même un niveau d'exigences qui est différent.»

«...mais que d'emblée ce soit acquis, et que parce qu'il est médecin, il paie pas, je trouve que c'est de la grossièreté et de l'impolitesse et du non-respect, finalement, du travail de l'autre, quoi!»

«Bah je pense que peut-être, il aurait trouvé plus, plus naturel de...de, de prendre du temps...»

1.7- Manque de temps

Les médecins font partie de ces catégories de profession qui ont des horaires et une charge de travail importants. Selon les interviewés, cet argument de manque de temps était avancé par leurs patients pour expliquer une moins bonne prise en charge de leur santé.

«Il me dit «Ecoute, je sais pas. J'ai pas trop le temps!».»

«Elle était toujours «Non, non! Je n'ai pas le temps pour moi!».»

«Et puis, le rythme de la vie. On est toute la journée à courir, tout ça, à régler plein de problèmes, machins.»

«Mais elle venait pas forcément parce qu'elle était débordée...»

«...et qu'on a des vies de fou quand on est médecin...»

1.8- Choix de médecin traitant

La plupart des enquêtés considéraient qu'il était important pour un médecin d'avoir un médecin référent, même si la démarche n'était pas facile, soulignant le fait qu'un médecin était un mauvais juge pour sa propre santé.

«Euh...disons que dans certains cas, qui sont critiques, le fait de ne pas avoir de médecin traitant peut...peut être très pénalisant...et puis, quand la tragédie arrive, le fait de ne pas avoir de médecin de famille, ça devient un emmerde...quand une situation critique se profile euh...le fait de ne pas avoir de médecin traitant, ça fait qu'on est moins bien soigné...Pour reprendre Balint euh...je dirais que le risque de ne pas avoir de médecin traitant, c'est que dans les situations difficiles, il y a une dilution de l'anonymat, ce que Balint appelle la dilution de l'anonymat, c'est-à-dire, qu'il n'y a pas vraiment de référent pour prendre les décisions difficiles. C'est le risque!»

«Enfin je trouve que c'est bien d'aller voir un confrère neutre qui puisse recevoir des choses et qui soit pas...et du coup, j'ai envie d'offrir ça, j'ai envie d'être disponible comme ça pour les patients, c'est-à-dire dans une espèce de neutralité et un regard vraiment externe, voilà.»

«Parce que, au départ, on a signé le contrat pour le médecin traitant, c'était pour qu'il voit un psy. Or le psy t'es pas obligé de passer par le médecin traitant pour aller voir le psy. Donc il pouvait y aller directement. Donc il a eu besoin quand même de voir d'abord un de ses confrères, de pouvoir discuter avec un de ses confrères pour avoir quelqu'un qui évalue vraiment son malaise aussi...Et je pense que pour les médecins, c'est aussi confortable d'avoir quelqu'un d'autre à qui tu peux te référer. Parce que tu peux pas te juger toi-même. Enfin, c'est encore...c'est très compliqué dans les problèmes psychologiques mais c'est aussi pratique, aussi, dans les problèmes plus biomédicaux quoi, en fait. C'est quand même bien que le médecin dise «Ah bah tiens! Au fait, t'as fait ci, t'as fait ça?». Parce que tu te dis «Bah oui! J'ai le temps, je le ferai.» Bah tiens! Tu le fais pas...ce serait bénéfique pour eux d'avoir quelqu'un d'autre, oui. Faudrait encore qu'ils le veuillent! Mais je pense que dans l'ensemble, je pense qu'ils seraient assez d'accord, enfin je crois!...Je pense qu'il faut aussi, parce qu'il y a aussi les problèmes médicaux que tous les médecins peuvent avoir et il faut qu'ils soient pris en charge...Il faut déjà que le médecin ait un médecin du travail, un médecin référent.»

«C'est ce qui est complètement ridicule. Mais la plupart des médecins généralistes sont leur médecin traitant...Interdire que les médecins se fassent examiner par quelqu'un qu'il connaît, par un autre médecin qui le connaisse.»

«Bah là, c'est pareil parce que l'on se rend compte que, c'est pas parce que l'on est médecin qu'on n'a pas envie d'être pris en charge comme les autres...Je pense que d'abord c'est déjà bien que les médecins viennent voir quelqu'un d'autre mais on peut pas leur dire «Tu viendras me voir et puis je ferais tout etc.» Non! Moi, je crois que c'est important de déjà pouvoir faire la démarche...Et puis, quand on a besoin de parler déjà, je pense que moralement, on en a besoin! Là, on va voir le généraliste!»

«Je n'ai pas moi-même de médecin traitant. Je... euh, culpabilise de me dire que c'est pas bien du tout euh...»

«...que quand il vient me voir c'est pour un avis de médecin parce que, quand on se soigne soi-même on fait que des bêtises. Ca c'est sûrement ce qu'il ne faut pas faire. Et il souhaite avoir la même chose que...»

«Et maintenant je pense que les nouveaux médecins ont appris, et les plus jeunes ont appris justement à se dédoubler pour ne pas se...pour ne pas se poser de questions eux-mêmes quoi. Mais d'avoir un médecin traitant plus! Parce que, avant, ils allaient chez le spécialiste quand ils avaient réellement besoin et maintenant à se dédouaner du fait de devoir penser ou de devoir s'imposer d'y aller...et finalement c'est rentré dans leurs mœurs. Et c'est plus des habitudes y a moins de...moins de difficultés à ce niveau-là je crois.»

«Bah, parce que je crois qu'ils savent bien qu'on n'est pas bon juge pour soi-même. Euh...y a un moment tu te dis, je peux, je peux m'être trompé. On sait bien qu'on est...même quand tu soignes les autres, tu peux te tromper. On...On est toujours en train de se dire dans quelle mesure est-ce que je suis sûr de moi? Donc, quand c'est pour toi, tu as envie de réduire cette marge d'erreur que tu tolères pour les autres.»

«Après pour soi-même, on n'est pas objectif donc je comprends qu'il ait besoin de moi pour prendre une décision...Je pense que c'est très très compliqué de se retrouver de l'autre côté du bureau euh...Je pense que c'est compliqué et qu'il faut avoir du courage pour aller voir quelqu'un et dire j'ai besoin d'aide euh...et de ce fait là, je pense qu'il y en a plein qui ne consultent pas...bah il faut être courageux pour aller voir quelqu'un en disant aide-moi. Parce que c'est ça, quand on va voir son médecin, c'est une demande d'aide. Et donc, quand un médecin va voir un autre médecin pour demander de l'aide, je pense que euh...c'est pas simple pour celui qui fait cette démarche...»

2- Un médecin thérapeute sous pression?

2.1- Pression dans les performances et les compétences

Le fait de prendre en charge un médecin occasionnait souvent une envie de performance et de compétence liées au regard et aux connaissances du patient-médecin. Une relation de réciprocité intervenait, participant à la pression du médecin soignant, selon les enquêtés.

«...c'est un médecin spécialiste du CHU, ça a une représentation importante...il me sort les dernières recommandations de l'HAS et il me sort les derniers trucs sur lesquels je suis parfois moins...performante que lui...»

«...mais en tout cas ça nous demande d'être assez...enfin pas pointus, assez clairs et nets sur ce qu'on fait. On est obligé.»

«Je me suis mise une pression ouais.»

«Mais le problème c'est que le médecin-médecin en met souvent (une particularité dans la relation médecin-patient/médecin).Par...parce qu'il est inquiet.»

«...j'ai tellement envie de bien m'occuper de sa santé...»

«On est moins sûr de soi, je pense....On se fait moins confiance, en fait.»

«En plus, c'est un médecin que je respecte par rapport à ses qualités professionnelles...et ça me met en effet un petit peu la pression.»

«Bon c'est peut-être aussi qu'on se met nous-mêmes la pression...y a aussi ça!»

«...et puis y a aussi, enfin voilà, l'aspect: j'ai envie d'être bien, enfin...quand même!»

«La conclusion, c'est le regard de l'autre, qui n'est pas anodin...»

«Donc ça me rassure quelque part de pas faire d'erreur médicale, d'autant plus que c'est un médecin que je soigne...»

«...mais je me dis toujours, si je passais à côté de quelque chose, est ce que...comment j'arriverais à vivre avec ça...»

«Et vraiment! Je me serais sentie inférieure.»

«Ca veut dire qu'il a confiance en moi et que, finalement, je dois pas être trop nulle et en même temps, je me dis «Bon, c'est quand même une lourde responsabilité! C'est un confrère, donc il faut que tu sois compétente, il faut que tu sois au top, il faut pas que tu loupes quelque chose quoi.» Donc y a quand même une certaine pression...»

Du fait de cette pression, découlait parfois de la part des médecins thérapeutes, un comportement de vérification supérieur à celui qu'ils auraient eu avec un patient «standard».

«Bon alors comment j'ai été? Qu'est-ce que j'ai fait? Est-ce que j'ai bien fait?...Reprendre le dossier.»

«...je vais, hors totalement de la consultation, me replonger dans le dossier et essayer d'être la plus objective, hors consultation justement...j'essaie, bah voilà, de reprendre le dossier à l'extérieur de la consultation pour peut-être me dire, bah voilà, est-ce que je m'embarque dans des trucs...»

A la question de savoir s'ils avaient un besoin de vérification supérieur à un patient lambda, les réponses apparaissaient pour la plupart positives:

«Alors sur des prescriptions simples non! Sur des prescriptions plus complexes pourquoi pas? Alors après, effectivement si j'arrive dans les champs du...dans les champs de compétences du médecin que j'ai en face de moi...Psychiatre dépressif, oui, sur les antidépresseurs...»

«...et puis là, y a des fois on se dit, on vérifie peut-être plus les effets secondaires ou des choses comme ça que autrement...»

«Est-ce que je vérifie plus? Oui surement!»

2.2- Surinvestissement

Il est apparu, aux médecins interrogés, que cette pression dans les compétences induisait un comportement de surinvestissement dans la prise en charge de ces médecins devenus patients. La plupart s'accordait à dire qu'ils avaient un accès aux spécialistes plus facile et une demande d'examens complémentaires plus approfondis afin de légitimer leur conduite à tenir en prenant le moins de risque possible.

«J'ai l'impression que quand je soigne un médecin...euh en tout cas moi, je suis plus exigeante envers moi-même...C'est affreux à dire! Que quand je soigne un patient non médecin, quoi...je vais avoir moins confiance en moi.»

«...ça crée je pense une sur adaptation. C'est-à-dire que je vais prescrire plus que pour un patient parce que j'ai pas envie de me tromper, j'ai pas envie de passer à côté de quelque chose euh...donc je vais avoir recours à des avis spécialisés plus, je vais faire des bilans sanguins plus complets, enfin voilà! Je pense que je vais me sur adapter voilà, pour ne pas passer à côté de quelque chose, pour essayer de blinder les choses, pour ne pas faire d'erreurs, voilà.»

«C'est sûr quand c'est un médecin, je sais pas pourquoi hein...mais euh...je prends pas de risque, quoi! Enfin en tout cas je...j'essaie de tout baliser (ce qu'on peut pas faire) mais peut-être dans la maîtrise et de de...d'avoir un risque minimal de passer à côté de quelque chose ou de faire une erreur, quoi...Ouais je vais être dans le sur contrôle quand j'ai un médecin patient quoi!»

«Je vais peut-être faire de l'excès de zèle quoi! Voilà, ça crée des comportements de... certainement de stress, qui vont faire que je vais faire de l'excès de zèle aussi dans mes prescriptions, dans mes avis...»

«...je vais plus l'adresser à un spécialiste.»

«...elle aime bien, et moi aussi d'ailleurs, avoir un avis spécialisé...comme ça il y a aussi quelqu'un d'autre qui donne un avis par rapport à la conduite à tenir.»

«Alors, par contre, moi j'aurais peut-être plus tendance à l'adresser, plus qu'un autre patient, vers un spécialiste...Bah, pour pas rester dans le doute étant donné qu'elle est médecin...Quand c'est quelqu'un qui est médecin, bah je sais pas, on a peut-être plus envie de savoir tout de suite, de ne pas rester dans le doute.»

«...mais avec un patient médecin, c'est évident qu'on va faire plus que la gorge...être plus appliquée, encore plus appliquée.»

«...je vais, hors totalement de la consultation, me replonger dans le dossier et essayer d'être la plus objective, hors consultation justement...j'essaie, bah voilà, de reprendre le dossier à l'extérieur de la consultation pour peut-être me dire, bah voilà, est-ce que je m'embarque dans des trucs?...»

«...d'aller plus rapidement vers l'avis spécialisé pour me protéger.»

«...c'est plus, sur peut-être, un excès de prescriptions et de recours aux spécialistes pour se conforter, on va dire, dans ses choix (peut-être plus qu'avec un patient standard)...»

«...je reviens sur le risque d'en faire trop par crainte d'être jugée sur son incompétence potentielle. Ou besoin de se rassurer.»

Souvent, ils oscillaient entre le fait de trop en faire ou de ne pas assez en faire.

«...j'ai peur de trop en faire ou peur de ne pas assez en faire.»

«On peut, trop en faire ou alors pas assez en faire, en se disant « Bah ils savent bien, ils sont médecins, ils vont faire, quoi! »

2.3- Sous investissement

Contrairement à cette conduite de surinvestissement, quelques médecins (en minorité) s'accordaient à penser qu'ils interféraient moins dans la prise en charge de ces patients, les laissant gérer leur santé de façon plus libre, en ayant un cadre moins strict. Cette attitude était justifiée par l'aptitude et les connaissances du patient-médecin.

«...enfin j'ai peut-être été moins rigoureuse dans, par exemple, la recherche des facteurs de risque cardio-vasculaires...On va peut-être plus facilement passer ça sous la jambe en disant «Bon bah, tu te feras ta prescription». Est-ce que, dans la mesure où c'est un confrère, on lui délègue pas une partie du boulot?»

«Oh bah tiens! Viens donc dans la pièce à côté, on va quand même regarder!...avec le copain, on fait, je te rends service, je te file un petit coup de main vite fait, on va pas passer...euh...on va pas passer la nuit là-dessus!»

«...globalement y a pas toujours non plus le même suivi chez un médecin que chez un patient normal parce que, il a quand même des signes, des symptômes qu'il va analyser lui-même et qui ne vont pas nécessiter de consultation, alors que chez un patient lambda ça aurait nécessité une consultation pour être sûr de la réponse à donner quoi...Pour un suivi de tension, ça va être tous les 3 mois, pour un suivi de cholestérol...Là euh...on élargit un petit peu dans la mesure où on sait que le patient peut se prendre en charge.»

«C'est pas toujours évident et donc c'est moi qui fais l'ordonnance mais sans les...sans les voir...»

En parlant d'un médecin qui soignait initialement la patiente suivie par le médecin interrogé:

«...elle trouvait que son autre médecin, finalement sachant qu'elle était médecin, lui disait «Ah bah! Tu vas te prescrire ça toute seule, tu vas faire ci toute seule»...»

Certains médecins, même si ils n'étaient pas d'accord avec une prise en charge, avaient du mal à exprimer au médecin-malade leur réprobation et acceptaient une conduite à tenir qui ne leur convenait pas, attitude qu'ils n'adoptaient pas avec un patient «standard».

«...j'entends quand même sa demande et que j'y accède, c'est obligé!»

«...ça m'a été compliqué de lui dire non on ne recontrôlera pas...Donc j'ai accédé à sa demande quoi. Donc je suis peut-être aussi moins ferme...»

«Enfin, j'aurais été beaucoup plus directive avec elle.»

2.4- La crainte du jugement

C'était une des particularités souvent retrouvée dans l'ensemble de nos entretiens concernant la relation entre un médecin et un patient-médecin. En effet, le fait de pouvoir être jugé sur ses compétences par un de ses pairs induisait pour certains, une peur.

«T'as un médecin qui t'observe, donc tu peux être jugé sur la façon dont tu vas conduire ton examen, par un de tes confrères qui n'est plus dans la même position que toi, mais qui reste quand même un médecin. Donc tu peux être jugé...avec quelqu'un qui est à la fois un malade, mais il y a une ambiguïté là-dedans, qui peut te juger comme un...comme un pair.»

«Faut essayer de se dire que faut pas être jugé...Un autre médecin, la compétence il est capable de la juger...»

«On est moins sûr de soi...on se fait moins confiance.»

«Alors moi ce qui me pose problème, c'est que j'ai peur de trop en faire ou peur de ne pas assez en faire. Donc c'est toujours la crainte d'être jugée dans ses compétences...ma petite

crainte de toujours être à la hauteur et d'être jugée. Moi c'est vraiment ce qui ressort le plus...Alors de soigner un médecin qui est aussi...bah là, pour le coup, elle, elle est en activité, donc c'est encore pire parce qu'elle est...elle a les mêmes connaissances que moi, elle fait les mêmes formations continues, enfin voilà. C'est...c'est...on connaît la même chose, donc elle se rendra d'autant plus rapidement compte de mes lacunes parce qu'elle est sensée elle-même combler les siennes...mes craintes, c'est plus voilà, de se savoir potentiellement plus...plus jugée par quelqu'un qui a autant, voire plus de connaissances que soi...On est sur le même, voilà, le même terrain, on va dire.»

«Après, le fait qu'il soit médecin, oui c'est pas...t'as toujours l'impression euh...moi j'ai l'impression d'être jugé si tu veux...La difficulté, c'est que je me dis qu'il est médecin et qu'il observe ce que je fais...La conclusion, c'est le regard de l'autre, qui n'est pas anodin puisque c'est un médecin...»

«...parce que, on se dit zut. Alors oui c'est là que (rires) «Ils ont pu me juger, peut-être que j'aurais fait attention?»...A ce moment, plus, parce que je me suis dit «Bah peut-être qu'il va...il venait en voulant me tester ou en voulant savoir?»...»

«Tu te demandes toujours si l'autre n'en sait pas plus que toi. Tu te demandes toujours ce qu'il croit que tu es en train de penser et t'oses pas lui dire.»

«...qui va avoir les compétences déjà pour juger ce qu'on fait et pour participer à cette prise de décision...mais son jugement va forcément euh...interférer dans la prise de décision, dans ma conduite à tenir...Donc certes, il peut juger ce que je fais, mais en plus si je me trompe...il a les compétences de me juger.»

2.5- Une communication verbale identique

Les médecins s'accordaient sur le fait qu'une des particularités des médecins qui deviennent patients, était leur capacité à comprendre et à décoder le langage médical.

Aussi certains estimaient qu'il n'était plus nécessaire d'apporter des informations précises sur une maladie, une conduite à tenir, un traitement, étant donné un niveau de compréhension mutuelle identique.

«Bah le fait qu'on parle le même langage, ça, déjà, ça crée une autre relation. Les autres patients, t'es obligée d'expliquer parce que quand tu es dans notre jargon...donc là, il y a des choses que tu peux simplifier. Parce que tu parles le même langage, donc quand tu annonces une mauvaise nouvelle, il se la prend de plein pot parce qu'il sait comme toi. Y a plein de choses que tu dis pas...Oui parce qu'elles sont...elles sont implicites...Alors ça a un côté simplificateur parce que, en fait, t'as pas à expliquer les choses.»

«On parle plus facilement termes médicaux...Peut-être que je vais moins dans les informations importantes, puisque je pense qu'elles sont au courant.»

«Donc on a moins besoin d'explication pour la plupart, parce qu'ils connaissent à peu près ce que c'est...la relation est un peu plus difficile parce que, y a non seulement la relation

médecin-patient mais y a aussi la relation de, de médecin à médecin où il a quand même des connaissances...»

«La seule différence, c'est que j'ai pas besoin d'expliquer les mots...je suis obligé de parler médical...Bah parce que je pense que c'est des gens qui sont capables de comprendre la signification qu'il y a derrière...Donc c'est important que l'information qu'il a eue, puisqu'il est capable de la comprendre, soit la plus précise possible...Je ne suis pas obligé de passer par un code intermédiaire, je peux directement parler le langage précis, puisque lui, il le décode.»

«...c'est sûr que je vais passer plus vite sur l'explication de certains traitements...On peut trop en faire ou alors pas assez en faire en se disant «Bah ils savent bien, ils sont médecins, ils vont faire quoi!»...On va pas s'adresser, même dans le langage, enfin moi quand je m'adresse à un patient qui fait tout autre chose, je vais lui expliquer les choses, là, on sait très bien qu'on parle la même langue et que voilà...»

2.6- Tentative de meilleure maîtrise de l'investissement affectif

Il semblait aux médecins de l'étude, que, dans la relation avec un patient lui-même médecin, le thérapeute présentait des attitudes plus empreintes d'affectif que dans une relation «standard».

«Donc y a une forme d'intelligence mutuelle dans l'intimité qui, qui est plutôt sympathique, une forme de camaraderie.»

«Et du coup, le fait qu'il vienne, moi, m'interdit un peu. Y a des choses effectivement où je ...alors que, enfin ce serait mon seul patient et moi, je ne serais pas sa patiente, ce serait différent mais comme y a une réciprocité euh...là-dessus effectivement...»

«Les patients restent à leur place alors qu'un confrère, des fois, va aller au-delà, un peu en essayant de sympathiser.»

«Des gens avec qui tu crées d'autres relations et t'es toujours obligé d'être vigilant que tu fasses pas passer un peu trop d'affectif qui, soit te fait surestimer le diagnostic, ou quelque fois peut te le faire sous-estimer parce que tu te dis que c'est pas possible que ces gens-là aient des trucs graves.»

«...on est moins dans l'affectif dans ce cas-là.»

«...la difficulté du copinage pendant la consultation.»

«C'est plutôt le médecin-médecin qui n'est pas très à l'aise, mais parce qu'il est impressionné.»

«...parce qu'elle est angoissée et qu'elle me transmet forcément ça...si je passais à côté de quelque chose, est ce que...comment j'arriverais à vivre avec ça?...ça me demande un effort psychologique plus important parce que je suis dans l'affectif...Et finalement, là, y a peut-être

des trucs qui passent à l'as parce que, au lieu de parler du bébé on parle de nos vies quoi!...je vais peut-être plus m'inquiéter pour lui parce que c'est un enfant de médecin...»

2.7- Perceptions de la relation

Si tous les médecins de l'échantillon s'accordaient sur le fait que la relation médecin-patient/médecin présentait des particularités, tous ne vivaient pas cette particularité de façon identique.

Ainsi, certains estimaient que cette relation présentait des difficultés parfois génératrices de stress, de peur voire même de rejet.

«D'accord. Le plus compliqué pour moi, c'est un médecin du CHU. En fait, euh voilà...qui représente, voilà qui représente le médecin spécialiste du CHU, ça a une représentation importante...Mais c'est que c'est une appréhension quand même...euh de toute façon un patient qui se présente comme médecin, bah y a un recul! Enfin, c'est une des rares situations où il y a une espèce de rejet...d'être médecin, c'est un peu une perte de chance quand on rencontre un autre médecin parce que, on sait que c'est compliqué, y a le niveau de stress, que du coup le naturel n'est pas là, et que enfin, voilà, c'est moins simple c'est pas...c'est pas...simple!...c'est pas toujours facile de se trouver une place là-dedans...C'est vrai que je cours pas après le suivi des collègues...Y'en a un que j'évite parce qu'il est...ouais...c'est un psychiatre qui me paraît compliqué...(Rires). Du coup, j'évite.»

«Bon et puis manifestement, ça a pas trop collé, moi je dirais...Ceux-là, c'était plutôt un échec...»

«Alors que de soigner un médecin qui est aussi...bah là, pour le coup, elle, elle est en activité, donc c'est encore pire parce qu'elle est...elle a les mêmes connaissances que moi, elle fait les mêmes formations continues, enfin voilà. C'est...c'est...on connaît la même chose, donc elle se rendra d'autant plus rapidement compte de mes lacunes parce que, elle est sensée elle-même combler les siennes...C'est un jugement autre par un professionnel qui est potentiellement plus compétent que soi et c'est toujours délicat.»

«Les relations ne peuvent pas être les mêmes. Même si on essaie d'être le plus professionnel possible, le fait de se connaître et surtout, le fait qu'il soit médecin, fait que t'as une position, je dirais, pas facile...Hein...euh donc c'est encore un petit peu plus difficile. Je pense que c'est plus le médecin, enfin le soignant, que le soigné qui est, non pas mal à l'aise, mais qui est pas franchement à l'aise quoi hein!...La difficulté, c'est que je me dis qu'il est médecin et qu'il observe ce que je fais. Mais comme on disait tout à l'heure, je pense que c'est plus un ressenti et que c'est un peu idiot. Je dirais que, avec le temps, ça le fait de moins en moins.»

«...il est certain que ça, la relation est un peu plus difficile parce que, y a non seulement la relation médecin-patient mais y a aussi la relation de, de médecin à médecin où il a quand même des connaissances qui font, qu'il peut, lui, avoir un avis euh...Pas dans l'examen, mais dans la relation c'est un petit peu différent parce que je suis peut-être plus à l'aise presque avec les patients médecins non copains, parce que c'est plus facile de pouvoir dire non, de

pouvoir euh...c'est que y en a certains qui sont venus sans dire qu'ils étaient médecins et quelque fois, après, à la fin de la consult, ils disent qu'ils sont médecins, c'est agaçant!...Et ben parce que euh...parce que, on se dit zut! Alors oui, c'est là que (rires) «Ils ont pu me juger, peut-être que j'aurais fait attention?». En fait, après tout ce que j'avais dit, normalement, non! Mais, mais rétrospectivement on se pose la question de cette façon-là.»

«Donc c'est un peu déstabilisant...Voilà, donc c'est un peu compliqué parce que, du fait de ses connaissances médicales, du fait de ses antécédents médicaux...Donc ça c'est pas toujours simple...Donc ça biaise...qu'elle soit médecin...mais je sais qu'en tout cas l'approche n'est pas la même qu'avec un autre patient et euh...je pense que oui, j'ai plus peur de me planter pour un patient médecin...Donc, certes, il peut juger ce que je fais mais en plus si je me trompe il...enfin je serais très triste de me tromper sur un patient lambda, mais un patient-médecin, il va me dire «Bah oui, tu t'es trompée parce que tu as fait ci.» parce qu'il a les compétences de me juger. Ca doit être ça qui me fait peur, quoi!...Donc voilà, je suis bien contente finalement de plus le voir...A la rigueur, c'est tellement compliqué les consultations avec elle...des fois, je redoutais un peu ces consultations-là...je me sentais impuissante en fait...donc ça c'est pas une expérience très positive...Et après, euh...si, j'ai une...ça c'est un peu plus compliqué, enfin, maintenant ça va mais je suis toujours, euh...quand je vois le nom sur le planning, je suis à la fois contente et en même temps je...je suis dans un état d'esprit particulier. J'ai une très bonne copine qui me fait suivre ses enfants...mais je me dis toujours, si je passais à côté de quelque chose, est-ce que...comment j'arriverais à vivre avec ça, parce que, non seulement elle est médecin, mais en plus c'est une bonne amie...euh...je suis très contente (enfin, un de nos associés est retraité et euh...il fallait qu'il choisisse un médecin parce qu'il en avait pas) et je suis hyper contente qu'il ne m'ait pas choisi parce que ça m'aurait été très compliqué de le suivre quoi! Donc je redoute un peu finalement de suivre des médecins-patients parce que je trouve que c'est plus compliqué et en effet je me sens pas très armée pour ça.»

D'autres estimaient qu'il ne devait pas y avoir de différence à prendre en charge un patient-médecin par rapport à un patient «standard».

«Et que partant de là, je trouve que c'est pas plus compliqué qu'autre chose, que soigner quelqu'un d'autre.»

«...à la limite, un patient que tu connais depuis longtemps, avec qui t'as créé des liens euh...euh...ce serait pas forcément...ce serait pas forcément plus facile qu'un confrère que tu vois que dans des circonstances professionnelles et qui te demande bah...un certificat médical, à la limite. Je fais complètement professionnellement. J'arrive à peu près facilement à cloisonner...C'est une consultation difficile...ça peut être une consultation complexe, c'est clair, mais on est confronté à d'autres situations où on peut être, où ça peut-être complexe...Oui c'est difficile mais c'est pas insurmontable.»

«On dit toujours que c'est difficile de soigner des médecins, notamment quand on est à l'hôpital, quand on est interne, machin, mais bon! Ca arrivait! Mais y en a d'autres qui étaient sympa...Y a des emmerdeurs et y a ceux qui sont...(Rires). Y a ceux qui disent rien... Mais c'est vrai que ça devient un peu paradoxal, de se dire, faut mettre quelque chose de

spécial pour soigner des médecins. Parce que, après, on peut se dire qu'il y a d'autres...particularités avec d'autres patients...Ouais, c'est spécial, mais enfin je me dis qu'il y a aussi des relations spéciales avec d'autres, vous savez! Les enseignants, c'est pareil! Bon, c'est connu depuis très longtemps, mais ça s'avère quand même assez vrai.»

«Donc ça se passe bien. C'est pareil, elle est venue me voir pour sa fille qui a un problème de dos, je lui ai trouvé une scoliose très importante etc...Euh voilà, je... Enfin voilà, je ne sais pas trop... ça me pose pas de problème donc...Voilà!... Mais non! Je suis désolée, je ressens pas forcément de...non...je ne ressens pas de difficulté particulière...Bah non! Elle est pas plus idéale que les autres...Non...Bah euh...J'ai pas de problème relationnel, moi...Enfin c'est très bien la thèse! Je pense, c'est intéressant. Je pense qu'il y a des médecins qu'ont des soucis mais pour moi, c'est pas Docteur Machin qui vient, c'est monsieur ou madame...C'est une relation qui est normale, ouais!»

«En fait, moi ça me fait pas beaucoup de différence par rapport aux autres patients.»

«Et je l'ai toujours prise pour une patiente qui n'était pas médecin. Je m'en suis rendue compte très récemment. Donc en fait, pour elle, ça n'a rien changé dans ma pratique. Le jour où je m'en suis rendue compte, je me suis dit «Bah en effet, elle est comme les autres.» donc...voilà...Moi, dans l'expérience pour les patientes que j'ai, ça ne change pas grand-chose...Non, sinon ça ne me pose pas de souci particulier...C'est pas des patients compliqués...»

«Ah non! Non, je n'ai pas du tout l'intention, l'impression...j'ai pas du tout l'impression de lui dire: t'es médecin je vais te faire un service différent, non!...Le fait que ça soit un médecin ne me stresse pas...N'importe qui peut être dans le déni hein...médecin ou pas. Moi, pour moi ça ne change rien...Mais bon, j'ai fait comme pour les autres! Ça serait dégueulasse de faire plus pour un médecin par rapport à tout le reste de ta clientèle! Et ça serait injuste de ne pas lui faire bénéficier des mêmes examens que les autres! Donc, le meilleur moyen de faire bien son métier, c'est de faire pareil pour tout le monde...Enfin, si t'estimes que tu travailles bien pour tes patients, bah t'as pas de raison de faire différemment pour un médecin. Et si tu estimes qu'il faut faire plus pour un médecin, bah c'est qu'il faut te poser des questions sur ce que tu fais pour tes autres patients...tu te dis «Attends, c'est un malade comme les autres, il a droit comme les autres, il est plus fragile parce que justement il est médecin. Il a le droit d'être comme les autres et faut le considérer.» Je dirais, c'est une démarche qualitative globale. J'ai la même démarche pour les autres patients...Faut essayer d'être bon et y a pas de raison d'être bon pour certains et pas pour d'autres. Après, pourquoi t'aurais pas une formation pour les garagistes, une formation pour les boulangers, une formation pour les chômeurs? Je veux dire, les médecins ils ont des problématiques spécifiques, mais je veux dire, les chômeurs, ils ont une problématique spécifique aussi, les femmes au foyer, elles en ont une aussi. Je...Non je crois qu'il faut pas mettre les médecins sur une voie très différente des autres. Quand il est malade, il est comme les autres, il a les boules, pareil. C'est plutôt le médecin-médecin qui n'est pas très à l'aise, mais parce qu'il est impressionné.»

Il a semblé, cependant, intéressant de noter une contradiction dans le discours d'un des médecins précédemment cité. En effet, si celui-ci déclarait considérer le patient-médecin comme un patient standard, le fait qu'il omette de préciser sa qualification entraînait chez ce dernier une anxiété avec peur du jugement.

«...c'est que, y en a certains qui sont venus sans dire qu'ils étaient médecins et quelque fois, après, à la fin de la consult, ils disent qu'ils sont médecins, c'est agaçant!...Et ben parce que euh...parce que, on se dit zut! Alors oui, c'est là que (rires) «Ils ont pu me juger, peut-être que j'aurais fait attention?». En fait, après tout ce que j'avais dit, normalement non! Mais, mais rétrospectivement on se pose la question de cette façon-là.»

D'autres encore, y voyaient une marque de confiance et un honneur.

«Pour moi, c'est un honneur. C'est un honneur qu'ils me choisissent pour être leur médecin.»

«Et puis je trouve, qu'au contraire, c'est une marque de confiance euh...c'est plutôt bien en fait. C'est plutôt flatteur pour nous, donc...»

«Donc ça me faisait plaisir, parce que je me suis dit, ça veut dire qu'elle a confiance en moi si elle me confie son mari, mais j'étais aussi un peu dans une obligation de résultats...Et puis, ça m'est toujours, euh...ça me fait toujours plaisir quand elle me demande des conseils pour son enfant, mais elle fait la même chose que moi!...A la fois, je suis super flattée, super contente qu'elle me fasse suivre ses enfants, parce que c'est une marque de confiance quoi!...parce que, enfin, à la fois j'aurais été honorée c'est sûr...Euh...je pense que c'est une relation intéressante parce que, déjà euh...enfin intellectuellement c'est intéressant aussi de partager avec quelqu'un...euh...voilà une relation riche et intéressante. Une relation compliquée, voilà, par le fait, en tout cas, en ce qui me concerne, de la prise de décision qui est biaisée...En effet euh...enfin euh...en tout cas pour moi, ça va être plus compliqué. Je suis à la fois contente parce que je me dis «Bah c'est chouette si un confrère vient me voir! Ca veut dire qu'il a confiance en moi et que, finalement, je dois pas être trop trop nulle» et en même temps, je me dis «Bon, c'est quand même une lourde responsabilité! C'est un confrère, donc il faut que tu sois compétente, il faut que tu sois au top, il faut pas que tu loupes quelque chose, quoi.»...»

D'autres estimaient qu'il s'agissait d'une relation intéressante, agréable voire même génératrice de détente.

«Et euh...donc voilà c'est agréable parce que, en plus, de temps en temps on abordait cette particularité de la relation entre deux médecins, entre un médecin et un médecin-patient...C'est quelqu'un que je ne vois pas forcément trop souvent mais avec lequel il y a une certaine intimité qui s'est faite, plus facilement, peut-être plus vite...Enfin, il sait ce que c'est qu'un médecin. Donc y a une forme d'intelligence mutuelle dans l'intimité qui, qui est plutôt sympathique, une forme de camaraderie, quoi!»

«Elles viennent que pour les voyages, enfin tu vois! Donc c'est...c'était plutôt sympathique, ça me détend plus qu'autre chose...Je ne sais pas si elle est idéale, mais bon!

Bah si! Les suivis de grossesse, moi, j'adore ça! Donc, bon! Et puis y a peu de problème, c'est comme pour une autre. Voilà. Et puis, ça me permettait de la voir comme ça faisait longtemps qu'on ne s'était pas vu! Et puis, bah autrement, non ça me fait plutôt...En fait, c'est devenu un peu une copine, l'autre. Je la vois un peu en dehors, bon, c'est pas une grande copine!»

3- Particularités de la technique d'examen

3.1- Interrogatoire

Les médecins interrogés rapportaient des modalités différentes d'interrogatoire. En effet, les thèmes de l'intimité, de la sexualité, des addictions et du psychisme étaient moins souvent abordés voire même délaissés. La crainte d'être trop intrusifs et le doute sur sa légitimité face à un pair induisaient une gêne souvent exprimée. A la suite d'une relance sur ce thème:

«J'aborde pas...enfin bon, vu son âge! Effectivement la sexualité et l'alcool, on en parle un peu moins...Et alors, le médecin du CHU, absolument pas! Je pense que je serais bien incapable...ça c'est vraiment un domaine où je serais très...mal à l'aise.»

«Alors, après pour la sexualité et tout ça, moi je pose, enfin...je pose pas toujours la question aux gens, même en règle général.»

«...Avec les amis (médecins) non.»

«Mais...Bah peut-être pas...C'est pas pareil...C'est pas pareil...Maintenant, j'ai pas demandé si elle buvait de l'alcool, parce que ça, c'est...Bah voilà...j'ai pas demandé...Voilà. Bon là, effectivement, je le fais pas, mais peut-être que j'ai tort...»

«Tabac, alcool, non! Parce que je sais! Enfin... je sais, peut-être que je me trompe?»

Certains médecins interrogés nous ont rappelé qu'il était important d'avoir un interrogatoire identique à celui d'un patient lambda même si celui-ci pouvait engendrer de la gêne.

«L'examiner, poser des questions, même si ça peut être gênant par moment.»

«...je leur dis «Je fais comme si vous étiez un patient normal entre guillemets.»»

«Y a pas de tabou.»

«...c'est toujours une consultation avec un interrogatoire identique à celui qu'on peut faire pour un patient «normal.»»

«Non je crois pas (avoir des difficultés à aborder ces thématiques). Non parce que je me dis, c'est pas moi qui vais les chercher...C'est eux qui viennent demander et si ils me demandent, bah ma foi...il va peut-être refuser certaines...certaines euh...perches que je lui

tends mais il va peut-être aussi, si il m'a demandé, c'est peut-être aussi qu'il a l'intention que je les lui tende.»

«...elle me pose les mêmes questions qu'un autre patient, quoi! Donc moi, c'est la même chose...»

Un médecin estimait qu'il était important d'apporter plus de tact si on souhaitait aborder ces thèmes.

«Donc c'est vrai que je vais aborder les choses avec plus de tact, on va dire. Voilà c'est plus ça! Je ne vais pas y aller de front comme je peux le faire avec d'autres patients... Tabac, alcool, ça, y a pas de tabou là-dessus. C'est plus vis-à-vis de la sexualité. Voilà.»

3.2- Examen clinique

Pour la majorité des médecins interrogés sur leur pratique, ils estimaient que l'examen clinique était identique à celui d'un patient «standard». La nudité, les examens pelviens ne leur posaient pas de souci particulier.

«Alors aucun problème! Je peux lui faire un toucher rectal. Aucun souci!»

«Moi je ne suis jamais gêné! Ce qui me gêne, c'est la gêne des patients.»

«Gynéco? Ouais, ouais, je fais mon examen, on fait les frottis, tout ça.»

«Mais en même temps, voilà, quand elle est là, elle est en sous-vêtement, je fais un examen complet, je ne...il n'y a pas de pudeur qui m'empêche, on va dire, de l'examiner correctement.»

«Alors là, ça ne me pose aucun problème. Aucun problème! Faire un toucher rectal...»

«Euh...un examen clinique dans les mêmes conditions, exactement, qu'un patient normal...»

«Tu es en train d'examiner et il te dit «J'ai du mal à pisser etc...», tu tends, sans faire exprès, la main au tiroir pour prendre le doigtier, quoi! Donc, non! Je fais les examens, pareil! Je fais les ECG, les touchers rectaux, pareil, les palpations mammaires, pareil, l'examen gynéco, pareil. Pas plus, pas moins! Avec les mêmes outils, pas plus stérilisés ou moins...»

«L'examen clinique, je pense qu'il est sensiblement pareil que celui d'un autre patient. Est-ce que j'en fais plus au niveau de l'examen clinique quand c'est un médecin? Je...je pense pas...l'examen clinique il est assez standardisé chez tout le monde. Donc, non, je pense qu'il est pareil.»

Parfois, même, l'examen clinique était un peu plus appliqué pour éviter de méconnaître une pathologie.

«L'examen, même, peut-être un peu plus appliqué, on va dire...Par le côté négligence, aussi! C'est-à-dire qu'ils ne viennent pas souvent! Les téguments, les...enfin la peau, les seins...c'est maintenant parce que l'on sait pas quand est-ce qu'on les revoit, quoi! Y a ça et puis y a aussi, enfin voilà, l'aspect: j'ai envie d'être bien, enfin... quand même!...mais avec un patient-médecin, c'est évident qu'on va faire plus que la gorge!»

On a noté, cependant, que pour un médecin interrogé qui soignait ses amis médecins, l'examen clinique n'était pas toujours de rigueur voire même absent.

«C'est...«Oh bah tiens! Viens donc dans la pièce d'à côté, on va quand même regarder!» Mais sinon, ça se fait beaucoup à l'interrogatoire. Ca c'est une pratique qu'on fait beaucoup (rires)...Avec le copain, on fait, je te rends service, je te file un petit coup de main vite fait, on va pas passer... euh... on va pas passer la nuit là-dessus!»

3.3- Examens complémentaires et avis spécialisés

Certains médecins-soignants nous ont expliqué qu'ils avaient un recours plus rapide et plus fréquent aux spécialistes et aux examens complémentaires afin de valider, corroborer les décisions concernant leur patient-médecin, attitude qu'ils n'avaient pas avec un patient «standard».

«...je vais plus l'adresser à un spécialiste...souvent, dès qu'il y a un truc, ça va être assez facilement adressé justement au confrère...»

«...elle aime bien et moi aussi d'ailleurs, avoir un avis spécialisé...comme ça il y a aussi quelqu'un d'autre qui donne un avis par rapport à la conduite à tenir...Du coup, d'avoir un avis spécialisé autre qui...qui conforte le mien, déjà ça la convainc...Donc je vais avoir recours à des avis spécialisés plus, je vais faire des bilans sanguins plus complets, enfin voilà...Du coup pour me rassurer, je vais avoir besoin d'un avis d'un tiers, besoin d'un complément alors que je ne l'aurais pas fait pour un autre...Moi, c'est plus dans l'aide au diagnostic, les avis spécialisés, les examens complémentaires que j'aurais tendance à en faire plus...je suis sûre que si j'entendais un minime souffle au cœur, je l'enverrais direct au cardio quoi!»

«Et de demandes d'avis spécialisés etc...Où, pour me protéger moi-même, j'aurais envie, voilà, peut-être d'avoir...de pas être toute seule à la suivre...C'est peut-être ma crainte, en effet, peut-être d'aller plus rapidement vers l'avis spécialisé pour me protéger...Peut-être un excès de prescriptions et de recours aux spécialistes pour se conforter, on va dire, dans ses choix...»

«J'aurais peut-être plus tendance à l'adresser à un spécialiste si j'ai un doute, voilà...Bah, pour pas rester dans le doute étant donné qu'elle est médecin...j'aurais plus recours vite à un spécialiste...»

Si, pour certains médecins interviewés, l'accès direct aux spécialistes de leur patient-médecin, la réalisation d'examens complémentaires sans avis préalable, ne posaient pas de souci et étaient plus facilement tolérés car réalisés de façon réfléchie:

«Euh...il a plutôt tendance, je pense, à passer par moi mais je suis pas forcément au courant de tout. Mais à priori, ça me gêne pas, parce que c'est quelqu'un de prudent...c'est dans les règles.»

«...je l'admettrais plus facilement parce qu'il y a quand même une analyse derrière et puis il est quand même libre de son choix. Donc il le fait en général en connaissance de cause et il a plus de facilité d'accès aux autres collègues...Mais ça peut arriver et il peut faire ce qu'il veut! Ca, je vais pas demander de...»

«Alors c'est elle qui se les auto-prescrivait parce qu'en plus c'était plus facile...Ca ne me gêne pas...parce que je pense pas que...je pense pas que les médecins multiplient les actes en général...Donc j'ai rarement vu des examens faits pour rien!»

«Par contre, elle a un problème d'autre chose, elle va voir directement le spécialiste. Et donc je pense que j'ai dû recevoir des courriers, justement comme ça, découvrant qu'elle était allée voir quelqu'un d'autre...Non! (ça ne m'a pas gênée). Moi, je ferais pareil.»

D'autres jugeaient la réalisation d'examens complémentaires par des patients-médecins parfois inappropriés et estimaient nécessaire une information préalable voire même une validation avant l'accès à un spécialiste pour une meilleure prise en charge.

«...bah d'emblée il va normalement voir que des spécialistes. Il a une petite pharyngite, il va voir l'ORL enfin...voilà...Nous squeezer? Oui. Alors après, du coup, c'est un peu gênant pour eux, parce que, du coup, on n'a pas les comptes-rendus, on n'a pas tout ça et il y a pas longtemps, bah voilà, y a quelqu'un qui me disait «Effectivement c'est un peu idiot parce que ...» Voilà, il avait un gros traitement de pneumo pour une toux et c'était un peu ridicule. En plus, il sentait qu'il gênait son confrère pneumo pour un petit truc comme ça...Ca me paraît important une espèce de respect mutuel, euh, de recevoir les comptes-rendus, que quand ils vont voir des spécialistes je reçoive bien les choses et j'ai les informations...»

«Si, c'est arrivé!(accès direct au spécialiste) Comme ça a confirmé mon avis! Ah non! Attends! C'est même pire que ça! Ça a confirmé mon avis et puis, comme le médecin en question insistait, (il a une trouille sur sa prostate, il est persuadé d'avoir un cancer de la prostate) donc il voulait se faire opérer. Le spécialiste lui disait «Attendez je crois pas que ce soit...» Alors il était...il est revenu me demander mon avis.»

«Donc c'est pas toujours simple pour moi, parce que, parfois, elle me devance sur les examens complémentaires. Donc là, elle a eu un épisode de pneumopathie, mais en fait elle s'était fait elle-même un examen de crachat que j'ai reçu. Je ne savais pas trop quoi en faire parce que j'ai jamais demandé ça...Donc c'est un peu déstabilisant...elle commence à faire des choses de son côté et que moi, j'aurais pas forcément eu cette conduite à tenir-là, quoi...Oui, ça me mettrait vraiment en porte à faux si elle...(accès direct aux spécialistes) ouais! Ca elle le respecte...(en parlant d'une autre de ses patientes)Et elle me court-circuite. Mais après, elle prend quand même mon avis pour voir si je valide ce qu'elle a fait, quoi! Ce qui n'est pas très simple parce que des fois, j'ai envie de lui dire «Bah non j'aurais pas fait

ça»... Voilà! Mais elle ne me court-circuite pas au niveau des spécialistes, ça c'est bien quand même.»

«...elle m'a court-circuité pour pas mal de trucs, mais bon!...Des fois je recevais des avis spécialisés que j'avais pas demandés...C'est vrai, ça fait toujours bizarre de recevoir des courriers de gens qu'on n'a pas demandés!»

«Or le psy, t'es pas obligé de passer par le médecin traitant pour aller voir le psy. Donc il pouvait y aller directement. Donc il a eu besoin quand même de voir d'abord un de ses confrères, de pouvoir discuter avec un de ses confrères pour avoir quelqu'un qui évalue vraiment son malaise aussi. Et avant qu'il voit un psy. Donc je trouve, à partir de ce moment-là, j'aurais tendance à dire (puis le fait qu'il m'appelle après), j'aurais tendance à dire que là, on a créé une relation médecin-malade.»

D'autres, encore, s'ils ne voyaient aucune offense à ce que leur patient aille directement voir un spécialiste, insistaient quand même sur la nécessité de recevoir les résultats de ces accès directs.

«Elle allait beaucoup en accès direct à un spécialiste parce que elle connaissait...C'était aussi des copains...Enfin c'est pas un reproche...C'est pas les seuls (à aller directement voir un spécialiste). Plus particulièrement eux...Non (ce n'est pas un problème)!Après, moi, j'ai le retour. Je fais un dossier qui...Ah, c'est sûr! Si c'est que pour les dents de sagesse ou je ne sais pas quoi, je m'en fiche mais si on fait un diagnostic enfin les choses...il faut les retours.»

«Je la vois tous les 6 mois, mais la prise de sang c'est moi qui la prescriis...Mais, quand je les vois en consultation, qu'il y a un souci, qu'il y a des ordonnances à faire, c'est moi qui les fais. Parce que d'abord, je veux avoir le résultat finalement...Moi, quand je fais une consultation, que je vois quelque chose, quand je veux faire un bilan, je veux avoir le résultat. Donc c'est moi qui fais l'ordonnance, ça c'est sûr...Parce que moi, à la place, si moi j'ai envie de me faire une prescription parce que je suis inquiète de quelque chose, je vais pas forcément aller déranger mon collègue qui est déjà débordé...Donc non! Ca ne me pose pas de problème...je peux comprendre que euh...y ait deux-trois trucs comme ça qui me shuntent...Ca m'est arrivé de recevoir un courrier et oui! Si! Je me suis dit «Bah merde! Elle ne m'en a pas parlé!»...Mais effectivement, j'aurais aimé en parler...Maintenant ça me pose pas de problème, je ne suis pas dans le truc «Si je suis le médecin traitant c'est moi qui...»...»

«...elle a pris une initiative pour aller voir un spécialiste et en effet ça faisait des mois et des mois que son problème trainait, donc elle a décidé finalement de prendre le rendez-vous, mais ça...voilà, c'était à 200% justifié...Pour l'instant, ça ne me gêne pas en terme d'initiative de ce qu'elle a pris, parce que je suis au courant et que c'est justifié.»

«Bah, ça ne me gêne pas parce qu'elle me le dit à chaque fois...»

3.4- Traitement

Lorsque l'on relançait les médecins-soignants sur les auto-prescriptions de leurs patients-médecins, ils nous ont révélé que c'était une pratique fréquente qui ne les gênait pas, car

souvent réalisée pour des pathologies anodines, pratique qu'eux-mêmes, du fait de leur profession, s'autorisait.

«Bah! Après, on fait tous ça, même les non-médecins, l'automédication...Je sais pas, on va pas non plus...»

«Pff... ça va jamais bien loin...Donc plutôt que d'affronter mon refus, ils se les prescrivent tout seul! Bon, évidemment, je prends pas ça comme une offense. Après tout, je vois pas pourquoi ils n'auraient pas le droit de s'auto-prescrire des trucs. Moi, moi je me prescris bien des trucs...Et pour le médecin, c'est bien plus simple de se faire ses propres ordonnances plutôt que d'être toujours obligé d'en solliciter un autre. Je pense que c'est plus pratique comme ça.»

«Je crois qu'il a dû s'en faire un peu, mais très peu (des auto-prescriptions)... Ca a été des auto-prescriptions extrêmement limitées du genre, il lui manquait une boîte ou un machin comme ça. Enfin, je crois pas! Que pour les épisodes rhinopharyngés ou des bricoles comme ça...Donc les auto-prescriptions, je pense que, s'il s'en fait, c'est pour des bricoles, pour un réassortiment.»

«Non, ça ne me gêne pas si c'est un renouvellement et qu'il est fait dans les normes... Mais ils ont aussi le droit, un droit de prescription, donc ils peuvent euh...c'était plus facile avant!»

«Les patients-médecins? Ah oui! C'est des auto-prescriptions la plupart du temps, bien sûr!...Non!(ça ne me gêne pas)»

«Donc, bon, pour un autre truc...pour une radio du pied parce que l'on s'est fait une entorse? Franchement! Je m'en fiche qu'elle y aille et qu'elle se fasse sa prescription parce que ça, elle peut se débrouiller toute seule, je m'en fiche!»

Parfois, même, deux médecins nous ont dit qu'ils encourageaient leur patient-médecin à réaliser leur propre prescription:

«On va peut-être plus facilement passer ça sous la jambe en disant «Bon bah, tu te feras ta prescription».»

«...que finalement...enfin c'est lâche, mais...si elle se prescrivait un médicament, j'avais pas à la voir, j'avais pas à le faire et j'avais pas, du coup, à entendre ce qu'elle allait me balancer sur le mari que j'allais voir trois jours après...Donc, finalement, peut-être que ça m'arrangeait bien qu'elle s'auto-médique, aussi, parce que, j'avais pas, moi, à gérer ça en plus.»

Certains, cependant, déclaraient que ça pourrait les embêter:

«Ca m'embêterait...j'aurais tendance à penser qu'il ne va pas s'auto-prescrire quelque chose...Donc je pense...je ne crois pas! Bah! Il va peut-être se faire de l'auto-prescription, pas de l'auto-prescription de médicaments psy, ça c'est clair!»

«Non! Les peu de fois où elle l'a fait (auto-prescription), c'était pour des vaccins, en fait, pour venir me voir après, donc...Et sinon, elle s'est jamais prescrit vraiment des médicaments...Bah ça ne me gêne pas parce qu'elle me le dit à chaque fois...»

«Euh oui. (elle se fait des auto-prescriptions) Ça ne me gêne pas parce qu'elle me l'a dit après, ça ne me dérange pas, à partir du moment où je suis au courant.»

«J'en pense que ça m'est compliqué de la suivre de ce fait-là. A la fois, je ne lui en veux pas parce que je pense que peut-être je serais pareille...Je veux dire, c'est un réflexe normal. On est tous, quand on est médecin, on va forcément s'auto-médiquer un temps soit peu... Donc ça biaise les choses, le fait qu'elle s'auto-médique. La relation médecin-malade n'est pas la même que avec un patient lambda qui ne pourra pas se prescrire ce qu'il veut, ça c'est certain...J'ai jamais eu le cas de...de, qu'elle se prescrive des benzo ou des somnifères ou autres, mais je pense que ça peut être compliqué, quoi. Voilà.»

Un médecin-soignant nous a déclaré que le patient-médecin aura plus de gêne à avouer ses auto-prescriptions qu'un patient «standard».

«Parce qu'ils vont avoir essayé plein de trucs avec encore plus de gêne à le dire...Autant les patients vont arriver à dire: j'ai essayé ça ça ça. Là, il y a un peu plus de gêne à dire, quand ils viennent, à dire «J'ai essayé ça et puis finalement ça n'a pas marché.»

La décision thérapeutique nécessitait, selon les médecins interrogés, une validation, un consensus voire même une argumentation plus approfondie que pour un patient «standard». Cette décision découlait d'une alliance thérapeutique qui leur semblait plus difficile à obtenir mais pourtant fondamentale à établir, car préambule nécessaire à l'adhésion au traitement.

«...ils ont encore plus leur mot à dire. Ils font pas forcément ce qu'ils veulent, il faut vraiment bien expliquer, passer du temps à expliquer euh...faut argumenter et puis, et voire...voire patienter parce que, de toute façon, ils vont finir par essayer leurs trucs...»

«...bon, on est un petit peu parfois dans la négociation sur certaines demandes parce que voilà, je lui demande bien évidemment, voilà, ce qu'elle en pense aussi, si elle est d'accord avec moi et puis quand j'estime que quelque chose que je lui demande est justifié, bah j'argumente et puis voilà, pour la convaincre...Je vais plutôt plus lui demander son avis qu'à un patient standard...»

«Peut-être qu'on discutera plus sur voilà, comment on va...»

«Mais quand il y a une décision thérapeutique, une décision à prendre, elle est plus facilement partagée, enfin la...On recherche plus un consensus à ce niveau-là, c'est-à-dire qu'il y a quand même une explication, étant donné que le patient connaît déjà ce type de maladie...quels sont les aboutissements du traitement...Donc, à ce moment-là, on discute plus pour savoir éventuellement si on prend tel ou tel médicament ou si on suit un régime ou si on va...»

«Donc, les patients le font, les patients lambda le font nécessairement parce qu'ils vont... ils vont nous influencer parfois dans des prises de décision mais beaucoup moins qu'un patient médecin qui va dire, qui va avoir les compétences déjà pour juger ce qu'on fait et pour participer à cette prise de décision... En fait, la consultation c'est un peu plus un staff sur elle en tant que patient, mais on discute chacune de nos arguments pour essayer de prendre ensemble une bonne décision quoi!... Il faut aussi, elle vient pour avoir un avis, pour avoir un diagnostic et tout, et une conduite à tenir, donc il faut que je réponde à ça tout en, quand même, l'incluant un petit peu dans la décision parce que, voilà, elle a des compétences et que voilà, elle a autant de compétences que moi... Par rapport à un patient-médecin, je vais plus l'inclure dans ma décision thérapeutique que un patient lambda... Je vais avoir besoin quand même de sa validation...»

«...en fait, elle avait déjà tout essayé, tous les traitements. En fait, elle est arrivée en me mettant d'emblée en situation d'échec et du coup euh... voilà, le cadre a été vraiment à redéfinir avant... mais ça s'est tissé vraiment progressivement le climat de confiance... Et c'est pareil, elle a revu avec ses prescriptions, elle veut l'arrêt de travail, elle veut tel truc, et puis tel médicament ça ne marche pas et voilà, j'ai un bon quart d'heure, c'est pareil, pour recadrer les choses...»

«Mais avec un collègue, je pense que euh... je vais plus me... plus essayer d'avoir une alliance thérapeutique dès le départ, enfin, à savoir, à discuter du traitement de manière à éviter l'échec d'un traitement parce qu'il va pas être content ou parce que... parce qu'il sera pas d'accord sur le type de traitement qu'il faut donner, quoi! Donc, on a moins besoin d'explication pour la plupart, parce qu'ils connaissent à peu près ce que sait mais euh... peut-être un petit peu plus de discussion sur l'alliance thérapeutique... Alors que là, le médecin aura au moins, à part les maladies graves, une argumentation qui est quelque fois plus difficile à, à discuter enfin... et donc c'est vrai qu'on a peut-être tendance à... à obtenir l'adhésion au traitement et euh... l'adhésion à la décision qu'on est en train de prendre quoi. Donc c'est plus une décision partagée à ce moment-là.»

Parfois, même, certains médecins-soignants nous ont avoué que c'était le médecin soigné, lui-même, qui apportait la décision thérapeutique induisant une inversion des rôles:

«Enfin je faisais ses examens, on discutait, on papotait, et par exemple, l'histoire du triple test, ça a changé, ça a été au premier trimestre, c'est elle qui me l'a annoncé, elle m'a tout dit, où il fallait que je me renseigne, impeccable! Elle m'a apporté une aide.»

«On partage nos expériences, elle me... elle m'explique, elle a fait beaucoup de médecine humanitaire donc elle me parle de ça.»

«Peut-être que du coup, du fait de ses connaissances à elle sur sa pathologie et ses connaissances médicales, je vais mieux la traiter que si je n'avais pas eu ces éléments?»

3.5- Suivi

Le suivi des patients-médecins était considéré comme moins fréquent par les médecins interrogés.

«On a des consultations qui durent beaucoup plus longtemps quand même. Parce que, en plus, elles sont plus rares...ils ne viennent pas souvent...Quand on arrive à faire comprendre, à faire rentrer le patient médecin comme un patient vraiment lambda avec un suivi régulier...un espèce de bilan annuel et plus, en aigu aussi, mais dans un suivi...les rendre simples pour qu'elles soient possibles aussi dans la durée parce que c'est ça, c'est vraiment que le patient revienne, prenne soin de lui dans la durée. Et ça c'est pas...ça c'est quand même vraiment pas gagné!»

«Est-ce que les médecins se font leur dépistage correctement? Bah c'est pas gagné! Qui connaît son chiffre de cholestérol? Je me pose la question. Non, je pense qu'il y a nécessité de faire de la prévention là-dessus.»

«Euh...donc ils ont leur suivi de traitement eux-mêmes...»

«...il est en bonne santé, je pense. Donc je le vois pas...L'autre, si il ne faisait pas de la plongée sous marine, je le verrais pas.»

«Après la médecin qui est psychiatre, que j'ai vue peu de fois (peut-être quatre, cinq fois quand même)...»

«J'ai dû la voir qu'une fois. Tu vois, c'est vraiment...C'était juste ponctuel, en fait.»

«Mais elle était, bon, comme tous les médecins, un peu dans le déni des choses, quoi! C'est «Faut pas s'emmerder à faire des examens! Non! J'ai pas de cholestérol, j'ai pas de diabète! On a fait une prise de sang il y a pas longtemps!», 7 ou 8 ans avant! C'était ça!!»

«...euh...globalement y a pas toujours non plus le même suivi chez un médecin que chez un patient normal...C'est pas toujours évident et donc c'est moi qui fais l'ordonnance mais sans les... sans les voir à ce moment-là.»

3.6- Paiement

Le paiement était un problème récurrent pour les médecins interrogés, qui mettait parfois mal à l'aise le médecin soignant. Certains estimaient que le paiement était nécessaire pour légitimer la relation médecin-patient et redéfinir un cadre, permettant notamment aux patients-médecins de se sentir écoutés comme un patient «standard» et l'autorisant à avoir un suivi régulier.

«Donc parmi les éléments de la bonne distance, il y a le fait de...de faire payer la consultation. Ce qu'il trouvait naturel et que, moi, je trouve, finalement, au fond, assez naturel aussi, parce que ça fait qu'on est...d'une certaine façon qu'on est quitte et on met une distance euh...Moi je suis moins à l'aise de...de...de faire la gratuité. C'est pas une question d'argent mais une question...une question de principe...Je pense que ça met à l'aise l'autre aussi...Dans les us et coutumes, enfin dans les...c'est dans la relation entre les médecins de ne pas se faire payer, mais c'est pas forcément une bonne chose! Bah, quelque part, on n'est pas...on n'est pas quitte. On n'est pas sûr de l'être dans ce qui se joue dans l'échange. Mais euh...c'est à dire qu'il faudrait que l'échange soit quelque chose de purement professionnel

avec une distance professionnelle, et ça ne l'est pas garanti...Parce que finalement, le paiement à 23 euros, remboursé, on va dire que ce jour-là, il est plus symbolique qu'autre chose. Il est différent un peu aussi. Et tout ça, pour témoigner pendant ce temps-là, j'étais ton médecin...J'aurais pu m'en passer de ces 23 euros! Mais, mais...c'est...j'aurais été...j'aurais été moins à l'aise dans la relation...»

«C'est systématique (de les faire payer)...D'abord, on est quand même dans des situations financières tout à fait favorables, du coup, je ne vois pas pourquoi. C'est certainement pas des médecins qu'on ne doit pas faire payer. Les actes gratuits, je trouve, doivent être réservés à des gens vraiment qui en ont besoin et pas cette histoire-là. Et en plus, je trouve que ça a du sens et que ce serait enlever, enlever le prix du travail et moi de payer, je paie aussi mes confrères, je ne pars pas sans payer parce que je trouve que ça permet aussi de pouvoir revenir...Pour moi, enfin voilà, c'est la rémunération d'un travail et du coup, euh...enfin et du coup ...si je paie pas en tant que patiente, ça veut dire que, enfin ça me met...je pourrais pas revenir, j'aurais l'impression qu'à chaque fois il travaille pour rien...Le cadre...donc j'ai encore plus besoin de mettre un cadre, ça veut dire: bah oui le règlement de la consultation...»

«Ils paient tous. Je suis conventionné. Ils sont...Non ça me pose...Enfin, je trouve que c'est mieux. Moi, quand je vais chez mon ophtalmo, il me fait payer et ça me...je trouve ça bien. Il fait le boulot, enfin...il fait le boulot, il passe le temps, il fait comme moi je fais avec les autres. Il fait bien le boulot, enfin voilà! Les choses sont claires, elles sont nettes. On est dans une relation médecin-patient, ça vient ponctuer ça.»

«Elles paient toutes. Elles veulent...Bah c'est normal. Moi, ça me gêne de pas payer quand je vais voir des médecins qui ne me font pas payer. Je les fais payer. Elles sont remboursées, elles ont une mutuelle. On fait assez d'actes gratuits autrement.»

«On a décidé que je le faisais payer...Pour justement faire comme si c'était...comme un patient standard hein. Au début, j'avais dit non et puis...il a voulu payer. Je pense qu'il a raison. C'est évidemment pas pour les 23 euros, parce que si on passe trois quarts d'heure une heure hein...Mais euh, justement pour pas qu'il y ait d'obstacle d'un côté ou de l'autre.»

D'autres médecins interviewés, quant à eux, ont insisté sur le fait qu'il s'agissait d'un des seuls privilèges persistant de la profession et que la gratuité faisait partie de la tradition.

«Pourquoi j'ai pas fait payer? Euh...parce que...euh! C'était, je pense, quand j'étais plus jeune, je suis allée voir un cardiologue et qui m'avait dit...je lui avais dit «Je vous dois combien?» et il m'avait dit «Il ne nous reste plus beaucoup de privilèges et le seul qui nous reste encore, c'est de nous faire, de nous faire la gratuité entre nous.»

«Ah jamais! C'est du...comme ça! On se fait pas payer entre nous!»

Dans certaines situations, c'étaient les patients-médecins eux-mêmes qui insistaient pour régler la consultation, évitant aux médecins soignants la demande d'un règlement, qu'ils auraient eu du mal à demander.

«...que je suis depuis extrêmement longtemps et qui m'a pris comme médecin traitant, et qui, elle, tient à payer! Parce que moi, j'étais resté dans la chose «On fait pas payer, on soigne des familles de médecins, le médecin et les familles de médecin, gratuitement!».»

«C'est pour elle que c'est important (de payer), c'est pas moi...Donc, en fait, c'est elle qui le veut parce qu'elle estime, et ça elle me l'avait dit vis-à-vis d'autres patients, que quand elle sort du cabinet et qu'elle a payé, c'est du donnant donnant. Je lui...elle se libère, on va dire, d'une obligation vis-à-vis de moi pour après. Donc oui. Et les deux patientes me paient. Mais bon...moi je ne voulais pas au début. J'avoue...la concernant, elle, en tout cas...Oui. Alors là, bah je dirais en fait que la question s'est pas posée, parce que c'est elle-même, spontanément, qui a sorti sa carte, son chéquier et tout ça, et qu'elle payait son ancien médecin traitant. Donc j'ai rien dit. Voilà. Alors après, voilà...je, euh on verra. Mais elle n'a pas eu de moments d'hésitation qui m'ont fait me dire «Tiens! Elle se pose la question.» Y a pas eu du tout de moment d'hésitation, donc je me suis dit «Donc, c'est comme ça et point.»»

«Alors euh...y a des...la plupart (enfin ceux qui sont patients non copains) me paient et pour eux c'est important parce que, en fait c'était une...une façon d'être sûr d'être traité en patient-patient. Et puis, de toute façon, parce que les règles qui préexistaient dans le temps du code de déontologie, on devait soigner...c'était avant la sécurité sociale, et que, ils occupent mon temps comme les autres et qu'ils sont remboursés...Y a ceux qui sont copains et qui veulent payer, paient, les autres je leur demande pas, c'est-à-dire, c'est pas moi qui...je leur demande rien et ça m'est égal...Non, le paiement n'est pas important, c'est simplement comment ça s'est passé dans la relation...Mais si on me demandait, je dirais «Bah faut mieux payer à la limite.»...Parce que ça dédouane tout le monde de...de de la relation justement, de la différence entre les deux.»

«Ah alors euh...Je te dirais bien, j'aimerais bien ne pas les faire payer, mais ça simplifie la, la relation et ça affirme vraiment une relation médecin-patient en, en faisant...en payant l'acte. D'abord ça, ça donne l'impression que t'as pas de dette! Hein, en plus de ça, si t'as payé ton acte, t'es pas obligé d'offrir une bouteille de whisky ou une tablette de chocolat après. Et donc, ça te revient moins cher, car c'est ton assurance qui paie et les médecins sont assurés. Donc euh...pffffff!!!Je refuse toujours, mais comme ils insistent, j'accepte. Voilà! En me disant après tout, quand moi je vais voir un confrère, je trouve que c'est plus simple. Je trouve ça sympa qu'ils me disent «Bah non non allez et...» Mais je trouve ça plus simple de payer quand même! Et si tu veux, tu te sens vraiment avoir été reçu comme un patient et pas comme un confrère. C'est-à-dire, t'es sûr comme ça d'avoir été écouté vraiment comme un patient...Parce que moi, je suis aussi plus à l'aise quand j'ai payé ma consultation. Je trouve que c'est clair. D'abord, tu te sens pas en dette et puis, puis, je te dis, vraiment t'es, t'as été reçu comme un patient. Donc, quand tu as attendu dans la salle d'attente, t'es passé à l'heure, à ton tour, que t'as payé etc...je veux dire la démarche elle est claire...Ah non non! Moi je demande pas. Non parce que si tu veux...Parce que si tu veux, c'est pour lui. C'est pour que lui se sente bien avoir été reçu comme un patient. C'est pas moi, qu'ai besoin d'être, de me sentir être le toubib et lui le patient. C'est lui qui a besoin d'être le patient et d'avoir été reçu comme tel.»

Certains procédaient à la gratuité pour les consultations ponctuelles puis, quand un suivi régulier était instauré, le règlement de la consultation était de mise.

«Je ne lui ai pas fait payer les deux premières fois et la troisième fois elle m'a sorti sa carte vitale et j'ai senti que ça la gênait et bon...je l'ai quand même vu quatre, cinq fois au total. Donc après, je l'ai fait payer, oui. Mais les deux premières fois, je ne l'avais pas fait payer et j'ai senti que ça la gênait, qu'avec son ancien médecin elle payait. Donc euh...et puis je me suis retrouvée dans le cas de ne pas payer bon...ça peut être gênant! Ca va une ou deux fois mais après quand on...ça peut être gênant...Donc après, il prenait ma carte vitale, il faisait le tiers payant. Mais je me serais sentie gênée. Donc j'ai apprécié les premières fois, j'ai dit «Bon c'est quand même sympa!» euh voilà... j'aurais pas voulu que tous les mois ça se reproduise...Euh...bah parce que quand même, je lui prends du temps euh voilà. Si j'ai envie de lui prendre plus de temps parce que j'ai des problèmes dont je veux lui parler, bah ça m'embête de pas payer, quoi! Je trouve que c'est gênant...Parce que j'estime que c'est un confrère, et ouais, c'est quand même euh...plus sympa de les considérer en tant que confrère et pas...Donc je le fais les premières fois, mais après si il y a vraiment un suivi régulier et que les gens veulent vraiment que je sois leur médecin et qu'ils sont pas venus là juste parce qu'ils avaient besoin d'un certificat de sport ou quelque chose comme ça, ils veulent vraiment un suivi, après je fais payer.»

«Donc ça, c'est...Voilà, ça c'est toujours compliqué quand on soigne des médecins, le rapport à l'argent. Donc, euh...donc là euh...d'emblée elle, elle m'avait dit «De toute façon je vous règle et c'est comme ça! Vous êtes mon médecin traitant.» et ça avait été vu dès le début quoi. Et, bah du coup, elle me règle. Euh...ça m'est compliqué de demander un paiement. A la fois, les gens me disent, si on te paie pas, on revient plus, quoi, mais je m'arrange, c'est nul! Mais je m'arrange pour faire des tiers-payant parce que...en fait, c'est surtout quand c'est des amis médecins...C'est très compliqué. Donc, comme ils veulent absolument, je fais un tiers payant, ce qui est complètement minable et lâche. Comme ça, ils me paient mais ils me font pas de chèque et me donnent pas d'argent directement quoi!... voilà d'être confraternel et de ne pas faire payer ses confrères et je trouve que c'est quelque chose de bien qu'il faut respecter, mais dans une certaine mesure. Je pense que pour un avis ponctuel, ne pas faire payer un médecin parce que c'est un médecin et qu'on est confraternel, c'est bien! Après, quand on est amené à voir tout le temps un enfant ou quelqu'un, y a un moment où c'est plus possible! Donc...et je me souviens justement, j'ai soigné aussi un enfant d'un autre médecin qui me disait...enfin je l'ai soignée alors qu'elle était alors jeune adulte et elle me disait «On tient à vous payer parce que toute notre vie on est allé voir un copain médecin généraliste pour le suivi de nos enfants, et finalement il ne nous faisait jamais payer, on ne voulait pas y aller parce qu'on ne voulait pas l'embêter et en fait nos enfants, ils ont jamais été pesés, mesurés. On y allait que quand on était obligé et finalement ils ont pas été bien suivis.» Donc ça, je me le garde en tête en me disant, c'est vrai que le fait de payer, ça... peut-être que ça assainit les choses et en fait ils me paient comme un patient lambda, la sécu les rembourse voilà, et moi je suis leur enfant comme un patient lambda...»

Si, pour un médecin interrogé, la gratuité dans le cadre confraternel était de mise pour des consultations ponctuelles, il n'était pas une obligation:

«Et à chaque fois, en fin de consultation, j'avais quand même passé du temps et tout, il me disait « e vous dois rien, je vous dois quelque chose?», l'air de dire, bah c'est gratuit quoi! Ca ça m'avait mise en colère un peu, parce que, que les gens disent «On te doit quelque chose?» et que moi je dise «Non c'est gratuit, voilà!» mais, que d'emblée ce soit acquis, et que parce qu'il est médecin, il paie pas, je trouve que c'est de la grossièreté et de l'impolitesse et du non-respect, finalement, du travail de l'autre quoi!»

4- Stratégies relationnelles pour maîtriser la relation entre un médecin et un patient-médecin

4.1- Un cadre formel

Pour mieux appréhender la relation entre un médecin et un patient-médecin, certains médecins déclaraient qu'il fallait instaurer un cadre formel à cette relation, que ce soit pour les modalités de la consultation, l'examen et le paiement.

«Donc parmi les éléments de la bonne distance, il y a le fait de...de faire payer la consultation...Dès l'instant où on est en consultation, dans le vif du sujet, je...je pense que je marque une distance de respect qui...qui est une sorte de sas qui...je sais pas quel est le mot qui conviendrait le mieux qui...qui respecte en quelque sorte le protocole de l'examen...Oui, à un moment donné, je sais pas si c'est dans l'attitude, la posture, le mode...le mode de communication, de langage, il y a une distance de respect qui est plutôt associée à...à comment dire, à...la manifestation de...de ce qu'on est dans un temps de relation médecin-patient...Oui, je pense que (le paiement) c'est...que ça peut garantir (la distance professionnelle).»

«...bah j'essaie de maintenir un cadre quoi! C'est moi qui prescris les examens, le traitement, bon! Je l'adresse à un autre spécialiste si il y a besoin...Voilà, le cadre a été vraiment à redéfinir avant...Alors que moi, j'ai des créneaux, c'est comme ça, et je veux surtout pas...enfin y a pas de passe-droit. C'est chacun au même niveau, quoi!...Le cadre est vraiment à redéfinir, prend du temps à définir...Donc j'ai encore plus besoin de mettre un cadre, ça veut dire: bah oui le règlement de la consultation, le fait d'arriver à l'heure parce que, y en a aussi qui déboulent comme ça alors que c'est sur rendez-vous. Ca me paraît important une espèce de respect mutuel, euh, de recevoir les compte-rendu, que, quand ils vont voir des spécialistes je reçoive bien les choses et j'ai les informations et puis de leur dire que c'est difficile. Enfin, c'est pas simple et que du coup ça peut le devenir, ça peut devenir moins compliqué si on se dit les choses aussi, voilà...une espèce de neutralité et un regard externe...Il faut quand même pouvoir rester assez à distance, à mon avis, pour pouvoir être clair et dans un cadre un peu, euh...sain.»

«Alors j'essaie dans ces cas-là de cloisonner complètement.»

«Je ne sais pas si c'est plus dur, mais en tout cas ça nous demande d'être assez...enfin pas pointus, assez clairs et nets sur ce qu'on fait...Alors quand je dis ça, il faut prendre le temps,

c'est-à-dire que, moi, je refuse de les voir (ce qui peut être fait) entre, (ce qui se faisait parfois, maintenant ça se fait de moins en moins) mais, entre deux portes. Voir quelqu'un cinq minutes et puis... Il faut vraiment faire les choses comme d'habitude. Ce n'est pas parce que c'est un copain qu'il faut, qu'il faut comment dire...ne pas faire comme d'habitude. L'examiner, poser des questions, même si ça peut être gênant par moment. On peut dire «Ca peut être gênant mais là, je vais poser des questions...». Voilà...il faut les retours...Ils paient tous...Les choses sont claires, elles sont nettes. On est dans une relation médecin-patient, ça vient ponctuer ça...J'essaie bien de faire: ils viennent, on fait une consultation, on fait bien la consultation et puis une fois que la consultation est terminée, alors au moment de payer, là, on papote.»

«Elle a un problème de thyroïde. Elle a un suivi thyroïdien classique. Je la vois tous les 6 mois, mais la prise de sang c'est moi qui la prescris etc...Ici, je suis dans le cabinet, je suis médecin. On pourra finir la consultation sur une autre discussion, mais je suis assez carrée dans mon examen. C'est toujours le même quand je vois les enfants. Un examen gynéco, c'est un examen gynéco et pour moi ça ne me pose pas réellement de problème...Mais, quand je les vois en consultation, qu'il y a un souci, qu'il y a des ordonnances à faire, c'est moi qui les fais...Je me dis finalement, c'est pas une question de...il faut ramasser 23 euros! Je m'en fiche! Maintenant, voilà, j'aurais l'impression que...moi, je ne prendrais pas mon travail au sérieux si ça se terminait, ouais, si il n'y avait pas de paiement. Là, je suis dans mon cabinet, je fais mon travail.»

«Alors, je veux, voilà, vraiment la voir ici parce que, même si, voilà, elle habite juste à côté, donc ce serait assez facile ou alors, je pourrais la voir en dehors parce que, en effet, on se voit en dehors également. Mais je ne suis pas capable parce que, en dehors du cabinet médical, je perds de mon assurance, peut-être un petit peu, et je trouve que ça met une relation d'emblée, voilà, de médecin à patient et on n'est plus dans le...on est moins dans l'affectif dans ce cas là. Donc j'ai plus mes repères, mes marques et je, voilà, je trouve ça plus facile...Mais en même temps, voilà, quand elle est là, elle est en sous-vêtement, je fais un examen complet, je ne...il n'y a pas de pudeur qui m'empêche, on va dire, de l'examiner correctement. Euh voilà, on aborde...tous les domaines sont abordés donc sans difficulté particulière...La palpation des seins, voilà, est importante, donc c'est des choses, voilà, qui sont faites aussi systématiquement. Y a pas de...elle sait que si elle m'a choisi comme médecin traitant, que je lui ai dit que, de toute façon, euh, voilà, ce sera un suivi et que voilà, c'est...c'est, voilà ce sera comme ça et pas autrement. Donc elle était prévenue, donc y a pas de souci.»

«Donc, par principe, de toute façon, quand tu soignes quelqu'un, qu'il soit médecin ou pas médecin, avec qui t'as des relations de copinage ou d'amitié, je crois qu'il faut séparer les choses et qu'il est hors de question de voir les gens ici à la maison. Je pense que si il y a un problème de santé, on prend rendez-vous, on met un rendez-vous au cabinet. On se voit dans un contexte, dans un environnement médical...J'essaie d'être le plus professionnel possible...On a décidé que je le faisais payer...Pour justement faire comme si c'était...comme un patient standard hein...»

«L'examen clinique se déroule exactement de la même façon, que ce soit pour se déshabiller en début de consultation, éventuellement en fin en fonction de ce que j'ai besoin ou de ce que nous avons besoin. Euh...dans, même, l'interrogatoire! C'est-à-dire qu'on ne discute qu'après, si jamais on se met à discuter. Mais à partir du moment où c'est au début de la consultation, c'est toujours une consultation avec un interrogatoire identique à celui qu'on peut faire pour un patient normal. Euh...un examen clinique dans les mêmes conditions, exactement, qu'un patient normal...Non, ça ne me gêne pas si c'est un renouvellement et qu'il est fait dans les normes, c'est-à-dire que, on a décidé au départ dans l'alliance thérapeutique qu'on avait envisagée, que je le reverrai au moins une fois par an, par exemple pour un suivi de tension, de choses comme ça...mais y a vraiment un moment formel...Qu'il ne devrait pas avoir de particularité pour un examen! Qu'on doit rester le plus professionnel possible et donc ne pas rentrer dans l'affectif et le fait de savoir que c'est un médecin, ça ne devrait pas changer notre attitude thérapeutique.»

«Bah je...j'y arrive parce que je les prends en consultation dans mon cabinet. Dans un lieu où le...la hiérarchie des gens, la place des gens est claire. C'est-à-dire que moi, derrière mon bureau avec mon informatique, ma saisie d'observations, ma façon de poser les questions, puis l'examen dans une pièce équipée pour, on revient, on fait la conclusion...Enfin, tout un cérémonial de la consultation qui rassure sûrement le patient-médecin et qui me permet, moi aussi, d'assurer un rôle de thérapeute...Mais on se met dans les conditions. Je crois que c'est ça mon secret... Au cabinet, le cérémonial est indispensable. Et quand c'est en semaine, ils prennent rendez-vous hein! Et si je suis en retard, ils ne passent pas avant les autres. Il passera avec une heure de retard si il le faut! Qu'il soit dans la salle d'attente, au secrétariat, ou dans le hall, je m'en fous! Mais ils sont traités comme un patient normal. Ah oui! Ni plus ni moins...Je te dirais bien, j'aimerais bien ne pas les faire payer, mais ça simplifie la, la relation et ça affirme vraiment une relation médecin-patient en, en faisant...en payant l'acte...Mais toujours pareil, si tu veux offrir le service le plus professionnel possible, il faut que tu, il faut que tu te mettes dans ton cadre, il faut que tu te mettes avec les horaires, avec le matériel, avec le...de la manière la plus standard possible.»

«...mais l'examen clinique il est assez standardisé chez tout le monde...C'est vrai que le fait de payer, ça...peut-être que ça assainit les choses...D'essayer quand même de mettre un cadre et d'être plus ou moins ferme, mais de pas tout accepter, c'est-à-dire, soit ils viennent nous voir et il y a une relation de confiance (donc l'automédication on pourra pas l'éviter mais dans une certaine mesure euh...) et puis le fait qu'ils nous court-circuitent, moi, je l'accepte mais aussi dans une certaine mesure. Peut-être (ça m'est jamais arrivé) mais que si ça dépassait les limites, j'essaierais de recadrer.»

4.2- Définition du rôle de chacun

Pour certains médecins interrogés, la communication entre le médecin soignant et son patient ainsi que la définition du rôle de chacun ont permis l'obtention d'une relation de qualité. Si ces rôles n'étaient pas bien définis, ils participaient à la difficulté de la relation.

«...de temps en temps, on abordait cette particularité de la relation entre deux médecins, entre un médecin et un médecin-patient. Et euh...il trouvait ça nécessaire et moi je trouvais

important de faire l'effort d'être...d'être à la bonne distance...la bonne distance relationnelle est une notion qui est importante pour moi...Donc il y a une sorte de contrat qui se fait...Y a pas de malentendu ou de sous-entendu ou de non-dit...Il est en tant que patient...à un moment donné il est en tant que patient, je suis en tant que médecin...Y a...y a un moment où il y a des barrières à ouvrir...mais si on les ouvre pas, on n'est pas dans la relation médecin-patient. On est dans quelque chose de perversi.»

«Quand on arrive à faire comprendre, à faire rentrer le patient médecin comme un patient vraiment lambda avec un suivi régulier...il rentre comme un patient lambda et y aurait moins cette tension, cette appréhension et du coup, je pense que, quand y a moins ça, y a une attention qu'est saine, qui est bien, qu'est moins compliquée...Les patients restent à leur place quoi, alors qu'un confrère, des fois, va aller au-delà, un peu en essayant de sympathiser. C'est peut-être ça qui peut poser problème un petit peu, quoi.»

«Il faut créer un écran...Bah euh...tu oublies qu'il est médecin. C'est monsieur lambda qui vient pour un problème.»

«Réussir à faire abstraction du fait que ce soit un médecin, pour être professionnel dans ton examen...Donc il faut que le médecin fasse abstraction du fait qu'il a un médecin en face de lui, mais il faut aussi que le patient fasse abstraction du fait qu'il est médecin. Qu'il devienne aussi un patient comme les autres et ça c'est aussi pas non plus simple. Donc tu crées une double schizophrénie dans cette histoire...C'est apprendre à faire abstraction du fait, qu'en face, t'as un médecin, et que le médecin en face de toi, fasse abstraction du fait qu'il est médecin. C'est ce qui créera la plus saine des relations. Voilà.»

«...elle ne voulait pas être patiente, elle était plutôt...elle voulait rester médecin...Ceux-là, c'était plutôt un échec... Bah, qu'il oublie qu'il est médecin. Et puis, moi, j'oublie qu'il est médecin aussi. (Rires). Qu'on oublie tous les deux. Ca serait bien...Parce que le médecin est un peu schizophrène en fait, il se...il est un médecin et puis après, il est autre chose. Pas facile, le schizophrène!»

«Non, parce que le médecin il vient là, parce qu'il a besoin, finalement, d'être pris en charge comme un patient. Il vient ici, il est le patient...Pour moi, c'est un patient et je pense qu'il vient en tant que patient. Il vient pas en tant que médecin pour essayer de voir si...Bah, je crois qu'il faut faire abstraction du métier de la personne, quoi!...On est des patients comme tout le monde, aussi quand on est malade ou quand on a un souci. Et ça! Ca ne me pose pas de problème. Je prends les gens comme moi je vais chez mon médecin. Je pense pas avoir tort parce que, je crois que c'est vraiment ce qu'on recherche quand on va voir le médecin...C'est pas Docteur Machin qui vient, c'est monsieur ou madame.»

«On en avait discuté au début, essayer de faire abstraction (ce qu'on ne peut pas faire) mais essayer de faire abstraction du fait qu'il soit médecin...On se met patient et pas médecin. Et c'est peut-être le fait que, moi j'ai eu quelques ennuis qui m'ont fait devenir patient, qui ont fait que je me sens plus à l'aise, aujourd'hui, avec mon collègue que je ne l'ai été il y a quelques années parce que je me dis que, lui aussi, quand il vient, il se met dans la tête du patient.»

«Et je l'ai toujours prise pour une patiente qui n'était pas médecin...donc en fait ça n'a rien changé dans ma pratique.»

«C'est-à-dire que je suis médecin le jour où il y a quelqu'un qui me voit en tant que médecin et après on parle d'autres choses. Mais quand je suis dans mon cabinet ou quand je suis avec mes instruments, mon stétho ou autre, je suis médecin.»

«J'essaie qu'elle soit la plus normale possible. C'est à dire que j'oublie le fait qu'ils soient médecins, je les prends en charge comme si c'étaient des patients normaux...Et si tu te dis, «Attends, t'es médecin d'accord, mais ton métier on le laisse dehors. T'es là en tant que malade.» Bon, bah là, ça peut marcher. Mais que comme ça que ça marche et c'est que comme ça que tu vas le rassurer! Je crois.»

4.3- La confidentialité préservée

Pour deux médecins rencontrés, la confidentialité avec le respect du secret médical chez ces patients était une donnée fondamentale:

«J'ai dû prendre la carte vitale pour faire un dossier que j'ai verrouillé parce que, il avait très peur que tout le monde puisse lire...Donc il avait pas envie que les autres confrères puissent lire.»

«...mais ce qu'il faut après, c'est aussi préserver l'anonymat des gens...A chaque fois, le secret est quand même extrêmement délicat à avouer et que euh...la différence avec un malade c'est que quelque fois tous les éléments ne sont pas mis sur le dossier médical écrit ou informatisé.»

4.4- Des patients comme les autres

Pour prendre en charge un patient-médecin, la majorité des enquêtés estimaient qu'il était nécessaire de le considérer comme un patient «standard».

«Quand on arrive à faire comprendre, à faire rentrer le patient médecin comme un patient vraiment lambda avec un suivi régulier, que ce soit gynéco (mais ça peut-être un gynéco en ville), enfin voilà un espèce de bilan annuel et plus, en aigu aussi, mais dans un suivi et euh... à ce moment là, il rentre comme un patient lambda et y aurait moins cette tension, cette appréhension et du coup, je pense que, quand y a moins ça, y a une attention qu'est saine, qui est bien, qu'est moins compliquée.»

«...euh je vais très vite passer à: ce type-là est le même patient que le type qui vient faire sa licence de basket que je connais depuis pas longtemps ou quelqu'un que je connais depuis longtemps...Bah euh...tu oublies qu'il est médecin. C'est...c'est monsieur lambda qui vient pour un problème...Donc, quelle que soit toute l'ambiguïté de la relation, tu restes un médecin et tu dois considérer qu'en face de toi, c'est un patient, et tu dois t'imposer de le traiter comme un patient, comme un autre. C'est ça qui peut être à la fois difficile mais c'est l'enjeu pour que tout le monde en tire un bénéfice.»

«Donc il faut faire, là je crois, qu'il faut vraiment se garder de bricoler, il faut vraiment faire les choses comme d'habitude.»

«Elle voulait (enfin moi elle me l'a dit), «Je veux être un patient comme tout le monde et que vous fassiez ce qu'il y a à faire.» Donc, euh...de toute façon, moi je procède toujours comme ça. Donc, bah voilà! Elle a un problème de thyroïde. Elle a un suivi thyroïdien classique. Je la vois tous les 6 mois, mais la prise de sang c'est moi qui la prescris etc...Et puis, on parle, enfin voilà! Effectivement, c'est une patiente comme les autres. Bon, je ne la connaissais pas en dehors, voilà...C'est vraiment une patiente comme les autres...Bah là, c'est pareil parce que l'on se rend compte que, c'est pas parce que l'on est médecin qu'on n'a pas envie d'être pris en charge comme les autres...Parce que je vous dis, le médecin il arrive, il a besoin d'avoir un regard extérieur, donc euh...je fais pareil quoi!... Non, parce que le médecin il vient là, parce qu'il a besoin, finalement, d'être pris en charge comme un patient. Il vient ici, il est le patient...Je pense qu'on est comme tout le monde. On est des patients comme tout le monde, aussi quand on est malade ou quand on a un souci...C'est pas Docteur Machin qui vient, c'est monsieur ou madame. (C'est une relation) qui est normale, ouais!»

«...mais en même temps, je me dis que si elle décide de prendre un médecin traitant, c'est justement parce qu'elle a pas envie qu'on la considère elle-même médecin euh...et qu'elle a besoin qu'on lui parle et qu'on lui donne des conseils, justement par rapport au fait qu'elle n'est pas capable de prendre des décisions potentiellement pour elle.»

«Non je crois qu'il faut arriver à se mettre dans la tête que c'est un patient comme un autre...On a décidé que je le faisais payer. Pour justement faire comme si c'était...comme un patient standard hein...Il vient comme un patient. Il me fait confiance.»

«Et je l'ai toujours prise pour une patiente qui n'était pas médecin. Je m'en suis rendue compte très récemment. Donc en fait, pour elle, ça n'a rien changé dans ma pratique...Euh...je la considère aussi comme une patiente un petit peu comme les autres...»

«...par principe, je fais exactement la même chose que ce que je ferais avec un autre patient...On a l'impression de ressentir chez le médecin et c'est celui qu'on a comme médecin, de pas se tracasser, c'est-à-dire d'avoir fait confiance ou de faire confiance au collègue à qui on a donné son aval ou son accord pour être soigné, de manière à ne pas se poser de questions pour soi-même, quoi. Et donc, finalement, il y a quelque fois presque un désintérêt de la maladie pour laquelle il vient, quoi, ou du problème pour lequel il vient. Il vient sans réfléchir la plupart du temps en disant «Bah tiens, dis moi ce que j'ai et puis traite moi parce que bon, j'ai pas envie de me savoir malade ou j'ai pas envie de me poser de questions à ce niveau-là.» C'est l'impression qu'on a...Il vient en tant que patient...Bah je dirais qu'il faut éviter de faire des particularités justement. Qu'il ne devrait pas y avoir de particularité pour un examen! Qu'on doit rester le plus professionnel possible et donc ne pas rentrer dans l'affectif, et le fait de savoir que c'est un médecin, ça ne devrait pas changer notre attitude thérapeutique.»

«Parce que pour n'importe quel patient ce serait pareil.»

«J'essaie qu'elle soit la plus normale possible. C'est-à-dire, que j'oublie le fait qu'ils soient médecins, je les prends en charge comme si c'étaient des patients normaux...parce que le médecin il est comme les autres! Quand c'est un malade, c'est un malade! C'est pour lui! Il a autant les boules que les autres...Je crois que c'est un homme comme les autres...Mais bon, j'ai fait comme pour les autres! Ca serait dégueulasse de faire plus pour un médecin par rapport à tout le reste de ta clientèle! Et ça serait injuste de ne pas lui faire bénéficier des mêmes examens que les autres! Donc le meilleur moyen de faire bien son métier, c'est de faire pareil pour tout le monde...Mais ils sont traités comme un patient normal. Ah oui! Ni plus ni moins...Et peut-être que c'est aussi ce qu'ils apprécient, c'est d'être suivis comme tout le monde!...Non je crois qu'il faut pas mettre les médecins sur une voie très différente des autres. Quand il est malade, il est comme les autres, il a les boules, pareil...Et en fait c'est ça qu'ils ont besoin et je crois qu'il faut être passé médecin-malade pour te rendre compte que tu as vraiment envie d'être pris en charge comme un malade. Il faut tout mettre en œuvre pour qu'ils aient le sentiment réel d'avoir vraiment été entendus en tant que tels. Il faut...il faut le mettre en œuvre dans le matériel que tu utilises, dans le temps que tu prends...dans le...dans le...dans l'explication que tu donnes, dans le recours aux examens complémentaires que tu...que tu utilises. Faut pas faire plus, faut pas faire moins. Sinon, il y a une des populations qui est lésée, soit celle des médecins soit celle des autres patients.»

«...je leur dis «Je fais comme si vous étiez un patient normal entre guillemet.». Enfin je le dis, j'essaie de le faire...ils me paient comme un patient lambda...»

4.5- Se connaître soi-même

Pour mieux maîtriser la relation entre un médecin et un patient-médecin, certains médecins interrogés nous ont enseigné qu'il fallait tout d'abord connaître sa capacité à une telle prise en charge et ensuite ne pas hésiter à réfléchir à sa démarche pour en améliorer la qualité. Les expériences acquises permettaient également une amélioration de ces pratiques, selon eux.

«Bon, le tout c'est de le savoir. Et puis de pouvoir s'en ouvrir avec la personne...De soigner un confrère, ça a le mérite de faire l'effort de savoir...de savoir si on est bien dans la bonne position de médecin quand on exerce le soin.»

«Ce que tu peux faire, c'est essayer rétrospectivement de se débriefer, s'auto-débriefer en se disant «Bon alors, comment j'ai été? Qu'est-ce que j'ai fait? Est-ce que j'ai bien fait? Est-ce que je n'ai pas été perturbée par ça?». Reprendre le dossier. Je l'ai repris, moi, le dossier pour être sûre que j'avais pas oublié des choses, que j'étais bien...que j'avais bien dit tout ce que je voulais dire euh...qu'il m'avait bien répondu...»

«On n'est pas formé à la relation médecin-patient. On n'est pas formé. Maintenant on a quand même aussi un bagage qui fait que...on a été confronté quelques fois à des consultations difficiles. C'est une consultation difficile...ça peut être une consultation complexe, c'est clair, mais on est confronté à d'autres situations où on peut être, où ça peut être complexe. Après, c'est ta capacité de t'adapter à ça.»

«Euh...j'essaie, bah voilà, de reprendre le dossier à l'extérieur de la consultation pour peut-être me dire, bah voilà, est-ce que je m'embarque dans des trucs, bah voilà, qui ont ni queue ni tête, ou justement je suis pas en train d'en faire trop, ou est-ce que je ne suis pas passée à côté de quelque chose, à trop me focaliser sur certaines choses, on en oublie d'autres peut-être plus essentielles, parfois.»

«Mais euh...qu'on peut l'accepter que si on est presque sûr de pouvoir prendre la bonne décision sans...enfin qu'on ne biaise pas notre décision, du fait que ce soit un médecin. Et vaut mieux refuser à ce moment-là. Ou si on se sent pas à l'aise, il faut pouvoir très vite le dire «Donc je peux pas, parce que j'arrive pas à prendre de bonnes décisions avec toi ou avec vous.»...C'est pas facile de mettre des mots dessus, parce que c'est bien se connaître soi-même et c'est de voir comment on a réagi une première fois puis qu'on voit...c'est peut-être lors d'un premier examen, une première fois, quand c'est arrivé euh...savoir comment on a réagi, s'analyser après et euh...se dire est-ce que maintenant j'ai été comme les autres? Et d'ailleurs, se poser la question presque à chaque fois: est-ce que j'ai..., ou de temps en temps, est-ce que, avec ces patients-là, j'étais comme les autres quoi?»

«T'as l'état d'esprit: ou tu te le donnes, ou tu l'as pas. Soit t'es impressionné parce que c'est un médecin, et à ce moment-là, t'arrives pas à le prendre en charge, soit tu te dis «Attends! C'est un malade comme les autres, il a droit comme les autres, il est plus fragile parce que justement il est médecin. Il a le droit d'être comme les autres et faut le considérer.»...C'est un cumul d'expériences personnelles ou de remarques que j'ai entendues à droite et à gauche qui m'ont permis de comprendre ou d'appréhender qu'elle pouvait être la...le besoin du médecin malade et euh...quelle était...qu'est qu'il pouvait attendre d'un médecin-médecin. J'essaie de faire au mieux! Je dirais, c'est une démarche qualitative globale, j'ai la même démarche pour les autres patients.»

4.6- Etre patient soi-même

Pour quelques médecins de l'enquête, le fait d'avoir été eux-mêmes patients, leur a permis de mieux comprendre les attentes du patient-médecin et d'adopter une prise en charge optimale en conséquence.

«Moi en tant que, alors là c'est en tant que malade, dans mes relations avec mes confrères, y a plein de choses qu'ils ne m'ont pas dites parce que dès que...ils commençaient à le dire et ils ont un regard de connivence avec toi qui fait qu'ils n'ont pas besoin d'aller plus loin, t'as compris. Alors, ça a un côté simplificateur parce que, en fait, t'as pas à expliquer les choses. D'un autre côté, est-ce que la personne qui reçoit l'information, elle est bien consciente que...elle le sait...mais est-ce qu'elle prend toute la dimension de ce qu'on lui dit? C'est pas gagné. Donc en fait, est-ce que le médecin ne doit pas non plus faire comme avec les autres? C'est-à-dire, aller au bout des choses pour être sûr que le suivi qui découle de cette information soit bien fait? (silence) Ouais. Est-ce que le non-dit...est-ce que le non-dit est un non-dit de connivence ou un non-dit qui devient un non-dit de camouflage? Donc de là... il faut se méfier de ça.»

«Moi quand je vais chez mon ophtalmo, il me fait payer et ça me...je trouve ça bien. Il fait le boulot, enfin...il fait le boulot, il passe le temps, il fait comme moi je fais avec les autres. Il fait bien le boulot, enfin voilà! Les choses sont claires, elles sont nettes. On est dans une relation médecin-patient, ça vient ponctuer ça.»

«Bah, je crois qu'il faut faire abstraction du métier de la personne quoi! Bah non, c'est vrai! Moi, si je vais voir la personne que je vais voir de temps en temps, je...C'est comme si j'effaçais tout de ma tête: «Voilà, j'ai ça comme problème, bon à la limite, j'arrête pas de turbiner làlàlàlà, voilà je te donne mes symptômes, tu fais ce que tu veux, voilà, enfin tu fais ton boulot.» C'est comme ça que je vois les gens qui viennent...Je prends les gens comme moi je vais chez mon médecin. Je pense pas avoir tort parce que, je crois que c'est vraiment ce qu'on recherche quand on va voir le médecin.»

«...justement parce que j'aurais besoin, si je suis suivie par un médecin traitant, voilà de, de justement me dire que c'est quelqu'un qui me considère vraiment comme une patiente et en qui j'aurais justement suffisamment confiance pour me dire, je ne réfléchis pas comme un médecin à me dire «Tiens, est-ce qu'elle est...prend les bons choix?». Mais avoir en face de moi quelqu'un de suffisamment sûr de lui pour, voilà, m'en imposer, m'en imposer quelque part un peu...Mais de me dire «Voilà, ah bah tiens! Je suis contente d'avoir un médecin qui me rassure» et donc, j'aimerais bien que les patients qui m'ont choisie pensent la même chose de moi autant que possible.»

«Et franchement, si tu veux, on se met patient...hein...On se met patient et pas médecin. Et c'est peut-être le fait que, moi j'ai eu quelques ennuis qui m'ont fait devenir patient, qui ont fait que je me sens plus à l'aise, aujourd'hui, avec mon collègue que je ne l'ai été il y a quelques années, parce que je me dis que, lui aussi, quand il vient, il se met dans la tête du patient...Parce que je t'ai dit, c'est, à la fois le fait d'avoir vu que ce n'était pas si compliqué que ça et d'avoir été patient moi-même et de voir, moi, comment je me suis comporté en faisant abstraction du fait que j'étais médecin et en me laissant un peu porté quelque part, finalement en ne participant pas à la décision et en ne jugeant pas la décision, que je me dis que finalement c'est un peu idiot de s'inquiéter ou d'être préoccupé par le regard de l'autre.»

«Je...je...j'ai déjà été avec..., on a été...on sait ce que c'est d'être du côté, de l'autre côté de la blouse blanche et on a apprécié d'avoir été, comment dire? Qu'on nous ait donné des renseignements qui soient des renseignements précis sans détour. De toute façon la tristesse que t'as à la nouvelle, elle est la même mais au moins tu sais à quoi t'en tenir! Tu te prépares à une échéance. Moi je l'ai vécu comme ça et je...j'ai apprécié qu'on m'ait parlé franchement et donc j'essaie de redonner cette...Ayant eu l'expérience d'être médecin-malade ou en l'occurrence parent d'un enfant malade, j'ai vu ce que ça faisait. Donc du coup, je retourne...Ayant été médecin, comme je te disais tout à l'heure, et qu'on m'ait parlé comme à un patient normal mais avec des mots précis que j'étais capable de comprendre, c'est-à-dire s'adapter à mon degré de compréhension, j'ai trouvé que c'était vachement appréciable. Donc du coup, au bout de 20 ans, j'ai une expérience de tout et je...j'adapte mon, mon discours mon comportement etc...Donc euh...pffffff! Je refuse toujours (le paiement), mais comme ils insistent, j'accepte. Voilà! En me disant, après tout, quand moi je vais voir un

confrère, je trouve que c'est plus simple. Je trouve ça sympa qu'ils me disent: bah non non allez et...Mais je trouve ça plus simple de payer quand même! Et si tu veux, tu te sens vraiment avoir été reçu comme un patient et pas comme un confrère. C'est-à-dire, t'es sûr comme ça d'avoir été écouté vraiment comme un patient. Enfin moi, c'est ce que je ressens en tant que patient donc euh...bah je le retourne dans l'autre sens... parce que moi je suis aussi plus à l'aise quand j'ai payé ma consultation. Je trouve que c'est clair. D'abord tu te sens pas en dette et puis, puis je te dis vraiment t'es, t'as été reçu comme un patient. Donc quand tu as attendu dans la salle d'attente, t'es passé à l'heure, à ton tour, que t'as payé etc...je veux dire, la démarche elle est claire...Et en fait, c'est ça qu'ils ont besoin et je crois qu'il faut être passé médecin-malade pour te rendre compte que tu as vraiment envie d'être pris en charge comme un malade.»

«Donc j'avais besoin qu'elle valide, tout en ne doutant pas complètement de moi mais euh...voilà qu'elle valide, qu'elle valide les choses. Et finalement, pour l'avoir vécue dans l'autre sens, je me dis que ce n'est pas forcément bien...Et en fait ça, voilà ça me convient pas. Si je fais suivre mes enfants, c'est pour qu'on me dise quoi faire et pour qu'on me prenne comme un patient. Et en fait, je me rends compte que, finalement, moi je fais aussi ça, et peut-être que c'est une déformation professionnelle, quoi! Je le fais pour me rassurer et finalement quand les autres me le font, euh...quand c'est moi qui suis patiente, ça...ça m'exaspère!»

5- Perspectives et propositions pour améliorer la relation médecin/patient-médecin

5.1- Un médecin référent pour tous

La grande majorité des médecins interviewés s'accordaient sur le fait que tout médecin nécessitait un référent pour une meilleure prise en charge.

«Euh...disons que dans certains cas, qui sont critiques, le fait de ne pas avoir de médecin traitant peut...peut être très pénalisant...Mais quand une situation critique se profile euh...le fait de ne pas avoir de médecin traitant, ça fait qu'on est moins bien soigné...Pour reprendre Balint euh...je dirais que le risque de ne pas avoir de médecin traitant c'est que dans les situations difficiles, il y a une dilution de l'anonymat. Ce que Balint appelle la dilution de l'anonymat, c'est-à-dire, qu'il n'y a pas vraiment de référent pour prendre les décisions difficiles.»

«C'est ce qui est complètement ridicule. Mais la plupart des médecins généralistes sont leur médecin traitant...Interdire que les médecins se fassent examiner par quelqu'un qu'il connaît, par un autre médecin qui le connaisse.»

«Je pense que d'abord c'est déjà bien que les médecins viennent voir quelqu'un d'autre... Moi je crois que c'est important de déjà pouvoir faire la démarche.»

«Je n'ai pas moi-même de médecin traitant. Je...euh, culpabilise de me dire que c'est pas bien du tout euh...»

«Et maintenant je pense que les nouveaux médecins ont appris, et les plus jeunes ont appris justement à se dédoubler pour ne pas se...pour ne pas se poser de questions eux-mêmes quoi. Mais d'avoir un médecin traitant plus! Parce que, avant, ils allaient chez le spécialiste quand ils avaient réellement besoin et maintenant à se dédouaner du fait de devoir penser ou de devoir s'imposer d'y aller.»

«On...On est toujours en train de se dire «Dans quelle mesure est-ce que je suis sûr de moi? Donc, quand c'est pour toi, tu as envie de réduire cette marge d'erreur que tu tolères pour les autres. Et donc, à partir du moment où il y a une marge d'erreur qu'il ne maîtrise plus il...il demande l'avis d'un confrère.»

Un médecin nous a interpellées sur la possibilité d'une médecine du travail pour les médecins:

«Et je pense que pour les médecins c'est aussi confortable d'avoir quelqu'un d'autre à qui tu peux te référer. Parce que tu peux pas te juger toi-même...On a une grosse carence dans notre profession, c'est de ne pas être pris en charge...Je pense qu'il faut aussi, parce qu'il y a aussi les problèmes médicaux que tous les médecins peuvent avoir et il faut qu'ils soient pris en charge...Il faut déjà que le médecin il ait un médecin du travail, un médecin référent...Après, si ça pouvait déboucher sur une espèce de médecine du travail.»

5.2- Des formations à envisager

Pour certains médecins, l'amélioration de la prise en charge des patients-médecins pourrait s'obtenir par le biais de formations diverses tant sur la relation médecin-patient que sur les particularités du médecin-malade. Il s'agissait d'un thème longuement discuté par ceux-ci, comme en témoignait la longueur des citations.

«C'est étudier le médecin malade. Qu'est-ce que le médecin malade?»

«Bah me former au mieux...Bah oui! Je pense qu'on a un devoir de formation continue... Plus on est sûr de ce pourquoi, enfin, plus on a d'arguments pour imposer ses décisions bah, plus c'est facile de les prendre et de convaincre le patient du pourquoi du comment, bah voilà.»

«...y a des pathologies spécifiques au corps médical et qu'on a jamais appris ça...Mais après sur la relation, est-ce que finalement, enfin je pense que c'est du cas par cas, mais est-ce qu'il faut vraiment se dire que c'est comme un patient lambda, sachant qu'il a quand même des connaissances médicales, euh autant que nous, et est-ce qu'il faut les ignorer et se positionner dans une relation identique à un autre patient?»

Certains ont proposé une sensibilisation lors du cursus universitaire:

«Le fait, comme on parle beaucoup de la relation médecin-patient dans nos cours de troisième cycle, bah de peut-être faire aussi des mises en situation? C'est facile, étant donné qu'on est nous-mêmes médecins quand on est interne.»

«On y pense rarement! C'est quand on se retrouve... On se trouve un jour à faire ça et euh pouvoir avoir eu des jeux de rôle ou quelque chose qui montre euh...qui montre certaines difficultés éventuellement: la difficulté du copinage pendant la consultation euh...que le patient ramène toujours au truc rigolo ou de son souvenir et que finalement il embête parce qu'on peut plus réfléchir correctement. Donc euh, essayer de recadrer le patient, donc avec un type de jeux de rôle comme ça, et puis deux, trois situations peut-être un petit peu cocasses ou un petit peu difficiles où on doit annoncer une mauvaise nouvelle à un collègue...Au niveau de l'interne ou peut-être au niveau de l'externe, ça dépend. Ça peut faire partie du cursus dans leur truc de psychologie-là, enfin dans la formation psychologique, ça peut déjà être une première...une première approche... Je pense que dans le cadre du DES de médecine générale, ça pourrait être envisagé. Et sur...sur un, sur une partie qui serait plus centrée sur la communication, alors à tous les niveaux, en particulier éventuellement avec une communication sur la consultation ou sur l'examen du médecin-patient.»

« Ou peut-être dans la formation des internes, mettre un séminaire là-dessus? Mais qu'on ait au moins entendu un petit peu parler de ça et savoir comment réagir quoi! »

D'autres ont avancé la possibilité de formations de type de groupes d'échanges de pratique ou groupes de pairs avec des jeux de rôles:

«Euh...il suffirait d'un cours qui évoque avec peut-être le format pédagogique du style groupe d'échange de pratiques euh...ou focus groupe peut-être? Je sais pas. Euh...pour sensibiliser aux particularités de chacun. Qui se positionne par rapport à ça. Voilà! Après ça reste une expérience à faire.»

«Oui dans les formations avec un peu des jeux de rôle, s'y préparer comme ça quoi! Avec des choses un peu...Oui pour moi ce serait plus du jeu de rôle ou des choses comme ça. Du savoir être quoi! C'est pas sur, parce que finalement voilà, c'est pas vraiment sur de la compétence intellectuelle etc..., c'est plus pour comment être, comment aborder les choses, les rendre simples pour qu'elles soient possibles.»

«Il pourrait y avoir des formations genre euh... je sais pas, des jeux de rôle ouais. Il pourrait y avoir des trucs où t'essaies, après pas forcément d'avoir des recettes, mais au moins quelques petites clés qui peuvent te permettre justement un petit euh...un petit canevas quoi!»

«Mais c'est vrai que l'aide par les pairs, moi je pense plus à l'aide par les pairs. C'est peut-être plus...Parce qu'on est plus à même de comprendre tout ce qui va être les choses objectives et tout ce qui va être sous-tendu de manière subjective, le relationnel, l'affect tout ça...Parce que les gens ont vécu les mêmes situations.»

«Et je trouve qu'il y a des séminaires intéressants avec des formateurs qui sont intéressants et euh...qui nous donnent des clés pour avancer avec nos patients dans la relation médecin-malade. Et peut-être avoir un expert qui vient nous parler de ça. Alors sur un ou deux jours ça pourrait être intéressant pour nous donner des clés pour avancer, quand on est face à un médecin-patient quoi!»

«Alors peut-être en groupe d'échange de pratiques ou en groupe de pairs...Il est vrai que après en groupe d'échange ça pourrait être intéressant...»

Enfin, certains médecins nous ont interpellées sur le fait que les patients-médecins sont des patients comme les autres et doivent être considérés comme tels. Dans ce cadre-là, il leur apparaissait paradoxal de vouloir créer des systèmes, voire des formations particulières.

«Mais c'est vrai que ça devient un peu paradoxal, de se dire faut mettre quelque chose de spécial pour soigner des médecins. Parce que, après, on peut se dire qu'il y a d'autres...particularités avec d'autres patients...Ouais, c'est spécial, mais enfin je me dis qu'il y a aussi des relations spéciales avec d'autres, vous savez! Les enseignants, c'est pareil!»

«Donc est-ce qu'il faut une formation spécifique? Euh...peut-être pas prêt...Oh je suis pas sûr, je suis pas sûr.»

«C'est pas des patients compliqués dont je vous parle, donc...non pas plus que pour un autre patient (besoin d'aides).»

«On n'a pas besoin de formation. Moi je vois pas quelle formation apporter. Faut essayer d'être bon et y a pas de raison d'être bon pour certains et pas pour d'autres. Après pourquoi t'aurais pas une formation pour les garagistes, une formation pour les boulangers, une formation pour les chômeurs? Je veux dire, les médecins ils ont des problématiques spécifiques, mais je veux dire les chômeurs, ils ont une problématique spécifique aussi, les femmes au foyer, elles en ont une aussi. Je...Non je crois qu'il faut pas mettre les médecins sur une voie très différente des autres. Quand il est malade, il est comme les autres, il a les boules, pareil. C'est plutôt le médecin-médecin qui n'est pas très à l'aise, mais parce qu'il est impressionné.»

5.3- Une capacité inhérente au médecin soignant

Pour quelques médecins de l'enquête, soigner un patient-médecin constituait une compétence inhérente au médecin soignant. Celle-ci s'appuyait sur le fruit d'expériences et restait donc une aptitude personnelle indépendante de toutes formations.

«Voilà! Après ça reste une expérience à faire.»

«Hein! C'est-à-dire que, au début, j'arrivais pas à me dire que c'était un patient standard et maintenant ça me pose beaucoup moins de problème...Parce que je me suis habitué à l'idée.»

«Bah, je dirais qu'il faut éviter de faire des particularités justement...Que c'est pas obligatoirement, je pense que ça ne s'apprend pas obligatoirement non plus. C'est pas si facile que ça et je pense que, il y a certains collègues qui peuvent le faire et puis d'autres qui vaut mieux ne pas faire!»

«Si je me sens pas à l'aise pour le faire, je me dirais euh...enfin je veux dire, si il y a une ambiguïté à ce moment-là sur l'examen euh...j'aurais mieux fait de pas commencer du tout.»

Hein! C'est-à-dire que je ne peux pas aller jusqu'au bout, ou sinon, c'est...il faut pas faire...Y a pas de formation, c'est personnel...T'as l'état d'esprit, ou tu te le donnes, ou tu l'as pas. Soit t'es impressionné parce que c'est un médecin, et à ce moment-là, t'arrives pas à le prendre en charge, soit tu te dis «Attends! C'est un malade comme les autres, il a droit comme les autres, il est plus fragile parce que justement il est médecin. Il a le droit d'être comme les autres et faut le considérer.»...C'est un cumul d'expériences personnelles ou de remarques que j'ai entendues à droite et à gauche qui m'ont permis de comprendre ou d'appréhender qu'elle pouvait être la...le besoin du médecin malade et euh...quelle était ...qu'est qu'il pouvait attendre d'un médecin-médecin...»

5.4- Déléguer la prise en charge en cas de difficultés

Quand la prise en charge devenait difficile, que la relation de confiance n'était pas obtenue, les médecins interrogés nous ont indiqué qu'il était préférable d'orienter son patient-médecin vers un autre collègue.

«On passe facilement la main...»

«Alors moi, je ne supporterais pas que ça ne se passe pas bien. Si ça ne se passait pas bien, je dirais «Bon c'est trop compliqué entre nous. On va rester bons amis parce que c'est... voilà! Mais va voir mon associé. Va voir quelqu'un d'autre.»»

«Moi je crois que si jamais j'avais des difficultés au plan relationnel, je ne suis pas à l'aise ou je ne sais pas quoi, je passe la main...Si je trouve que (je ne sais pas), que là, non, je n'y arrive pas, je suis honnête et je dis «Bah non! Faut mieux aller voir quelqu'un d'autre quoi.»»

«Après, c'est plus dans l'évolution de la relation que, en effet, si réellement des difficultés de confiance s'instaurent, bah! A quoi bon continuer ensemble?»

«J'en parlerais aussi avec mes collègues. Je fais comme ça, quand j'ai des difficultés, je partage!! Et puis, avec celles qui sont là, je pense que je leur en parlerais aussi, leur dire que peut-être ce serait mieux (enfin si vraiment j'avais de grosses difficultés) qu'elles voient quelqu'un d'autre, à ce moment-là, qu'elles connaissent moins. Ou je pourrais les envoyer voir un spécialiste. Je pense que je partagerais la chose. Mais je pense que je leur dirais quand même.»

«Et puis, même moi, je dirais «Ecoute, visiblement ça marche pas. Il faut aller voir ailleurs!.»»

DISCUSSION

A- Limites de l'étude

Il s'agit d'une étude qualitative compréhensive, qui de part sa nature même, comporte de nombreuses limites et reste, de ce point de vue, une ouverture à la réflexion.

1- Biais de sélection et de recrutement

Le recrutement des médecins a été réalisé par le biais de connaissances professionnelles puis a été étendu aux médecins pouvant être intéressés par la thématique, médecins étant eux-mêmes des connaissances des premiers médecins interrogés. Or, ces connaissances professionnelles étaient très impliquées dans la pédagogie et l'enseignement de la médecine générale (implication majeure dans différents travaux d'étude et thèses), ce qui a pu créer un biais de sélection du fait de réponses possiblement différentes de la population moyenne des médecins généralistes.

Par ailleurs, il était nécessaire que les médecins aient dans leur patientèle des patients-médecins et qu'ils soient volontaires pour participer à l'étude. Cela impliquait nécessairement un intérêt et peut-être même une réflexion initiale sur la thématique. Mais comment obtenir la participation de médecins à des entretiens avec expression libre de longue durée, s'ils sont réticents à la participation d'une telle enquête?

2- Limites liées à la petite taille de l'échantillon

L'échantillon final comptait 13 médecins, effectif réduit mais cohérent avec le caractère qualitatif de l'étude. En effet, ce travail ne visait pas l'obtention d'une représentativité de la population des médecins généralistes. Il s'agissait, avant tout, d'obtenir une diversité d'informations. Les entretiens réalisés avec les deux médecins généralistes supplémentaires étaient réalisés dans ce but et n'ont pas apporté de donnée nouvelle.

3- Biais liés aux entretiens

3.1- Biais liés à la réalisation des entretiens

Il s'agissait de notre première expérience de terrain, avec les nombreuses lacunes que cela peut comporter. Nous n'avons pas eu de formation spécifique, à proprement parler, et nous ne

prétendons pas conduire un entretien comme un sociologue ou un ethnologue, pour lesquels ce serait le métier. Aussi, nos entretiens se sont-ils sans doute améliorés au fil des interviews, avec une place plus importante laissée aux médecins interrogés et peut-être une moindre intervention de l'enquêtrice. Au cours de certains entretiens, des questions mal formulées de la part de l'enquêtrice ont pu amener des réponses non attendues de la part des médecins interrogés.

3.2- Biais de rappel

Le fait d'avoir orienté notre entretien sur le déroulement de consultations particulières a pu occulter certaines informations possiblement utiles à notre enquête.

3.3- Biais de déclaration

Notre enquête avait pour objectif de décrire et comprendre les éléments de la relation entre un médecin et un patient lui-même médecin. Pour obtenir ces éléments, les médecins interrogés devaient nous entretenir sur les différentes particularités de cette relation. Cette technique a pu créer des distorsions dans les déclarations des médecins, soit en omettant certaines difficultés rencontrées, soit en affirmant certains comportements relevant plus du souhait que de leurs pratiques effectives. Si certaines distorsions ont pu, au cours des entretiens être mises à jour, ces biais constituent les plus importants de notre enquête.

3.4- Biais liés aux analyses des entretiens

L'analyse des entretiens n'a pas été effectuée par triangulation à proprement parler. Cependant, l'ensemble de notre travail d'élaboration a été revu et décomposé avec notre directeur de thèse.

B- Les déterminants de la relation médecin/médecin-malade

1- Les médecins malades

Le médecin malade doit faire avec un environnement familial et pose le problème d'une perspective différente. Il doit négocier et dépasser le conflit entre son rôle personnel et professionnel. Ainsi, ce qui fait sa force dans le professionnel (identité professionnelle, expertise, perfectionnisme, stoïcisme) peut être un handicap dans son rôle de patient. (7)

Ils partagent beaucoup de choses en commun avec les médecins qui les traitent, pas seulement leur passé médical mais leurs styles de vie, intérêts culturels, ambitions, ce qui peut lier de façon plus intense un patient-médecin à son médecin soignant. (7) Cette notion a été exprimée par les médecins interrogés dans leur perception d'un investissement affectif plus intense et donc d'une volonté de meilleure maîtrise de celui-ci.

Les particularités des patients-médecins, énoncées dans l'enquête, sont des éléments mis en évidence également dans la littérature.

1.1- Les connaissances médicales

La connaissance médicale est une bénédiction à double tranchant. Si, d'un côté, il connaît les différents choix possibles, explore les multiples opportunités pour obtenir une décision à laquelle il adhère de façon éclairée, de l'autre, il a conscience des effets indésirables, des complications et des limites des traitements ou des investigations, ce qui peut le conduire à une anxiété démesurée et une confiance limitée dans l'avis médical. Même si ils savent, ils connaissent, les médecins-malades vont ajuster ces connaissances de façon émotionnelle avec possibilité d'un sentiment de panique ou de déni. (7) (8)

Cette familiarité avec les soins médicaux leur permet d'être hautement informés et actifs dans leur prise en charge, occasionnant parfois une négation de l'altérité et de ce fait de la relation médecin-patient. Le sentiment d'une immunité contre la maladie, sentiment perçu par un des médecins soignants de l'enquête peut alors parfois apparaître. (9)

1.2- La difficulté d'accepter le statut de malade

La problématique du médecin-malade met en exergue une dualité: «un médecin malade est quelqu'un qui sait et quelqu'un qui souffre, et ce sont deux êtres distincts. L'un subit et ne comprend pas, l'autre tâche de comprendre et ne peut que subir». (10) (11)

Cette dualité a été pressentie plusieurs fois au cours de nos entretiens. Les médecins interrogés faisaient souvent référence à celle-ci sous les termes suivants: le médecin a une double personnalité, il est «schizophrène».

Les patients-médecins acceptent mal leur statut de malade du fait d'un sentiment de culpabilité, de honte et de responsabilité vis-à-vis de ce nouvel état. (7) Cette illusion que les médecins ne peuvent pas être malades, qu'ils sont seulement des médecins et pas des personnes occupant la fonction de médecin, est d'ailleurs un mythe accepté voire même promulgué, telle une pression, par le public, le gouvernement et même les médias. (12) (13) Leur capacité de jugement pourra être affectée par cette fierté, ce manque d'objectivité et les soins médicaux pourront en souffrir.

Dans nos entretiens, trois médecins nous ont interpellées sur le fantasme de la toute-puissance du médecin qui l'empêche de trouver une place de patient du fait des pressions inhérentes à sa qualité de médecin.

Il s'agit, en effet, pour le médecin devenu patient, d'un dilemme critique car il a développé dans son rôle de soignant, face à la maladie et à la mort, de puissantes défenses tels un besoin de contrôle et de perfectionnisme qui l'empêchent de se reconnaître malade et de vouloir être considéré comme tel par le soignant. Le besoin de contrôle est alors plus élevé chez ces patients. Aussi est-il possible de découvrir des fins prématurées de traitement plus fréquentes, témoin de ce besoin de contrôle excessif. (14) (13) D'autres, hésitent à demander de l'aide par crainte de paraître faibles ou d'être étiquetés comme tels, ayant alors le sentiment qu'un auto-

suivi et un auto-traitement sont suffisants avec déni de leur propre vulnérabilité. (1) (8) Cette notion a été rapportée dans nos entretiens par les médecins qui considéraient qu'il fallait «avoir du courage» pour consulter un confrère. La peur de consulter inutilement, la crainte de nuire à leur image, d'être jugé par un collègue, de rencontrer une connaissance dans une salle d'attente, la volonté de préserver son identité et la confidentialité qui en découle, sont autant de freins à la consultation et à la demande d'aides du patient-médecin. (9) (15) L'embarras de s'exposer émotionnellement et personnellement à ses pairs (surtout dans les problèmes de santé mentale) associé à l'inquiétude d'un autodiagnostic, d'un auto traitement inappropriés empêchent «le passage de l'autre côté de la barrière». (13) Le patient-médecin recherche en effet l'anonymat, ce qui le rend réticent à exposer sa fatigue et sa détresse. (16)

Dans notre enquête, les médecins soignants nous ont confiées que, si certains patients-médecins trouvaient un grand soulagement à déléguer leurs soins à un autre médecin, certains s'efforçaient d'être un patient standard en évitant les demandes alors que d'autres participaient activement au contrôle de leur santé en manipulant, outrepassant même leurs médecins.

1.3- Des réactions inappropriées

Quand on pose la question sur son état de santé à un médecin, il estime qu'il est un patient comme les autres. En réalité, il est trop souvent, tout au contraire, son principal ennemi qui, par indifférence, mépris de sa souffrance ou crainte de la vérité nie la fatigue et les symptômes annonciateurs de la maladie. (17) (18)

90% des médecins n'auraient pas de médecin traitant, préférant recourir à l'automédication. (18) (1)

Le déni est un comportement particulièrement présent chez les patients-médecins (7)(15) de même que la banalisation des symptômes. (9) Ces comportements sont corrélés à la puissante image de la médecine traditionnelle, qui considère que les médecins ne doivent pas être malades, induisant un refus de la réalité des symptômes et une minimisation de sa douleur et de son inconfort. (19)

Cette notion, de déni exacerbé chez les patients-médecins, a été fréquemment retrouvée par nos enquêtés.

Le médecin malade oscille donc entre deux comportements extrêmes: la négligence et la panique. Ces deux comportements résultent d'une surcharge de travail avec manque de temps libre, l'empêchant de prendre soin de sa santé, et manque d'objectivité personnelle, avec volonté du maintien du contrôle dans l'analyse de ses propres symptômes. (15) Dans la littérature, certains n'hésitent pas à dire que le médecin-malade est le plus mauvais des patients car présentant souvent une anxiété massive (ils imaginent les pires diagnostics ou résultats possibles aboutissant à un délai de consultation élevé, le tout associé à un niveau d'exigences important). De même, il peut présenter un sentiment de culpabilité teinté de doute qui l'empêche de demander de l'aide, de peur que ce soit reconnu comme de la faiblesse. (15) (18) (20) Cette volonté de maintien du contrôle sera notamment retrouvée dans la non-

observance des thérapeutiques prescrites par le confrère traitant et dans le non-respect des posologies avec l'espoir secret de minimiser les effets secondaires. (17)

Anxiété, négligence, exigence, sont autant de qualificatifs retrouvés dans notre enquête pour décrire les patients-médecins. Un médecin nous a affirmé que «les médecins sont comme les cordonniers, à savoir les plus mal chaussés» rejoignant la littérature qui nous déclare que le médecin est un mauvais malade.

1.4- Peu de suivi

Le suivi du médecin malade est souvent de qualité médiocre car il essaie au maximum de maintenir son activité de médecin traitant au sein de sa patientèle et se refuse à perturber de façon trop évidente son exercice professionnel (notion de rémunération insuffisante si arrêt de travail, difficultés à trouver des remplaçants...). (17) La peur du manque de confidentialité, la crainte de voir fuir sa clientèle et les difficultés d'arrêter, sont les principaux facteurs qui l'empêchent de maintenir un suivi. (21)

Il s'agit d'une constatation exprimée par les médecins de l'enquête, parfois même, avec un regard compréhensif. Un médecin nous a expliquée qu'elle devra plus souvent insister sur la nécessité d'un suivi, et qu'elle pratiquera de ce fait, un examen clinique plus appliqué car moins fréquent, chez son patient-médecin. La notion de qualité médiocre des soins chez un médecin, apparait dans ce discours.

2- Les médecins soignants

2.1- Sur ou sous-investissement

Les médecins soignants peuvent présenter des comportements de sur ou sous investissement vis-à-vis de leurs confrères patients, comportements dont ils doivent se garder au maximum. (7) Un comportement de surinvestissement vis-à-vis de ces patients a été plus souvent exprimée dans notre étude.

Le partage de nombreuses particularités communes va lier de façon intense un médecin à son patient-médecin, induisant parfois chez celui-ci, une attention personnelle accrue avec propositions d'horaires particuliers, de visites à domicile, d'appels plus fréquents et plus rapides pour la communication de résultats...Au niveau de l'examen, cela pourra se traduire par un examen plus complet, plus approfondi, avec davantage de prescriptions d'examens complémentaires, d'avis spécialisés.(19) Ces comportements font aussi partie de la tradition comme quoi un traitement spécial, privilège du métier, est de mise pour ses collègues (appel d'un spécialiste pour un avis en court-circuitant le médecin traitant et passant la liste d'attente, rendez-vous plus rapides, ils voient le médecin senior et pas l'interne...). (20)

Des comportements identiques ont été rapportés par nos médecins thérapeutes.

A contrario, des décisions pourront être laissées entièrement à l'appréciation du patient-médecin, le laissant seul face à ses questions. (14) Le problème du degré de support

émotionnel peut également être posé: parce qu'ils travaillent avec des patients malades tous les jours, les médecins thérapeutes pensent que les patients-médecins sont capables de s'occuper de leur propre maladie, ce qui est faux, et alors ceux-ci sont sensés faire face calmement et impassiblement à leur maladie ce qui génère beaucoup d'anxiété. (19) Cette anxiété peut également être présente chez le médecin soignant, ce qui aura pour conséquence une limitation des rencontres avec le médecin-patient. (15)

Même si les deux comportements précédents ont été décrits dans notre étude, dans la majorité des cas, les médecins ont avoué des comportements de sur investissement afin de minimiser le risque d'erreur, et ainsi leur anxiété. Aussi le recours plus fréquent aux spécialistes a-t'il été mentionné plusieurs fois afin de partager la décision, ne laissant pas seul le médecin thérapeute face à son patient-médecin.

2.2- Un investissement affectif plus important

L'investissement affectif qui existera dans la relation entre le médecin et son patient-médecin pourra être d'une importance telle que le patient ne bénéficiera pas de la meilleure qualité des soins possibles. (22)

Cet investissement est néanmoins obligatoire puisque il existe une identification plus facile au patient-médecin du fait de nombreux points communs. Le problème viendra d'une sur-identification avec celui-ci, générant des sensations de souffrance parfois accrues et un besoin, partagé par les deux parties, de nier la vulnérabilité liée à la maladie. (7) En effet, le médecin malade peut représenter un miroir au soignant de ses propres peurs et conflits inconscients rappelant à celui-ci sa propre vulnérabilité et mortalité. (14)

Ceci a été rapporté dans notre étude mais également sous un aspect positif. Une des médecins nous a rapportée que, ces consultations, étaient des moments de détente avec des échanges mutuels constructifs. Il est cependant important de constater que les consultations retranscrites intervenaient dans le cadre de prévention et d'affections bénignes, ce qui peut expliquer ce sentiment.

2.3- Perception de la relation

L'expérience de soigner un confrère peut être d'autant plus puissante car touchant personnellement, avec une influence sur le rôle professionnel.

Les médecins sont ambivalents dans le fait d'accepter le soin d'un confrère. Certains s'occupent facilement des problèmes médicaux de leurs confrères, d'autres se sentent sous pression, tendus (manque de confiance en soi), d'autres évitent de telles situations. (15)

Ainsi, certains vont éprouver une responsabilité démesurée, considérée comme un fardeau, à soigner des pairs. Une anxiété massive d'avoir leur propre compétence scrutée par un patient collègue ayant la connaissance (surtout si celui-ci est plus âgé, supérieur ou célèbre dans son domaine) associée à une pression dans leurs performances et leurs compétences peuvent engendrer un sentiment de menace et intimider le médecin soignant. Ces comportements peuvent amener, du fait de puissantes forces subliminales, le médecin traitant

à un mauvais diagnostic ou même une décharge précoce de son patient. (14) (19) Ils peuvent se sentir également fâchés, car avoir un patient-médecin correspondra à une charge de travail plus conséquente et additionnelle. (19) Pour d'autres, s'occuper d'un patient-médecin s'avère difficile car changeant, érodant l'autorité et la distance, avec difficulté de reconnaître ce patient comme identique aux autres. (7)

41% des médecins de premier recours, en Suisse, ayant répondu à l'étude menée par Bouvier éprouvent avoir de la difficulté à soigner des confrères. (23)

Presque toujours, pour les enquêtés, la prise en charge d'un confrère suscite des difficultés. Bien évidemment, notre enquête a exclu les médecins qui auraient pu éviter de prendre en charge un confrère.

D'autres peuvent être honorés du soin d'un collègue car synonyme de confiance de la part de celui-ci. Le médecin soignant sera alors plus à l'écoute, ayant plus conscience des incertitudes de son patient. (19) Traiter un confrère constituera, dans ce cas-là, une reconnaissance professionnelle gratifiante de compétence et d'humanité. (15) Il s'agit d'une notion avancée par certains médecins de l'étude, également.

2.4- Difficulté du jugement

Le soignant peut être moins capable de former des jugements indépendants et de faire respecter ses choix de traitement, ce qui peut faire souffrir le patient. (14) (19) Il pourra être tenté de lui faire subir une batterie de tests importante pour affirmer un diagnostic.

La majorité des participants de l'étude s'accordaient sur le fait que l'une des difficultés de la prise en charge d'un pair était sa capacité de juger l'exercice médical, situation génératrice d'une anxiété intense pour beaucoup de ces thérapeutes.

2.5- Profils des médecins interrogés

Deux populations distinctes de médecins soignants ont été observées dans notre échantillon.

D'un côté, un groupe de médecins nous a déclarées présenter des difficultés à soigner un confrère. Pour eux, cette consultation est génératrice d'anxiété et de multiples examens complémentaires, avis spécialisés, seront demandés afin de s'assurer d'une prise en charge optimale. Dans ce groupe, les médecins étaient d'âge différent mais il est ressorti des entretiens une sensibilité importante de ces médecins associée à un manque de confiance en soi. Avec l'expérience acquise au fil des années, ces médecins soignants se déclaraient plus à l'aise dans la prise en charge des patients-médecins.

D'un autre côté, un groupe de médecins affirmait que la prise en charge d'un patient-médecin ne posait pas de difficulté particulière voire, était même génératrice de plaisir. Il faut préciser que les consultations étaient, dans ce dernier cas, des consultations de prévention ou de suivi simple. Ce sentiment aurait-il été identique dans le cas d'une consultation pour une pathologie grave? Après analyse des entretiens de ce groupe, il apparaissait que les médecins thérapeutes optaient pour une pratique cadrée et scientifique de la médecine ou pratiquaient une réflexion

approfondie sur la prise en charge d'un confrère. Cependant, si les médecins interrogés affirmaient prendre en charge leur confrère de façon identique à un patient «standard», pourquoi un médecin interrogé nous a-t-il déclaré qu'un patient-médecin qui le consulterait sans évoquer sa profession le mettrait dans une position inconfortable? De même, un autre médecin a insisté sur l'absence de différence faite tout au long de sa consultation en explicitant tous les actes réalisés, cette insistance était-elle le reflet de la réalité ou d'un objectif fantasmé? La présence de ces contradictions internes pourrait-elle révéler des difficultés inavouées?

3- Particularités de l'examen

3.1- Interrogatoire et communication

L'interrogatoire d'un patient-médecin peut-être moins poussé que pour un patient «standard». En effet, le médecin thérapeute aura parfois plus tendance à attendre une révélation spontanée des problèmes émotionnels, ou autres, du patient-médecin sans qu'il y ait de questionnement préalable, notion explicitée par certains des médecins de l'enquête. (24) Ainsi, des thèmes tels la sexualité, les abus de substance, les violences familiales et l'exploration des problèmes psychologiques sont considérés comme des tabous. (7) Ces questions personnelles, douloureuses voire embarrassantes mais nécessaires peuvent alors être évitées et engendrer une évaluation médicale de moins bonne qualité. (14) C'est souvent par peur de compromettre la confidentialité et l'intimité du patient-médecin que ces thèmes peuvent être ignorés, ce que nous affirme un médecin dans son entretien. (19) L'histoire du patient-médecin est alors souvent moins bien connue car l'approche en est moins bien structurée. (20)

Dans la communication entre le médecin et son patient, les médecins soignants vont parfois avoir tendance à fournir des informations brèves et des explications concises en considérant que les patients-médecins possèdent un savoir médical suffisant pour combler les lacunes «je ne lui expliquais pas, je pensais qu'il savait». (7) (15) Ce défaut d'informations correspond à l'assertion suivante: les patients-médecins connaissent toutes les informations et on pourrait les abaisser, les vexer voire même les insulter en leur donnant de telles explications. (14) (19)

3.2- Examen clinique

L'examen clinique peut être également moins exhaustif. (24) Les touchers pelviens peuvent ainsi poser problème aux médecins soignants. (7)

Dans notre enquête, les médecins affirmaient ne présenter aucun problème avec la réalisation de l'examen clinique, que celui-ci comprenne ou non des touchers pelviens. Pour eux, cette partie de la consultation étant standardisée, elle ne présentait pas de difficulté et semblait identique aux autres patients.

Contrairement, un médecin interviewé a avoué réaliser un examen clinique plus appliqué dans le but de ne pas méconnaître de pathologie surajoutée, considérant les médecins comme une population à risque.

3.3- Auto prescription et auto-traitement

L'auto prescription est commune et presque universelle, privilège de la profession, malgré les recommandations, les régulations gouvernementales, les avis des professionnels qui invitent à diminuer voire même interdire cette pratique. (7)

Ainsi, même si les médecins consultent un autre docteur, 76% continuent à s'auto-prescrire (résultat obtenu lors d'une étude en Grande-Bretagne). (13) On retrouve des résultats similaires dans les études françaises menée auprès des médecins bretons, des médecins de la Vienne et d'Ile de France. (1) (9) (25)

La plupart des médecins de notre étude estiment que l'auto-prescription est acceptable, spécialement pour des maladies mineures. Parfois, même, certains médecins interrogés encourageaient cette pratique chez leurs patients-médecins.

Néanmoins, lorsqu'il s'agit du traitement d'une affection grave ou d'une maladie liée au psychisme, les médecins soignants souhaitent connaître l'existence d'une auto-prescription chez leur patient-médecin voire même en être les seuls prescripteurs. La bénignité des symptômes semble être un argument pour autoriser cette pratique.

Il existe en effet de nombreux avantages à un auto-traitement: praticité, gratuité, absence de rendez-vous et donc absence d'attente, persistance d'une sensation de contrôle avec éviction des questions embarrassantes et confidentialité préservée. Mais les écueils n'en sont que plus nombreux: les connaissances du patient-médecin peuvent être défaillantes sur un sujet donné, l'examen physique est limité, l'absence d'objectivité, de second avis et surtout d'écoute, d'empathie, de réassurance fournies par le soignant limitent les avantages d'une telle pratique. (9)

Le Conseil National de l'Ordre des médecins nous apprend que le patient-médecin aura tendance, soit à s'auto-prescrire de fortes doses de traitements très actifs pouvant donner des complications à moyen ou long terme, soit à ne pas respecter les posologies prescrites par le confrère traitant avec le secret espoir de minimiser les effets indésirables (17). Ces dérives engendrent des situations de mise en danger et doivent être découragées. (9)

3.4- Paiement

Le paiement de la consultation est un sujet qui suscite un important questionnement, la longueur des interventions lors de nos entretiens en étant le témoin.

Certains estiment qu'il est nécessaire de régler la consultation pour que les différentes parties se sentent plus confortables et qu'il n'y ait pas de sentiment de redevabilité de la part du patient. (24) (15) Selon l'avis du Conseil National de l'Ordre des médecins, les honoraires sont dus si déterminés avec tact et mesure, à l'exception, peut-être, de la première prise de

contact, ce qui ressort majoritairement de l'ensemble des entretiens. Le paiement confirme le caractère professionnel et technique de la consultation, évitant le piège de la consultation «entre deux portes», consultation, certes, sympathique et chaleureuse mais superficielle et dangereuse. En effet, l'entrée dans une filière de soins bien coordonnée et organisée empêche le patient-médecin de se considérer comme débiteur de son médecin traitant d'autant plus que notre système de protection sociale rembourse le malade en partie ou en totalité alors que le soignant a de lourdes charges à assumer. (17)

La courtoisie professionnelle est très fréquente mais elle peut interférer avec le fait de recevoir un traitement optimal, en renforçant le côté spécial du patient-médecin. Elle peut, en effet, induire un sentiment d'obligation vis à vis du soignant rendant plus difficile le changement de médecin voire les deuxièmes avis, associé à un sentiment de culpabilité sur le fait de déranger son soignant. (14) Cette courtoisie professionnelle de pratiquer la gratuité entre confrères est souvent revendiquée par le côté déontologique. Or, si le serment d'Hippocrate (traduit par Emile Littré) recommande une solidarité corporatiste et la gratuité de l'enseignement de l'art médical aux enfants souhaitant apprendre la médecine: «Je mettrai mon maître de médecine au même rang que les auteurs de mes jours, je pourvoirai à ses besoins, je tiendrai ses enfants pour des frères et, s'ils désirent apprendre la médecine, je la leur enseignerai sans salaire ni engagement», il n'existe pas de précision quant à la rétribution du travail du médecin face à ses confrères. C'est pourquoi, le Conseil National de l'Ordre des Médecins nous assure que demander des honoraires à un médecin malade n'est pas contraire aux principes hippocratiques même si d'autres facteurs, affectifs, personnels, entrent en ligne de compte. (17)

Dans notre enquête, si la quasi-totalité des médecins estimait que le paiement de la consultation était une bonne chose en venant redéfinir et ponctuer la relation médecin-patient, très peu osaient demander ce paiement, arguant que ce règlement était nécessaire au patient-médecin et non au médecin soignant. Dans ces situations, devant l'absence de demandes formelles des médecins thérapeutes, ce sont les patients qui étaient contraints à une telle décision. Il semble exister une certaine hypocrisie sur ce point dans la relation médecin-patient, le médecin étant embarrassé par la demande pécuniaire mais pour quelles raisons? Cet embarras a été perçu dans la longueur des citations concernant le paiement par rapport aux réponses concises de ceux pratiquant la courtoisie professionnelle. La confraternité leur semble t'elle remise en cause par une telle pratique, faisant craindre par extension à une remise en question de l'ensemble de l'entraide confraternelle?

3.5- Etre son médecin traitant

Une particularité de la profession de médecin consiste dans le fait que, en France, la sécurité sociale a accepté que le médecin soit son propre médecin traitant (une aberration selon un médecin interrogé).

Ainsi 84% des médecins français sont leurs propres médecins traitants. (26)

Quand les médecins insistent pour être leurs propres médecins, leur manque d'objectivité les expose à des soins médiocres. Ils peuvent même éloigner les médecins par un tel comportement et souffrir d'une perte d'expertise dans les soins. (7)

Tout médecin devrait avoir un médecin traitant et le consulter régulièrement. (9)

Tous les médecins de l'enquête attestaient que le fait d'avoir un médecin traitant était capital pour la qualité de sa santé. Un des médecins, pourtant, préconisait de se choisir comme médecin traitant vis-à-vis de la sécurité sociale afin de pouvoir se faire des auto-prescriptions et consulter un confrère pour les différents bilans nécessaires. Or, en pratique, aucun médecin de l'enquête n'avait de réel médecin traitant engendrant une certaine culpabilité dans leur discours, culpabilité annoncée, entre autres, par le retour fréquent du pronom «je», s'éloignant des généralités de leur patient-médecin.

Dans la thèse de Chabrol sur la santé du médecin libéral marnais, il est noté que la majorité des médecins interrogés prennent soin eux-mêmes de leur santé alors que la moitié d'entre eux pensent ne pas être un bon médecin pour eux-mêmes. Et, même si un tiers des spécialistes déclarent avoir un médecin habituel, il s'agit d'un(e) ami(e) dans la moitié des cas ce qui montre nettement qu'il ne s'agit pas d'une relation médecin-patient standard. (27)

Quand il y a un médecin traitant, il est noté une meilleure qualité de prévention et un choix de traitement plus approprié. Les femmes consultent plus souvent, de même que les spécialistes, tels les pédiatres et les psychiatres. Il persiste néanmoins un problème au niveau de la prise en charge des problèmes de santé mentale et le fait d'avoir un médecin traitant n'empêche pas les auto-prescriptions et les auto-traitements. (13)

Ainsi, le fait d'avoir un médecin traitant n'est pas suffisant pour améliorer l'accès aux soins des médecins même si, c'est une première étape.

C- Stratégies et propositions pour une relation optimale entre un médecin soignant et un médecin-patient

1- Stratégies à mettre en œuvre pour une relation de qualité

1.1- Eviter le VIP syndrome

Du fait de ses connaissances médicales et de son statut, on pourrait penser que le médecin-patient est dans une position optimale pour recevoir les soins médicaux, mais c'est souvent faux. Le statut de VIP peut mener paradoxalement à un échec de traitement par un cercle vicieux. En effet, ce statut spécial auréolé de privilèges engendre souvent, surtout dans le milieu hospitalier, une hostilité de la part de l'équipe avec retrait, qui peut amener le patient à une demande de plus en plus importante.(14) (15)

Le VIP syndrome doit être évité au maximum car il peut modifier les soins. En effet, une plus grande compréhension ou expertise peut être attribuée au patient-médecin le laissant dans une situation inconfortable d'avoir à demander des informations sur un sujet qu'il doit communément connaître. (7)

1.2- Consultation formelle

Le médecin soignant doit limiter les consultations informelles, notamment les consultations de couloir «entre deux portes». (14) (17) Il doit, au contraire, privilégier les consultations sur rendez-vous, dans un environnement approprié, c'est à dire autant que possible, au cabinet du médecin, avec, dans l'idéal, un médecin ayant peu de relation d'intimité à l'extérieur. (20) (11)

Le médecin soignant ne doit pas éviter de poser des questions personnelles, que celles-ci soient de l'ordre de l'intimité, la sexualité, les addictions, les violences familiales et les problèmes psychologiques. De même, il ne doit pas omettre l'examen des parties intimes, du fait de l'embarras occasionné, quand c'est approprié. En effet, l'ensemble de ces démarches contribue à une prise en charge de qualité et à l'établissement d'une relation de confiance. (15)

Cette notion de cadre formel a été reprise par l'ensemble de nos enquêtés en le désignant comme un préambule nécessaire et obligatoire à une relation médecin-patient «standard». Selon eux, il permet au médecin thérapeute d'affirmer son autorité en le rassurant sur sa pratique, le cérémonial de la consultation étant identique. Toutefois, si ce cadre formel permet d'être plus à l'aise, visiblement il n'est pas suffisant puisque les questions de sexualité, d'addictions et de psychisme ne sont pas abordées. Comment faire pour obtenir un cadre encore plus formel?

1.3- Clarifier le rôle de chacun

Le médecin fait un très bon patient à condition qu'il fasse abstraction du fait d'être un médecin. En entrant chez le médecin thérapeute, le médecin malade doit se dépouiller de sa partie subjective, de même que le médecin thérapeute devra se garder d'une sur identification due à l'empathie. Cela nécessite une clarification initiale de la relation, afin d'assurer au médecin-patient qu'il sera traité comme un autre patient. (15) (10)

Quand le patient se sent égal au thérapeute, ils établissent souvent une relation inappropriée, où la prise en charge devient plus collégiale que réellement une relation médecin-patient. Quand le médecin choisi était «supérieur», le médecin malade était plus souvent traité comme un patient lambda. (15)

Lors d'une affection, sinon bénigne, du moins guérissable, la situation devient idéale quand chaque partie joue son rôle: médecin devenu «patient» et confrère devenu «thérapeute». Cette situation devient possible quand les réserves naturelles et protectrices de chaque personnalité se sont effondrées. Cela s'avère beaucoup plus difficile dans les cas d'affections graves où l'art du praticien traitant va être d'adapter son discours et son comportement, tout en restant intransigeant et convaincant sur l'essentiel thérapeutique.

Chaque situation est particulière et unique avec le poids de l'environnement familial, culturel, spirituel et religieux et cette relation médecin-patient est alors le reflet de l'expression de la sincère solidarité humaine. (17)

Cette définition du rôle de chacun a été reprise par tous les médecins interrogés. Certains n'hésitaient pas, pour clarifier celle-ci, à en discuter avec leur interlocuteur pour définir la position de chacun. Il est reconnu, par quelques médecins, que cette situation est en effet beaucoup plus simple et facile à établir quand la pathologie en question est une affection bénigne.

1.4- Information complète avec participation à la décision

Le médecin thérapeute doit discuter en détails le diagnostic et/ou la thérapeutique afin de diminuer l'anxiété inhérente au médecin-patient. Il ne doit pas prendre pour garant que le médecin-patient connaît tout de son problème médical. (15)

Le médecin-patient participe à la décision concernant ses soins, comme un autre patient, mais celui-ci ne doit pas prendre de telles décisions sans l'avis, le guide et la direction de son soignant. (14)

Les médecins, comme leurs patients, préfèrent que la décision la plus importante pour leur santé soit prise par leur thérapeute, non par eux-mêmes. Plus la maladie est sévère, moins ils désirent prendre leurs propres décisions. (28)

1.5- Confidentialité

Il s'agit d'un élément phare dans la prise en charge d'un médecin-patient. En effet, celui-ci redoute une révélation, une mise à jour de ses problèmes de tout ordre. Pour éviter d'être confronté à une pareille situation, il préfère, parfois, ne pas consulter et s'auto-traiter, évitant ainsi d'exposer son état de fatigue et de détresse à un confrère. (16) Le médecin-soignant se doit donc d'être attentif à préserver la confidentialité et l'intimité de son patient pour s'assurer d'une relation de confiance avec celui-ci. (14) Il est souvent nécessaire de clarifier ce problème de confidentialité, dès le départ de la relation, en assurant au médecin-patient qu'il bénéficiera d'une totale confidentialité.

Cet aspect de la relation a été très peu abordé dans l'enquête. Est-ce, pour les médecins interrogés, un élément qui va tellement de soi, inhérent à toute consultation médicale qu'il n'en n'est pas fait mention? Le problème de confidentialité est-il plus marquant dans les différentes structures médicales, hospitalières qu'en ambulatoire?

1.6- Auto-prescription supervisée

Les médecins devraient éviter de s'auto-diagnostiquer et de se traiter eux-mêmes. Obtenir une objectivité dans le diagnostic ou la thérapeutique est impossible si on se traite soi-même. Tous les médecins ont besoin d'un soignant. (14)

Le Conseil de l'Ordre des Médecins incite fortement à ce que les médecins ne soient pas leur propre médecin traitant en raison des risques majeurs de l'auto-prescription. (17)

1.7- Paiement

Le paiement de la consultation constitue un élément important pour clarifier la relation entre un médecin-soignant et un médecin-patient. Il est en effet plus confortable pour les deux parties (les patients ne se sentant pas redevables ni obligés d'offrir des cadeaux). (24) Il confirme le caractère professionnel et technique de la consultation. (17)

Même si la courtoisie est une affaire de jugement personnel, les médecins doivent garder en mémoire qu'un tel arrangement peut affecter les façons de traiter un médecin-patient de façon objective. (14)

1.8- Déléguer si problème

Si un soignant se sent dépassé, intimidé et impliqué émotionnellement et personnellement de façon trop intense, il doit déléguer les soins de son patient voire même se retirer de la relation. (7)

En effet, il ne doit pas accepter la prise en charge de ce patient si il ressent une anxiété trop importante occasionnée par la responsabilité de leur soin (compétences remises en cause) car les actions qu'il mènera resteront indécises et floues. (15)

C'est ce que les médecins interrogés nous ont rapporté dans le fait de se connaître soi-même. Un des médecins nous a redit que c'est à chacun de se donner la capacité de prendre en charge un tel patient, cette capacité étant, pour une part, innée et découlant de l'expérience, pour une autre part. Soit le médecin pense en être apte et envisage la relation comme pour un patient standard, soit il vaut mieux qu'il délègue cette prise en charge, avis partagé par l'ensemble des médecins de notre enquête.

1.9- Etre patient soi-même

Tout médecin devrait faire l'expérience d'être patient, afin de mieux appréhender la relation médecin-patient, notamment l'empathie. (29) Soigner des médecins nous apporte beaucoup, sur tous les patients mais aussi sur nous, car nous pouvons apprécier plus clairement comment nous voulons, nous-mêmes et nos familles être traités. Idéalement, tous les médecins devraient avoir conscience de leurs propres sentiments et réactions face à la maladie afin de minimiser le déni dans le diagnostic de leur maladie ou celle des autres médecins, ce qui pourrait faciliter une meilleure compréhension des difficultés rencontrées par les médecins quand ils sont malades. (14)

Cette assertion est corroborée par plusieurs des médecins de l'étude. En effet, pour mieux comprendre l'attente du médecin-malade, ils se sont penchés sur leurs propres attentes en tant que patient pour en faire une ligne de conduite.

1.10- Un patient standard

Les patients-médecins ont les mêmes difficultés, les mêmes dysfonctionnements dans leurs stratégies de défense et doivent bénéficier, comme les autres, des guides et expériences de leurs soignants. (7)

Les médecins interrogés nous ont certifié qu'il fallait admettre que le patient-médecin a les mêmes attentes, les mêmes peurs qu'un autre, et qu'il désire être pris en charge comme un patient «standard» (base d'une relation de qualité).

«Le médecin malade ne serait-il pas un patient ordinaire si le médecin thérapeute pouvait ignorer cette image projetée de lui-même?». Affirmer qu'il n'est pas un patient ordinaire, c'est maintenir la puissance symbolique du médecin. (10)

2- Formations

Les médecins interrogés dans une étude britannique ne pensaient pas avoir reçu de formation sur la façon de traiter un confrère. (8) Cette notion d'absence de formation est présente dans notre enquête et unanime.

2.1- Formation universitaire

Il semblerait souhaitable d'introduire dès les 2^{ème} et 3^{ème} cycles d'études médicales (soit dans l'éducation médicale), une information voire une formation concernant la spécificité de la prise en charge de ses confrères en insistant sur la nécessité d'une grande vigilance et d'une écoute importante. Cela pourrait permettre de nous désemparer et déconstruire l'image et la position du médecin en tant que personne, modifiant la représentation de totale responsabilité de nos soins. (12) (17)

2.2- Formation continue

Des formations continues pourraient être proposées pour mieux appréhender la relation médecin-patient, dans le prolongement d'une formation initiale. Le simple fait de discuter avec des collègues de confiance des problèmes rencontrés peuvent apporter des solutions et un soutien dans ces situations. (7) Ainsi des groupes de pairs, des séminaires en formation continue sur ce thème pourraient-ils être instaurés. (13)

En Suisse, une enquête a démontré l'intérêt, pour les médecins devant soigner d'autres collègues, des programmes de formation continue sur la santé des médecins. (23)

2.3- Des formations spécifiques

En 2007, le travail de thèse de M. Corpel montrait que 43% des médecins exerçant dans la Marne pensaient qu'un service médical qui leur serait dédié pourrait être utile (25). En Seine-Maritime, 56% des médecins de l'étude de G. Coquel se disaient favorables à l'instauration d'une médecine préventive pour les médecins libéraux. (30) L'élaboration d'une médecine de prévention, qui est loin de faire l'unanimité en France, suppose des médecins formés à la prise en charge des médecins-patients. (21)

Par ailleurs, certains ont suggéré que des cliniques spéciales devraient être établies pour les patients-médecins, supposant une qualification des médecins soignants. Cette approche a été essayée en Norvège avec un entraînement spécial donné aux médecins thérapeutes, approche

couronnée de succès dans les aspects psychosociaux du soin et dans l'appréciation des médecins soignés. Le NMA (Norwegian Medical Association) a réalisé un programme financé par le gouvernement de Norvège qui a sélectionné des médecins généralistes spécialement entraînés à traiter leurs collègues. (31) En Espagne, le PAIMM (Programme d'Attention Intégrale pour le Médecin Malade) crée en 1998 par l'ordre des médecins de Barcelone, dispose de procédures collégiales (accès direct, confidentialité, utilisation des contrats thérapeutiques pour la supervision des cas complexes, etc...) et d'une unité d'assistance avec des services d'internement, d'hôpital de jour spécifiques pour les professionnels de la médecine présentant des problèmes psychiques et/ou des comportements de dépendance.(32)

2.4- Une expérience autonome

Pour améliorer la relation entre un médecin et un patient-médecin, certains auteurs proposent une réflexion sur, la capacité des médecins à prendre en charge de tels patients et leur objectivité face à une telle situation. (7)

Soigner des médecins nous apporte beaucoup sur tous les patients mais aussi sur nous-mêmes en nous faisant réfléchir sur notre prise en charge des patients et sur la bonne distance relationnelle qu'elle nécessite.

Pour certains auteurs, cette formation ne s'acquiert pas mais s'expérimente et «s'apprend sur le tas».(15) C'est aussi l'avis de plusieurs des médecins rencontrés dans l'étude qui nous ont affirmé que si on considère le patient-médecin comme un patient standard, nous ne devrions pas faire de particularités et donc pas, de formation spécifique nécessaire.

CONCLUSION

Quand le patient est un médecin, l'expérience de soigner un confrère peut être d'autant plus puissante car touchant personnellement et professionnellement le médecin thérapeute.

Les entretiens réalisés auprès des médecins généralistes de Loire-Atlantique et Vendée ont conforté notre postulat de départ, en affirmant les particularités, génératrices, très souvent, de difficultés à prendre en charge un confrère.

Afin de mieux appréhender la relation entre un médecin et un patient-médecin, les médecins de l'étude, en accord avec la littérature, nous ont proposé certaines pistes. Ainsi, la clarification du rôle de chacun et la consultation dans un cadre formel sont deux éléments qui permettraient de considérer le patient-médecin comme un patient «standard». De même, des formations, qu'elles soient intégrées au cursus universitaire ou lors des formations continues, ont été proposées pour aider le médecin soignant dans cette prise en charge.

La création d'une médecine préventive pour les médecins, l'ouverture de cliniques spécialisées dans le soin de médecins sont autant de solutions possibles afin d'obtenir une prise en charge optimale des médecins malades, impliquant une formation spécifique des soignants.

BIBLIOGRAPHIE

1. Levasseur G. Les médecins bretons et leur santé. URML Bretagne, juillet 2003.
2. Le Petit Larousse illustré. Larousse. 2005.
3. WONCA EUROPE. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. 2002.
4. Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière. Masson. 2005.
5. SMartineau HS2-issn.pdf (Objet application/pdf) [Internet]. [cité 30 déc 2012]. Disponible sur: <http://www.recherche-qualitative>
6. Kaufmann J-C. L'entretien compréhensif. Armand Colin. 2011.
7. Fromme E, Billings J-A. Care of the Dying Doctor. On the other end of the stethoscope. JAMA. 15 oct 2003;290(15):2048-2055.
8. Thompson W, Cupples M, Sibbett C, Skan D, Bradley T. Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioners' care of their own health: qualitative study. BMJ 2001;(323):728-731.
9. Nouger F. Les médecins généralistes et leur santé, ou «Docteur, comment prenez-vous en charge votre santé?». Enquête sur les médecins généralistes libéraux installés dans le département de la Vienne. Thèse Med. Poitiers; 2004.
10. Encyclopédie de L'Agora | Le médecin malade [Internet]. [cité 12 déc 2012]. Disponible sur : <http://agora.qc.ca/documents/medecin>
Le_medecin_malade_par_Maurice_Thibault
11. Portalier Gay D. Les médecins: des patients comme les autres? Ou attitude et vécu des médecins devenus eux-mêmes patients. Etude qualitative auprès de 15 médecins généralistes en Rhône-Alpes. Thèse Lyon: Université Claude Bernard Lyon1-Faculté de médecine Lyon Grange Blanche ; 2008.
12. Rogers T. Barriers to the doctor as patient role. Aust Fam Phys, nov 1998;27(11):1009-13.
13. Kay M et al. Doctors as patients: a systematic review of doctors' health access and the barriers they experience. Br J Gen Pract, 2008;58(552):501-508.
14. Stoudemir A, Rhoads J. When the doctors needs a doctor: special considerations for the physician-patient. Ann Intern Med. 1983;98(5):654-659.
15. Schneck MD. «Doctoring» doctors and their families. JAMA 1998;280(23):2039-42.

16. Gillard L. La santé des généralistes. Thèse Méd. Ile de France; 2006.
17. Leriche B. et al. Le médecin malade. Rapport de la commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil National de l'Ordre des médecins du 28 juin 2008. CNOM
18. Chabrol A. Les médecins: des patients pas comme les autres. Le magazine de l'Ordre National des Médecins. oct 2008;(1):22-27.
19. Marzuk PM. When the patient is a physician. N Engl J Med 1987;317(22):1409-11.
20. Macnaughton Jane. The ultimate curse: the doctor as patient. BMJ 1995;(21):278-280.
21. Dormoy M, Tranthimy L. Burn out. Une médecine préventive pour les médecins surmenés? Impact Médecine 2008;(229).
22. Besançon G, Venisse J.L, Sarantoglou G, Malinge P, Guégan J. Analyse critique d'observations de médecins hospitalisés en psychiatrie. L'évolution psychiatrique. 1981;(46):85-96.
23. Bovier P, Bouvier Gallacchi M, Goehring C et al. Santé des médecins de premier recours en Suisse. Résultats de la première enquête nationale. Santé conjugué 2004;(47):941-47.
24. Physicians are patients too. JAMA 1970;(1):212.
25. Corpel M. La santé du médecin libéral marnais: enquête descriptive des médecins libéraux de la Marne. Thèse Med. Mention méd gén. Reims; 2007.
26. Desprès P, Grimbert I, Lemery B, Bonnet C, Aubry C, Colin C. Santé physique et psychique des médecins généralistes. Etudes et résultats (DREES), juin 2010. Report No.: 731.
27. Corpel M. La santé du médecin libéral marnais: enquête descriptive des médecins libéraux de la Marne. Thèse Med. Mention méd gén. Reims; 2007.
28. Ende J, Kazis L, Moskowitz M. Preferences for autonomy when patients are physicians. J Gen Intern Med 1990;5(6):506-509.
29. Kirsch M. When a doctor is a patient. Am J Gastroenterolo 1996;91(7):1299-1300.
30. Coquel G. Comportements personnels de santé et de prévention des médecins Thèse Med. Mention méd gén. Rouen; 2007.
31. Tyssen R. Health problems and the use of health services among physicians: a review article with particular emphasis on Norwegian studies. Ind Health 2007;45(5):599-610.
32. PAIMM [Internet]. [cité 11 févr 2013]. Disponible sur: <http://paimm.fgalatea.org/fra/presentacio.htm>

NOM : BAUGUION

PRENOM : Aurélie

Titre de Thèse :

QUAND LE MEDECIN GENERALISTE SOIGNE UN DE SES CONFRERES : UNE
CONSULTATION DIFFICILE ?

RESUME

Intuitivement, la littérature étant pauvre, les patients-médecins constituent une sous-population difficile pour leurs soignants.

Afin d'explorer les perceptions de leurs relations avec un patient-médecin, nous avons réalisé une enquête exploratoire qualitative par des entretiens semi-dirigés auprès de treize médecins généralistes de Loire-Atlantique et de Vendée.

Tous les médecins de l'enquête attestaient que la relation entre un médecin et un patient-médecin était une relation particulière tout en insistant sur le fait qu'il ne devrait pas y avoir de différence avec la prise en charge d'un patient «standard». Ils ont évoqué la tension générée par la prise en charge d'un confrère, exprimée notamment soit par des comportements de surinvestissement dans le soin lié à leur investissement affectif majeur, soit, au contraire, par des attitudes de sous investissement. Les absences de questionnement sur des thèmes tels les addictions, la sexualité, le psychisme et la difficulté de la demande du paiement étaient des différences notables.

Deux types de médecins ont pu être identifiés: ceux qui insistaient sur leurs difficultés en doutant de leurs compétences, et ceux qui mettaient en avant leur souci de rigueur scientifique ou bien leurs capacités d'auto-analyse pour minimiser les difficultés à soigner un confrère.

Les patients-médecins appartiennent à une sous-population de patients particulière qui révèle aux médecins soignants, leurs limites.

MOTS-CLES

Relations médecin malade, médecine générale, soins aux médecins, identification psychologique.