



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Julie CHAPUSOT-FILIPOZZI

le 2 octobre 2012

ATTITUDE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE VIS-A-VIS DE LA PRISE EN CHARGE DE SA SANTÉ :

Etude qualitative auprès de 15 médecins généralistes lorrains

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Serge BRIANÇON

Président

M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

Juge

M. le Professeur Jean-Marc BOIVIN

Juge

M. le Professeur Alain AUBRÈGE

Juge et Directeur

Mme le Docteur Martine BATT

Juge et Codirectrice

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI
Vice Doyen *Mission « sillon lorrain »* : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen *Mission « Campus »* : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen *Mission « Finances »* : Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen *Mission « Recherche »* : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseeurs :

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUÉL
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NÉMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« DES Spécialité Médecine Générale »	Professeur Paolo DI PATRIZIO
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
Assesseeurs Relations Internationales	Professeur Jacques HUBERT

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Patrick BOISSEL - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET -
Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre
DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard
DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET
Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES -
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS
Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-
VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert
PERCEBOIS Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL
Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER
Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET
Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ
Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeur Evelyne SCHVOERER

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre BORDIGONI - Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeur Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER – Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT – Professeur Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON – Professeur Muriel BRIX

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ

Médecine Générale

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Aude BRESSENOT

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Sophie FREMONT - Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN – Docteur Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteur Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteur Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteur Anne-Claire BURSZEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteur Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Docteur Laure JOLY

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA

Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Sophie SIEGRIST

Docteur Arnaud MASSON

Docteur Pascal BOUCHE

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE

Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL - Professeur Michel BOULANGÉ

Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ

Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL

Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT

Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT

Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)

Université de Stanford, Californie (U.S.A)

Professeur Paul MICHIELSEN (1979)

Université Catholique, Louvain (Belgique)

Professeur Charles A. BERRY (1982)

Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)

Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)

Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)

Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)

Université de Montréal (Canada)

Professeur Brian BURCHELL (2007)

Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS

(1996)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

*Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto
(JAPON)*

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur James STEICHEN (1997)

Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

*Centre Universitaire de Formation et de
Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô
Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*

Professeur Marc LEVENSTON (2005)

Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur David ALPERS (2011)

Université de Washington (USA)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)

Université de WUHAN (CHINE)

REMERCIEMENTS

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Serge BRIANÇON

Professeur de Santé Publique

Nous vous sommes profondément reconnaissants d'avoir accepté la présidence de cette thèse.

Pour votre disponibilité, votre accompagnement et votre avis d'expert sur notre travail, veuillez recevoir l'expression de notre sincère reconnaissance.

A NOTRE MAÎTRE ETJUGE

Monsieur le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

Professeur de Médecine Interne

Pour l'honneur que vous nous faites en siégeant dans le jury de cette thèse.

Veillez trouver ici le témoignage de notre sincère gratitude et de notre haute considération.

A NOTRE MAÎTRE ETJUGE

Monsieur le Professeur Jean-Marc BOIVIN

Professeur des Universités de Médecine Générale

Pour l'attention que vous nous portez en participant à ce jury et l'honneur que vous nous faites de juger notre travail, recevez l'expression de notre sincère reconnaissance.

A NOTRE JUGE ET DIRECTEUR DE THÈSE

Monsieur le Professeur Alain AUBRÈGE

Professeur Honoraire de Médecine Générale

Pour avoir accepté avec enthousiasme la direction de cette thèse, pour votre disponibilité et votre accompagnement dans l'élaboration de ce travail, veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

A NOTRE JUGE ET CO-DIRECTRICE DE THÈSE

Madame le Docteur Martine BATT

Docteur en Psychologie, Maître de Conférences

Université de Lorraine - Faculté de Psychologie Nancy

Pour avoir accepté de codiriger cette thèse, pour votre disponibilité et votre soutien qui m'ont été précieux, soyez assurée de ma gratitude.

A Aliz Pakot

Etudiante de Master 1 de psychologie à Nancy

Pour ta participation dans ce travail, reçois tous mes remerciements et mes encouragements pour ton mémoire.

Aux médecins généralistes qui m'ont accueillie

Vous m'avez accordé votre temps et votre confiance pour me permettre d'accomplir ce travail et je vous en remercie sincèrement.

A tous les médecins et équipes paramédicales qui ont croisé mon chemin au cours des stages d'externat et d'internat et qui m'ont aidée à devenir le médecin que je suis aujourd'hui.

A mes co-internes pour les moments forts que nous avons partagés.

A Pierre, mon époux, pour le chemin parcouru à tes côtés pendant toutes ces années d'études et l'horizon vers lequel nous nous dirigeons plein d'espoirs.

A mes parents, pour votre amour et votre soutien inconditionnels.

A ma famille, pour tous les précieux instants de vie passés à vos côtés.

A ma belle-famille, pour m'avoir accueillie dans votre foyer comme une des vôtres.

A mes amis, pour tous les moments de joie et d'amitié partagés.

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

TABLE DES MATIÈRES

ABREVIATIONS ET SIGLES	23
INTRODUCTION	25
CHAPITRE I : LES MEDECINS ET LEUR SANTE	27
A DEFINITIONS.....	27
1 La santé	27
2 La médecine générale et les médecins généralistes	27
3 Le médecin traitant	28
B PARCOURS DE SOINS ET PRISE EN CHARGE GLOBALE DE LA SANTE DES MEDECINS	29
1 Suivi médical et déclaration médecin traitant	29
2 Fréquence et nature des consultations	31
3 Le suivi médical des médecins et de leur famille.....	32
4 Critères de choix du médecin traitant et représentations	34
5 Auto-prescription	35
C MODE DE VIE, PREVENTION, DEPISTAGE.....	37
1 Tabac et alcool.....	37
2 Autres facteurs de risque cardio-vasculaires	38
3 Dépistage des cancers	39
4 Vaccinations	40
5 Consommation de psychotropes	41
6 Regard subjectif des médecins sur leur santé	41
D PROTECTION SOCIALE ET PREVOYANCE	42
1 L'assurance maladie	42
2 La CARMF	42
3 Les assurances privées complémentaires.....	43
4 Les aides confraternelles	43
5 Arrêt de travail	44
E LES MEDECINS FACE A LA MALADIE	46
1 Le médecin malade et les relations confraternelles	46
2 Les conséquences de la maladie et de l'arrêt de travail sur la pratique	50
F TRAVAIL ET SANTE	51
1 Médecine du travail.....	51
2 Burn-out	52

G SOLUTIONS EXISTANTES.....	55
1 Médecine préventive.....	55
2 Structures d'aide	55
CHAPITRE II : MATERIELS ET METHODES	59
A TYPE D'ETUDE	59
B POPULATION	59
1 Sélection des participants.....	59
2 Nombre de sujets	60
C CARACTERISTIQUES DES ENTRETIENS	60
1 Entretiens dirigés.....	60
2 Guide d'entretien	61
3 Réalisation des entretiens	62
4 Retranscription des entretiens	62
5 Analyse des entretiens	63
CHAPITRE III : RESULTATS ET ANALYSES	73
A REALISATION DES ENTRETIENS.....	73
1 Sélection des participants.....	73
2 Réalisation des entretiens	73
3 Population étudiée	74
B ANALYSE THEMATIQUE MANUELLE	78
1 Modalités de suivi médical	78
2 Parcours de patient face à un évènement de santé	97
3 Critères décisionnels conduisant ou non à une consultation	105
4 Attitude vis à vis des difficultés psychologiques	108
5 Remarques	110
C ANALYSE AUTOMATIQUE PAR LE LOGICIEL ALCESTE	111
1 Résultats généraux	111
2 Classe 1	114
3 Classe 2.....	116
4 Classe 3.....	117
5 Conclusion	119
D ANALYSE MANUELLE DETAILLEE D'UN CAS : ENTRETIEN A	120
1 Analyse quantitative des données recueillies	120
2 Analyse qualitative des données recueillies et interprétation des résultats	131

3 Analyse de quelques échanges riches en connecteurs interactifs	146
4 Analyse thématique a priori	157
5 Analyse thématique a posteriori	166
CHAPITRE IV : DISCUSSION	177
A FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	177
1 Intérêt de la méthodologie.....	177
2 Critiques liées à la méthodologie	177
B ATTITUDE DU MEDECIN GENERALISTE VIS-A-VIS DE SA SANTE	180
1 Assurer sa santé et ses revenus.....	180
2 Prévenir sa santé	180
3 Se soigner soi-même	181
4 Accéder aux soins de deuxième recours.....	182
5 Se comporter face à la maladie	185
6 Soigner les autres	186
7 Etre un patient comme les autres ?.....	187
C PISTES DE REFLEXION	190
1 Rôle de l'enquête	190
2 Solutions à proposer.....	190
3 Perspectives	193
CONCLUSION	195
BIBLIOGRAPHIE	199
ANNEXE 1	205
ANNEXE 2 : ENTRETIENS RETRANSCRITS	209
ANNEXE 3 : CD : RAPPORT ALCESTE ET TABLEAU EXCEL.....	275

ABREVIATIONS ET SIGLES

ALD : Affection Longue Durée

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

BMA : British Medical Association

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CMP : Centre Médico Psychologique

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

ECG: Electrocardiogramme

EGPRN: The European General Practice Research Network

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FMC : Formation Médicale Continue

HTA : Hypertension Artérielle

IJ : Indemnités Journalières

IMC : Indice de Masse Corporelle

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des études économiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologiste

ORS : Observatoire Régional de la Santé

PSA : Prostate Specific Antigen (antigène spécifique de la prostate)

SASPAS : Stages Ambulatoires en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

URML : Union régionale des médecins libéraux

WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

INTRODUCTION

D'après le proverbe populaire « Les cordonniers sont les plus mal chaussés » ou « Fils de cordonnier est le plus mal chaussé », nous sommes souvent mal pourvus des avantages que nous sommes le plus à portée de nous procurer par notre état et par notre position. En est-il de même des médecins face à leur propre santé ?

De l'antiquité à la médecine contemporaine, la santé des médecins a toujours suscité l'intérêt et soulevé un certain nombre de questionnements en relation directe avec la place qu'occupe le médecin dans la société.

Dans le contexte actuel de pénurie de médecins et de vieillissement de la population, avec comme corollaire l'inadéquation entre l'offre et la demande de soins, la santé des médecins est plus que jamais un thème qui se place au cœur des préoccupations et qui fait couler beaucoup d'encre. D'ailleurs au cours des quinze dernières années, la littérature médicale a été enrichie d'un nombre croissant de publications sur ce sujet, dont plusieurs travaux de thèses, en France comme à l'étranger.

Les différentes études ont montré chez les médecins une discordance entre un niveau satisfaisant de prévention et la perception d'une mauvaise prise en charge de leur santé.

Dans notre travail, nous nous sommes intéressés à l'attitude du médecin généraliste face à la prise en charge de sa propre santé dont nous avons cherché à comprendre les particularités du parcours de soins.

Dans cette optique nous avons rencontré et interrogé à leur cabinet quinze médecins généralistes lorrains volontaires. Les entretiens ont été menés à l'aide d'un guide d'entretien directif. Nous avons ainsi pu recueillir leurs réflexions empreintes de leurs propres expériences sur ce sujet particulièrement personnel et sensible. Leurs témoignages riches et variés ont été la matière première indispensable à la construction de notre travail.

En premier lieu nous aborderons les différents thèmes évoqués dans notre étude à la lumière de la littérature scientifique internationale. Ensuite nous définirons les modalités méthodologiques de notre enquête et présenterons nos résultats. Enfin nous discuterons nos résultats en fonction des connaissances actuelles et les perspectives qui en résultent.

CHAPITRE I : LES MEDECINS ET LEUR SANTE

A DEFINITIONS

1 La santé

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » Cette définition figure dans le préambule de 1946 à la Constitution de l'organisation mondiale de la santé (OMS) (1).

R. Leriche, chirurgien français déclare en 1937 « La santé c'est la vie dans le silence des organes ».

Selon R. Dubos, ingénieur agronome et biologiste français du XXème siècle, la santé est l'« État physique et mental relativement exempt de gênes et de souffrances qui permet à l'individu de fonctionner aussi longtemps que possible dans le milieu où le hasard ou le choix l'ont placé » (2).

A travers ces définitions nous comprenons que la notion de santé est relative. La santé ne se limite pas à l'absence de maladie. Ceci est d'autant vrai que certaines personnes atteintes d'affections chroniques peuvent être considérées en bonne santé si leur maladie est stabilisée par un traitement. Au contraire certaines maladies restent asymptomatiques longtemps au cours de leur évolution faisant croire à tort aux personnes qui en sont atteintes qu'elles sont en parfaite santé. «Tout homme bien portant est un malade qui s'ignore» disait d'ailleurs Molière dans Le Malade imaginaire au XVIIème siècle (3).

La notion de santé intègre différents déterminants qui sont d'une part les besoins fondamentaux de l'homme sur le plan sanitaire notamment et d'autre part son mode de vie au sein de l'environnement où il évolue. S. Dumartin déclare dans un article d'INSEE première en 2000 que trois quarts des Français se considèrent en bonne santé et que l'état de santé ressenti est très lié aux conditions de vie, de travail et au sexe des interrogés (4). Ainsi la santé s'inscrit de manière subjective dans une dimension socioéconomique.

2 La médecine générale et les médecins généralistes

La médecine générale est la branche de la médecine prenant en charge le suivi durable et les soins médicaux généraux d'une communauté, sans se limiter à des groupes de maladies relevant d'un organe, d'un âge, ou d'un sexe particulier. Le médecin généraliste est donc le professionnel de la santé assurant le suivi, la prévention, les soins et le traitement des malades de sa collectivité, dans une vision à long terme de la santé et du bien-être de ceux qui le consultent. Sa surface de prise en charge est horizontale, là où les autres spécialités exercent plus dans la verticalité d'un problème médical.

La WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians), organisation mondiale des médecins généralistes, a proposé en 2002 une définition européenne de la médecine générale-médecine de famille (5).

« Les médecins généralistes - médecins de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, 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. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. 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. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients. »

3 Le médecin traitant

Le médecin traitant est un médecin généraliste ou spécialiste que chaque assuré de plus de 16 ans doit choisir dans le cadre du parcours de soins coordonnés, institué par la loi de réforme de l'Assurance-Maladie du 13 août 2004 (6).

Le médecin traitant coordonne l'ensemble des soins reçus par son patient. Il l'oriente vers un médecin spécialiste « correspondant » ou un service hospitalier. Il centralise les informations : résultats d'examen, traitements. Il dispose ainsi d'une vision globale de l'état de santé de son patient.

En novembre 2008, 85% des assurés, soit 43 millions de personnes, ont choisi un médecin traitant (88% des femmes, 83% des hommes). Ce pourcentage monte à 96% pour les personnes atteintes d'une affection longue durée (ALD).

99.5% des Français ont choisi un médecin généraliste comme médecin traitant. Les médecins généralistes sont donc au cœur du dispositif.

Depuis janvier 2006, les remboursements effectués par l'Assurance-Maladie sont minorés pour les patients qui n'ont pas déclaré de médecin traitant ou qui consultent directement un médecin spécialiste sans passer par leur médecin traitant. Certains spécialistes restent en « accès direct », c'est-à-dire que l'on peut les consulter sans avoir déclaré de médecin traitant ou sans passer par lui préalablement. Sont concernés : les gynécologues, les ophtalmologues,

les psychiatres et neuropsychiatres, les stomatologues. A noter qu'une orientation par le médecin traitant n'est pas non plus requise pour consulter un chirurgien-dentiste.

B PARCOURS DE SOINS ET PRISE EN CHARGE GLOBALE DE LA SANTE DES MEDECINS

1 Suivi médical et déclaration médecin traitant

Une étude sur le vécu de la vie professionnelle et l'état de santé des médecins généralistes des Pays de Loire a été menée en 2007-2008 (7). Elle s'appuie principalement sur les données issues de la quatrième vague d'enquête du Panel d'observation des conditions d'exercice en médecine générale. Le questionnaire de cette vague d'enquête a été conçu par les Observatoires régionaux de la santé (ORS) et les Unions régionales de médecins libéraux (URML) des régions Basse-Normandie, Bretagne, Bourgogne, et Provence-Alpes-Côte d'Azur, ainsi que par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du Ministère chargé de la santé. D'après cette étude 74% des médecins généralistes déclarent avoir retourné le formulaire médecin traitant à leur caisse. Cette proportion est proche de celle observée dans les autres régions du panel mais aussi pour l'ensemble des assurés sociaux en 2006. 62% des médecins généralistes se sont déclarés leur propre médecin traitant et 13% ont désigné un confrère pour remplir cette fonction. Cette situation est également retrouvée dans les autres régions du panel ce qui permet de soulever l'hypothèse que les médecins généralistes se tournent en premier lieu vers eux même pour les soins de premier recours. Il n'y a pas de variations selon l'âge ou le sexe. Cependant désigner un confrère comme médecin traitant semble lié aux conditions d'exercice et au temps libre. En effet les praticiens exerçant en groupe et les praticiens qui prennent au moins quatre semaines de congés annuels semblent faire plus souvent ce choix.

En 2008 une enquête postale sur la santé de 1235 médecins libéraux généralistes et spécialistes de Haute Normandie apporte des données comparables (8). 20% des médecins ont désigné un médecin traitant différent d'eux-mêmes et 91% d'entre eux considèrent leur relation avec celui-ci bonne à très bonne. Ils considèrent que leur statut de médecin influence la relation avec leur médecin traitant avec une facilité d'accès et davantage d'attention pour 21% des interrogés, et une sous-estimation des symptômes pour 40% d'entre eux.

Dans sa thèse de médecine en 2006 sur l'attitude des médecins généralistes de Meurthe et Moselle envers leur propre santé (9), R. Suty met en évidence le fait que le médecin traitant déclaré par les médecins généralistes n'est pas forcément celui qui les soigne. Parmi les médecins généralistes interrogés 69.7% se sont auto-déclarés médecin traitant, 8.1% ont

désigné un autre généraliste, 0.7% un spécialiste et 21.5 % n'ont pas fait de choix. Il est intéressant de voir qu'en termes de suivi de leur santé 94.5% des médecins interrogés se tournent d'emblée vers eux-mêmes et que seuls 2% s'adressent à un confrère généraliste contre 3.5% vers un spécialiste. On observe donc un écart entre le pourcentage de médecins généralistes qui suivent la santé de leurs confrères généralistes (2,0%) et de ceux qui en sont les médecins traitants (8,1%). On observe une tendance inverse pour les médecins spécialistes: peu sont médecins traitants (0,7%) par rapport à ceux qui suivent la santé des médecins généralistes (3,5%). Cela nous permet de supposer que quel que soit leur choix en termes de désignation de médecin traitant, les médecins généralistes se tournent en priorité vers eux même pour se soigner ou plus rarement vers un confrère et dans ce cas plutôt vers un spécialiste qu'un généraliste peut-être pour rechercher une compétence qu'ils n'ont pas.

Dans sa thèse de médecine sur les médecins généralistes des Bouches-du-Rhône face à leur santé en 2009 (10), E. Vallet met en évidence le même phénomène. A savoir que 67% des généralistes de son étude sont leur propre médecin traitant alors que 83.7% suivent leur santé eux-mêmes contre 1.9% qui la confie à un confrère généraliste et 5.8% à un ou plusieurs autres médecins.

Paradoxalement, M. Corpel a mis en évidence dans sa thèse en 2007 sur la santé du médecin libéral marnais que plus de la moitié d'entre eux (54%) ne pensaient pas être un bon médecin pour eux-mêmes (11).

Qu'en est-il à l'étranger ? Une revue de la littérature étrangère concernant l'accès des médecins au système de soins a été publiée dans un article du British Journal of General Practice en 2008 et montre une disparité entre les pays (12). En effet selon les études le taux de déclaration d'un médecin traitant varie entre 20 et 100%. En revanche dans le choix du médecin traitant il y a une tendance générale à désigner un médecin de son entourage c'est-à-dire un ami, un membre de sa famille dont son conjoint, ou un associé. Il n'est toutefois pas possible pour les médecins étrangers de s'auto désigner médecin traitant.

De nombreux pays européens ont adopté comme la France un dispositif de déclaration d'un médecin traitant. Il s'agit de la Finlande, la Norvège, la Suède, les Pays-Bas, le Danemark, le Royaume-Uni, l'Irlande, l'Italie, l'Espagne, la Suisse.

L'Angleterre fait partie des bons élèves avec un taux de déclaration de médecin traitant à 96% : 98% pour les généralistes et 94% pour les spécialistes. Ces données font suite aux recommandations établies en 1995 par la British Medical Association (BMA) qui donne aux médecins un ensemble de directives sur leurs responsabilités morales envers leur santé, celle de leur famille et d'autres médecins qu'ils ont comme patient. En outre la BMA incite fortement les médecins à s'inscrire auprès d'un confrère généraliste (13).

En Irlande les données sont proches, en effet en 1998 trois quarts des médecins avaient désigné un médecin traitant (14).

Aux Etats-Unis en 2000 (15) et au Canada en 2003 (16), le taux de déclaration atteint plus de deux tiers des médecins.

En Australie, la moitié des médecins avaient un médecin traitant en 2003 (17).

En Espagne, une étude catalane de 1992 menée auprès de médecins barcelonais montrait que la moitié des médecins n'avaient ni médecin traitant ni dossier médical (18).

En Suisse en 2007, seulement 21% des médecins avaient déclaré un médecin traitant et une faible proportion d'entre eux vont le consulter (19).

En Israël, deux tiers des médecins n'avaient pas de médecin traitant en 1990 (20).

Ces études mettent en lumière que le fait d'avoir un médecin traitant favorise l'accès aux soins primaires pour les médecins, mais que cela ne semble pas être suffisant. En effet de nombreux médecins ayant déclaré un médecin traitant ont néanmoins recours à des consultations et à des soins médicaux informels auprès d'autres médecins ainsi qu'à l'automédication. Toutefois cette démarche est le premier pas vers un meilleur accès aux soins et à la santé des médecins.

2 Fréquence et nature des consultations

Dans la population générale en 2003, 88.7% des femmes et 81.1% des hommes déclarent avoir consulté un médecin généraliste au moins une fois dans l'année soit 85 % des personnes de 15 ans ou plus qui ont fait appel à lui au cours des douze derniers mois. On note également un plus grand nombre de consultations chez un généraliste pour les femmes, 5.6 fois en moyenne par an contre 4.4 pour les hommes.

Par ailleurs 68.5% des femmes et 48.6% des hommes déclarent avoir consulté au moins une fois un spécialiste au cours des 12 derniers mois (21).

Ces données fournies par l'INSEE nous montrent bien que le médecin généraliste est le professionnel de santé le plus consulté. Cela semble en accord avec son rôle principal en matière de soins primaires.

Concernant les cadres et les professions intellectuelles supérieures auxquelles on peut assimiler les médecins, ils sont 77.7% à avoir consulté un généraliste au moins une fois et 63% un spécialiste au cours de l'année 2003.

Qu'en est-il de la consommation médicale des médecins généralistes?

Dans sa thèse, R. Suty (9) a montré qu'en 2005, moins de 5% (4.7%) des généralistes interrogés avaient consulté au moins une fois un généraliste dans l'année. En revanche près de 40% d'entre eux ont consulté un spécialiste au moins une fois dans l'année si on exclut les psychiatres et les gynécologues. A ce propos, 4.9 % des généralistes déclarent avoir consulté au moins une fois un psychiatre dans l'année ; ce chiffre s'élève à 7.4% dans l'étude de E. Vallet (10).

En 2004 dans la Vienne, selon l'étude de F. Nouger (22), 4.3% des médecins présentant une maladie chronique ont consulté un confrère généraliste, 56.5% un spécialiste et les autres se suivent eux-mêmes.

Dans l'étude de S. Roumane (23), en Ile-et-Vilaine en 2002, sur les 187 médecins ayant présenté une maladie aiguë dans l'année précédant l'étude, un seul a consulté un généraliste, 98 un spécialiste, et les autres se sont traités eux-mêmes.

Dans un sondage mené auprès de 200 généralistes français en 2002, on observe qu'ils sont 72% à se tourner spontanément vers un confrère spécialiste lorsqu'ils doivent consulter (24). Il faut souligner qu'ils sont 84% à consulter d'abord un ami ou une connaissance (61% un ami spécialiste et 23% un ami généraliste).

En Angleterre, une étude réalisée quatre ans après la publication des recommandations de la BMA montre que l'adhésion des médecins à ces directives n'est que partiellement satisfaisante. En outre, on s'aperçoit que malgré un fort taux de déclaration, une minorité de médecins sont allés consulter leur médecin traitant, en effet 63% ne l'ont pas consulté au cours de l'année précédente. On note également que plus d'un quart des généralistes a déclaré comme médecin traitant un associé et qu'un quart des spécialistes déclare ne jamais consulter son généraliste avant d'avoir sollicité un avis spécialisé (13).

Dans une étude norvégienne, EO. Rosvold constate que malgré leur préférence a priori à se faire soigner par un médecin avec lequel ils n'ont aucun lien, ils sont nombreux à faire appel à leur entourage médical proche en cas de problème de santé (conjoint, collègues, amis...) (25).

Toutes ces données vont dans le même sens à savoir que les médecins généralistes ont une faible consommation médicale en comparaison à la population générale y compris les catégories socio-professionnelles similaires. Ils se tournent d'abord vers eux-mêmes puis s'ils se décident à consulter, ils s'adressent plus volontiers à un spécialiste qu'ils connaissent, qu'il s'agisse aussi bien d'une pathologie aiguë que chronique. Toutefois il semble exister un risque accru qu'une consultation auprès d'un médecin que l'on connaît, se déroule de manière plus informelle, comme ce que les anglo-saxons nomment « corridor consultation » ou « consultations de couloir », et interfèrent ainsi de manière négative avec la qualité de la prise en charge médicale. M. Kay montre dans sa revue de littérature étrangère que les médecins ont davantage recours à ces consultations de couloir qu'à des consultations classiques (12).

3 Le suivi médical des médecins et de leur famille

En France, lors de la mise en place du dispositif médecin traitant en 2005, l'article L 162-5-3 du code de la sécurité sociale pose un cadre législatif concernant la possibilité de déclarer comme médecin traitant un membre de sa famille ou soi-même. Il apparaît « qu'un médecin libéral généraliste ou spécialiste, un praticien hospitalier ou un médecin salarié d'un centre de santé ou d'un établissement de santé soit le médecin traitant de ses proches ou de lui-même ne pose aucune difficulté puisque ces catégories de médecins ont vocation à être désignées

comme médecin traitant » (26). Toutefois il est à noter qu'à ce jour le Conseil de l'ordre n'a émis aucune recommandation déontologique concernant le fait d'encourager ou non cette pratique.

Aux Etats-Unis en 1997, le code éthique de l'American Medical Association se positionne en déclarant « Les médecins généralistes ne devraient pas se traiter ou traiter des membres de leur famille immédiate » (27).

En Angleterre, la British Medical Association (BMA) a également publié en 1995 des recommandations concernant les soins relatifs aux médecins et à leur famille (28). Il est ainsi mentionné que :

- Les médecins devraient éviter de se traiter eux-mêmes, leur famille ou de dépanner des amis autant que possible.
- Les médecins et leur famille devraient être enregistrés auprès d'un médecin traitant en dehors du cercle familial qui prendrait en charge les soins dans leur totalité.
- Il est déconseillé aux médecins de prescrire pour eux-mêmes ou pour un proche autre chose que des médicaments en vente libre.

Forsythe M démontre dans une étude en 1999 le caractère partiel de l'adhésion des médecins à ce « guideline ». En effet 11% des médecins admettent suivre leur famille et 71% avouent prescrire pour eux-mêmes et leur famille (13).

Par ailleurs le thème du soin dispensé à ses proches a été abordé dans de nombreuses publications dont voici quelques-unes.

Dans son ouvrage « Le médecin son malade et la maladie », le psychiatre psychanalyste Michael Balint parle du double suivi d'un même patient par son médecin traitant d'une part et un médecin de sa famille d'autre part. Il évoque le risque auquel ce patient est soumis par la dilution des responsabilités de chacun, chacun renvoyant la balle à l'autre en quelque sorte, sans vraiment s'impliquer totalement. C'est qu'il nomme la « collusion de l'anonymat » (29).

M. Mailhot, médecin de famille au Québec, pense que dans le cas d'un patient suivi par un médecin de sa famille, « la relation est faussée par la promiscuité trop grande et le manque d'objectivité entre le médecin et sa famille » (30). Il y a alors un risque que l'empathie, principe fondamental de la relation médecin-malade, se transforme en sympathie avec possibilité de transfert des émotions du médecin vers son patient et mise en péril de l'objectivité médicale nécessaire à la prise de décisions adaptées.

Dans ce contexte on peut se demander comment les médecins généralistes français se comportent quand il s'agit de prendre en charge la santé de leurs proches. Plusieurs travaux de thèse ont récemment été publiés sur le sujet.

En 2005 S. Cornec-Lasserre réalise une étude quantitative à Lille par envoi de questionnaires. Parmi les 111 généralistes ayant répondu, deux tiers sont les médecins traitants de leurs

proches. 89% soignent leurs enfants, 81% leur conjoint, un tiers leur parents ou leurs frères et sœurs, deux tiers leurs amis. Le sens du devoir et le climat de confiance semblent être les principaux moteurs de cette prise en charge. Il a été mis en évidence une différence significative selon l'âge du médecin, 72% des plus de 35 ans soignent leurs proches versus 29% pour les plus jeunes. Le danger est l'implication affective qui peut conduire à un manque d'objectivité altérant ainsi le discernement, 20% pensent ne plus être objectifs du tout, 20% se sentent moins à l'aise vis-à-vis du secret médical. Dans tous les cas il est souhaitable de rester professionnel et de prendre conscience de ses limites (31).

En 2008, O. Huré réalise une étude qualitative à partir d'entretiens semi-dirigés auprès de vingt médecins généralistes exerçant à Paris à propos d'être ou non le médecin de ses enfants. Il conclut en délivrant quelques conseils aux parents-médecins : consulter un pédiatre la première année pour se familiariser avec son rôle de parent, s'autoriser ensuite, selon sa personnalité, le suivi médical, idéalement en conservant des contacts avec un médecin référent (32).

Ainsi la majorité des généralistes français prennent en charge la santé de leurs proches mais est-ce vraiment un choix ?

4 Critères de choix du médecin traitant et représentations

Une étude qualitative dont l'objectif était d'identifier les critères de choix du médecin traitant par les généralistes ainsi que les représentations qu'ils en ont, a été réalisée auprès de 20 médecins généralistes girondins en 2008-2009 (33). Les médecins s'étant désignés médecin traitant invoquent le manque de temps et la croyance dans leur capacité à prendre en charge correctement leur santé pour justifier leur choix. Ils trouvent difficile et gênant d'instaurer une relation soignant-soigné entre médecins mais ils n'évoquent toutefois pas de manque de confiance envers leurs confrères. Les médecins qui avaient déclaré un confrère affirment que cette démarche était antérieure à la mise en place du dispositif médecin traitant. Cette décision est liée à leur conviction personnelle de l'utilité de confier sa santé à un tiers notamment pour la prise en charge de pathologies complexes. Leurs critères de choix sont la compétence, la qualité d'écoute et la personnalité du médecin ainsi que sa proximité. Cette étude met en exergue un défaut du dispositif médecin traitant qui permet aux acteurs de ce système de s'en dispenser pour eux-mêmes.

Dans sa revue de littérature étrangère M. Kay décrit les barrières qu'évoquent les médecins en ce qui concerne leur accès au système de soins (12). Tout d'abord les médecins-patients avouent ressentir une gêne dans le fait d'exposer leurs faiblesses et de se livrer personnellement et émotionnellement à leurs pairs, ce qui équivaut pour eux à un manque de contrôle. De plus ils ont peur de déranger ces derniers et d'être jugés incompetents sur le plan médical car incapable de se soigner eux-mêmes pour des pathologies banales. Ensuite ils évoquent souvent le manque de temps et le problème financier avec le coût des honoraires et les assurances souscrites de manière inadéquate. Les connaissances médicales des médecins

ainsi que leur personnalité semblent également entrer en compte dans leur décision de ne pas consulter tout comme d'ailleurs la conscience des limites et le manque de confiance dans le système de soins. Ils craignent également un manque de confidentialité. Le fait d'être satisfaits de leurs propres soins et de ne pas ressentir le besoin d'avoir un médecin traitant revient fréquemment dans le discours des médecins. Par ailleurs les médecins auxquels ils peuvent s'adresser sont jugés peu disponibles et en trop faible nombre. Enfin, le caractère accaparant de l'exercice libéral, le manque de structures et de personnels spécialisés dans les soins aux médecins ainsi que la pression culturelle qui veut que les médecins se doivent de rester en bonne santé, concourent à freiner encore l'accès des médecins au système de soins.

Des travaux français traitent de la question des freins à la consultation ou à la désignation d'un confrère comme médecin traitant. Il s'agit du rapport sur le médecin malade de la Commission nationale permanente du Conseil National de l'Ordre des médecins de 2008 (34) et de la thèse de D. Gay-Portalier en 2008 sur l'attitude et le vécu des médecins devenus eux-mêmes patients (35). On retrouve dans les résultats de ces études les mêmes notions de manque de temps, de peur de déranger, de crainte d'absence de confidentialité, et de difficultés à se confier. En revanche, le frein financier n'est pas évoqué parmi les médecins français.

5 Auto-prescription

L'automédication a été définie en France par le Conseil de l'Ordre des médecins comme étant « l'utilisation, hors prescription médicale, par des personnes pour elles-mêmes ou pour leurs proches et de leur propre initiative, de médicaments considérés comme tels et ayant reçu l'AMM, avec la possibilité d'assistance et de conseils de la part des pharmaciens ». Cette définition a été retenue par le Comité Permanent des Médecins Européens (26).

L'auto-prescription est le fait de formuler des prescriptions (conseils, explorations, traitement) pour soi-même par une ordonnance qui engage sa responsabilité.

En France les médecins généralistes ont recours massivement à l'automédication et à l'auto-prescription d'examens complémentaires. Dans son étude L. Gillard indique que plus de la moitié des médecins s'auto-prescrit les examens de dépistage, les vaccinations, et les traitements réguliers (36).

Selon G. Levasseur (37) dans son enquête chez les médecins bretons, « le recours à l'automédication et à l'auto-prescription d'examens complémentaires est presque systématique, en particulier chez les généralistes ». Mais l'auteur ne nous donne pas de chiffres. Selon lui, quelques hypothèses peuvent expliquer ce comportement : le sentiment d'« auto suffisance » dans le suivi et le traitement, le déni de sa propre vulnérabilité, la gêne vis à vis des confrères ou les difficultés à consulter liées aux horaires de travail. On retrouve en partie les mêmes barrières qui empêchent les médecins d'accéder au système de soins.

De même l'enquête menée en 2008 sur la santé de 1235 médecins libéraux de Haute-Normandie dont 65% de généralistes nous montre que les médecins ont recours à l'automédication fréquemment dans plus de la moitié des cas souvent (30%) à toujours (26%), parfois dans 21% des cas, rarement dans 21% des cas également et jamais dans seulement 2% des cas (8).

Une revue de la littérature étrangère concernant l'automédication des médecins et des étudiants en médecine a été publiée dans un article d'Oxford journal en juillet 2011 (38). Dans trois quarts des études l'automédication concerne plus de la moitié d'entre eux et elle est en rapport avec un faible taux de déclaration d'un médecin traitant, au voisinage de 50%. Les auteurs concluent que l'automédication est fortement enracinée dans la culture médicale, dans l'optique d'améliorer ses performances de travail, mais qu'elle représente un risque pour la santé des médecins. En effet l'automédication peut perturber l'expression des pathologies et rendre l'élaboration des stratégies diagnostique et thérapeutique plus périlleuse. Elle aurait aussi un impact négatif sur la qualité des soins dispensés aux patients et sur la confiance qu'ils ont dans la profession.

A Hong Kong, Chen révèle que deux tiers des répondants se soignent eux-mêmes quand ils sont malades et 62% d'entre eux s'auto-prescrivent un traitement. Seulement 30% des répondants pensent qu'avoir leur propre médecin traitant est nécessaire (39).

En Australie, Davidson et Schattner montrent que 90% des médecins pensent qu'il est acceptable de s'auto-traiter pour une pathologie aiguë contre 25% pour une pathologie chronique. 9% pensent qu'il est acceptable de s'auto-prescrire des psychotropes (17).

En Angleterre, Hooper déclare que 13% des étudiants en médecine reçoivent une prescription d'un ami, et que 9% s'auto-traitent déjà. 52% d'entre eux pensent qu'il est acceptable de s'examiner soi-même et 39% de s'auto-prescrire (40).

Forsythe a montré que 71% des généralistes et 76% des consultants interrogés s'automédiquent et ce dans 10% des cas pour des classes médicamenteuses telles que les anxiolytiques, les opiacés et les antidépresseurs (13).

Aux Etats-Unis, Roberts affirme que 22% des résidents se font soigner par un autre résident ou un médecin hospitalier et que 34% d'entre eux demandent une prescription à leurs collègues (41). Pour Christie 52% des résidents ont recours à l'auto-prescription médicamenteuse (42). Pour Watchel 61% des médecins américains se sont déjà auto-prescrits au moins un médicament (43).

En Norvège, Roswold et Bjertness indiquent que trois quarts des médecins norvégiens ont eu recours à l'auto-prescription au cours des 3 dernières années (25). Dans l'étude de Hem, parmi les jeunes médecins norvégiens ayant pris des médicaments délivrés sur ordonnance au cours de la dernière année, 90% déclarent avoir eu recours à l'auto-prescription (antibiotiques, analgésiques, hypnotiques, contraception orale) ; 54% ont fait une auto-prescription entre le 4^{ème} et la 9^{ème} années post-internat (44).

En Suède, Toyry révèle que les médecins finlandais s'automédiquent principalement pour les pathologies gastro-intestinales (74%), l'asthme (63%), les troubles mentaux (62%) (45).

En Suisse l'étude de Schneider en 2007 montre que l'automédication concernait en premier lieu les antibiotiques, les antalgiques et anti-inflammatoires non stéroïdiens, la contraception orale et les psychotropes (19).

Dans une étude irlandaise de Clarke, les médecins utilisaient dans 99% des cas l'auto-prescription (principalement les antibiotiques) et il est intéressant d'apprendre que 73% d'entre eux avouent avoir eu une expérience négative avec cette pratique (14).

C MODE DE VIE, PREVENTION, DEPISTAGE

En matière de prévention, les données les plus récentes de la littérature scientifique concernant essentiellement les pays de l'Europe de l'Ouest s'accordent pour dire que dans l'ensemble, le médecin se comporte comme la population générale. ME. Delga le soulignait dans son rapport à la Commission Nationale Permanente en juin 2000 sur l'aptitude à l'exercice médical et la santé du médecin, « Si le fait de bien connaître le risque apparaît plus dissuasif chez le médecin, la prévention a peu d'influence le concernant, rejoignant le phénomène socioculturel bien établi dans notre pays » (34). En France depuis une dizaine d'années, de nombreuses enquêtes ont enrichi la littérature sur cette question.

1 Tabac et alcool

En France les médecins fument moins que la population générale. La prévalence du tabagisme tend à diminuer en 10 ans d'après le Baromètre santé médecins pharmaciens publié par l'INPES en 2005. De 37.9% de médecins fumeurs en 1993 on passe à 28.8% en 2003, avec dans la population générale 32.7% de fumeurs en 2003. Le tabagisme touche davantage les hommes médecins (1/3) que les femmes médecins (1/5) (46). De plus la proportion de fumeurs augmente avec l'âge (36). A l'échelle internationale, la France fait figure de mauvais élève comme le démontre M. Estryn-Behar dans ses travaux. En effet parmi les médecins norvégiens en 1997 on note 14% d'hommes fumeurs et 8% de femmes fumeuses. En Angleterre en 1989, 9% de médecins fumeurs sans distinction selon le sexe. Aux Etats-Unis, la prévalence des médecins fumeurs est de 3.9% en 1992 (47).

En matière d'alcool, les médecins français ont une consommation proche de celle de la population générale. Toutefois, par rapport aux catégories socio-professionnelles équivalentes, les médecins semblent moins consommer d'après les Baromètres Santé

Médecins Généralistes 1994-95 (48) et 1998-99 (49). En 1998-99 30% des médecins ont une consommation régulière (tous les jours ou 3 à 5 fois par semaine), 40% ont une consommation occasionnelle (1 à 2 fois par semaine ou le week-end seulement). Les hommes médecins sont plus nombreux que les femmes médecins à avoir une consommation régulière, 34% versus 14%. En 2003, les chiffres sont stables avec 30.3% des généralistes qui déclarent une consommation régulière. Il s'agit d'une consommation davantage masculine qui a tendance à augmenter avec l'âge (46). Ces données sont comparables à celles issues des travaux de thèse réalisés au cours des 10 dernières années (9, 10, 22, 23). A noter que d'après les auteurs il est probable que les médecins interrogés aient sous-estimés leur consommation face à ce sujet sensible.

Dans sa thèse de médecine en 2009, V. Thierry a mis en évidence l'existence d'un malaise autour de la problématique de l'alcool en médecine générale. Les représentations, le vécu personnel et le ressenti génèrent chez les médecins un rapport ambigu avec l'alcool qui engendre des difficultés dans la prise en charge des patients présentant un problème d'éthylisme (50).

2 Autres facteurs de risque cardio-vasculaires

D'après les travaux de thèse réalisés, les médecins généralistes français semblent surveiller leur tension artérielle. Deux tiers d'entre eux déclarent contrôler leur tension artérielle au moins une fois par an (9, 23), et 88% affirment s'être fait mesurer la tension dans les deux années précédentes (22).

En ce qui concerne le dépistage des dyslipidémies, environ 90% des généralistes ont déjà réalisé un contrôle biologique de leur taux de cholestérol (22, 23), ce contrôle a eu lieu au cours des cinq dernières années pour 80% d'entre eux ; seul un tiers réalise des contrôles réguliers (9).

Pour ce qui est du dépistage du diabète, entre 80 et 90% des médecins ont déjà réalisé une glycémie à jeun et la majorité d'entre eux dans les cinq dernières années (9, 22). Seuls 17% réalisent des dosages réguliers (9).

Concernant l'indice de masse corporel (IMC), environ 60% des médecins ont un IMC normal, 1/3 ont un IMC supérieur à 25 en faveur d'une surcharge pondérale et 5% ont un IMC supérieur à 30 en faveur d'une obésité (9, 22, 23). Globalement les médecins souffrent de surpoids et d'obésité de manière comparable à la population générale mais davantage que les catégories socioprofessionnelles similaires. On note toutefois que par rapport à la population générale les jeunes médecins et les femmes médecins sont moins concernés par les problèmes de surpoids, les hommes médecins étant plus souvent victimes d'obésité d'autant plus que leur âge progresse (11).

L'activité physique a également été étudiée mais les résultats sont très variables d'une étude à l'autre. Le pourcentage de médecins déclarant pratiquer une activité physique régulière passe

de 55 à 80% (22, 36, 37). D'après l'étude de R. Suty, 21% des médecins rapportent plus de 3h d'activité physique hebdomadaire, 35% 1 à 2 h et 44% jamais ou rarement (9).

3 Dépistage des cancers

a) Cancer colo-rectal

Le programme de dépistage organisé du cancer colorectal mis en place depuis 2009 sur l'ensemble du territoire (début en Lorraine en 2004), s'adresse aux hommes et aux femmes âgées de 50 à 74 ans, en les invitant tous les deux ans à se faire dépister par le test hémocult II (recherche de sang occulte dans les selles) en l'absence d'antécédents particuliers (51).

En France, d'après le Baromètre santé 2005, plus d'une personne sur cinq (22.4%) âgée de 50 à 75 ans déclare avoir déjà réalisé le test Hemocult de recherche de sang dans les selles (52). Dans l'étude Baromètre santé médecins 2003, moins d'un médecin sur dix (7.4%) déclare avoir fait pour lui-même une recherche de sang dans les selles au cours des deux dernières années (46). Les résultats des travaux de thèse montrent des résultats variables, 15 à 30% des médecins déclarent avoir réalisé un Hémocult dans les deux ans (9, 11, 36). Il apparaît donc que les médecins ne semblent pas adhérer à ce mode de dépistage. Par ailleurs dans son étude L. Gillard a trouvé une plus grande proportion de médecins ayant réalisé une coloscopie que dans la population générale (36).

b) Cancer de la prostate

Le dépistage du cancer de la prostate reste controversé dans la communauté médicale et il n'y a pas de recommandation officielle vis-à-vis d'un dépistage de masse. Toutefois on peut proposer un dépistage individuel pour les hommes de 50 à 75 ans par dosage du PSA total et toucher rectal annuel, ou plus précocement en cas d'antécédents familiaux.

Parmi les médecins, plus de 70% des hommes âgés de plus de 50 ans ont déjà fait doser leur taux de PSA dans le cadre du dépistage du cancer de la prostate (9, 10, 11, 22, 36). Seuls 1/3 d'entre eux auraient eu un toucher rectal en complément (22). Les deux tiers des médecins réalisant ce dépistage ne le font donc que partiellement.

c) Cancer du sein

Le dépistage du cancer du sein incite les femmes de 50 à 74 ans à participer au dépistage organisé du cancer du sein par la réalisation de mammographies, tous les 2 ans, en l'absence de facteurs de risque (51).

En 2005, dans la population générale, 80% des femmes âgées de 50 à 59 ans, 78% des femmes âgées de 40 à 49 ans et 31% de celles âgées de 30 à 39 ans déclarent avoir déjà réalisé au moins une mammographie au cours de leur vie (52). L'enquête santé 2002-2003 de la DREES montre que les femmes de 50 à 74 ans sont plus précisément 69 % à déclarer avoir réalisé cet examen durant les deux dernières années (53).

D'après le Baromètre santé médecins 2003, deux tiers des femmes médecins ont réalisé une mammographie dans les 3 ans (46). Les autres études montrent que trois quarts des femmes médecins sont à jour pour la réalisation de leurs mammographies (9, 10, 11). Il faut souligner que les jeunes femmes médecins de moins de 40 ans semblent débiter le dépistage plus précocement. En effet, à 30 ans, elles sont 3 fois plus nombreuses à se faire pratiquer une mammographie que dans la population générale (36).

d) Cancer du col de l'utérus

Le dépistage individuel du cancer du col utérin par frottis cervico-vaginal est recommandé aux femmes âgées de 25 à 65 ans, tous les 3 ans, après 2 frottis annuels ne révélant pas d'anomalie (51).

En 2005, dans la population générale, 93% des femmes âgées de 30 à 39 ans, 96% des femmes âgées de 40 à 49 ans et 95% de celles âgées de 50 à 59 ans ont réalisé au moins un frottis dans leur vie (52).

L'enquête santé 2002-2003 montre que 85 % des femmes âgées de 20 à 69 ans interrogées ont déclaré avoir effectué un frottis cervico-vaginal au cours des cinq dernières années. Cette proportion est de 76 % en ce qui concerne les femmes de 25 à 65 ans ayant eu ce type d'examen au cours des deux années précédant l'enquête (53).

Selon le Baromètre santé médecins 2003, 80,9% des femmes médecins ont réalisé leur dernier frottis il y a moins de trois ans (46). La plupart des autres études montrent des chiffres similaires (9, 10, 22). Il est toutefois préoccupant d'observer une réduction significative de plus de 10% de la couverture de dépistage après 50 ans chez les médecins et les non-médecins (36, 53).

4 Vaccinations

Les généralistes français ont une couverture vaccinale globalement à jour pour la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la tuberculose. (9, 11, 22, 23, 36, 46).

La vaccination contre l'hépatite B est obligatoire pour les professionnels de santé et légalement opposable en cas de litige. Selon le Baromètre santé médecins 1998-99, 87.5% des médecins, tout âge confondu, sont vaccinés. Les médecins de moins de 40 ans sont mieux vaccinés avec un taux qui atteint 96% (49). Les autres études affichent des taux légèrement plus bas entre 80 et 85% (9, 23, 37) ou très inférieurs 68% (22).

La vaccination antigrippale n'est pas obligatoire mais fortement recommandée pour les professionnels de santé. Le taux de vaccination est très aléatoire selon les études, 63.2% pour le Baromètre santé médecins 2003 (46). Le meilleur résultat est constaté par R. Suty avec une vaccination annuelle ou presque pour 81.4% des médecins (9). En revanche pour E. Vallet, un tiers des médecins ne se vaccine jamais ou presque (10).

5 Consommation de psychotropes

Selon L'INSEE en 2003, dans la population générale française 14.2% consomment des psychotropes occasionnellement (au moins 1 fois dans l'année) 6.1 % régulièrement (10 fois dans le mois) et 3.8% quotidiennement (21).

D'après les Baromètres Santé Médecins Généralistes 98/99 (49) et 2003 (46) la consommation de somnifères et d'anxiolytiques est restée stable chez les médecins généralistes : 25% en consomment au moins une fois par an, et 1% quotidiennement. Sur la totalité des consommateurs, plus de la moitié le fait occasionnellement.

L'étude de R. Suty environ 1 médecin sur 10 a consommé un antidépresseur au cours de l'année précédant l'enquête, et 1 médecin sur 4 des somnifères et/ou des tranquillisants (9). Les autres études rapportent des résultats similaires (10, 23).

La surconsommation de psychotropes est une particularité française et l'on peut constater que les médecins ne sont pas les derniers dans ce domaine, bien au contraire. Les conditions stressantes de leur travail ainsi que leur facilité d'accès à ces substances semblent expliquer ce comportement addictif.

6 Regard subjectif des médecins sur leur santé

Comme nous venons de le voir, le comportement des médecins est plutôt satisfaisant en ce qui concerne la prévention et l'hygiène de vie si l'on exclut le recours aux psychotropes trop fréquent. D'ailleurs les études montrent que trois quarts des médecins sont satisfaits de leur état de santé, ce qui correspond aux données de la population générale (4) et se considèrent même en meilleure santé que leurs patients (8, 22, 36) D'après R. Suty plus de la moitié d'entre eux jugent leur hygiène de vie meilleure ou nettement meilleure que celle de leurs patients. Concernant l'observance thérapeutique 40% la jugent équivalente à celle de leurs patients et 40% meilleure ou nettement meilleure (9). Paradoxalement, nombreux sont ceux qui considèrent que la prise en charge de leur santé et de sa prévention est moins bonne que celle de leurs patients (9, 11, 22, 36). Toujours d'après R. Suty, 41% des médecins estiment que la prise en charge de leur santé est équivalente à celle de leurs patients contre 44.6% moins bonne ou nettement moins bonne (9).

L'étude qualitative de D. Gay-Portalier apporte des résultats convergents. Les médecins ont été interrogés sur l'image qu'ils ont de la prise en charge de leur santé en général et comparativement à celle de leurs patients. Un tiers d'entre eux pensent avoir une prise en charge équivalente, deux tiers d'entre eux l'estiment moins bonne voir absente avec des propos très critiques vis-à-vis d'eux-mêmes. Cela nous laisse penser qu'ils se considèrent comme de mauvais médecins pour eux-mêmes (35).

D PROTECTION SOCIALE ET PREVOYANCE

1 L'assurance maladie

Les médecins généralistes libéraux sont affiliés à la caisse d'assurance maladie dont dépend leur lieu d'exercice et relèvent du régime d'assurance maladie des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC). Dans ce cadre ils bénéficient d'une protection sociale qui comporte le remboursement des soins, le versement d'indemnités ou d'allocations en cas de congés maternité, paternité ou d'adoption, du capital décès. En revanche le régime d'assurance maladie des PAMC ne couvre pas le risque accident du travail-maladie professionnelle et ne donne pas droit à des indemnités journalières pour maladie ni aux prestations des assurances invalidité. Cependant il est possible de souscrire une assurance volontaire contre le risque accident de travail-maladie professionnelle auprès de la caisse d'assurance maladie.

En cas de congé maternité ou d'adoption, la femme médecin perçoit une allocation forfaitaire de repos maternel (d'un montant de 2 946 € au 1^{er} janvier 2011) pour compenser la diminution d'activité professionnelle. Sous réserve de cessation d'activité pendant une durée minimum de 8 semaines dont 2 avant l'accouchement, elle peut percevoir en plus une indemnité journalière forfaitaire (de 48,42 €) (54).

2 La CARMF

Les médecins généralistes libéraux sont affiliés à la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France à partir du moment où ils sont inscrits à l'Ordre des Médecins et thésés c'est-à-dire titulaire du diplôme de Docteur en Médecine. Le médecin doit cotiser à 3 régimes de retraite (le régime de base, le régime complémentaire vieillesse et le régime des Allocations Supplémentaires de Vieillesse), à un régime de prévoyance (le régime Invalidité - Décès) et à un régime d'Allocation de remplacement de revenu si le médecin est conventionné mais ne bénéficiant plus à de nouveaux médecins depuis le 1^{er} octobre 2003. Le régime invalidité-décès obligatoire comporte :

- Une indemnité journalière (IJ) attribuée en cas d'incapacité temporaire totale de travail pour cause de maladie ou d'accident (91.35 euros par jour à compter du 91^e jour d'arrêt de travail).
- Une pension d'invalidité servie au médecin en invalidité totale et définitive.
- Une indemnité-décès versée à l'ayant droit du médecin non retraité, décédé en activité.
- Une rente décès est servie au conjoint survivant de moins de 60 ans ainsi qu'à l'orphelin.
- Un régime de préretraite obligatoire

La durée maximale de versement est de 36 mois consécutifs ou discontinus pour les médecins de moins de 60 ans. Au-delà de ce délai on envisage une pension d'invalidité sur décision de la Commission de contrôle de l'incapacité d'exercice. Pour les médecins de plus de 60 ans le taux des IJ diminue à 46.70 euros par jour à compter de 12 mois de versement ce qui peut inciter à une mise à la retraite pour inaptitude (55).

En 2010, le nombre de cotisants à la CARMF est en légère augmentation +0.13% soient 126 314 personnes, après trois années consécutives de baisse imputable en grande partie aux effets du numerus clausus. La féminisation de la profession se poursuit avec 31.53% de femmes cotisant en 2010 contre 24.46% en 1995. L'âge moyen des cotisants est de 52.63 ans (49.74 pour les femmes, 53.97 ans pour les hommes), soit + 2 ans depuis 2005. L'âge moyen de la première affiliation est tardive à 37.86 ans. Ceci s'explique par l'augmentation de la durée des études, la spécialisation et un allongement de la durée d'activité salariée en début de carrière. Toutefois la part de médecins âgés de 30 à 34 ans représente 44.45% des cotisants (56).

3 Les assurances privées complémentaires

De nombreux organismes d'assurance proposent aux médecins des contrats d'assurance pour leur activité, leurs revenus et leur protection.

La responsabilité civile et professionnelle, souscrite de manière presque systématique dès les premiers pas en tant que médecin, garantit les conséquences pécuniaires que le médecin peut encourir dans le cadre de l'exercice légal de sa profession et dans le cadre de l'exploitation de son cabinet, ainsi que sa protection juridique.

La souscription à une mutuelle complémentaire santé est fortement recommandée. Il en va de même pour la mise en place d'une prévoyance couvrant le délai de 90 jours de carence de la CARMF. Depuis 1994, la loi Madelin permet d'effectuer des déductions fiscales en ce qui concerne les cotisations des complémentaires santé, les IJ en cas d'arrêt de travail, les rentes en cas d'invalidité ou de dépendance, les rentes éducation en cas de décès, les pensions pour le conjoint et les compléments de retraite.

Lors de la souscription de ces contrats, les médecins sont soumis à des questionnaires médicaux et d'éventuels examens complémentaires, ce qui peut conduire à l'exclusion de prise en charge de certaines pathologies ou états médicaux antérieurs.

4 Les aides confraternelles

Rarement, les médecins souscrivent à un contrat d'entraide appelé « tontine » et qui consiste au sein d'un groupe de médecins volontaires à aider financièrement l'un des leurs en cas

d'arrêt maladie en lui versant l'équivalent d'une consultation par jour pour une durée de 1 à 3 mois. Elles permettent le plus souvent de couvrir les 90 jours de la CARMF et aident les conjoints en cas d'invalidité ou décès.

Les contrats d'association prévoient également dans certains cas une solidarité pour l'associé malade, mais le plus souvent avec exclusion des arrêts supérieurs à six mois.

A noter que les organismes bancaires n'incitent jamais les médecins à se couvrir en Indemnités Journalières pour leurs prêts professionnels et privés et ne proposent que rarement une franchise inférieure à 90 jours. Or ce sont les 90 premiers jours qui sont les plus difficiles à supporter dans la plupart des cas de par le retard apporté à la prise en charge des assurances (34).

L'Ordre des médecins peut parfois également apporter son aide aux médecins en difficulté ou aux familles de médecins décédés (aides financières pour les études des enfants par exemple).

5 Arrêt de travail

Le rapport 2010 de la CARMF (56) montre une diminution de l'effectif des prestataires du régime complémentaire invalidité-décès avec une baisse de 11.6% des médecins en invalidité totale, par rapport à 2009. En revanche le taux de médecins en incapacité temporaire reste stable (-0.44%) malgré une forte augmentation du nombre de journées indemnisées : 303 870 pour 2010. Cette augmentation est progressive depuis 10 ans avec 186 341 journées indemnisées en 2000 et 232 140 en 2005.

En matière d'assurance incapacité temporaire, les causes les plus fréquentes de l'indemnisation des arrêts de travail sont les affections cancéreuses 32,69 %, psychiatriques 18,88 % et les lésions traumatiques 8,79 %. Les affections cardiovasculaires représentent 8,79 %.

En matière d'assurance invalidité, ce sont les affections psychiatriques 41,42 %, cardiovasculaires 10,69 % et neurologiques 14,01 %. Les affections cancéreuses représentent 10,39 % et les lésions traumatiques 7,08 %. L'importance de la part des affections psychiatriques n'est pas sans lien avec le phénomène de burn-out.

En règle générale les médecins généralistes s'arrêtent rarement de travailler à l'instar de toutes les professions libérales. Une étude menée auprès de 200 généralistes français en 2002 montre que 81% des médecins interrogés ne s'accordent pas d'arrêt de travail, alors qu'ils le prescriraient à un patient subissant le même état pathologique (24).

Selon F. Nouger en 2004, seulement 33% des médecins généralistes de la Vienne ont eu au moins un arrêt de travail au cours de leur carrière (31% des hommes, 37% des femmes), en rapport avec une grossesse pour 14% des femmes (22).

Selon R. Suty, 8.8% de généralistes de Meurthe et Moselle ont pris un arrêt de travail en 2005, d'une durée moyenne de 50 jours en rapport avec une chirurgie à 28%, un cancer à 8%, une maternité à 16%, un traumatisme à 16%, ou une autre cause à 32% (9).

Selon D. Gay-Portalier, les médecins attendent fréquemment leurs congés pour planifier une chirurgie et tombent aussi souvent malades à leur insu pendant leurs vacances (35).

Concernant la maternité, les femmes médecins salariées bénéficient d'un congé maternité payé d'au moins 16 semaines. Les femmes médecins exerçant en libéral sont moins bien loties malgré l'amélioration constante des prestations sus-citées et l'on constate fréquemment une poursuite de l'activité professionnelle au-delà de la 36ème semaine d'aménorrhée. Un arrêt de travail au cours de la grossesse a été prescrit à 22% des femmes généralistes, contre 67% des femmes dans la population générale (57).

Les différentes études soulignent que l'activité libérale semble être un obstacle pour prendre un congé maladie de par les contraintes financières et notamment la faible protection sociale en cas d'arrêt de courte durée. Même si la valeur thérapeutique de l'arrêt de travail est reconnue par les médecins, il est souvent mal vécu par ces derniers. En effet aux contraintes matérielles (gestion du cabinet, continuité des soins, problèmes financiers...) s'ajoute le sentiment de devoir envers les patients et les collègues qui peut conduire à considérer l'arrêt de travail comme une double peine. Les médecins en arrêt ont besoin d'être soutenu à la fois sur le plan organisationnel et sur le plan psychologique (9, 35, 37).

Ce phénomène semble exister par-delà nos frontières.

En Finlande, les médecins prennent moins de congés maladie que la population générale, les femmes médecins en prennent plus que les hommes et les jeunes médecins plus que leurs aînés (58).

En Norvège une étude menée auprès de 1476 médecins libéraux et hospitaliers montre que 80% des médecins admettent ne pas avoir pris d'arrêt de travail pour un problème de santé qui aurait donné lieu à la prescription d'un congé maladie pour un de leurs patients. 50% des médecins interrogés avouent même avoir travaillé alors qu'ils étaient atteints d'une pathologie infectieuse, ce qui est potentiellement dangereux pour eux mais également pour les patients. Il est à noter que dans cette étude, les médecins hospitaliers ont un nombre de jours de congés maladie supérieur à celui des médecins libéraux (59).

En Irlande, d'après une étude qualitative menée en 2001 sur la perception des médecins généralistes des effets de leur profession sur leur santé et celle de leurs collègues, il semble exister un contrat moral entre les différents associés d'un cabinet de médecine générale, ce qui pousse les médecins à ne s'arrêter que dans des cas extrêmes. Les médecins interrogés évoquent le sens du devoir envers leurs patients et leurs collègues pour expliquer leur présence au travail malgré une maladie. En outre, ils attendent la réciprocité vis-à-vis de leurs collègues. Les conditions de travail des médecins généralistes renforcent la culture selon laquelle leur propre santé et celle de leurs collègues sont ignorées (60).

E LES MEDECINS FACE A LA MALADIE

1 Le médecin malade et les relations confraternelles

a) Le médecin-patient

D'après Montaigne : « *la maladie du médecin est un scandale...* », quant à Voltaire : « *il n'y a rien de plus ridicule qu'un médecin qui ne meurt pas de vieillesse...* » Comme l'illustrent ces citations du siècle des Lumières, la culture médicale qui imprègne notre société voit d'un œil ironique et incrédule la maladie du médecin, comme si elle était contre nature (61).

Dans ce contexte les médecins ont besoin de conserver une image de succès, de force et de stabilité pour eux-mêmes mais aussi pour leurs patients et le reste de la société. Prisonniers de cette image, ils semblent peu disposés à admettre la maladie qui menace de ruiner leur vie professionnelle (60, 62). De plus les médecins fondent souvent leur vocation sur des désirs complexes de maîtrise de la vie qui peuvent signifier une réaction contre-phobique de la maladie et de la mort. Dans cette volonté de toute-puissance le médecin s'accommode mal de sa propre vulnérabilité qu'il rejette en se croyant immunisé contre la maladie (61).

Dans son livre « Dites-moi la vérité Docteur » publié en 2011, A. Deloche, chirurgien cardiaque relate son vécu de médecin-patient, et illustre ce phénomène en écrivant « *Un médecin malade, et malade dans sa propre spécialité, c'est absurde, un peu ridicule, presque une insulte au savoir médical, quasiment un conflit d'intérêt. Les « hommes de l'art » refusent bien souvent d'avoir recours à la médecine, comme s'ils avaient l'étrange conviction d'échapper aux règles et d'être protégés par une « blouse blanche magique ». Cette constatation je l'ai faite bien souvent en plus de quarante ans de contacts quotidiens avec des médecins de toutes les spécialités. D'ailleurs, moi aussi je me croyais mis à l'abri par une sorte de caducée aux pouvoirs surnaturels. Mystère de la condition médicale...* » (63).

Bien qu'il se considère comme un patient banal, l'attitude du médecin confronté à un symptôme va osciller entre deux extrêmes : le déni et la panique (34, 35, 36, 60). Le médecin qui se déclare malade souffre souvent d'une pathologie grave, car sa prise en charge tardive intervient sur des pathologies déjà très évoluées, c'est d'ailleurs souvent l'entourage familial ou confraternel qui intervient (36).

« *Comment ignorer que chaque seconde de vie est une seconde arrachée à la mort ? Face à cette vérité, les médecins s'alarment souvent à tort au moindre trouble ; une petite toux qui dure, c'est un cancer du poumon ; une ébauche de sciatique, c'est la métastase osseuse d'un cancer de la prostate ; une indigestion, c'est une occlusion intestinale ! Il faut ajouter à toutes ces impressions confuses la certitude que les médecins mentent bien, parfois aux patients, parfois à eux-mêmes. Ils connaissent les questions et les réponses. Alors touchés directement par la maladie, ils peuvent se voiler la vérité ou tomber dans des conduites irrationnelles.* » écrit A. Deloche (63).

Les médecins ont des difficultés à endosser le rôle de patient et peuvent vivre la maladie avec un sentiment d'échec ou de culpabilité. De plus ils ont peur de déranger leurs confrères et craignent un manque de confidentialité, ce qui les rend réticents à exprimer leurs problèmes et renforce le sentiment de solitude (34, 35, 36, 60, 62). D'après D. Truchot, les praticiens libéraux « n'osent consulter personne car ce sont des confrères ». Ils ont peur que « cela se sache, surtout en province, où tout se sait vite, malgré le secret médical ». En France les médecins ne peuvent pas consulter de manière anonyme comme dans certains pays anglo-saxons (64).

Le statut et les connaissances du médecin ne semblent pas être un avantage pour sa propre prise en charge. Au contraire son savoir peut générer une majoration d'anxiété, voir un frein à l'acceptation d'un diagnostic (35). Certains évoquent même une perte de naïveté qu'ils envient à leurs patients (65).

Au cours d'une hospitalisation, le médecin-patient aura tendance à analyser sa maladie et perturber en les influençant les procédures de prise en charge. Une certaine ambivalence s'exprime entre la volonté de rester en position de décideur et le besoin d'être rassuré et guidé dans la prise en charge. Cela peut conduire à engendrer des difficultés relationnelles avec le médecin-soignant et le personnel soignant (35). Le concept de « VIP syndrome » est parfois employé pour décrire un accès privilégié aux soins par le médecin-patient engendrant une hostilité et un retrait de la part du personnel soignant. Le médecin ressent alors un isolement qui peut conduire à une escalade de demandes renforçant encore les réserves de l'équipe face à ce patient désarmant. Ce phénomène peut entraîner des erreurs diagnostiques et des répercussions sur l'adhésion au traitement et par conséquent sur son efficacité (62).

A. Deloche l'illustre en disant « *J'ai toujours prôné l'anonymat. Etre trop connu dans un hôpital constitue un réel embarras. Tout se complexifie. Le personnel et les médecins en font trop. Ou pas assez. La bonne médecine nécessite une parfaite neutralité, je me demande si le parfait inconnu n'est pas parfois mieux soigné que le malade puissamment recommandé.* » (63).

b) Le médecin-soignant

Du point de vue de médecin-soignant, les choses ne sont pas simples non plus. Il est très difficile de prendre en charge un confrère, cela nécessite une grande vigilance, une grande écoute et beaucoup de bon sens pour amener le médecin-patient à transmettre toutes les informations. L'objectif étant d'éviter le piège de commettre des erreurs diagnostiques et thérapeutiques dues à la volonté consciente ou inconsciente de dissimulation du médecin malade. Le médecin consulté doit faire preuve d'un grand professionnalisme dans sa prise en charge afin de répondre à l'attente intime du médecin soigné sans modifier le schéma thérapeutique dont la rigueur continue de s'imposer quelles que soient les circonstances (34).

A ce propos, le CNOM déclare « Les médecins se prennent souvent très mal en charge en dehors d'une hospitalisation. » et « Il est nécessaire que les médecins hospitaliers soient extrêmement vigilants sur le comportement du personnel hospitalier amené à prendre en charge un médecin malade...Il est nécessaire également durant la formation médicale que les

médecins soient bien informés (...) des difficultés de prise en charge globale de confrères malades. » (34).

En ambulatoire, les médecins généralistes sont rarement les médecins traitants de leurs confrères qui vont voir directement les spécialistes. Auprès de leurs confrères généralistes, ils sollicitent ponctuellement des avis ou conseils médicaux de manière informelle le plus souvent sans examen clinique, ce qui est potentiellement dangereux (12, 35).

Au sein des relations confraternelles qui sont traditionnellement privilégiées, il est utile de garder une certaine distance nécessaire à une bonne prise en charge (34). Dans l'enquête sur les médecins libéraux de Haute-Normandie, deux tiers des médecins interrogés ont des patients-médecins et 87% d'entre eux entretiennent avec ces derniers des relations qu'ils qualifient de bonne à très bonne ; 62% considèrent qu'il existe une influence dans la relation : 24% considèrent qu'il y a moins besoin d'explications et 21% craignent d'être jugés (8).

Le fait d'être choisi comme médecin par un autre médecin peut entraîner des sentiments contradictoires : gratification, peur d'être jugé dans ses compétences, crainte de ne pas être digne de confiance, contre-transfert négatif avec prise de conscience de sa propre vulnérabilité, colère quant au surcroît de travail considéré comme évitable vis-à-vis d'un confrère, problème de la gratuité confraternelle... (8, 24, 35, 62).

Interviewée par le Quotidien du médecin, le Dr M. Raynaud, généraliste en Seine-Saint-Denis déclare être le médecin traitant de plusieurs de ses confrères généralistes, elle assume ce rôle et cette mission sans état d'âme particulier et sans problèmes « *Au contraire, c'est un grand plaisir de soigner des confrères (...) une tâche très agréable (...) un bonheur même, parfois (...) un moment très fort qui tranche avec une consultation ordinaire (...) C'est tout à fait autre chose ; on entre alors dans une autre forme de relation. Quand un confrère vient me voir et me dit : je crois que j'ai ça, nous avons alors une vraie discussion, un réel échange qui nous sert à tous les deux. Même si le diagnostic final appartient au médecin qui est consulté* » (66).

Pour le Dr A. Choussat, cardiologue en Midi-Pyrénées qui soigne et suit régulièrement des médecins, « *surtout des généralistes* » parle d'une « *relation très enrichissante* ». Il faut s'efforcer, dit-il d'avoir les mêmes relations avec eux qu'avec les autres patients. « *C'est important pour la précision du diagnostic, et il ne faut pas se laisser emporter par des sentiments confraternels qui pourraient troubler le jugement.* » Il reconnaît qu'il doit répondre plus longuement et différemment aux questions que peut lui poser un médecin « *Il sait ou plutôt il croit savoir ce dont il souffre, ce qui n'est pas toujours le cas d'ailleurs, et, dans cette situation, il nous faut adopter évidemment une autre attitude que celle que nous avons face à un autre patient.* » (66).

L'annonce d'un diagnostic est d'autant plus difficile qu'il s'agit d'une pathologie grave et que plusieurs médecins sont impliqués dans la prise en charge du médecin malade (34, 62). Pour le Professeur C. Msika, chirurgien orthopédique à Paris « *soigner, opérer un confrère est souvent difficile (...) il y a une charge émotionnelle forte, c'est comme si on soignait un membre de la famille.* » Pour annoncer une pathologie grave : « *On hésite à dire les mots, à*

dire la vérité, on essaie de lui faire comprendre, de lui faire prendre conscience de la gravité de son cas. Et il n'est pas rare que, de son côté, le médecin patient se bloque, refuse de comprendre, fasse tout pour occulter la vérité. C'est difficile, très difficile. Il est déjà angoissé quand il vient nous voir, et il attend du confrère une aide, une compréhension, que nous ne sommes pas toujours à même de lui apporter. » (66).

c) Les honoraires

La question du règlement des honoraires entre médecins interfère dans la relation thérapeutique et fait débat. Elle se pose d'ailleurs davantage dans le suivi de maladies chroniques avec des consultations répétées en ambulatoire que lors d'une hospitalisation où la gestion est administrative.

Le médecin soigné gratuitement, selon une certaine courtoisie professionnelle, peut se sentir redevable vis-à-vis de son médecin traitant et ne se sentira pas libre d'en changer en cas d'insatisfaction. Le médecin malade peut également se sentir coupable à l'idée de déranger un collègue, qui en plus ne sera pas rémunéré pour son travail, ce qui peut retarder une fois de plus sa prise en charge. Par ailleurs l'usage veut qu'un médecin ou chirurgien ne demande pas de dépassements d'honoraires à un confrère, s'il en pratique d'habitude, mais lui demande de régler la part remboursée par la Sécurité Sociale (62).

Interrogé par le Quotidien du médecin sur le problème des honoraires entre médecins, le Pr B. Housset, chef de service de pneumologie à Créteil, répond que la tradition médicale de la gratuité des soins pour le médecin est en train de disparaître. « *En tant que chef de service hospitalier, je ne me pose pas ce problème puisque je n'exerce pas en service privé, mais je sais qu'un certain nombre de médecins ont tendance aujourd'hui à demander des honoraires aux confrères qui viennent les consulter. » (66).*

Ce point de vue n'est pas partagé par le Dr M. Raynaud, généraliste « *Il ne me viendrait pas à l'idée, de demander au confrère des honoraires. Je le soigne gratuitement, comme c'est la tradition médicale depuis Hippocrate. D'ailleurs je ne fais pas payer non plus les étudiants en médecine qui viennent me consulter. »* Pour le Dr A. Choussat, cardiologue, la question en se pose pas non plus. « *La gratuité des actes est normale. Feriez-vous payer un membre de votre famille ? » (66).*

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins aborde également cette question dans son rapport sur « Le Médecin Malade » et nous donne quelques pistes de réflexions (34). Il se réfère au Serment d'Hippocrate original traduit par Émile Littré qui recommande ceci « *Je mettrai mon maître de médecine au même rang que les auteurs de mes jours, je partagerai avec lui mon savoir et, le cas échéant, je pourvoirai à ses besoins; je tiendrai ses enfants pour des frères et, s'ils désirent apprendre la médecine, je la leur enseignerai sans salaire ni engagement ».*

Il y est fait donc mention de la gratuité de l'enseignement de l'art médical aux enfants souhaitant apprendre la médecine, il y est fait mention d'une solidarité corporatiste, sans aucune autre précision.

Pour l'Ordre National des Médecins, cette question des honoraires du médecin malade au médecin soignant a une réponse assez simple : déterminés avec tact et mesure bien entendu, ils sont dus, à l'exception peut-être de la première prise de contact et ce pour diverses raisons :

- Le paiement de la consultation confirme son caractère professionnel et technique. Sans ce cérémonial, ne risque-t-on pas d'aboutir à ces consultations «entre deux portes», certainement sympathiques et chaleureuses mais ô combien superficielles et dangereuses ?
- Le règlement des honoraires confirme au médecin malade son bon choix d'être entré dans une filière de soins bien coordonnée et organisée. Cela lui ôte l'idée qui pourrait le miner de rester débiteur de son médecin traitant.
- Enfin, notre système de protection sociale rembourse au malade, en partie ou en totalité, ces frais engagés, à condition bien entendu d'une élémentaire prévoyance, alors que le médecin traitant a de lourdes charges à assumer.

En conclusion, demander des honoraires à un médecin malade consultant n'est pas contraire aux principes hippocratiques ; il va sans dire que ce ne doit pas être une règle et que bien d'autres facteurs, affectifs et personnels, entrent en ligne de compte.

Chaque médecin est donc libre d'apprécier cette question matérielle en fonction de la situation qui se présente à lui.

2 Les conséquences de la maladie et de l'arrêt de travail sur la pratique

Le rapport du CNOM concernant « Le Médecin Malade » souligne les difficultés du vécu de l'incapacité de travail en cas de maladie ou d'accident. Le médecin va devoir s'adapter à la diminution de ses capacités et au sentiment de faiblesse pour lesquels il devra modifier ses relations avec son entourage, ses confrères et les patients. A ce stade il existe un risque important d'isolement par rupture des liens sociaux. A ces difficultés psychologiques s'ajoutent les difficultés financières, jugulées en partie par la CARMF et les contrats d'assurance, et les problèmes de gestion du cabinet. Pour assurer la continuité des soins il fera appel à des remplaçants avec un risque de fuite des patients en cas de prolongation de l'arrêt ou de multiplication du nombre d'intervenants. Cette fuite des patients sera mal vécue par le médecin qui sera tenté de reprendre son activité précocement au détriment de son état de santé. Au fil du temps si la situation se pérennise, le médecin sera progressivement victime d'un rejet de la part de ses confrères et de ses patients, avec un sentiment de solitude exacerbé et risque d'installation d'un syndrome dépressif. Aucun reclassement professionnel ne permet

au médecin d'envisager un avenir, seule la reprise dans de bonnes conditions, et si elle est possible, permettra au médecin de reprendre progressivement confiance en lui. Mais la reprise restera un moment difficile et fera appel à la compréhension des patients devant les modifications éventuelles du fonctionnement du cabinet (diminution des actes, disponibilité plus réduite...) (34).

Dans l'étude qualitative de D. Gay-Portalier, les médecins confient les répercussions que la maladie vécue a eu sur leur pratique. Il en ressort une meilleure perception de la douleur des patients, une meilleure écoute et compréhension, une attitude différente dans l'annonce d'un résultat avec un peu plus de modestie d'humilité et de compassion, une meilleure tolérance face aux plaintes des patients mais peu de conséquences sur la prescription et sur le rythme de travail à long terme (35).

F TRAVAIL ET SANTE

1 Médecine du travail

En France la médecine du travail est financée par les cotisations des employeurs et bénéficient aux salariés de droit privé et de droit public. Depuis 1985, la législation inclut les médecins dans le champ de la médecine du travail s'exerçant en milieu hospitalier mais sa mise en place demeure inégale.

Cependant dans son ouvrage « Risques professionnels et santé des médecins », M. Estryne-Behar déplore le manque de postes de praticiens hospitaliers en Médecine du travail et souligne leurs difficultés à motiver leurs collègues à venir les rencontrer malgré le caractère obligatoire de ces consultations et les sanctions administratives encourues par ces médecins. En effet « *le statut inadapté des médecins du travail hospitaliers reflète l'intérêt insuffisant prêté en France, à la prévention. En outre une médecine du travail efficace ne peut exister que fondée sur l'intérêt qu'y portent ses bénéficiaires* » (47).

Or les médecins sont soumis à des risques professionnels multiples : biologiques (risque infectieux par accident d'exposition au sang), chimiques (toxique), physiques (radiations), contraintes de postures, contraintes horaires, stress au travail, risque routier...(34,47). Ces risques spécifiques augmentent leur mortalité vis-à-vis des groupes de statut économique équivalent (47).

M. Estryne-Behar insiste sur le fait que « *les médecins n'ont aucune raison de ne pas profiter comme les autres, des bénéfices de la prévention primaire, secondaire et tertiaire* ».

Les médecins libéraux, qui par définition ne sont pas salariés, ne bénéficient d'aucun suivi par la médecine du travail. La législation ne prévoit aucune surveillance particulière pour les médecins libéraux en dehors de la radioprotection. Dans ce cadre, les médecins doivent cotiser dans les services de santé au travail, pour bénéficier d'une surveillance médico-professionnelle qui s'applique réglementairement à tous les travailleurs exposés aux radiations ionisantes, y compris libéraux (47).

Dans l'enquête sur la santé des médecins libéraux de Haute Normandie incluant des généralistes et des spécialistes, 47% d'entre eux estiment être rarement voire jamais protégés contre les risques professionnels auxquels ils sont exposés. De plus ils sont une minorité à avoir bénéficié d'une formation sur la question (8).

En Angleterre il existe des structures proches des services de médecine du travail hospitaliers français ; 95% des médecins hospitaliers en bénéficient contre seulement 10% des généralistes libéraux en raison d'une crainte d'un manque de confidentialité de la part des médecins et d'un manque de moyens financiers pour développer ces structures en nombre suffisant (13).

2 Burn-out

Le syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out a été défini dans les années 1980 par Maslach et Jackson comme « Un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui. » (67).

En France, les travaux de D. Truchot, Maître de Conférences en psychologie sociale à l'université de Franche-Comté de Besançon, ont permis de reconnaître l'ampleur du phénomène de burn-out au sein de la profession médicale .

Trois enquêtes réalisées par D. Truchot auprès de 1317 médecins libéraux en 2001, 2003 et 2004 ont montré des taux élevés de burn-out, avec, en moyenne un taux d'épuisement émotionnel élevé significativement associé au sexe féminin (43%), de dépersonnalisation élevée (40%), et d'accomplissement émotionnel bas (33%) (68).

Une étude européenne sur la prévalence du burn-out a été réalisée auprès de 1393 médecins généralistes européens à l'initiative de l'EGPRN (The European General Practice Research Network) (69). Les résultats montrent un taux élevé d'épuisement émotionnel chez 43% des praticiens, un taux élevé de dépersonnalisation des patients chez 35.3%, un faible taux d'accomplissement personnel chez 32%. Le taux peut être élevé dans 3 dimensions (12% des cas), dans 2 dimensions (21%), dans une seule (32%), ou dans aucune (35.1%). La satisfaction au travail est très basse (5.5%), basse (9.9%), moyenne (22.6%), haute (30.6%) ou très haute (9.1%). Cette étude met en exergue des variations importantes des taux des différentes dimensions du burn-out selon les pays. Le taux d'épuisement émotionnel est élevé en Bulgarie, en Italie et en Angleterre. Le taux de dépersonnalisation est élevé en Grèce, Italie

et en Angleterre. Le taux d'accomplissement personnel est faible en Grèce, Turquie et en Italie. Les taux sont élevés dans les 3 dimensions en Italie, en Grèce et en Angleterre. Aucun taux élevé n'est observé dans plus de 40% des cas en Croatie, France, Hongrie, Espagne, Malte et Suède.

Dans un article du Journal of the American Medical Association regroupant plusieurs études américaines, les différents composants du burn-out sont retrouvés à des taux variables étant donné le caractère subjectif des critères d'évaluation, mais globalement élevés. 46 à 81% rapportent un degré modéré d'épuisement émotionnel, 22 à 93% un degré modéré à élevé de dépersonnalisation, 16 à 79% un degré modéré d'accomplissement personnel (70).

Les causes du burn-out sont multiples. Une enquête de l'URML Ile de France sur les stratégies d'adaptation des médecins face au stress a été menée auprès de 1000 médecins libéraux franciliens en 2006. Parmi les résultats, on observe que plus de la moitié des médecins répondants se sentent personnellement menacés de burn-out et que les causes de l'épuisement professionnel les plus citées sont d'ordre professionnelle avec l'excès de paperasserie, la non reconnaissance de l'action du médecin, la charge de travail, l'augmentation des contraintes collectives, la longueur des journées, l'exigence des patients. Les causes d'ordre médical évoquées le plus souvent sont la difficulté à s'adapter aux nouvelles recommandations, la prise en charge difficile de certains patients. Les causes d'ordre personnel sont surtout représentées par le manque de temps pour la vie privée (71). Pour D. Truchot les causes de cet épuisement perçues par les médecins libéraux de la Loire sont organisationnelles et administratives (charge de travail élevée, poids de l'administration, conflit avec les organismes sociaux) mais aussi relationnelles (demandes jugées excessives des patients et de leurs familles) (72).

Les derniers travaux de D. Truchot mettent en évidence que la relation avec les patients est une cause importante du burn-out chez les médecins généralistes. Environ la moitié des participants (53%) se considèrent comme sous-bénéficiaires dans les relations qu'ils entretiennent avec leurs patients, 60.8% des généralistes. Ce pourcentage élevé suggère que la relation avec les patients est particulièrement dégradée ou en tout cas qu'elle ne répond pas aux attentes des médecins. En effet, malgré le caractère asymétrique de la relation médecin-patient, le médecin recherche un équilibre dans le rapport de ses gains et de ses investissements vis-à-vis des patients, seuls 17.3% des médecins de l'étude entretiennent une relation équilibrée avec leurs patients. En conséquent ce sentiment d'être sous-bénéficiaire dans la relation est lié à l'épuisement professionnel et à la dépersonnalisation donc au burn-out. Les résultats montrent aussi que l'orientation communautaire du médecin modère les effets de l'iniquité perçue sur l'épuisement émotionnel mais pas sur la dépersonnalisation (73).

Une fois installée, le burn-out entraîne de lourdes conséquences. La première d'entre elles est la diminution de l'accomplissement au travail, suivie de la dégradation de la relation médecin-patient, de l'altération de la qualité des soins et de l'augmentation des dépenses de santé (71). Son corollaire est la perspective de reconversion qu'envisage 12.3% des médecins dans l'enquête de l'URML Ile de France (71), plus de la moitié dans l'étude de Truchot sur les

médecins libéraux de la Loire (72) et un peu plus d'un tiers des médecins dans l'enquête européenne EGPRN (69).

Par ailleurs les médecins souffrant de burn-out sont plus enclins à développer des conduites addictives vis-à-vis du tabac, de l'alcool, des médicaments psychotropes, et des pathologies psychiatriques comme la dépression avec un risque suicidaire accru (71, 72). Ces comportements sont néfastes à la fois pour le médecin et ses patients.

Les médecins sont deux fois plus déprimés que la population générale (10 à 15 % selon des études) soit près d'un médecin sur trois est touché par la dépression (74). Dans l'étude de L. Gillard en 2005, un médecin sur trois déclare avoir ressenti le besoin d'un soutien psychologique l'année précédente et un médecin sur six consulte alors un psychiatre ou un psychologue (36).

Une étude sur la prévalence du suicide dans les causes de décès des médecins actifs a été menée en France en 2003 avec l'aide du Conseil national de l'Ordre des Médecins. Les résultats sont édifiants et retrouve une proportion de 14% de suicides parmi les causes de décès versus 5.9% pour la population générale de même âge. En somme, un risque deux fois plus élevé (75). Cette surreprésentation du suicide chez les médecins se retrouve dans tous les pays où ont été réalisées des études similaires : Allemagne, Suède, Norvège, Australie, Finlande, Angleterre, Etats-Unis (76).

Une étude finlandaise montre que les médecins bénéficient d'une moindre mortalité globale que la population générale en raison de leur statut économique élevé et non du fait de leur profession. Au contraire, le fait que les médecins aient une mortalité équivalente ou plus élevée que celle des groupes de niveau économique équivalent laisse supposer l'existence de risques professionnels spécifiques augmentant leur mortalité : stress, suicide, alcoolisme, usage de stupéfiants (47, 77).

Les moyens de protection contre l'épuisement professionnel auxquels les médecins ont recours sont majoritairement les vacances et les loisirs (88.5%), la prise de médicaments (20%), un suivi psychologique (17.3%), les groupes de pairs (15.7%), les groupes Balint (3.6%) (71).

Quelles solutions d'aide peut-on leur proposer ?

G SOLUTIONS EXISTANTES

1 Médecine préventive

La CPAM propose à tous ses assurés, dont les médecins font partie, un examen périodique de santé, tous les 5 ans, dans un des 85 centres d'examen de santé agréés. Cet examen est totalement pris en charge par l'assurance maladie et s'inscrit dans une politique de prévention. Il est destiné en priorité aux personnes éloignées du système de santé (problèmes matériels, freins culturels) qui ne bénéficient pas d'un suivi médical régulier (médecin traitant, médecine du travail) ni des dispositifs d'offre de prévention organisée (dépistage des cancers). L'équipe médicale rencontre le patient, l'interroge sur son mode de vie, ses antécédents et réalise des examens complémentaires en fonction des facteurs de risque détectés. Il s'agit d'un moment privilégié pour initier une action éducative pour la santé. A l'issue de l'examen, le patient est convié à consulter son médecin traitant qui prend le relais dans le cadre du parcours de soins coordonnés (78).

2 Structures d'aide

Face à la problématique complexe du médecin malade, accidenté ou victime d'un burn-out, de nombreux pays ont développé des structures d'aide adaptées dont nous exposerons quelques exemples emblématiques.

a) A l'étranger

En Europe, l'Espagne fait figure de pionnière avec la création en 1998 du PAIMM (Programme d'Aide Intégrale au Médecin Malade) par le Collège des médecins de Barcelone. Son objectif est d'apporter une assistance aux praticiens souffrant de problèmes psychiques ou présentant une addiction. Il permet une prise en charge de ces malades dans une unité d'assistance particulière, avec services d'hospitalisation spécialisées, mais aussi par une cellule de réinsertion ayant permis de replacer dans le circuit professionnel environ 9 médecins sur 10. De leur propre initiative, les médecins catalans ont la possibilité de prendre contact par téléphone avec l'unité de soins et de signer un « document d'acceptation d'entrée au programme ». La confidentialité est garantie par l'utilisation d'un nom d'emprunt. Par ailleurs, le code de déontologie a intégré la notion de signalement dès la création du programme d'assistance et 15% des médecins intégrant le programme relèvent d'une injonction ordinaire faite par voie collégiale sur signalement transmis à l'ordre. Cette proportion a tendance à diminuer au regard de la confiance au PAIMM qu'ont les médecins. Le programme est gratuit pour les médecins affiliés à un ordre des médecins d'Espagne, les soins sont financés à 80% par l'administration publique et à 20% par la fondation Galatea, créée par l'Ordre de Catalogne en 2001 (34, 79).

Au Québec il existe depuis 1990 le Programme d'Aide aux Médecins du Québec (PAMQ). Il s'agit d'un organisme autonome, à but non lucratif, ayant pour but la prévention, l'écoute, le conseil et le soutien, mais aussi l'aide à la réinsertion socio-professionnelle. Il permet d'apporter une aide professionnelle et discrète par entretien téléphonique ou consultatif aux médecins, étudiants, résidents et famille proche de médecins. Depuis sa création, le nombre de demandes d'aide augmente de manière constante avec 978 dossiers traités en 2010 dont 464 nouveaux (24, 34, 80).

En Angleterre, plusieurs structures ont été créées grâce à la British Medical Association (BMA) à partir de 1995. Il s'agit principalement du National Counselling Service for Sick Doctors pour les médecins malades et leurs soignants, le Sick Doctor's Trust et le BMA Doctors for Doctors Service pour les problèmes d'addictions, le Doctor's Support Network, pour les pathologies psychiatriques et deux lignes téléphoniques d'aide aux médecins et aux étudiants en difficulté : le BMA Counselling et le Doctor Advisory Service (13, 22, 24).

b) En France

En France, nous sommes en retard dans le développement des structures d'aide aux médecins. Pourtant la demande est présente ; le travail de thèse de M. Corpel en 2007 montrait que 43% des médecins exerçant dans la Marne pensaient qu'un service médical qui leur serait dédié pourrait être utile (11).

Les résultats de l'enquête sur la santé des médecins libéraux de Haute Normandie en 2008 étaient sans équivoque : 80% des médecins étaient favorables à la mise en place d'un service de médecine préventive pour eux. Les mesures attendues étaient la surveillance de leur propre santé (70%), un dispositif d'écoute (60%), la prévention des risques professionnels (56%), l'organisation du travail et l'hygiène du cabinet (33%) (8).

En réponse à cette demande l'association IMHOTEP Haute-Normandie présidée par le Dr P. Hurtebize a vu le jour fin 2010 (81). Il s'agit du premier service de médecine préventive destiné aux médecins libéraux français. L'objectif est d'optimiser la prise en charge médicale des médecins et de prévenir les atteintes à la santé afin de promouvoir leur qualité de vie personnelle et professionnelle. IMHOTEP ne relève ni du champ de la médecine générale (absence de prescription thérapeutique directe), ni de celui de la médecine du travail (absence de détermination d'aptitude à l'exercice médical).

Cette initiative se veut volontaire et garante de la confidentialité ; l'activité de prévention est strictement soumise au secret professionnel et indépendante de toute institution (Ordre, Unions, Caisses, CARMF, etc.).

En adhérant pour 66 euros par an, le médecin bénéficie d'une consultation d'un médecin de prévention dans l'un des 35 centres et en toute confidentialité:

- D'une évaluation des facteurs de risque personnels et professionnels de santé
- De dépistage et de surveillance périodique de la santé
- D'aide à l'orientation diagnostique et thérapeutique dans le respect du libre choix de chaque médecin adhérent et garantissant l'indépendance et la qualité de la démarche,
- D'aide psychologique avec orientation éventuelle vers un accompagnement spécialisé
- De conseils et avis techniques de prévention portant sur la santé, le mode de vie, les facteurs professionnels et environnementaux.

Plusieurs autres associations ont vu le jour depuis 2005 ce qui dénote une certaine prise de conscience et une volonté de changement.

En juin 2005 est née en Ile de France l'association AAPML (Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux), spécialisée dans la prise en charge et la gestion des troubles psychologiques liés au travail. Un numéro de téléphone le 0 826 004 580 permet aux médecins souffrant d'un syndrome d'épuisement professionnel de s'adresser de manière anonyme et gratuite à un psychologue clinicien 24 heures/24 et 7 jours/7. Ce dispositif s'est étendu en 2007 à la région Provence-Alpes-Côte d'Azur et a vocation à couvrir tout le territoire. Avec une moyenne de 11 appels par mois, ce service d'écoute a un impact limité mais mérite d'être pérennisé (82).

Depuis 2009 l'Association pour la Promotion des Soins aux Soignants (APSS) vise à promouvoir toutes les actions de prévention en matière de pathologies psychique et addictive et à envisager la prise en charge médicale et sociale en favorisant l'ouverture de centres de soins dédiés aux soignants (83).

Depuis 2011 l'Association Organisation du Travail et Santé du Médecin (MOTS) s'est développée en Midi Pyrénées et Languedoc Roussillon. Son objectif est d'aider et de conseiller les médecins dans l'organisation de leur travail, la prévention et la gestion de leur santé, en toute confidentialité (84).

Une unité d'addictologie avec des lits réservés aux médecins et autres professionnels de santé est en actuellement en discussion au CHU de Besançon. Le Pr P. Carayon se bat depuis plusieurs années pour que ce projet, né à la demande du Conseil de l'Ordre des Médecins, aboutisse malgré les problèmes de financement (79).

CHAPITRE II : MATERIELS ET METHODES

A TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude descriptive de type qualitative. Elle a été réalisée auprès de médecins généralistes lorrains volontaires et a consisté en la réalisation d'entretiens individuels directifs caractérisés par l'utilisation d'un guide d'entretien.

A ce jour la plupart des études réalisées sur le thème de la santé des médecins sont des études quantitatives réalisées à partir de questionnaires postaux. Dans ce contexte et face à un sujet aussi vaste et sensible, il nous a semblé qu'une approche qualitative pourrait apporter quelques éléments de compréhension vis-à-vis des phénomènes mis en évidence par les travaux existants.

B POPULATION

1 Sélection des participants

Les médecins interrogés ont été sélectionnés selon le concept de l'échantillon théorique raisonné ou intentionnel (85). Il était question de choisir des médecins lorrains avec des profils différents concernant l'âge, le sexe, le lieu et le mode d'exercice afin d'obtenir une diversité dans les réponses.

Les médecins ont été choisis de manière aléatoire à partir des caractéristiques épidémiologiques sus-citées en utilisant une carte de la Lorraine, un annuaire pages jaunes, mais aussi par le biais de la connaissance personnelle directe ou indirecte de certains confrères. En effet seule la connaissance préalable de certains médecins permettait de connaître a priori la tranche d'âge exacte à laquelle ils appartenaient. Notre directeur de thèse nous a d'ailleurs aiguillés quant au choix de certains médecins. Ainsi il nous a été permis d'obtenir un échantillon hétérogène de médecins.

Ensuite les médecins sélectionnés ont été contactés soit par téléphone soit rencontrés en personne lors de réunions de groupes de pairs ou de réunions professionnelles par exemple. Après une rapide présentation de l'étude, une demande de participation assortie de ses modalités leur a été formulée.

Après accord verbal de principe, un rendez-vous pour l'entretien proprement dit a été fixé immédiatement après ou suite à un deuxième contact téléphonique, selon les disponibilités de l'enquêté et de l'enquêtrice.

2 Nombre de sujets

Dans une étude qualitative ce n'est pas la taille de l'échantillon qui importe mais sa qualité. En effet, nous ne recherchons pas la représentativité mais différents témoignages permettant d'apporter des éléments de réponse à notre question de recherche. Ainsi un effectif restreint d'une quinzaine de médecins a été fixé au départ d'après l'objectif de l'étude et la méthodologie en s'appuyant sur le principe de saturation des données.

C CARACTERISTIQUES DES ENTRETIENS

1 Entretiens dirigés

L'entretien de recherche est « *un entretien entre deux personnes, un interviewer et un interviewé, conduit et enregistré par l'interviewer ; ce dernier ayant pour objectif de favoriser la production d'un discours linéaire de l'interviewé sur un thème défini dans le cadre d'une recherche.* » (86)

Il existe trois types d'entretiens (87):

L'entretien non directif est issu de la psychosociologie. Il a été formulé par le psychothérapeute K. Rogers en 1945 avant d'être repris à propos d'un certain type d'entretien de recherche (88). Il se caractérise par une liberté d'expression, et est très utilisé pour mener un entretien exploratoire.

L'entretien directif se rapporte essentiellement à une technique d'enquête particulière (88). Il consiste à poser des questions très précises, à donner des informations ou poser un problème (sujet de conversation, thème de l'entretien). L'interviewer impose le genre d'activité discursive et met de l'ordre dans les expressions communicatives.

L'entretien semi-directif fait référence à un type d'intervention dans lequel la personne qui mène l'entretien dispose d'un guide d'entretien ou d'une grille grâce auxquels elle va s'arranger pour faire produire de la parole et donc de la pensée chez l'autre. C'est le type d'entretien le plus courant dans le métier de psychologue, notamment dans le cadre de thérapie de soutien : le psychologue indique le thème mais laisse son interlocuteur s'exprimer en fonction de l'évolution de sa pensée. On est à mi-chemin entre le directif et le non-directif. Ce type d'entretien constitue une technique privilégiée pour mener des enquêtes.

La technique de recueil des informations que nous avons choisie pour cette étude est celle des entretiens dirigés, ou directifs, réalisés au cours d'entrevues individuelles.

Cette méthode nous est apparue initialement comme étant la plus appropriée et la plus accessible dans notre démarche d'analyse et de compréhension de l'attitude des médecins généralistes vis-à-vis de la prise en charge de leur santé.

2 Guide d'entretien

Les entretiens ont été menés à l'aide d'un guide d'entretien comportant des questions ouvertes réparties selon plusieurs thèmes à aborder. L'emploi de ce guide permet de susciter le discours tout en lui donnant une structure. Il constitue un canevas à partir duquel des reformulations ou des relances peuvent être utilisées pour favoriser le développement de l'expression.

Le guide a été testé en premier lieu avec le Dr A choisi pour ses compétences en santé publique et en recherche ambulatoire. Devant l'intérêt suscité par son témoignage, nous avons ensuite décidé de l'intégrer à l'étude. Cet entretien-test nous a permis d'améliorer la formulation de certaines questions ainsi que l'ordre dans lequel nous souhaitons les aborder. Par ailleurs le Dr A nous a suggéré d'ajouter certaines questions auxquelles nous n'avions pas pensé d'emblée et que nous avons jugées pertinentes. Nous avons donc pris en compte ses remarques en modifiant notre guide d'entretien.

Au cours de l'entretien, les thèmes sont abordés successivement par l'enquêtrice à travers le déroulement des questions. Cependant les médecins ont pu évoquer spontanément dans leur propos d'autres thèmes, dont ceux à venir et par conséquent ne pas respecter l'ordre exact du questionnaire.

Le guide comporte six parties (Annexe 1).

La première partie est une présentation globale de l'enquêtrice, du cadre de l'étude et de ses modalités en garantissant l'anonymat. Ces précisions sont données dans un souci de transparence et de légitimité. Il s'agit aussi de mettre à l'aise l'enquêté afin qu'il déploie le moins de mécanismes de défense possible.

La deuxième partie invite l'enquêté à se présenter. Cette question d'ordre générale lui permet de se libérer de ses appréhensions et de le mettre en confiance pour la suite.

La troisième partie permet d'aborder les modalités du suivi médical et du parcours de soins du médecin-patient.

La quatrième partie évoque les modalités de prise en charge effectives au cours d'une expérience personnelle.

La cinquième partie cherche à mettre en évidence les facteurs facilitant et limitant qui interviennent dans la décision d'aller consulter un confrère.

La sixième et dernière partie permet de conclure en demandant au médecin les motivations qui l'ont conduit à participer à l'enquête mais aussi en lui laissant la possibilité de nous poser des questions ou bien encore de nous faire part de remarques personnelles. Nous lui adressons par la même occasion tous nos remerciements pour sa participation.

3 Réalisation des entretiens

Pour chaque médecin nous avons fixé un rendez-vous par téléphone en tenant compte de nos disponibilités respectives. Concernant le lieu de réalisation de l'interview, nous avons proposé aux médecins de nous déplacer à leur cabinet afin de diminuer leurs contraintes.

Les entretiens ont été enregistrés par un dictaphone digital de type Olympus VN-8600PC. A chaque interview, nous avons précisé que les enregistrements seraient détruits après retranscription écrite et que les données seraient rendues anonymes. L'utilisation d'un dictaphone nous a permis une attitude d'écoute et d'empathie plus importante en nous libérant de la prise de note.

Chaque entretien a été transféré sur informatique sous le format d'un fichier audio MP3 classé par ordre alphabétique selon l'ordre de réalisation puis détruit après retranscription.

4 Retranscription des entretiens

L'intégralité des entretiens est retranscrite en Annexe 2.

Chaque entretien a été retranscrit sur traitement de texte mot pour mot à partir du fichier numérique correspondant. Les caractéristiques du langage parlé avec ses interjections, répétitions...ont donc été retranscrites le plus fidèlement possible à l'écrit.

Les entretiens retranscrits ont été anonymisés avec désignation de chaque médecin par une lettre suivant l'ordre alphabétique selon l'ordre chronologique du rendez-vous. Ainsi le premier médecin interrogé est le Dr A et le dernier le Dr O.

De même les autres médecins éventuellement cités dans les interviews sont désignés par les lettres Y et Z et correspondent à des personnes différentes d'un entretien à l'autre.

Le nom du lieu d'exercice et des villes alentours ont également été supprimés par souci de confidentialité, hormis la ville de Nancy centrale dans l'exercice de tous les médecins lorrains. Nous avons mentionné seulement s'il s'agissait d'un exercice en milieu rural, semi-rural ou urbain.

Le nom des hôpitaux qui ont été cités par les médecins ont été effacés pour ne conserver que le terme de la structure (hôpital, clinique).

Le nom des compagnies privées d'assurances et de mutuelles ont également été effacés.

5 Analyse des entretiens

Nous avons été mis en contact par le département de médecine générale avec Mme le Dr Martine Batt, Maître de Conférences en psychologie à l'université Nancy 2.

Après plusieurs rencontres, nous avons décidé de désigner Martine Batt comme co-directrice de la thèse et de faire participer à l'étude Aliz Pakot une étudiante de Master 1 de psychologie, dans le cadre de son mémoire.

Afin de nous familiariser avec la méthode d'analyse de contenu, nous avons assisté à plusieurs cours dispensés par Mme Batt en février 2012 à la faculté de lettres de Nancy.

L'objectif de l'analyse a été d'exploiter le corpus constitué par l'ensemble des entretiens pour obtenir des résultats valides et fiables afin de comprendre le discours des médecins, qui est l'expression de leur pensée.

Nous avons également tenu compte dans notre analyse du contexte dans lequel l'entretien a été réalisé. En effet l'environnement matériel et social va influencer le contenu du discours (89).

L'analyse de contenu a été réalisée selon plusieurs approches manuelle et informatisée dans le but d'optimiser la productivité des résultats et d'enrichir la discussion.

a) Analyse manuelle de contenu

Dans un premier temps nous avons réalisé une analyse de contenu thématique manuelle à partir des items du guide d'entretien.

Une première lecture « flottante » de l'ensemble des entretiens a permis de nous imprégner du discours des médecins et de saisir le sens et l'intentionnalité de leurs propos. Cette étape a été facilitée par le fait d'avoir réalisé l'ensemble des interviews et leur retranscription.

Ensuite les grands thèmes du guide d'entretien ont servi de fil conducteur pour l'analyse de l'ensemble du corpus.

Pour chaque question formulée, nous avons consigné sur papier les réponses de chaque médecin ce qui nous a permis ensuite de les confronter entre elles. Ainsi nous avons pu mettre en évidence les similitudes et les différences existantes au sein du discours des médecins mais aussi certaines contradictions au sein d'un même discours.

De plus d'autres sous thématiques non abordées par nos soins sont apparues lors de cette première analyse. Chaque idée exprimée a été prise en compte qu'elle soit citée par un ou plusieurs médecins. Toutefois nous avons cherché une unité et une cohérence entre les entretiens permettant une analyse plus transversale des thèmes abordés.

Cette étape de l'analyse a nécessité un long temps de travail et une rigueur particulière afin de conserver l'objectivité requise tout en décryptant le sens caché de certaines réponses et les non-dits.

b) Analyse automatique

Dans un deuxième temps, l'utilisation du logiciel ALCESTE version 2012 a permis une analyse informatisée de l'ensemble du corpus.

Alceste est un logiciel d'analyse de données textuelles ou de statistique textuelle. Le logiciel a été conçu à l'origine par M. Reinert du CNRS en France dans le laboratoire de JP. Benzécri. Il est maintenant la propriété de la société Image qui continue à développer et commercialiser au niveau international, de nombreux modules graphiques et particulièrement la cartographie des textes font de ce logiciel un outil fondamental d'analyse et d'aide à l'interprétation. La version 2012 contient également un module de découpage et classification manuelle.

Son usage a été diffusé dans le domaine des sciences humaines et sociales notamment à partir des travaux de psychologie sociale dès les années 1990 au sein du Laboratoire de psychologie sociale de l'Ecole des hautes études en sciences sociales, en sciences de gestion, marketing, sciences politiques.

Alceste, à partir d'un corpus, effectue une première analyse détaillée de son vocabulaire, et constitue le dictionnaire des mots ainsi que de leur racine, avec leur fréquence. Ensuite, par fractionnements successifs, il découpe le texte en segments homogènes contenant un nombre suffisant de mots, et procède alors à une classification de ces segments en repérant les oppositions les plus fortes. Cette méthode permet d'extraire des classes de sens, constituées par les mots et les phrases les plus significatifs, les classes obtenues représentent les idées et les thèmes dominants du corpus. L'ensemble des résultats triés selon leur pertinence, accompagnés de nombreuses représentations graphiques et de différents rapports d'analyse, permet à l'utilisateur une interprétation aisée et efficace. Aujourd'hui, le logiciel Alceste est connu et reconnu comme un outil très performant, ergonomique et convivial, indispensable pour l'analyse et l'aide à la décision. Il traite tout type de texte, dans différentes langues, et trouve des applications dans de multiples domaines. Décrire, classer, synthétiser automatiquement un texte, tel est l'objectif principal du logiciel Alceste. La classification utilisée sous Alceste est une classification descendante hiérarchique très originale, qui est une des spécificités du logiciel. Alceste produit également des analyses factorielles des correspondances qui ont été développées par JP. Benzécri (90).

En résumé, le logiciel Alceste analyse l'occurrence d'apparition des éléments sémantiques afin de nous donner une représentation du rapport que l'on entretient avec le monde dont on parle. L'utilisation de l'informatique présente un intérêt dans la rapidité d'exécution, la rigueur et la reproductibilité des données (91). Ainsi il s'agit d'une approche complémentaire qui ne se substitue en aucun cas à l'analyse par le cerveau humain qui reste le seul capable de déceler les subtilités du discours humain avec ses nuances, ses contradictions et sa charge émotionnelle.

c) Analyse discursive d'un cas

Seul l'entretien du Dr A a fait l'objet d'une analyse manuelle détaillée et approfondie à titre d'exemple. Il a été choisi de manière arbitraire par les psychologues car il s'agissait du premier entretien réalisé.

Cette analyse repose sur les travaux qui ont été réalisés par Aliz Pakot, étudiante de Master 1 de psychologie sous la direction de Mme le Dr Martine Batt, Maître de Conférences de l'université de Lorraine à la faculté de psychologie de Nancy.

- Analyse de contenu quantitative des données recueillies

L'intérêt de cette analyse, en apportant un éclairage ciblé sur le discours d'un médecin, est de voir si les caractéristiques quantitatives du discours et de l'interaction en présence nous informent sur l'aspect qualitatif de la propre prise en charge médicale du médecin en question.

Dans un premier temps, il convient de procéder manuellement à un découpage par énoncé de l'ensemble de l'entretien pour permettre la construction d'un tableau d'analyse de contenu (92).

Il s'agit de :

- Faire apparaître l'ordre et le nombre d'énoncés. Ce codage a l'avantage de présenter simultanément l'effectif cumulé des énoncés pour un entretien donné.
- Faire apparaître l'ordre des tours de paroles et des locuteurs
- Puis créer une colonne pour :

• La force illocutoire définie par son but

Selon la classification de D. Vanderveken il existe quatre sortes de force illocutoire ou actes de langage qui définissent la manière de s'exprimer (93) :

- Assertif (**ASS**) qui décrit un état de chose
- Directif (**DIR**) qui lance une requête, une question, un ordre
- Commissif (**COM**) qui énonce une promesse, un engagement
- Expressif (**EXP**) qui traduit un état psychologique
-

• Les connecteurs interactifs

Ils établissent des liens entre les différents constituants du discours afin d'indiquer ou de souligner les rapports qu'ils entretiennent entre eux (94).

Ils se répartissent en quatre classes selon leur fonction :

- **Les connecteurs argumentatifs (CG)** (car, parce-que, comme, en effet, puisque, d'ailleurs...) étayent ou justifient un propos.

- **Les connecteurs consécutifs (CC)** (ainsi, aussi, par conséquent, donc, alors...) établissent une conclusion, une conséquence.
- **Les connecteurs contre-argumentatifs (CT)** (bien que, cependant, mais, néanmoins, pourtant, quand même) opposent deux arguments.
- **Les connecteurs réévaluatifs (CV)** (finalement, en somme, enfin, en fin de compte, de toute façon, bref, au fond...) reconsidèrent les propos qui précèdent et traduisent une élaboration.

En comptabilisant les connecteurs et leur proportion au sein de chaque classe, nous obtenons ainsi une représentation des interactions en présence au sein du discours : opposition, argumentation, accord, négociation...

Dans cette analyse des interactions, il faut également tenir compte du phénomène de « préservation des faces ». E. Goffman définit l'interaction ainsi : « *par interaction (c'est-à-dire interaction face à face), on entend l'influence réciproque que les participants exercent sur leurs actions respectives lorsqu'ils sont en présence physique immédiate les uns des autres* ». (95)

Le langage implique l'échange, et une détermination réciproque et continue des comportements de tous les sujets engagés dans cet échange : parler, c'est échanger, et c'est changer en échangeant. Toute interaction verbale crée une menace potentielle pour les faces positive et négative. Dans notre analyse des interactions, nous devons tenir compte de la préservation des faces : le comportement des individus dans l'interaction est déterminé essentiellement par la nécessité de ne pas perdre la face, face positive (image qu'on donne de soi), ou face négative (intégrité de son territoire).

• Les foncteurs et connecteurs logiques

Ces mots de transition permettent une articulation du langage. Leur fréquence d'occurrence nous informe des modalités du discours.

La négation (codée **NON**) « ne...pas » « ne...plus » et « non » marque une opposition syntaxique explicite à des assertions qui se trouvent contredites. La négation peut aussi être marquée de manière implicite, lexicalement, en introduisant une relation de contrariété pour protéger la face de l'interlocuteur.

La disjonction (codée **OU**) marque l'alternative.

La conjonction **SI** introduit une condition et met en scène un monde qu'il est possible d'imaginer en plus du monde présent.

La conjonction **ET** est un élément de liaison qui crée la cohésion de l'ensemble du discours en lui définissant une séquence temporelle ou une relation de cause à effet (96).

- **Les modalités**

La modélisation du discours apporte une nuance qui traduit l'attitude et la relation du locuteur à la situation présente ainsi que son état psychologique (87).

On définit cinq types de modalités :

- Modalité **déontique (MD)** : devoir, il faut que...
- Modalité **épistémique (ME)** : savoir, croire, penser que...
- Modalité **temporelle (MT)** : maintenant, il y a longtemps...
- Modalité **intentionnelle (MI)** : vouloir, souhaiter, désirer
- Modalité **ontique (MO)** : pouvoir, peut-être, certainement

- **Les occurrences des illocutions**

L'illocution nous renseigne sur la fonction conversationnelle et comporte six catégories :

- Les expressifs d'accord (codés **ACC**) : oui, c'est ça, bien sûr, en effet
- Les énoncés incomplets (codés **INCOMPL**)
- Les informations (codées **INF**) : apportent des réponses aux questions, des compléments d'informations, des justifications, des conclusions, des oppositions, des conditions.
- Les phatiques (codés **PHAT**) : contribue au bon déroulement de l'interaction sociale « mm », « je vois », « oui », « d'accord »
- Les marques de politesse (codées **POL**) : s'il-vous-plaît, bonjour, au revoir...
- Les requêtes d'information (codées **REQUINF**) : les requêtes d'informations, les demandes de confirmation.

- **L'espace question-réponse**

A l'instar de J. Hintikka, nous distinguons les questions propositionnelles (**QP**) et les questions catégorielles (**QW**) (97).

Les questions propositionnelles sont de deux types :

- **QP** : qui n'attendent pas une réponse en « oui-non » mais une des propositions de la question (médecin généraliste ou spécialiste ?), elles sont dites disjonctives
- **QO** : qui attendent une réponse en « oui-non »

Les questions catégorielles contiennent les pronoms qui, que, quoi, quand, pourquoi... Par abus de langage on les nomme parfois les questions en « Wh- » what, who, when...

Les réponses apportées aux questions sont dites conclusives si elles n'ont pas besoin d'explication supplémentaire pour satisfaire l'interviewer ou partielles si ce n'est pas le cas.

Que les réponses soient conclusives ou partielles, elles portent la même catégorie de code que les questions, à savoir :

- **RP** : toutes les réponses propositionnelles
- **RO** : toutes les réponses en « oui-non »
- **RW** : toutes les réponses catégorielles

- **Les catégories verbales**

- Verbes **factifs** : expriment une action liée au contenu sémantique

D'après la théorie de R. Ghiglione et A. Blanchet, les énonciateurs sont des *actants*, c'est-à-dire celui ou celle qui réalise l'action qui est représentée par le verbe (96).

- Verbes **statifs** : expriment l'état interne ou les situations de possession du sujet.
 - Verbes **psychologiques** : expriment des sentiments, des émotions ressenties vis-à-vis de certains objets nommés dans les contenus sémantiques.

La représentation de certains objets peut provoquer chez le locuteur trois types de sentiments selon R. Jackendoff : négatifs, positifs et neutres (98).

- Verbes **déclaratifs** : ils expriment l'attitude du locuteur qui déclare sa position vis-à-vis des objets représentés dans les énoncés.

Le dénombrement et la détermination de la fréquence des énonciations permettent ainsi d'obtenir des données quantitatives pour réaliser une analyse qualitative discursive de l'entretien A. Une analyse de quelques échanges riches en connecteurs interactifs a également été effectuée pour illustrer le propos.

Dans un deuxième temps une analyse de contenu thématique a été réalisée à partir de l'entretien A.

- **Analyse thématique a priori**

L'analyse thématique a priori est une méthode d'analyse de contenu qui part du principe de repérer dans le discours les unités sémantiques se rapportant à des catégories thématiques préétablies.

Nous proposons ici de rechercher les énoncés appartenant à différentes catégories thématiques qui ont été créés sur la base du guide de l'entretien.

Pour accomplir l'analyse thématique de l'entretien réalisé avec le Médecin A, nous avons procédé de la façon suivante : nous avons créé les grandes catégories thématiques repérées dans les questions posées par l'interviewer. En créant les grilles d'analyse de contenu, notre but se résumait au fait de repérer les réponses du Médecin A, en se reportant à la thématique évoquée par l'Intervieweur.

La stratégie a priori consiste à ranger les énoncés du Médecin A, dans les catégories thématiques créées en avance. Ces catégories thématiques ont été créées à partir des questions de l'interviewer.

L'avantage de ce type de catégorisation thématique, consiste dans le fait qu'on procède d'une manière plus objective ; néanmoins il y a un risque que notre catégorisation soit moins exhaustive c'est-à-dire qu'on ne prend pas la totalité du corpus.

Le but de notre analyse thématique consistait à repérer les unités sémantiques, les représentations du Médecin A, construisant son environnement cognitif, son monde subjectif. Les énoncés du Médecin A étaient certainement sollicités en globalité par l'interviewer tout en respectant les règles discursives, l'alternance des tours de parole. Les questions de l'interviewer ont posé d'emblée les points de repère pour orienter l'entretien et le discours du Médecin A, mais tout en lui laissant la liberté de produire des tas d'énoncés.

On peut considérer les énoncés du Médecin A comme des unités d'enregistrement qui vont exprimer ses croyances, ses représentations, et ses attitudes. Elles sont liées à tel ou tel objet et vont marquer plus ou moins son discours en prenant une ampleur plus ou moins élevée.

Notre objectif était également de mettre en évidence les représentations du Médecin A liées à la perception de sa qualité de vie. La recherche reposait sur la sollicitation des réponses intersubjectives en formulant des requêtes liées à plusieurs dimensions investiguées. Donc on se proposait d'enquêter sur les représentations cognitives, les croyances, et les affects personnels du Médecin A.

- Analyse thématique a posteriori

Nous avons choisi cette stratégie d'analyse thématique a posteriori afin de pouvoir découvrir la richesse du discours du Médecin A. Pour faire cette catégorisation on se laisse guider par les noyaux sémantiques qui composent les énoncés repérés dans le discours. Notre travail consiste à identifier les thèmes présents dans le discours du Médecin A, qui vont mettre en évidence les unités sémantiques qui caractérisent le monde et le raisonnement cognitif-affectif de notre sujet. Après que les thèmes aient été identifiés, notre objectif a consisté à créer les grandes catégories thématiques pour pouvoir classer les unités sémantiques s'y rapportant. La réussite de la catégorisation thématique se basait sur le respect des différentes étapes successives tel que nous allons les présenter ci-dessous.

Pour réaliser notre analyse thématique, il nous faut considérer que nous allons respecter les étapes de l'analyse de contenu établies par L. Bardin (91). Ainsi, la procédure se construira pas à pas, en respectant les étapes selon le modèle d'analyse de L. Bardin.

Tout d'abord, nous avons commencé avec la Pré analyse, qui consiste à lire et relire le matériel (lectures flottantes), et de préparer notre matériel afin de pouvoir se familiariser avec les unités de sens pour en construire une idée globale.

La deuxième étape signifiait commencer la Démarche classificatoire et l'exploitation du contenu du discours. Ici, nous avons réalisé le découpage de l'entretien en unités de sens, c'est-à-dire que nous avons découpé l'ensemble du discours en énoncés. Nous avons opté pour les énoncés du Médecin A en tant qu'unités d'enregistrement, ce pour mettre en évidence la richesse des unités sémantiques conservées sous la forme des énoncés.

Ensuite, après plusieurs lectures flottantes, nous avons pu identifier les grandes thématiques de base autour desquelles s'organisent les thèmes ayant le même sens. Puis il a fallu créer les grandes catégories thématiques que nous avons repérées dans le corpus. Après avoir construit les grandes catégories thématiques, la grille d'analyse du corpus a été établie. La grille d'analyse de corpus est composée par les thèmes centraux qui émergent dans le discours du Médecin A.

Après ce travail, il a été nécessaire de délimiter toutes les unités de sens liées entre elles, qui peuvent être réparties dans les différentes catégories thématiques composant la grille de l'analyse.

Dans la troisième partie de notre analyse thématique, nous avons enfin effectué le pourcentage des énoncés repartis dans les catégories thématiques, et subséquemment il nous a fallu comparer les catégories thématiques présentes l'une par rapport à l'autre, ce pour mettre en évidence les thèmes centraux selon leur fréquence plus ou moins élevée.

CHAPITRE III : RESULTATS ET ANALYSES

A REALISATION DES ENTRETIENS

1 Sélection des participants

Les demandes de participation par téléphone ont été accueillies avec beaucoup d'intérêt et ont abouti à un rendez-vous dans la grande majorité des cas.

Toutefois deux refus ont été comptabilisés, le motif invoqué était le surmenage professionnel. D'ailleurs un d'entre eux nous a gentiment proposé de le recontacter ultérieurement.

2 Réalisation des entretiens

a) Matériel

Il y a eu une réticence verbalisée par un des médecins interrogés concernant l'utilisation du dictaphone. Ce médecin nous a affirmé que la présence de ce dispositif le perturbait. Il nous a suggéré de mentionner son utilisation lors de la demande de participation à l'étude afin d'obtenir l'accord préalable du médecin. Ce médecin a toutefois accepté d'être enregistré.

b) Date et Lieu

Les entretiens ont été réalisés du 21/07/2011 au 15/12/2011 par nos soins.

Ils ont tous eu lieu au sein du cabinet des médecins selon leur souhait.

De même le créneau horaire de l'interview était défini au préalable lors de l'entretien téléphonique avec le médecin. Tous les médecins ont souhaité bloquer un rendez-vous d'une vingtaine de minutes soit au début ou à la fin de leur plage de consultations, soit entre deux patients.

c) Durée

L'entretien le plus court a duré 11'12 ; l'entretien le plus long a duré 29 minutes. La durée moyenne d'un entretien est d'environ 19 minutes ce qui est proche de l'estimation donnée à 20 minutes lors de la présentation téléphonique de l'étude.

d) Difficultés rencontrées

Les entretiens ont fréquemment été interrompus par des appels téléphoniques ce qui a pu nuire à la fluidité et à la spontanéité du discours.

Par ailleurs, les entretiens ayant été réalisés pendant le créneau de consultations des médecins, ceci a pu engendrer une part de stress vis-à-vis de la gestion de leur temps et les rendre moins

disponibles pour l'interview. Il y avait également une volonté de notre part de ne pas abuser de leur temps ce qui a pu parfois écourter la discussion.

3 Population étudiée

Dr	Sexe	Age	Lieu exercice	Date installation	Type exercice	Mode exercice, activités annexes	Maître de stage
A	M	55	semi-rural	1987	Association	FMC	oui
B	M	45	urbain	1997	Seul	homéopathie, esthétique	oui
C	M	62	urbain	1977	Association	coordonateur EHPAD	oui
D	M	49	urbain	1995	Association		oui
E	F	49	urbain	1991	Seule		oui
F	F	56	urbain	1986	Seule	homéopathie, mésothérapie	non
G	M	33	rural	2010	Association		non
H	F	35	semi-rural	2011	Collaboration		non
I	M	59	rural	1980	Association	pompier, acupuncture,, recherche	oui
J	F	46	rural	2000	Association		non
K	M	52	semi-rural	1987	Seul		non
L	M	54	urbain	1987	Seul		non
M	F	53	semi-rural	1996	Seule	homéopathie	oui
N	F	60	semi-rural	1981	Association	activité hospitalière, EHPAD	non
O	F	62	rural	1975	Seule	pompier	oui

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des caractéristiques des médecins interrogés

a) Age et sexe

Les 15 médecins interrogés ont un âge compris entre 33 et 62 ans. L'âge moyen est de 51 ans.

Sur 15 participants, il y a 8 hommes (53%) et 7 femmes (47%).

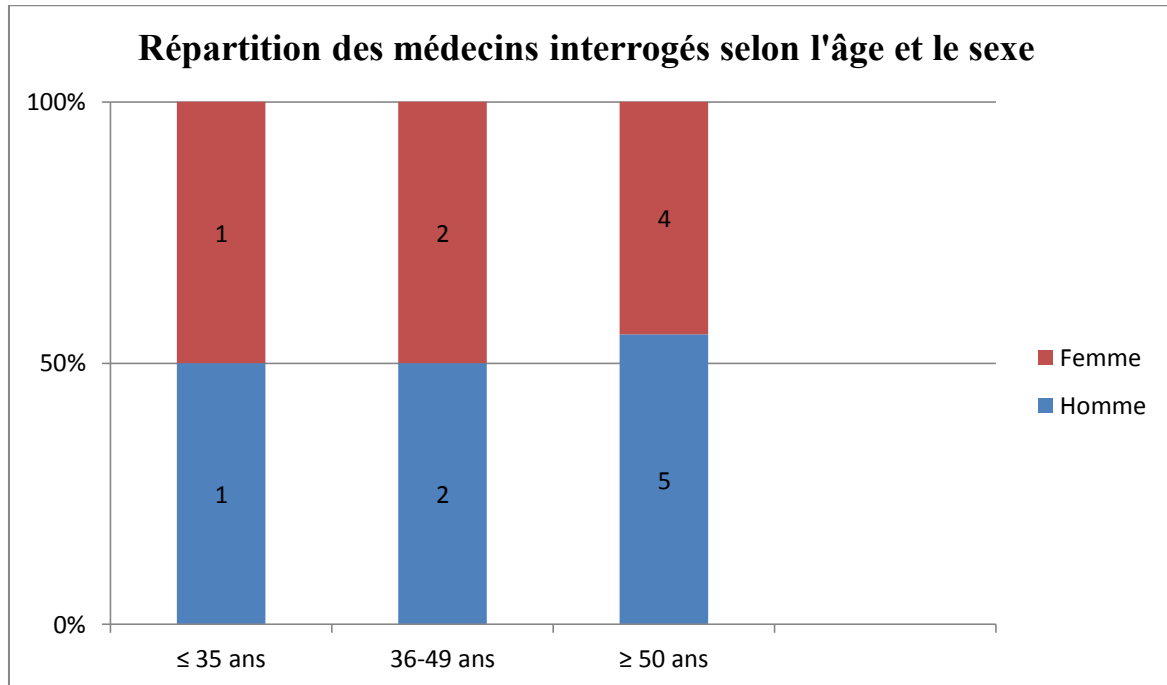


Figure 1 : Graphique représentant la répartition des médecins interrogés selon l'âge et le sexe.

b) Lieu d'exercice

Parmi les 15 médecins interrogés, 6 exercent en milieu urbain, 5 en semi-rural et 4 en rural.

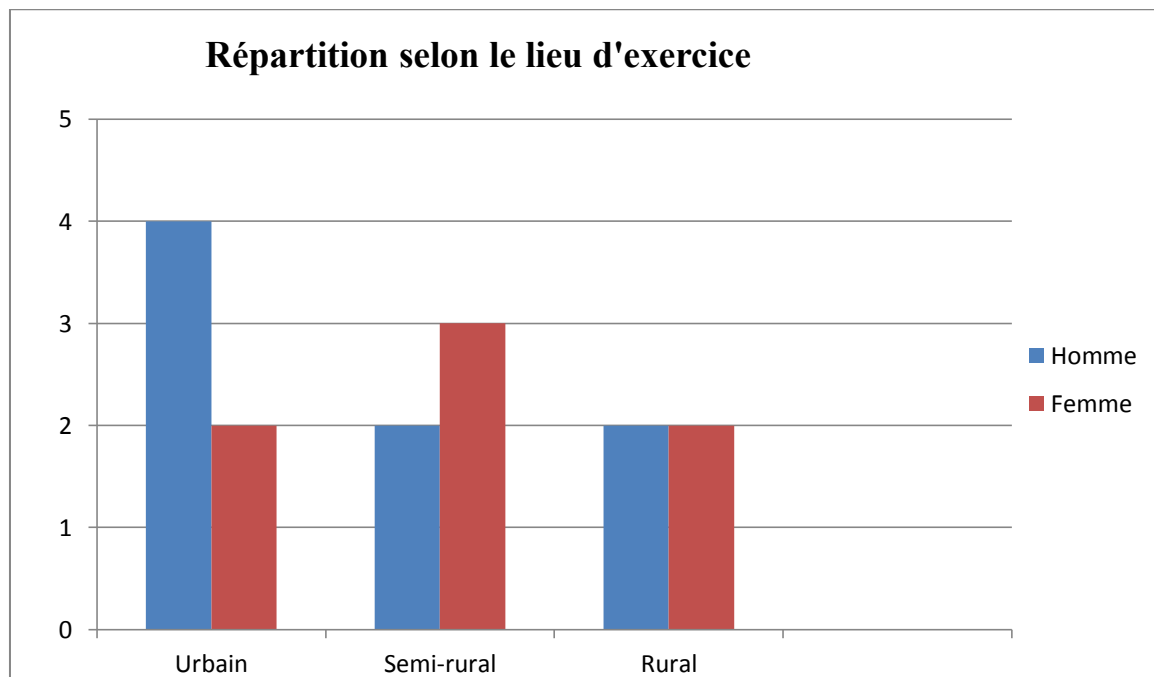


Figure 2 : Graphique représentant la répartition des médecins interrogés selon leur lieu d'exercice.

c) Date d'installation

Les médecins interrogés se sont installés entre 1975 et 2011, en moyenne autour de 1990, soit une vingtaine d'années d'exercice libéral.

d) Type d'exercice

7/15 des médecins interviewés exercent seuls, 8/15 exercent en association avec un ou plusieurs confrères dont 2 en maison médicale pluridisciplinaire.

e) Mode d'exercice particulier et activités annexes

Les médecins de notre étude ont tous une activité de médecine générale libérale allopathique à laquelle s'ajoutent souvent diverses activités secondaires.

8/15 médecins ont été ou seront prochainement maîtres de stage pour les étudiants en médecine de deuxième et/ou de troisième cycle (Drs A, B, C, D, E, I, M, O). Dans ce cadre ils peuvent être amenés à dispenser des cours au département de médecine générale à la faculté de médecine ou à participer à des travaux de recherche.

Un médecin nous dit avoir exercé des responsabilités dans la Formation Médicale Continue des médecins (Dr A).

Deux médecins ont une activité mixte libérale et salariée à l'hôpital et/ou en EHPAD où ils sont médecins-coordonnateurs de maison de retraite (Drs C, N).

Deux médecins interviennent aussi en tant que médecins sapeurs-pompiers (Drs I, O).

Parmi les modes d'exercice particuliers certains d'entre eux déclarent pratiquer l'homéopathie, la mésothérapie, l'acupuncture, la médecine esthétique (Drs B, F, I, M).

B ANALYSE THEMATIQUE MANUELLE

L'intégralité des entretiens est retranscrite en Annexe 2.

1 Modalités de suivi médical

a) Suivi médical

Les médecins de notre enquête ont tous un suivi médical, dont la représentation diffère selon les médecins, ce qui rend parfois leurs réponses ambivalentes. Par exemple 4 médecins répondent ne pas avoir de suivi, mais la suite de l'entretien montre néanmoins l'existence d'éléments de suivi médical (Dr A, G, I, L).

Par le terme de suivi les médecins entendent les notions suivantes: antécédents (3/15), dépistage des cancers (5/15), contrôles biologiques (6/15), bilans médicaux (6/15), surveillance (1/15), vaccinations (1/15), traitement (1/15), suivi régulier par un généraliste (1/15).

11/15 déclarent avoir un suivi médical (Drs B, C, D, E, F, H, J, K, M, N, O).

3/15 affirment ne pas avoir de suivi particulier ou spécifique devant l'absence de problème de santé (Drs A, G, I). Ce besoin de justification est à mettre en rapport avec la norme actuelle qui est d'avoir un suivi médical. Par exemple :

Extrait Dr A:

- *D'accord. Sur le plan médical avez-vous un suivi, en ressentez-vous le besoin ?*
- *Pas de suivi particulier puisque je n'ai pas de problème qui le justifie actuellement.*

Pour les Drs G, I, L et N le suivi médical est vécu comme une contrainte avec obligation de réalisation d'un bilan médical et d'une biologie dans le cadre de souscription à une assurance, d'une activité sportive, des sapeurs-pompiers, de la médecine du travail en cas d'activité salariée associée.

On observe des jugements négatifs spontanés sur la qualité du suivi mais pas d'appréciation positive : « ...pas régulier ... » (Dr B), « il pourrait y avoir mieux au niveau de la prévention » (Dr K), « ...c'est assez aléatoire. » (Dr I), « c'est pas très sérieux...c'est au coup par coup... rien de coordonné... » (Dr M), « pas régulièrement...un grand laisser aller dans la prévention, ... c'est pas bien » (Dr O).

b) Attitude préventive

La prévention s'est imposée dans le discours des médecins sans avoir été initiée par l'interviewer. Nous observons un lien direct entre prévention et suivi et entre prévention et le sentiment d'être acteur de sa santé.

Un seul médecin nous a dit s'être rendu à plusieurs reprises dans un centre de médecine préventive (Dr I).

✓ Cancer colo-rectal

Parmi les médecins interrogés, 9 ont plus de 50 ans et sont potentiellement concernés par le dépistage de masse du cancer colorectal par la réalisation du test hémocult II (recherche de sang dans les selles) tous les 2 ans jusqu'à 74 ans. Toutefois 4 d'entre eux ont recours à un dépistage individuel par coloscopie en raison d'antécédents personnels ou familiaux de pathologies colorectales (polypes, cancer, diverticulose) (Drs A, C, L, M). Ils semblent d'ailleurs effectuer cet examen de dépistage avec plus ou moins de régularité : « *j'ai été le dernier à le faire* » (Dr A), « *j'ai 6 mois de retard* » (Dr C), « *régulièrement* » (Dr M). Parmi les 5 médecins éligibles au dépistage de masse, 3 nous affirment le réaliser assidument (Drs F, K, N), pour les 2 autres nous ne pouvons pas conclure en raison d'une absence de données sur la question (Dr I, O).

✓ Cancer de la prostate

Parmi les 5 médecins de sexe masculin âgés de plus de 50 ans, un seul nous a confié pratiquer le dépistage du cancer prostatique devant l'existence d'antécédents familiaux, sans en préciser les modalités (Dr C).

✓ Cancer du sein et suivi gynécologique

Les 7 médecins de sexe féminin affirment toutes avoir un suivi gynécologique régulier, sans préciser ni la fréquence ni la nature des examens pratiqués. Parmi les 4 femmes de plus cinquante ans, deux sont concernées par le dépistage individuel en raison d'antécédents personnels ou familiaux. Le Dr F réalise des mammographies annuelles dans le cadre du suivi d'un cancer du sein. Le Dr O a un suivi rapproché en regard d'antécédents familiaux avec des mammographies annuelles initialement puis tous les 2 ans, cette année elle nous confie avoir réalisé cet examen avec un an de retard. Parmi les 2 autres qui sont donc éligibles au dépistage de masse du cancer du sein via la réalisation de mammographies tous les 2 ans jusqu'à 74 ans, le Dr N nous a affirmé s'y soumettre, alors que le Dr M n'a pas abordé la question. Il est à noter que le Dr J qui n'est âgée que de 46 ans a déjà réalisé 2 mammographies à titre systématique sans point d'appel particulier ni antécédents notables.

✓ Biologie

En ce qui concerne la réalisation d'examens biologiques, 10 médecins ont fait une prise de sang au cours des dernières années (Drs C, D, F, G, I, J, K, L, M, O), le sujet n'a pas été abordé pour les autres (Drs A, B, F, H, N.). La fréquence est variable : tous les ans (Drs D, K), tous les 4-5 ans (Drs F, J, M), pas très régulièrement (Dr O). Trois médecins ont réalisé récemment un bilan biologique dans le cadre de contrats d'assurance (Dr G, I, L).

✓ Prévention cardio-vasculaire

Le recours au bilan cardiovasculaire auprès d'un cardiologue est régulier pour 6 de nos médecins, dans le cadre de la prévention secondaire des maladies cardio-vasculaires compte tenu de facteurs de risque (âge, HTA, dyslipidémie...) (Drs A, C, D, K, M) ou pour autoriser la pratique de sport en compétition (Dr L).

Les Drs C, et D qui présentent une HTA (hypertension artérielle), nous ont rapporté la pratique de l'auto-mesure de la tension artérielle au cabinet, en surveillance tous les mois pour le Dr C, ce qu'il considère « *au-dessus de la moyenne* », au moment du diagnostic fortuit pour le Dr D. En revanche le Dr M, traitée aussi pour HTA dit n'avoir jamais recontrôlé sa tension depuis l'instauration du traitement.

L'hygiène de vie, l'équilibre alimentaire et la pratique d'une activité physique semblent primordiales dans la vision de la santé de plusieurs médecins (Drs A, G, I, L). Certains déplorent leur absence de rigueur et de régularité dans ces domaines (Drs, C, D).

✓ Vaccins

Deux médecins ont spontanément déclaré avoir un statut vaccinal à jour (Drs F, N).

✓ Habitus

La question de l'habitus et notamment du tabagisme a été soulevée seulement par le Dr F qui a déclaré à deux reprises qu'elle était non fumeuse, par le Dr G qui laisse entendre qu'il est non-fumeur et par le Dr M dont les propos traduisent qu'il s'agit d'une ancienne fumeuse.

Il faut souligner que la question de la consommation d'alcool et des autres substances psychoactives n'a été évoquée à aucun moment par les médecins au cours des entretiens.

c) *Déclaration d'un médecin traitant*

Sur les 15 médecins interrogés, 12 ont déclaré un médecin traitant (Drs A, B, D, E, F, G, H, J, L, M, N, O). Pour 11 d'entre eux il s'agit d'eux-mêmes et pour un seul il s'agit de son associé (Dr D). 3/15 médecins n'ont pas déclaré de médecin traitant (Dr C, K, I).

Pour les 11 médecins qui se sont auto-déclarés médecin-traitant, les principales raisons évoquées sont la commodité (5/11) : « *c'est plus simple* » (Drs A, B, N) « *plus pratique* » (Dr E, G), le gain de temps (3/11) : « *débordé... sans aller perdre de temps* » (Dr E), « *...par gain de temps pour pouvoir consulter des spécialistes... sans avoir à passer par un médecin traitant ...* » (Dr H), « *c'est une question de temps...* » (Dr O).

Le Dr E estime que déclarer un collègue comme médecin revient à lui faire perdre du temps.

« Ben écoutez c'est tellement plus pratique et puis on est tellement débordé au niveau du temps que si on peut se débrouiller euh par nous même sans aller perdre de temps et sans faire perdre de temps à un confrère avec à un confrère c'est pas plus mal, voilà. »

Certains disent ne pas ressentir le besoin de déclarer un confrère en l'absence de problèmes de santé importants (2/11) :

« voilà je me connais bien et puis j'ai pas de problème majeur de santé » (Dr F),

« tant que j'ai pas de problème de santé grave... je ressens pas le besoin » (Dr G).

Le problème de la confiance et de la confidentialité est évoqué de manière plus ou moins directe pour 4 des 11 médecins qui se sont auto-déclarés médecin traitant :

« je vois pas qui je pourrais aller voir d'autres » (Dr F),

« on va pas aller chez le voisin quand-même... » (Dr J),

« pas envie de faire appel à quelqu'un d'autre ...j'en éprouve pas le besoin » (Dr L),

« ...pas assez confiance...dans les collègues...sur place ...pour leur confier ma santé... ma vie privée.. » (Dr M),

et comme raison de l'absence de désignation d'un médecin traitant pour 1 des 3 médecins concernés :

« ...bon ça m'ennuie un petit peu d'être suivi par un collègue local... » (Dr I).

Le Docteur K, qui n'a pas choisi de désigner un médecin traitant, évoque le manque de temps, le manque d'intérêt et le recours direct aux spécialistes en cas de besoin :

« Parce que chaque fois que j'ai besoin de d'un confrère, je vais je vais consulter un spécialiste di directement et puis que la déontologie fait que les consultations sont pas, sont pas payantes. Euh que rentrer dans un parcours de médecin de pff, médecin traitant non, je vous je vous, j'ai j'ai jamais vu tellement l'intérêt pour moi, voilà manque d'intérêt et puis peut-être aussi manque de temps. »

La gratuité confraternelle semble être également un frein pour entrer dans le parcours de soins coordonnés et désigner un médecin traitant pour le Dr K et le Dr C :

« le choix du médecin traitant est sous-tendu par le règlement d'honoraires,... en général mes confrères spécialistes ne me demandent pas d'honoraires ce qui fait que je n'ai pas de dépenses de santé en dehors des prescriptions de médicaments »
(Dr C)

Le Dr D est le seul à avoir choisi de désigner comme médecin traitant son associé. Il évoque la recherche d'un point de vue plus objectif que le sien et la facilité d'accès à son confrère :

« il est plus près...sur certaines choses...on va manquer un peu de rigueur...on est plus très objectif et ben je traverse et je vais en parler à mon associé ».

Le Dr M est le seul médecin qui a manifesté le regret de ne pas avoir un médecin traitant référent :

« je me dis que effectivement ce serait bien d'avoir un médecin traitant euh ben qui fasse ce que je fais pour mes patients enfin c'est-à-dire je veux dire euh euh faudrait ça peut... qu'il coordonne un petit peu tout ça et qui et qui euh sur sur lequel on puisse aussi ff (rires) se laisser porter quoi parce que ben parce que pour aider à prendre des décisions quoi enfin. »

De manière quasi-systématique les médecins ont souri voir ri en m'annonçant qu'ils étaient leur propre médecin traitant. Peut-être qu'ils ont du mal à assumer cette situation qu'ils jugent cocasse et inadaptée à leurs besoins ?

d) *Soins des proches*

Les médecins interrogés ont tous été amenés à soigner leurs proches même s'ils ne sont pas forcément leur médecin traitant. Cela concerne principalement les enfants puis les conjoints, et plus rarement les parents.

6/15 médecins décrivent que les soins dispensés à leurs proches sont épisodiques et concernent des pathologies banales :

« des petites bricoles » (Dr A), « pour la médecine générale » (Dr B), « les infections courantes » (Dr H), « quand c'est une bricole...un rappel de vaccin...des choses assez élémentaires » (Dr I), « on sert de roue de secours...le ponctuel, l'occasionnel... » (Dr J), « parfois... beaucoup de dépannage pour les petites pathologies » (Dr O).

Souvent la demande de soins émane des proches et non du médecin, qui semble parfois subir cette situation, c'est le cas pour 5/15 médecins:

« moi, malheureusement mais ils veulent pas d'autres... » (Dr D),

« oui, mal, mal comme tous les médecins qui soignent leur famille...pour eux c'est une façon de gagner du temps...je pense que je fais du mauvais boulot avec eux... » (Dr K),

« J'essaye de pas la soigner mais bon parfois j'y suis quand même obligé ...» (Dr L),

« Oui, sur leur demande, à leur demande. » (Dr N),

« Parfois...parce-que ça va plus vite » (Dr O).

Il semble y avoir une volonté commune de déléguer à un confrère, dès que la situation se complique pour 5/15 médecins :

« ça ne les empêche pas d'avoir des correspondants autour... quand il y a besoin d'un acte un peu technique... » (Dr D),

« mes enfants sont suivis par un autre médecin...j'essaye de déléguer et de ne pas trop m'immiscer non plus. » (Dr H),

« dès qu'il y a quelque chose d'un petit peu sérieux, je les invite à aller voir un médecin... », « j'ai eu une de mes filles qui a eu une maladie grave...je ne me suis pas occupé...j'ai un peu supervisé... je me suis peut-être renseigné... mais je ne suis pas intervenu dans les décisions qui ont été prises par le spé... » (Dr I),

«... je les ai beaucoup soignés, et je les soigne toujours...ils ont pas 16 ans donc ils n'ont pas de médecin traitant officiel mais... je peux quand même leur proposer un référent ...médical autre que moi. » (Dr M),

« moi j'aime bien les envoyer voir ailleurs aussi...pour les pathologies plus importantes...ils vont voir quand même ...d'autres médecins, ce que je préfère... » (Dr O).

Le Dr I insiste sur le manque d'objectivité d'un médecin vis-à-vis du soin de ses proches. Notons les nombreux marqueurs discursifs d'anxiété dans cet extrait au moment où la santé de ses proches est évoquée.

« Je crois qu'on peut pas se faire soigner euh, autant une famille de médecin peut pas se faire soigner par euh le le parent médecin hein parce que c'est c'est pas neutre hein c'est trop proche, il y a des liens affectifs etc ».

e) Protection sociale et prévoyance

Cette question a été ajoutée suite à une suggestion du Dr A lors de l'entretien test.

Tous les médecins interrogés ont une mutuelle complémentaire santé en plus de leur couverture maladie par la sécurité sociale.

14/15 médecins de notre enquête ont souscrit à une assurance privée pour bénéficier d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail suite à une maladie, un accident privé ou une hospitalisation.

Ces indemnités journalières interviennent précocement (en moyenne entre le 8ème ou le 15ème jour d'arrêt de travail selon les contrats) dans l'attente d'un relais par la CARMF au 91^{ème} jour d'arrêt de travail.

Seule le Dr H, jeune médecin installée en collaboration n'a pas de prévoyance pour le moment.

Deux médecins ont également évoqué leur souscription à une assurance vie (Drs B, D).

Seule le Dr O nous a parlé de son adhésion à une assurance accident de travail auprès de la CPAM dans les suites d'une fracture survenue dans l'exercice de sa profession.

Les médecins ne paraissent pas toujours bien informés avec les modalités de leurs contrats de prévoyance. Souvent souscrits au moment de l'installation, ils sont trop rarement réévalués, comme par exemple Dr K :

« Non je crois que j'ai une prévoyance mais je m'en suis absolument jamais servi. J'ai dû faire ça le jour de mon installation qui me garantit une rémunération à partir du 8^{ème} jour il me semble ... et encore il y a des clauses restrictives à partir du moment où je suis hospitalisé enfin bon y a quelque chose mais honnêtement je ne sais plus du tout... » (Dr K).

Le Dr E insiste sur la nécessité d'être bien assuré :

« il faut quand même prévoir, on ne sait jamais ce que la vie nous réserve une euh une assurance invalidité, invalidité, décès, maladie. »

f) Recours aux spécialistes

✓ Accès direct

Les médecins interviewés ont recours aux spécialistes en deuxième intention puisqu'ils se considèrent souvent comme étant le premier recours sauf pour certains actes techniques ou pour les spécialités à accès direct comme la gynécologie par exemple.

Le Dr B illustre bien le fait que pour tout médecin, le premier recours est invariablement déjà soi-même :

« j'ai plus d'accessibilité parce que si ça arrive un dimanche etc je suis toujours là quoi, je suis là avec moi ».

Parfois ce premier recours est conforté par l'avis qu'ils sollicitent auprès d'un confrère généraliste, comme l'évoquent 7 médecins dont 5 exercent en association ce qui facilite l'accès à un collègue :

« la plupart du temps mes petites bricoles se résolvent gentiment avec ma propre expertise...si de temps en temps je demande aux confrères au-dessus quand il y a besoin d'un examen clinique, une bricole...ça se passe entre nous » (Dr A),

« on demande l'avis de son associé généraliste, ça m'arrive de temps en temps, euh pour des bricoles » (Dr C),

« soit je me fais mon autodiagnostic...mais après sur certaines choses ...on va manquer un peu de rigueur...on est plus très objectif...ben je traverse et puis je vais en discuter avec mon associé » (Dr D),

« c'est mon collègue qui m'a suturée » (Dr J),

« je suis allée voir un de mes collègues sur le secteur...parce que je trouvais que c'était trop difficile à gérer...j'avais besoin de prendre un peu de recul quand même » (Dr M),

« avec mon collègue on en parle, s'il y a quelque chose de particulier, voilà je vais voir un spécialiste » (Dr N),

« je vais quand même quelque fois prendre conseil auprès du Dr X, ...mon confrère voisin, ça m'arrive de lui exposer mes problèmes, ça ne me gêne pas d'ailleurs » (Dr O).

✓ Accès privilégié

Dans l'ensemble, ils considèrent être privilégiés dans la rapidité d'accès aux spécialistes. C'est le cas pour 12/15 médecins (Drs A, C, D, E, F, G, H, I, J, K, M, N) :

« y a pas photo... oui c'est clair...même si je ne demande rien de particulier. » (Dr A),

« pour les délais indubitablement...j'ai le rendez-vous rapidement » (Dr C),

« évidemment oui, c'est beaucoup plus rapide » (Dr H),

« ça accélèrera plus pour avoir des examens complémentaires des délais des choses comme ça » (Dr J),

« oui bien-sûr, bien-sûr...c'est du rendez-vous quasi-immédiat ... les délais vont être beaucoup raccourcis...on va être privilégié par rapport aux gens» (Dr K).

Pour les 3 autres c'est variable selon les spécialistes et le caractère d'urgence de la situation (Drs B, L, O).

Ceci est renforcé par le fait qu'ils déclarent accéder à réseau de spécialistes connus avec lesquels ils entretiennent des relations privilégiées voire amicales pour 8/15 d'entre eux :

« Le fait que je sois un confrère médecin et bon jusqu'à présent pas trop mal perçu par les confrères, enfin je pense, c'est clair que ça me donne un accès beaucoup plus facile aux soins de deuxième niveau... » (Dr A),

« enfin moi généralement moi je vais voir les gens que je connais quoi... » (Dr B),

« comme j'ai un certain nombre de confrères qui sont mes correspondants et avec qui je m'entends bien depuis 30 ou 35 ans...le contact est plus facile. » (Dr C),

« je veux dire on tisse un lien avec nos collègues spécialistes...on a des affinités avec certains...ce qui fait que ben quand on a effectivement besoin d'un examen on l'a beaucoup plus rapidement que quelqu'un d'autre, oui c'est évident...ils se plient un peu....on le fait aussi pour eux... » (Dr D),

« c'est quand même pratique d'avoir des connaissances, on peut pas dire le contraire » (Dr F),

« si j'avais un problème quelconque oui j'irais voir un collègue spé que je connais » (Dr I),

« j'ai fait un tout petit peu de prévention avec une amie cardiologue » (Dr K),

« on va chez des gens qu'on connaît quand même alors ça va...oui on est privilégié c'est sûr » (Dr M).

Toutefois le Dr I souligne que si le délai des rendez-vous est facilité, ce n'est pas le cas pour le suivi : *« privilégié pour le suivi certainement pas mais pour avoir un rendez-vous oui c'est peut-être plus simple quand on téléphone à quelqu'un qu'on connaît bien... ».*

✓ Attentes

Quand les médecins sollicitent des consultations auprès des spécialistes, ils attendent d'eux majoritairement une expertise spécialisée le plus souvent guidée par des examens complémentaires et des actes techniques dont ils n'ont pas accès pour eux-mêmes (13 médecins/14, question non posée au Dr O) :

« c'est plus souvent de la technique...autrement ça peut être un avis » (Dr A), « un diagnostic précis et un acte technique » (Dr B),

« un diagnostic précis...éventuellement un traitement » (Dr C),

« Ben qu'ils me disent si mon problème, ce que j'imagine avoir est réel ou pas voilà...ce que j'attends c'est que ben il m'aide à me faire mon diagnostic » (Dr D),

« un acte technique » (Dr E),

« c'est soit un geste technique...ou un diagnostic...je pense que c'est vraiment un diagnostic spécialiste ouais par rapport à ce que moi j'ai l'idée... de ce que je peux avoir, je pense. » (Dr G),

« qu'elles résolvent un problème que je n'arrive pas à résoudre moi-même » (Dr H),

« un avis spécialisé sur mon état de santé » (Dr I),

« qu'ils nous disent ce qu'on a comme tout le monde » (Dr J),

« pour résoudre des problèmes que je ne pouvais pas résoudre personnellement...des choses qui sont pas accessibles à mes soins propres » (Dr K),

« de nous apporter une précision sur un problème qu'on arrive pas à résoudre » (Dr L),

« surtout des examens complémentaires...pour leur avis éventuellement » (Dr M),

« qu'ils me donnent leur avis sur une problème que je n'arrive pas à résoudre...leur vision de spé... des examens que moi-même je ne peux pas faire » (Dr N).

Certains recherchent un relationnel, des conseils, de la prévention et un suivi, ce qu'on attend plus volontiers d'un généraliste (5/15 médecins) : *« ...après c'est des choses personnelles, c'est-à-dire c'est un relationnel, qu'on s'entende bien » (Dr B), « un suivi » (Dr H), « faire un peu de prévention » (Dr K), « des conseils » (Drs C, N).*

D'autres attendent l'objectivité que confère un point de vue extérieur (3/15 médecins) :

« un point de vue neutre...parce que quand il s'agit de sa propre santé...on exagère les symptômes on a peur de tout ou alors au contraire on néglige » (Dr F),

« ...donc extérieur parce que c'est très difficile pour nous en tant que médecin de juger nos problèmes de santé... on n'est pas neutre avec son corps...avec sa propre santé... » (Dr I),

« et puis parce que c'est pas facile de se soigner tout seul » (Dr K).

Toutefois peut-on parler d'objectivité quand on s'adresse à un spécialiste de notre réseau professionnel ou de notre entourage amical?

g) *Nature des consultations*

Tous les médecins interrogés consultent les spécialistes à leur cabinet, que ce soit en ville ou à l'hôpital.

Il ressort une volonté unanime de leur part de consulter de la manière la plus normale possible, comme un patient standard. Ainsi les différents temps de la consultation semblent respectés : prise de rendez-vous, patience en salle d'attente, motif, interrogatoire, examen clinique, conclusion, prescription... :

« à leur cabinet dans des conditions standards...c'est une consultation strictement normale, ce n'est pas une consultation au rabais » (Dr C),

« on fait une vraie consultation ...je suis un client comme un autre» (Dr D), « au cabinet, comme pour tous les autres patients » (Dr E),

« une vraie consultation ...vraiment en colloque singulier » (Dr G),

« ça m'a l'air assez standardisé » (Dr H),

« c'est classique » (Dr J),

« je tiens quand même à faire un minimum de chose j'allais dire normales dans les règles de l'art...il vaut mieux que ce soit fait clairement et de façon concise au cabinet du spécialiste ...une consultation comme elle doit se faire normalement avec n'importe quel patient lambda » (Dr K),

« De manière classique...j'essaye de pas m'imposer en tant que médecin...c'est plus simple de se faire prendre comme un patient standard » (Dr L),

« quand je veux voir quelqu'un c'est pour du vrai...en consultation classique... » (Dr M),

« je suis un patient à ce moment-là...c'est sa propre attitude ... qui génère l'attitude de l'autre en fait....si vous avez une attitude où effectivement vous restez à votre place ...ça génère une attitude de conseil » (Dr N),

« faut changer de peau quoi, faut plus être le médecin faut être le patient mais je pense qu'on doit pouvoir faire enfin j'essaye de faire » (Dr O).

4/15 médecins pensent que leur statut et leurs connaissances aident les spécialistes dans leurs démarches diagnostiques :

« c'est plus facile pour eux de nous expliquer les choses... » (Dr E),

« je suis moins chiant que beaucoup de mes patients...je dis ce qu'il y a à dire et puis c'est tout quoi...c'est pas mon copain...c'est un professionnel » (Dr F),

« on sait décrire ce qu'on a et faire déjà le premier tri hein, après c'est à eux à questionner... » (Dr J),

« j'explique quand même mon motif de consultation, je pense que là-dessus c'est peut-être un peu mieux que les patients...j'explique sans rien cacher » (Dr O).

Malgré cette volonté de consulter le plus normalement possible, un médecin évoque une attitude inhabituelle de la part des spécialistes :

« les spécialistes veulent gagner du temps parce que je suis médecin...les spés n'ont pas tout à fait la même attitude envers un médecin qu'envers un non-médecin...ils veulent faire comme si c'étaient eux je crois...plus vite et plus vite...de souvent vouloir sauter des étapes » (Dr O).

Quand il s'agit d'une consultation auprès d'un généraliste (collègue, associé, famille...), cela se passe souvent de manière plus informelle :

« c'est un peu plus cool...la consultation est probablement moins bien parce probablement aussi un peu détournée...beaucoup plus conviviale...mais quand c'est sérieux c'est sérieux... » (Dr D),

« auparavant...c'était mon père qui est médecin généraliste qui me suivait...c'était plutôt informel » (Dr G).

Le Dr M se remémore une expérience qui illustre bien ce propos :

« Non mais je me souviens de je me souviens de quand j'étais remplaçante et avoir été voir un médecin parce que j'avais une bronchite et puis je je prescrivais pas à l'époque enfin j'avais pas d'ordonnances, je fumais enfin bon à l'époque on prenait des antibiotiques machin et tout et je je me souviens être arrivée avant le médecin sur le parking de son cabinet, c'est quelqu'un que j'avais remplacé je crois enfin je sais plus et euh il est arrivé après moi et quand je suis descendue de voiture je lui ai dit « bonjour », il m'a dit « ah ouais qu'est-ce que tu fais là ? » ben je dis « je viens consulter parce que je suis malade » et il m'a dit « ouais ben t'inquiète je vais te donner des échantillons d'antibiotiques et tout » j'ai dit « non, non moi je veux un coup de stétho je voudrais, je voudrais un avis quoi » enfin voilà. »

h) Honoraires

La question du règlement des honoraires des médecins consultés a suscité des réponses très variées auprès des médecins de notre enquête.

Quasi systématiquement les médecins demandent à régler leurs confrères à l'issue de la consultation. La plupart du temps ce paiement leur est refusé.

Une partie des médecins (3/15) trouvent cela normal dans le cadre de la bonne entente confraternelle :

« Ah ben logiquement c'est un règlement confraternel, c'est-à-dire que c'est gratuit, voilà sauf pour les choses qui ne peuvent pas être gratuites mais alors c'est toujours pareil, ça dépend, ça c'est la grande majorité des cas, encore une fois ça peut être, il peut y avoir des exceptions, voilà. Ça dépend des gens, ça dépend des relations qu'on a avec les spécialistes euh et c'est pas forcément quelque chose qui vient de nous quoi, c'est quelque chose qui vient d'eux aussi. Mais de la même façon que moi si je recevais un spécialiste qui venait pour ou un confrère qui venait pour quelque chose je pense que je ne le ferais pas payer c'est, je dirais c'est la bonne entente professionnelle qui veut ça, la tradition professionnelle qui veut ça, qui peut aller très loin chez certains spécialistes même, au niveau enfin élargissement à une famille entière, c'est rare, de plus en plus rare, bien sûr, ça se réduit. » (Dr B),

« on doit être un peu privilégié...j'ai assez rarement de dépassement » (Dr E),

« Euh très spécialiste dépendant c'est-à-dire y en a qui encore un peu un peu de déontologie qui nous font pas payer, y en a qui nous font payer euh comme les autres ! C'est pas la majorité hein, la majorité sont quand même encore assez euh, à ne pas nous faire payer. » (Dr J).

L'autre partie estime qu'il est préférable de payer pour garder la distance d'une consultation normale (5/15) :

« euh je le règle, il prend ma carte vitale et je le paye comme tout le monde, c'est, ça fait partie du deal. » (Dr D),

« j'exige toujours mais bon le confrère en veut pas ! » (Dr K),

« je préfère d'ailleurs payer les honoraires...souvent ils ne veulent pas mais ça fait rien...voilà c'est mieux » (Dr L),

« ils me font jamais payer mais je demande, souvent je demande quand même...je pense que ça permet de garder une distance » (Dr M),

« on tient à régler comme tout le monde...la plupart du temps on règle normalement voilà. Quand ils veulent pas qu'on paye c'est plus embêtant...on se sent un peu redevable...on se sent très gêné donc le plus simple est de régler normalement. » (Dr O).

7/15 n'émettent pas de jugement à ce propos (Drs C, F, G, H, I, N) ou la question n'a pas été abordée (Dr A).

Les Drs B et C déclarent spontanément qu'ils ne font pas régler les confrères qui viennent les consulter, et le Dr M au contraire leur fait payer une consultation normale.

i) Représentations de la prise en charge de la santé

✓ Influence statut et connaissances

Sept médecins considèrent leur statut et leurs connaissances médicales comme une aide pour mieux appréhender leurs problèmes et s'orienter vers une prise en charge adéquate :

« c'est clair que c'est un facteur de qualité...de potentiellement meilleure qualité...probablement une meilleure adaptation...les connaissances sur ce que l'on peut attendre d'une technique ou d'un traitement...avoir un accès à la connaissance et de pouvoir l'apprécier...faut savoir la mettre dans son contexte et l'interpréter...ça met un peu dans une position à la fois de patient et d'expert, donc c'est un certain confort dans un certain sens » (Dr A),

« pour moi ça a été plutôt facilitant » (Dr E),

« je suis plus méticuleuse, plus précise peut-être » (Dr H),

« je pense qu'on arrive à s'orienter un peu plus facilement » (Dr K),

« on a accès à un niveau de connaissances qui permet d'appréhender mieux les problèmes, de les éviter surtout au niveau de la prévention...on est quand même mieux à même de les cerner » (Dr L),

« on a une information éclairée... » (Dr M),

« le fait de connaître les choses, d'observer...d'analyser...c'est sûr que ça joue quand même » (Dr N).

Trois médecins pensent que leur statut et leurs connaissances ont principalement une influence positive sur l'adaptation du délai de prise en charge en fonction des pathologies concernées:

« en laissant moins traîner les choses... en étant plus rapidement actif sur le problème » (Dr B),

« moins de régularité en disant bon on peut attendre encore 1 mois...6 mois selon les pathologies pour rencontrer un spécialiste...» (Dr C),

« si j'ai quelque chose de tout à fait bénin je vais pas aller consulter...on est peut-être plus attentiste y compris pour la famille...on attend peut-être un peu plus...ça dépend de quelle pathologie il s'agit...tout le problème il est là » (Dr I).

Le Dr F pense que sa position de médecin améliore son hygiène de vie.

Deux médecins pensent que leur statut et leurs connaissances n'influencent en rien la qualité de leur suivi :

« je pense pas me soigner mieux parce que j'ai la connaissance médicale, je pense pas me suivre mieux par ce que je connais et ce que je sais...je dirais que ma connaissance en matière médicale n'améliore pas mon suivi par rapport à un patient standard...je suis comme eux alors que je sais » (Dr D),

« Non je pense pas ...je pense que les gens sont bien suivis aussi » (Dr J).

Le Dr G pense au contraire que le fait d'être médecin a une influence négative sur la qualité de son suivi:

« on sous-estime nos problèmes de santé certainement... on relativise beaucoup plus...on relativise trop peut-être...peut-être ça augmente l'efficacité mais ça n'augmente pas forcément la qualité...la qualité est peut-être un petit peu diminuée quand on est dans le milieu médical ».

La question n'a pas été posée au Dr O.

✓ Délais

A la question « Pensez-vous vous prendre en charge dans les mêmes délais que vous le faites pour vos patients ? », 9 médecins estiment que leur délai de prise en charge est plus long (Drs A, D, E, G, I, K, L, N, O), 4 médecins qu'il est semblable (Drs B, F, J, M), 1 médecin qu'il est tantôt plus long tantôt plus court :

« de temps en temps on se donne un peu de temps et puis à l'inverse il arrive qu'on prenne rendez-vous un peu plus rapidement chez le spécialiste » (Dr C).

Le Dr H considère son délai de prise en charge plus rapide que celui de ses patients. Suite à une ambiguïté dans la formulation de la question, il y a eu une probable confusion entre la réactivité du médecin et celle du patient vis-à-vis des symptômes présentés par ce dernier.

En ce qui concerne l'allongement du délai de prise en charge des médecins, les raisons invoquées sont la disponibilité :

« c'est aussi une question de disponibilité...on risque effectivement de tarder un peu pour certaines choses...c'est un risque potentiel...d'être toujours prêt à être disponible pour les autres et peut-être un petit peu moins pour soi-même » (Dr A),

la faculté de relativiser :

« la faculté de temporiser un peu et puis de faire un peu la part des choses...on est moins à courir chez le médecin pour la moindre question » (Dr K),

« ...on attend, on attend un peu, on attend peut-être un peu plus. Et tout dépend aussi de du symptôme hein ça, je sais pas hein, je j'aurais une douleur dans la poitrine par exemple je pense que j'appellerais le 15 hein, j'attendrais pas 15 jours !...ça dépend de de quelle de quelle pathologie il s'agit hein je crois que c'est, tout le problème il est là. Si c'est une rhinopharyngite on va pas aller consulter tout de suite hein ou si c'est un, une toux ou une fièvre qui dure depuis 24h on va pas aller consulter par exemple » (Dr I).

et un certain degré de laxisme :

« on laisse un peu couler, on cherche pas la maladie » (Dr D),

« bien plus tard...je traîne un peu sur les diagnostics » (Dr G),

« tout le monde est à peu près pareil personne aime trop aller faire des examens donc on essaye de toujours traîner un petit peu pour pas les faire » (Dr L),

« plus long oui quand même, plus attentiste » (Dr N),

« plus tardif à cause de moi » (Dr O).

L'aspect financier est évoqué par un seul médecin:

« c'est plutôt le versant IJ qui nous pénaliserait » (Dr E).

✓ Acteur de sa santé

Quand on leur demande s'ils se sentent acteur de leur santé les médecins répondent positivement de manière unanime. La question n'a pas été abordée avec le Dr O. Ils évoquent très majoritairement la prévention concernant les pathologies cardio-vasculaires avec l'hygiène de vie, l'alimentation et l'activité physique :

« oui notamment par le côté je dirais hygiène de vie, alimentation, imprégnation des connaissances sur les pathologies donc encore une fois de pouvoir agir au bon moment ni trop tôt ni trop tard » (Dr A),

« oui quand même dans la façon de vivre...faire du sport...manger sainement » (Dr G),

« oui je fais attention à ma santé...j'essaye d'avoir un équilibre alimentaire correct, une activité physique, un poids stable, me sentir bien en forme pendant les vacances, des loisirs, faire des choses à côté pour se sentir bien » (Dr I).

Les Drs C et J évoquent quant à eux l'intérêt qu'ils portent au dépistage :

« mes prises de sang ...je suis toujours extrêmement intéressé par ce qui est écrit dessus » (Dr C),

« j'ai quand même que 46 ans j'ai j'ai déjà fait 2 mammos à titre systématique quoi, sans point d'appel particulier, prise de sang pareil, je suis pas fumeuse j'ai déjà fait au moins 4-5 prises de sang » (Dr J).

Le Dr C se sent acteur de sa santé dans l'assiduité qu'il engage dans l'observance de son traitement :

« si parce que assez curieusement je m'arrange toujours pour avoir mes médocs comme il faut ».

Deux médecins revendiquent clairement leur place de décideur :

« je décide de ce que je fais ou ce que je souhaite faire » (Dr C),

« on choisit ce qui nous convient le mieux, ce qui nous semble le mieux » (Dr M).

✓ Comparaison suivi

Quand on leur demande de comparer leur suivi à celui de leurs patients les médecins ont des réponses très variées. Six d'entre eux le jugent identique (Drs B, D, F, G, J, M), trois meilleur (A, H, L), trois le trouvent un petit peu moins bon (Drs K, N, O), trois ne se prononcent pas clairement (Drs C, E, I).

Ils qualifient spontanément leur suivi de la manière suivante :

« on est plus dur avec nous-même et avec notre famille qu'on ne l'est avec nos patients...pour nous ben c'est un peu marche ou crève » (Dr E),

« différent... on se soigne pas comme les autres je crois » (Dr I),

« pas mal » (Dr M), « acceptable » (Dr N), « irrégulier...fantaisiste» (Dr O).

Quand on leur demande de comparer leur suivi à celui de leurs confrères, la grande majorité des médecins (9/15) semblent surpris par la question et leur première réaction est de déclarer ne pas savoir répondre (Drs A, B, F, H, I, K, L, M, N). Apparemment ils n'abordent pas souvent ce sujet entre eux, jugé *« privé »* par le Dr M.

La santé des médecins serait-il un sujet tabou au sein de la communauté médicale?

Toutefois quatre médecins ont globalement l'idée que les médecins sont mal soignés :

« On a je dirais l'idée commune qu'on est assez mal suivi et traité parce qu'on a l'impression qu'on sait tout et que a priori rien n'est forcément très grave et on se plie pas aux mêmes exigences qu'on le ferait pour un patient » (Dr B).

« je pense qu'on est une population qui est très mal suivie médicalement » (Dr G),

« les cordonniers sont les plus mal chaussés » (Drs M, N),

« ce qui ressortait des études c'était que on s'occupait mal de notre santé » (Dr N).

Trois médecins pensent que leur suivi est semblable à celui de leurs confrères (Drs C, E, K), quatre autres que cela dépend de la personnalité de chacun :

« je pense que ça dépend de la mentalité des gens aussi » (Dr B),

« une question de caractère » (Dr M), « je pense que c'est pas la profession... » (Dr N),

« ça dépend lesquels, je pense à un en particulier...il se soigne bien...d'autres ça peut-être fantaisiste comme moi » (Dr O).

Les deux jeunes médecins interrogés ont la pensée commune que la jeune génération de médecins se prend mieux en charge que celle de leurs aînés, notamment sur la prévention et l'hygiène de vie mais aussi par argument de fréquence des pathologies avec l'âge (Drs G, H).

2 Parcours de patient face à un évènement de santé

a) Délai et modalités du diagnostic et de la prise en charge

Certains médecins ont évoqué plusieurs pathologies (Drs C, F, J, O), un médecin a décrit la prise en charge d'une pathologie sans en donner le nom (Dr B) et un médecin n'a pas retrouvé au cours de l'entretien de pathologie précise à nous exposer (Dr I).

Pour 11 médecins sur 14 le délai de prise en charge a été rapide voir quasi-immédiat pour 4 d'entre eux. Cela nous conforte dans l'idée que les médecins ont un accès privilégié aux soins, que ce soit dans la rapidité d'accès aux spécialistes ou aux examens complémentaires. De plus cette rapidité d'entrée dans le système de soins met en exergue la réactivité propre des médecins face à un évènement de santé qui les touche directement.

Pour 3 médecins le délai de prise en charge a été tardif en regard de la persistance des symptômes (Drs G, M), voir à distance de l'évènement initial pour l'un d'entre eux (Dr O).

Le diagnostic a été posé initialement par eux-mêmes dans la moitié des cas (Drs A, B, D, E, H, J, K). Toutefois dans les suites de cet autodiagnostic le recours à un spécialiste est quasi systématique dans l'optique d'une confirmation diagnostique et éventuellement d'une prise en charge en fonction de la pathologie concernée (Drs A, B, D, E, H).

Le diagnostic a été posé initialement par un spécialiste pour 6 des médecins interrogés (Dr C, F, L, M, N, O) et par un médecin généraliste pour le Dr G qui est son propre père. A noter que le Dr M a d'abord consulté un confrère généraliste qui l'a ensuite orientée vers un spécialiste.

La prise en charge s'est effectuée le plus souvent en ambulatoire pour 12 des 14 médecins (Drs A, B, C, D, G, H, J, K, L, M, N, O), et plus rarement dans une séquence ambulatoire puis hospitalière pour 2 médecins (Drs E, F).

Deux prises en charge atypiques nous ont été rapportées : un diagnostic téléphonique auprès d'un spécialiste (Dr L), et un diagnostic rétrospectif sollicité auprès d'un spécialiste lors d'une formation médicale (Dr O).

Les pathologies évoquées sont variées : cardio-vasculaire (Drs A, D, M, N), infectieuse (Drs E, G, J), digestive (Drs C, O), néoplasique (Dr F), traumatique (Drs J, O), rhumatologique (Drs C, F), gynéco-obstétricale (Dr H), neurologique (Drs J, L, O), immuno-allergique (Dr O), ophtalmologique (Drs J, O).

Il s'agit majoritairement, pour 10 cas sur 14, de pathologies à prendre en charge en urgences (hors urgences vitales) (Drs A, C, G, H, L, N, O) ou rapidement (Dr D, F, M). Malgré l'urgence de la situation le Dr O n'a pas consulté :

« j'étais pas bien mais j'ai pas réagi... j'ai continué à travailler jusqu'à ce que ça passe ».

b) Vécu des symptômes

9 médecins sur 15 pensent faire preuve d'objectivité pour interpréter leurs symptômes (Drs A, B, C, E, F, H, I, J, K) avec toutefois un discours nuancé pour certains d'entre eux :

« après quelle est la valeur du jugement qu'on porte sur soi-même...même si c'est pas très objectif il y a un côté intuitif dans la perception qu'on a de ce qui se passe qui dit voilà là c'est méchant ça c'est pas méchant » (Dr A),

« j'essaye d'être neutre mais en sachant que c'est guère possible en sachant que faut pas jouer avec ça que ben si y a quelque chose qui dure un peu moi j'irais consulter oui ah oui certainement » (Dr I).

6 médecins sur 15 pensent minimiser leurs symptômes (Drs D, G, K, M, N, O). Parmi eux, deux médecins décrivent le passage d'une phase où ils minimisent à une phase où ils amplifient la situation :

« au départ on minimise...quand ça dure...on voit le mal partout... au début on se dit ça va passer et puis quand ça dure on exagère un peu je pense oui » (Dr M),

« au départ j'ai minimisé...mais comme ça durait je me suis posée des questions je me suis plus paniquée qu'autre chose » (Dr N).

c) Auto-prescription

Plus de deux tiers des médecins ont eu recours à l'auto-prescription à l'occasion d'un événement de santé, 4 d'entre eux pour un traitement médicamenteux (Drs A, C, F, O), 2 pour des examens complémentaires (Drs B, I), 5 pour un traitement médicamenteux et des examens complémentaires (Drs D, E, J, K, M), 4 médecins disent ne pas y avoir eu recours (Drs N, L, G, H).

Lorsqu'ils répondent par l'affirmative, les médecins semblent avoir besoin de se justifier et d'insister sur le caractère ponctuel de l'auto prescription :

« pour soulager la douleur » (Dr C),

« j'ai pris des antiinflammatoires, j'ai pris de la cortisone, oui bien-sûr...après j'ai jamais pris de morphine...c'est rare que je prenne des médicaments comme ça, ça peut arriver mais c'est exceptionnel » (Dr F),

« oh très rarement, un antimigraineux parce que j'ai des migraines...et puis ça s'arrête à ça et la prise de sang » (Dr J) ,

« c'est arrivé rarement mais c'est arrivé oui » (Dr K).

Ce besoin de justification traduit-il un malaise vis-à-vis de cette pratique ?

d) Observance

La majorité des médecins interrogés considèrent leur observance thérapeutique tout à fait satisfaisante (11/15). Pour la décrire ils emploient les termes suivants : bonne, plutôt bonne, assez bonne (Drs A, E, G, K), stricte (Dr B), régulière (Dr C), parfaite (Drs D, H), meilleure que les patients (Dr F), sans qualificatif particulier (Drs L, M)

Le Dr H nous explique que ses connaissances médicales influent sur la qualité de son observance :

« Je pense que quand, comme on sait on a plus connaissance en fait des euh des conséquences des consignes... c'est évident qu'on l'observe bien et je pense plus peut-être que la moyenne de la population qui se rend pas forcément compte de l'importance de l'observance ».

Seul un médecin ne se trouve pas assidue mais pense que c'est indépendant du fait d'être médecin :

« j'ai eu un peu de mal à aller jusqu'au bout du traitement, parce que j'oubliais mais voilà c'est pas le fait d'être médecin je pense...c'est le fait de pas avoir l'habitude de prendre du régulier » (Dr J).

Pour les Drs I, N et O la question de l'observance thérapeutique était sans objet en regard de l'évènement de santé évoqué, voire de l'absence d'évènement relaté pour le Dr I.

Concernant les prescriptions d'arrêt de travail les choses semblent plus complexes.

Les jeunes médecins interrogés ont tous deux respecté l'arrêt de travail qui leur a été prescrit. Toutefois le premier était encore étudiant à l'époque et pour la seconde deuxième il s'agissait d'un problème en rapport avec une grossesse qui coïncidait avec le début du congé pathologique. Ces deux exemples ne sont donc pas significatifs.

Les médecins plus âgés ont des difficultés à s'arrêter:

« Non pas du tout, pour les arrêts de travail non, quand on me dit il faut te reposer non plus, quand on me dit il faut se soigner oui » (Dr K),

« j'ai jamais eu besoin de me reposer ni de me mettre en arrêt de travail » (Dr L),

« il m'a dit qu'il fallait que je lève le pied...c'est le gros problème...c'est vrai faudrait lever le pied de temps en temps...c'est trop difficile » (Dr N).

La question de l'arrêt de travail a été parfois soulevée par nos soins quand le contenu de la discussion s'y prêtait mais pas systématiquement pour tous les médecins.

Les médecins semblent ne pas intégrer le repos et l'arrêt de travail dans leur propre traitement :

« c'est plutôt le versant indemnités journalières qui nous pénaliserait....on accepte des arrêts maladie avec les patients pour comme je vous le disais une grippe, des choses comme ça, alors que pour nous ben c'est un peu marche ou crève et puis on marche ...et puis on s'en sort quand même » (Dr E).

Les contraintes logistiques et financières de leur profession libérale peuvent expliquer en partie ce comportement.

e) Surveillance et suivi

Huit médecins ont appliqué la surveillance et le suivi requis (Drs B, D, E, F, G, H, J, K).

«Je respecte... je fais strictement ce qu'il y a à faire et puis advienne que pourra....j'essaye de vraiment faire le patient quand je suis patiente » (Dr F).

Quelques-uns admettent une attitude un peu plus laxiste :

« je fais une coloscopie tous les 5 ans...j'aurais dû la faire effectivement il y a 6 mois, j'ai 6 mois de retard» (Dr C),

« j'ai suivi plus sur les examens complémentaires...j'ai mon traitement...j'ai jamais repris ma tension depuis, je l'ai plus revu mais je pense que ses prescriptions étaient plus dans le diagnostic que dans la surveillance » (Dr M).

Pour certains la question de la surveillance était sans objet (Drs A, I, L, N, O).

La majorité des médecins reçoivent un courrier médical suite aux consultations et aux examens réalisés (10/15 médecins).

Certains y voient un intérêt administratif :

« je lui en ai demandé un puisqu'il y avait en jeu peut-être un contrôle au niveau de la mutuelle des IJ » (Dr E),

« c'est indispensable rien que pour mon assureur » (Dr K).

Certains les intègrent à leur dossier médical :

« oui j'ai quand même quelques courriers...que j'ai rentrés dans mon ordinateur...j'ai un dossier dans mon logiciel, j'ai mon dossier médical » (Dr F),

« j'ai un dossier médical chez moi où y a mes prises de sang, tout, le suivi, c'est tout » (Dr I).

D'autres ne voient pas d'intérêt à recevoir un compte rendu et ne veulent pas déranger davantage le spécialiste:

« en général ils me posent la question...s'ils doivent en faire un...souvent je dis non, voilà » (Dr J),

« c'est vrai que les questions sont parfois posées je leur dis...maintenant que je suis rassuré...je suis soigné le courrier aura pas d'intérêt c'est surtout pour décharger un petit peu le travail du spécialiste voilà et puis pour moi ça représente pas un intérêt extraordinaire » (Dr K).

f) Représentation en tant que médecin-patient

A la question « Pensez-vous être un patient comme les autres ? » 13 médecins sur 15 répondent oui contre 2 non. Les médecins nous apportent des réponses très variées dont voici les principaux éléments.

L'influence des connaissances médicales sur l'orientation diagnostique et thérapeutique soulignée par 3 médecins :

« un médecin c'est jamais un patient comme les autres à cause justement de son bagage technique, culturel, on a encore une fois accès à la science....contextualisée » (Dr A),

« je pense qu'un médecin n'est pas un patient comme un autre ...de par ses connaissances » (Dr H),

« non parce que l'information on l'a...même si personne n'a la science infuse on sait déjà s'orienter » (Dr K).

Une certaine dualité à porter comme en témoignent les propos de 5 médecins :

« position double à la fois de patient et d'expert » (Dr A),

« c'est parfois plus difficile pour nous d'être patient dans les 2 sens du terme » (Dr E),

« j'ai quand même cette bonne facilité à me laisser guider, à changer de place...prendre la place du patient et faire ce qu'on me dit ... il faut savoir changer de casquette et c'est pas évident » (Dr F),

« c'est sa propre attitude en fait qui génère l'attitude de l'autre...si vous avez une attitude...où effectivement vous restez à votre place ben c'est sûr que ça génère une attitude de conseil je pense » (Dr N).

Le Dr I illustre cette double casquette que porte le médecin-patient en disant :

« on se soigne pas comme les autres je crois... si je suis pris en main par quelqu'un à qui je fais confiance...je me comporterai tout au moins comme un patient comme les autres ».

Il faut souligner le hiatus qui semble exister en « être » et « se comporter ».

Des relations privilégiées avec les spécialistes parfaitement assumées par 6 médecins :

« on a encore un relationnel...on a encore facilement des relations très amicales avec des gens qu'on connaît...quelque chose d'assez privilégié » (Dr B),

« le rapport est différent...peut-être un peu mieux traité que les autres » (Dr D),

« on est privilégié pour l'accès aux spécialistes en temps et puis presque en qualité puisqu'on sort un petit peu du cadre du patient lambda pour le spécialiste » (Dr K),

avec un dialogue et une participation aux décisions:

« si on peut discuter avec son médecin de dire « tu crois pas qu'il faudrait mieux faire ça que ça ou que... » ben on est pas tout à fait une patiente comme les autres » (Dr M),

« je pose peut-être plus de questions » (Dr N),

« j'essaye quand même de comprendre plus » (Dr O).

Une anxiété marquée avec oscillation entre déni et peur-panique du pire qui transparait dans le discours de 7 médecins :

« de temps en temps on se fait des cheveux...on se dit est ce qu'on va y passer aussi ? » (Dr A),

« j'ai un tempérament anxieux que je gère » (Dr C),

« par crainte, on veut pas savoir » (Dr D),

« on a peur de tout ou alors on néglige...je perdais complètement les pédales » (Dr F),

« ça peut prendre différents chemins parfois peut-être de la négligence parfois de l'hyper médicalisation » (Dr H),

« à force de tout penser banal on peut passer à côté de choses je pense...on aurait la politique de l'autruche par rapport aux maladies graves... peut-être par peur finalement du diagnostic grave » (Dr G),

« j'aurais remonté retourné la terre entière pour moi...si c'était quelqu'un d'autre je ferais pas tout ça » (Dr M).

Un ton de reproche pour 2 médecins:

« j'aurais été beaucoup plus directif avec des patients...j'aurais pas fait la même chose avec un patient ...j'aurais pu être plus objectif...plus sévère et je l'ai pas fait » (Dr D),

« un grand laisser aller...c'est pas bien...je ne me prends pas en charge comme je prendrais en charge un patient » (Dr O).

L'emploi de qualificatifs positifs : *« moins chiante », « disciplinée », « docile » (Dr F)*
« méticuleuse », « précise », « assez exigeante » (Dr H).

L'emploi de qualificatifs négatifs : *« mauvais » (Dr K), « moins disciplinée », « plus chiante »*
« fantaisiste » (Dr O), « anxieux » (Drs C, F).

g) Soigner des médecins

Parmi les 15 médecins interrogés, 10 médecins ont déjà été amenés à prendre en charge des confrères médecins. Il s'agit aussi bien de confrères, collègues, et amis, généralistes ou spécialistes, hospitaliers ou libéraux, en activité ou en retraite. Il ressort de leurs expériences les éléments suivants.

Un certain degré de difficulté constaté par 4 médecins sur 10 dans la position de médecin-soignant: *« pas évident » (Dr A), « très compliqué » (Dr B), « pas facile du tout » (Dr F), « lourd...difficile à gérer » (Dr M).*

Le médecin-patient semble d'ailleurs avoir conscience de ces difficultés :

« pour le médecin en face c'est aussi pas évident » (Dr A),

« c'est peut-être plus difficile de nous expliquer les choses » (Dr E).

Une gêne ressentie surtout vis-à-vis d'une symptomatologie inhabituelle décrite par 2 médecins :

« quand on a une symptomatologie un petit peu bâtarde...on peut être mal à l'aise...on est un peu embêté » (Dr A),

« un petit peu gênant...si il y a des diagnostics lourds...ça sera difficile à dire » (Dr E).

Une attitude différente du médecin-soignant rapportée par 5 médecins:

« on rentre plus dans le détail technique dans les choses et dans les connaissances peut-être un peu plus médicales...la structure et la consistance du discours qu'on a c'est à peu près toute la différence » (Dr B),

« on n'a pas forcément la même attitude thérapeutique, la même conduite à tenir parce-que c'est biaisé par les connaissances du patient » (Dr G),

« une démarche un peu particulière...a posteriori je me suis posé beaucoup de questions » (Dr K),

« peut-être j'en ferais un peu plus pour lui » (Dr M),

« je me couvre tout à fait vis-à-vis d'un spécialiste...j'envoie toujours dans la foulée » (Dr O).

Un miroir qui peut mettre mal à l'aise le médecin-soignant comme l'illustrent 2 médecins :

« je me dis que c'est pas un médecin...c'est quelqu'un qui est un malade et qui a besoin qu'on l'aide un petit peu » (Dr D),

« j'essaye de pas penser au fait qu'ils sont médecins...c'est le meilleur moyen de continuer à avoir une attitude habituelle...le plus efficace possible...c'est ce qu'ils attendent de toute façon » (Dr L).

Une relation qui apparaitre enrichissante malgré tout pour 2 médecins :

« un certain intérêt quand la relation est bien établie et qu'elle se passe bien c'est intéressant ...après les consultations il me faisait un petit mot...c'est rigolo » (Dr A),

« très surprenant » (Dr K).

3 Critères décisionnels conduisant ou non à une consultation

a) La réalisation d'actes et d'examens non accessibles par soi-même

C'est la réponse que nous donnent d'emblée 7 médecins sur 15. Beaucoup nous ont cité comme exemple qu'il leur était impossible de s'ausculter, de s'auto examiner la gorge, les oreilles, ou de réaliser un examen gynécologique pour les femmes. Il en va de même pour l'accès à certains actes techniques ou examens complémentaires.

b) La limite de ses connaissances

Elle est évoquée par cinq médecins :

« l'intensité des symptômes, la persistance des symptômes principalement » (Dr C),

« dès que j'ai un symptôme qui me semblerait pas normal » (Dr J),

« avoir pris des traitements qui sont pas suffisants...c'est pas en venir à bout ou trouver des symptômes un peu différents...quand on juge que c'est plus dans l'ordre des choses et que c'est plus normal...que ça va pas passer tout seul » (Dr M),

« une pathologie qui m'interpelle et dont j'ai pas trouvé la solution » (Dr N),

« de savoir si c'est important ou pas si ça risque de passer tout seul ou pas » (Dr O).

c) L'intuition et le manque d'objectivité

Deux médecins parlent d'intuition quand il s'agit de l'interprétation de leurs symptômes. Cette dimension intuitive semble empreinte de leurs expériences passées mêlées à leurs connaissances. Ceci renforce l'idée d'un manque d'objectivité ressenti qui peut les conduire à consulter pour solliciter un avis plus neutre.

« même si c'est pas très objectif il y a un côté intuitif dans la perception qu'on a de ce qui se passe qui dit voilà là c'est méchant ça c'est pas méchant » (Dr A).

« parce que ça se sent...je manque d'objectivité complète, je suis en train de me rassurer complètement faussement...c'est quand vous commencez à sentir intérieurement que vous pouvez avoir quelque chose de grave et que...ça fait trop longtemps que vous vous rassurer faussement en pensant que c'est rien » (Dr D).

d) *La peur d'un diagnostic grave*

La peur anticipatrice du pire est souvent l'élément déclenchant de la décision de consulter. Le registre sémantique de la gravité est omniprésent chez nos médecins, ce qui révèle l'existence d'une anxiété récurrente. Les propos de 4 médecins illustrent bien cette idée :

« dans le cas de diagnostics graves » (Dr E),

« si on voit que ça tourne mal...ça peut être dangereux » (Dr F),

« la gravité...parce qu'il faut prendre une décision » (Dr I),

« quand c'est un symptôme qui peut évoquer quelque chose de grave » (Dr O)

L'attitude du Dr D semble réactionnelle à l'appréciation d'un risque de retard de diagnostic lié à la profession :

« la peur de se trouver un truc pas sympa et de se faire son auto diagnostic quoi et de se dire « ben tiens j'ai une merde hein voilà » et je pense qu'on est malheureusement nombreux à avoir ce genre de conneries c'est, je pense que ça arrive souvent des médecins qui... peut-être c'est pour ça aussi qu'on en voit avec des pathologies graves dont on arrive pas à les, les guérir alors qu'on va guérir d'autres collègues, on voit des infarctus massifs, on voit des accidents vasculaires cérébraux, on voit des cancers qui tuent des collègues et on se dit « mais bon sang je comprends pas parce que en général c'est des cancers qui sont plus ou moins de bonne, de bon pronostic », ben pourquoi y a eu un retard de colo parce que ça fait 5-6 ans qu'il voit du sang dans ses selles et puis qu'il se dit « c'est un petit peu, c'est des hémorroïdes, c'est rien », il ne s'inquiète pas pis le jour où il s'inquiète c'est trop tard.»

e) *Le temps et la disponibilité*

Le manque de temps et de disponibilité ne semble pas être un problème pour nos médecins quand il s'agit de leur santé et ne les freine pas pour consulter:

« on est malade, on en a vraiment besoin, on trouve le temps...faut penser aussi à soi un petit peu » (Dr B),

« j'arrive toujours à trouver le temps...quand vous avez vraiment un problème...vous y allez... on trouve toujours le temps pour se soigner » (Dr D),

« si j'ai besoin...je prends les moyens...je prends un remplaçant pour une journée et c'est bon » (Dr L),

« si par exemple y a quelque chose à faire j'arrive à dire stop et je vais le faire » (Dr N).

D'ailleurs la question du temps a été évoquée par plutôt par nos soins que spontanément par les médecins.

Seul le Dr A semble considérer que la question de temps peut-être problématique dans l'accès aux confrères :

« ce serait plus une question de temps....c'est plus la question de la disponibilité....quand moi j'ai le temps peut-être que les autres ne l'ont pas ».

f) L'aspect économique

Il semble peu intervenir dans la décision de consulter ou non un confrère.

Seule le Dr E l'évoque brièvement dans le cadre de l'arrêt maladie :

« ou alors s'il y a besoin d'IJ ».

Le Dr B décrit quant à lui l'absence de difficultés financières spécifiques vis-à-vis des frais occasionnés par les soins :

« je ne suis pas moins bien couvert qu'un patient lambda...les honoraires médicaux, on ne les paye pas, donc non c'est pas un problème économique là...sauf pour des choses...dentisterie, lunetterie...il y a un aspect économique qui est crucial, et qui ne varie pas en fonction du statut ».

g) La peur de déranger et d'être jugé dans ses compétences

Elle est évoquée par trois médecins :

« pourquoi parce que vous pensez que le gars en face de moi va se dire « tiens il est pas foutu de se faire son diagnostic » (Dr D),

« alors il y a ceux qu'on connaît pour pas avoir l'air bête...de dire j'ai besoin de déléguer...pour pas qu'on me demande de m'impliquer » (Dr M),

« quand je pense que c'est de la totocherie...je vais pas y aller » (Dr O).

h) La confiance et la confidentialité

Cette question est soulevée par le Dr I qui pense qu'il est difficile pour un médecin de trouver un médecin adapté à ses besoins :

« le problème c'est de trouver le médecin adéquate...d'aller consulter un médecin qui soit neutre par rapport à soi...qu'on connaisse pas trop non plus...il y a le problème de confidentialité...problème de se sentir à l'aise avec quelqu'un...ça peut être difficile de faire le choix...le problème c'est la confiance...pour trouver quelqu'un à qui on peut accorder sa confiance...c'est peut-être pas facile pour nous parce que les médecins on les connaît... faut pas qu'il y ait de liens non plus particuliers quoi, faut que ce soit neutre hein, faut qu'il y ait une certaine neutralité mais une confiance quand même, faut les connaître un peu mais pas trop. ».

Le Dr M souligne l'importance de la confiance dans la relation aux confrères :

« la confiance...si j'étais en vacances je me ferais plus confiance à moi qu'à quelqu'un d'autre oui...c'est pas vraiment un frein avec des gens... de confiance et qu'on apprécie ».

Le Dr A partage ce dernier point :

« je vais les voir sans réticences...je pense qu'il y a la confiance oui ».

On ressent une certaine part d'hésitation dans les propos de ces médecins, ce qui laisse penser que cette relation de confiance est fragile.

4 Attitude vis à vis des difficultés psychologiques

Cette question a été ajoutée suite à une suggestion du Dr A lors de l'entretien test.

Si les problèmes somatiques sont évoqués sans difficulté par les médecins, cela n'est pas le cas pour les problèmes psychologiques :

« c'est un sujet que les médecins n'abordent pas souvent....beaucoup plus de suicides chez les médecins...ça on n'en parle pas beaucoup, c'est tabou » (Dr C),

« peut-être un versant sur lequel je serai plus en retrait » (Dr E).

Seule le Dr O a abordé spontanément le sujet en évoquant un épisode au cours duquel elle a eu recours à un confrère psychiatre.

Deux médecins admettent volontiers que leurs contraintes professionnelles peuvent retentir sur leur santé psychique :

« une déprime ? un burnout ?...ça m'a déjà traversé l'esprit parce que il y a des moments où on en a un peu ras le bol » (Dr D),

« des fois on est un peu saturé quand même plus que saturé mais bon c'est aussi le mode d'exercice...je veux dire tellement de contraintes » (Dr N).

L'humour semble être un moyen de retranchement, pour 2 de nos médecins, face à ces questions gênantes :

« mon chien il m'aide bien lui » (Dr D),

« j'ai un chien qui est pas à moi amis qui est très utile pour mon état de santé parce que ça remonte tout à fait le moral » (Dr O).

Trois autres médecins préfèrent éluder la question :

« la question ne s'est jamais posée en fait » (Dr K),

« - Vous y avez déjà réfléchi ? - Non. » (Dr L),

« je me suis jamais posée la question » (Dr N).

La quasi-totalité des médecins (11/14) répondent qu'ils iraient consulter un psychiatre *« disons assez anonyme »* (Dr I), non sans difficultés *« j'espère que je saurais passer le cap de consulter quelqu'un d'autre »* (Dr G), parfois après en avoir parlé au préalable à leurs collègues proches (Drs D, G).

Toutefois 4 médecins nous confient qu'ils ont déjà fait la démarche d'aller consulter un psychiatre sans difficultés majeures et avec une quête marquée d'anonymat (Drs E, F, M, O).

« je savais pas comment faire...j'avais pas envie de me retrouver avec mes patients donc euh c'était un peu compliqué et j'ai pu bénéficier d'une prise en charge différente de celle de mes patients euh de part mon statut. Voilà parce que bon je suis allée en CMP mais pas, mais pas celui de mon quartier quoi (rires) parce que les gens ont bien compris que je pouvais pas être dans la même salle d'attente que mes patients voilà. » (Dr M)

5 Remarques

Tous les médecins ont accepté de participer à l'enquête afin d'apporter une aide à une étudiante en fin de cursus, une future collègue, dans un esprit tout à fait confraternel.

La plupart des médecins interviewés se sont dit intéressés par le sujet et curieux de connaître les résultats de l'enquête :

« je serais intéressé de savoir globalement ce que donne le résultat de tout ça...personnellement j'ai du mal à me représenter...la façon dont les confrères voient leur santé...la façon de prendre en charge leur santé, mais j'ai pas l'impression que ce soit très différent de moi, mais bon après je me plante peut-être complet » (Dr B).

Deux médecins ont déclaré qu'ils auraient aimé avoir le questionnaire sous les yeux pour mieux suivre le déroulement de l'entretien. Peut-être ressentaient ils une gêne par rapport à la position d'enquêté, eux qui habituellement questionnent leurs patients ? Une anxiété anticipatoire vis-à-vis des questions et thèmes abordés ?

Certains médecins ont eu une attitude bienveillante en nous dispensant des conseils sur la pratique de la médecine générale, la nécessité de souscrire à des assurances, de garder du temps pour soi... (Drs E, N)

« j'espère simplement que que vous ferez ce que, que vous suivrez vos conclusions, que vous vous laisserez pas prendre par le temps ou par le manque, d'imaginer que notre santé a moins d'importance que celle des autres, voilà faut faire pareil, mais faites très attention à garder du temps pour vous, voilà un conseil. » (Dr O).

Un médecin nous a dit que ce questionnaire lui permettait d'aborder une réflexion personnelle sur l'attitude vis-à-vis de sa santé (Dr I), un autre médecin qu'il pensait au contraire que ça ne changerait pas la prise en charge personnelle de sa santé (Dr J).

C ANALYSE AUTOMATIQUE PAR LE LOGICIEL ALCESTE

Le rapport détaillé de l'analyse par le logiciel Alceste figure en Annexe 3.

1 Résultats généraux

L'analyse du vocabulaire du corpus des entretiens montre une pauvreté des catégories grammaticales avec peu d'adverbes et peu d'adjectifs. La dimension spatio-temporelle est absente du discours. Il en est de même pour ce qui relève de la sphère socio-affective avec une absence d'évocation de prénoms, de couleurs... Cela contraste avec la richesse lexicale détenue par la population de médecins qui présente un niveau d'élaboration intellectuelle élevé. Ainsi le discours des médecins se caractérise par son aspect dénudé. Il s'agit d'un discours généraliste et conceptuel qui indique que les médecins parlent dans le but de nous transmettre un message en exprimant leur représentation de ce dont il est question.

Après l'analyse du vocabulaire, Alceste procède au découpage du texte et à la classification. Lors de cette opération, les différentes techniques spécifiques d'Alceste sont utilisées, comme le découpage en unités de contexte (u.c.e) et la classification descendante hiérarchique. Alceste procède à deux classifications successives afin de retenir les classes les plus stables. Un mot est analysé lorsqu'il est présent dans au moins quatre unités de contexte.

Le nombre minimum d'unités de contexte pour retenir une classe est de 53.

72% des unités de contexte du corpus ont été classées.

D'après la première classification 525 u.c.e ont été analysées comportant chacune au moins 16 mots, d'après la deuxième classification 486 u.c.e d'au moins 18 mots chacune.

Après la classification, la méthode d'analyse par le logiciel Alceste a permis d'extraire du corpus trois classes de sens constituées par les mots et les phrases les plus significatifs qui résument 72% du discours.

Un quart du corpus est trop dispersé et n'a donc pas pu être représenté dans l'analyse.

Les trois classes stables obtenues représentent les idées et les thèmes dominants du corpus.

La classe 1 comporte 109 u.c.e soit 14% du total, la classe 2 comporte 95 u.c.e soit du 12% du total et la classe 3 comporte 561 u.c.e soit 74% du total.

Les trois classes représentent des parts égales de la proportion discursive : 73 mots analysés pour la classe 1, 65 mots pour la classe 2, 84 mots pour la classe 3.

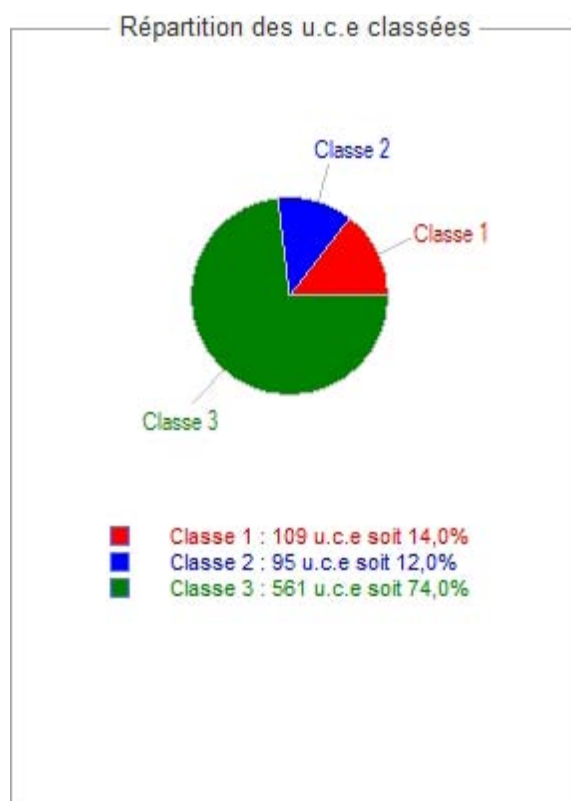


Figure 3 : Graphique 3 représentant la répartition des u.c.e au sein des 3 classes

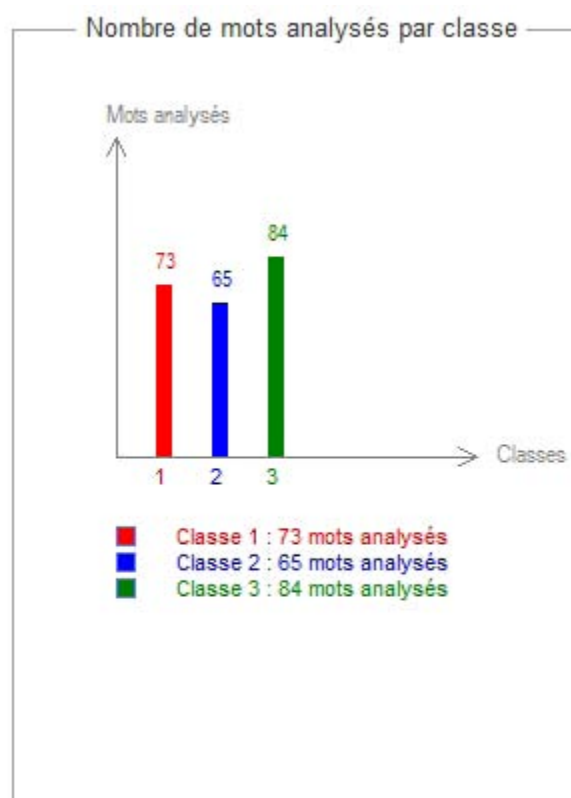
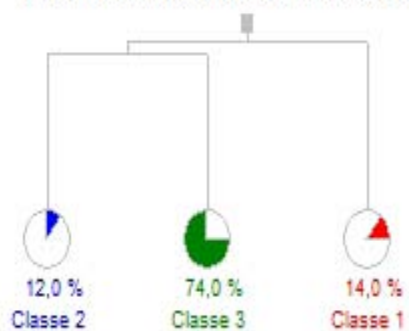


Figure 4 : Graphique représentant le nombre de mots analysés par classe

Première classification descendante

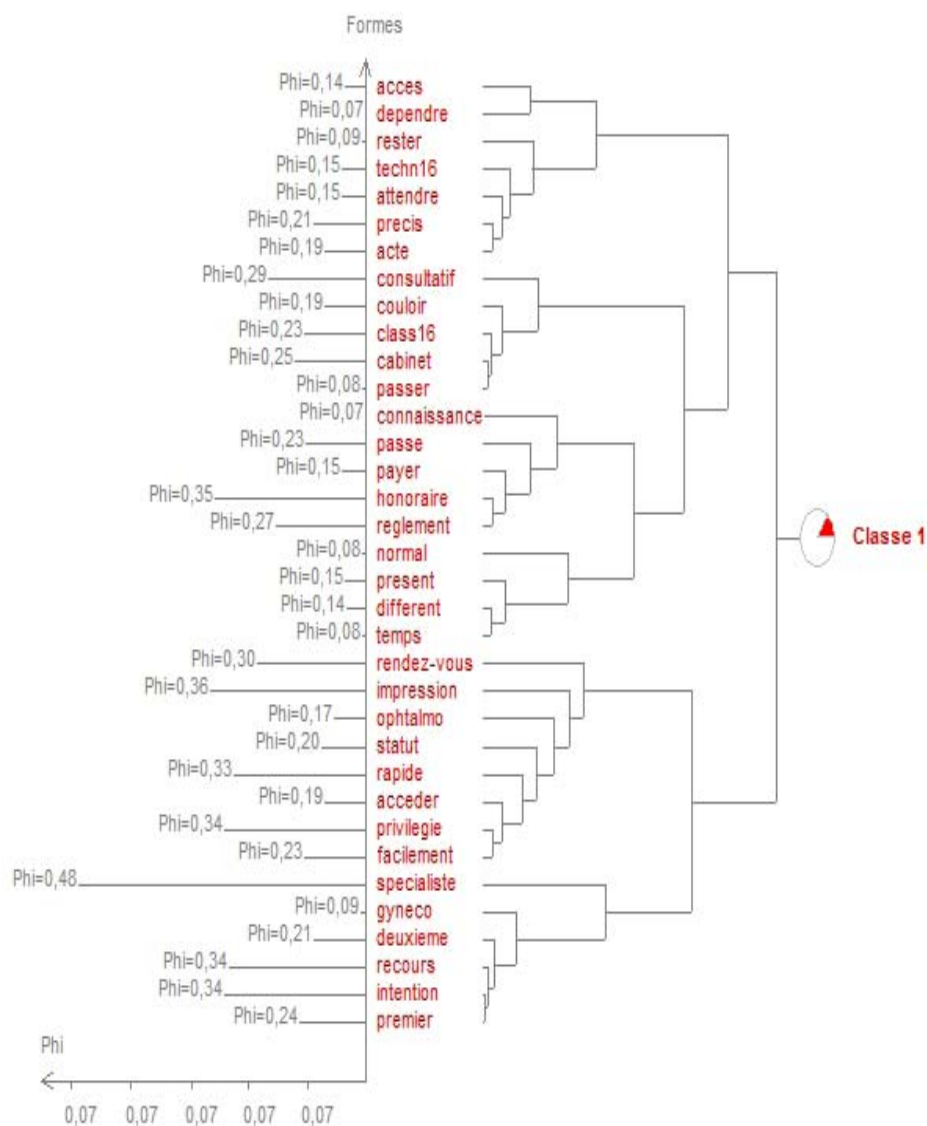


Deuxième classification descendante



Figure 5 : Arbre de classification descendante

2 Classe 1



Remarque : Cette classification est obtenue à partir de 50 formes analysées, elle ne peut pas être comparée avec un arbre obtenu avec un nombre de mots différent.

Figure 6 : Arbre de la classification ascendante pour la classe 1

On observe les paquets d'agrégation de formes ainsi que le coefficient de corrélation Phi de chaque forme dans la classe qui mesure la force d'association entre 2 variables représentées par les mots : 0 = absence de relation ; ± 1 parfait accord ou désaccord.

La classe 1 représente le thème du rapport des médecins généralistes aux spécialistes.

On observe un lien entre la santé et le fait de consulter des spécialistes qui sont représentés dans le discours des médecins de manière significative par les gynécologues et les ophtalmologues.

Deux axes se dégagent :

- La reconnaissance d'une facilité d'accès aux spécialistes

Les médecins reconnaissent un accès privilégié aux consultations des spécialistes avec un délai d'obtention des rendez-vous raccourci.

En effet les mots suivants sont mis en lien dans la classification: accéder, rendez-vous, spécialiste, statut, facilement, rapide, privilégié.

- Le rapport aux spécialistes

Il est décrit d'une manière fonctionnelle avec la description objective du déroulement de la consultation : attendre, cabinet, couloir, acte, technique, classique, payer, honoraire, règlement.

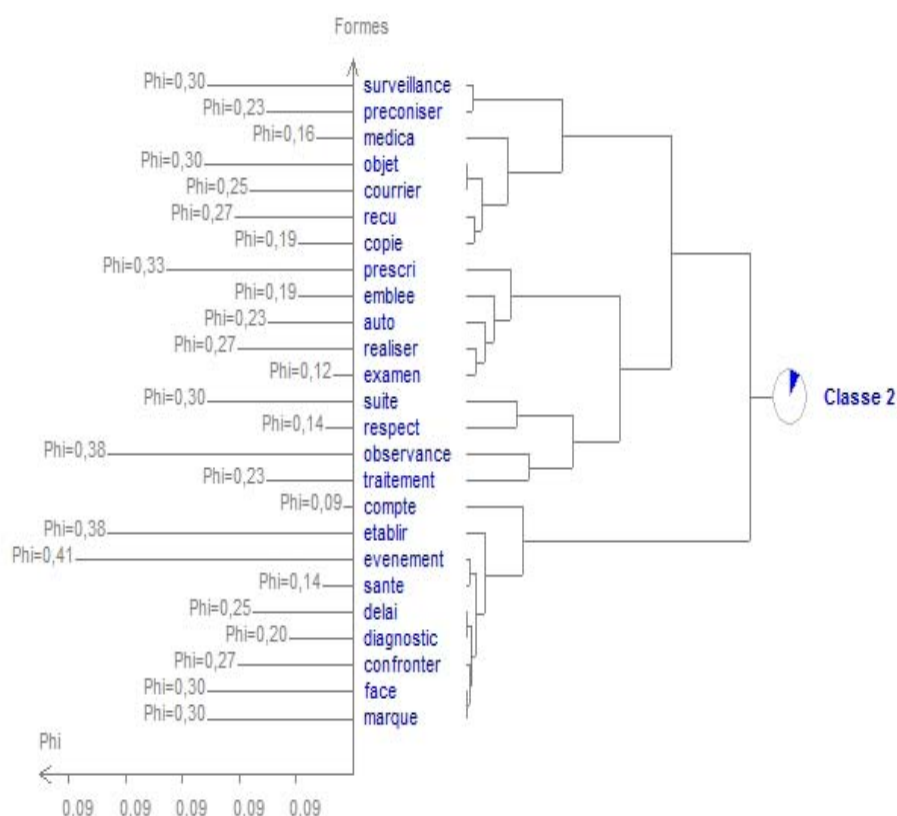
La consultation est formelle, elle se situe au cabinet et elle est considérée comme classique.

Ainsi, les médecins n'évoquent pas les symptômes qui les conduisent à consulter mais parlent des relations qu'ils entretiennent avec leurs confrères spécialistes principalement sur le plan organisationnel.

De plus, les attentes des médecins par rapport aux consultations sollicitées auprès des spécialistes sont caractérisées par la réalisation d'examens et d'actes techniques : acte, précis, technique.

Les consultations des médecins généralistes auprès des spécialistes revêtissent donc davantage un caractère technique et scientifique que relationnel.

3 Classe 2



Remarque : Cette classification est obtenue à partir de 50 formes analysées, elle ne peut pas être comparée avec un arbre obtenu avec un nombre de mots différent.

Figure 7 : Arbre de la classification ascendante de la classe 2

La classe 2 représente le thème de la prise en charge médicale.

Le discours est argumenté en regard de la présence de nombreux connecteurs (donc, quoique quand même...) qui traduisent une élaboration du discours.

La présence massive du pronom « je » présent 428 fois traduit une appropriation du discours, ce qui signifie que les médecins assument leurs propos.

Le discours est opaque en regard de l'absence d'évocation d'états mentaux. La maladie n'est pas décrite en termes de symptômes, de douleurs ou de plaintes. En revanche la maladie est envisagée en termes de solutions dans le cadre d'une prise en charge : diagnostic, examen, traitement, observance, surveillance.

4 Classe 3

Le logiciel ne nous a pas donné de classification pour cette classe mais un graphique sous forme de réseau.

Réseau de la forme 'faire' dans la classe 3

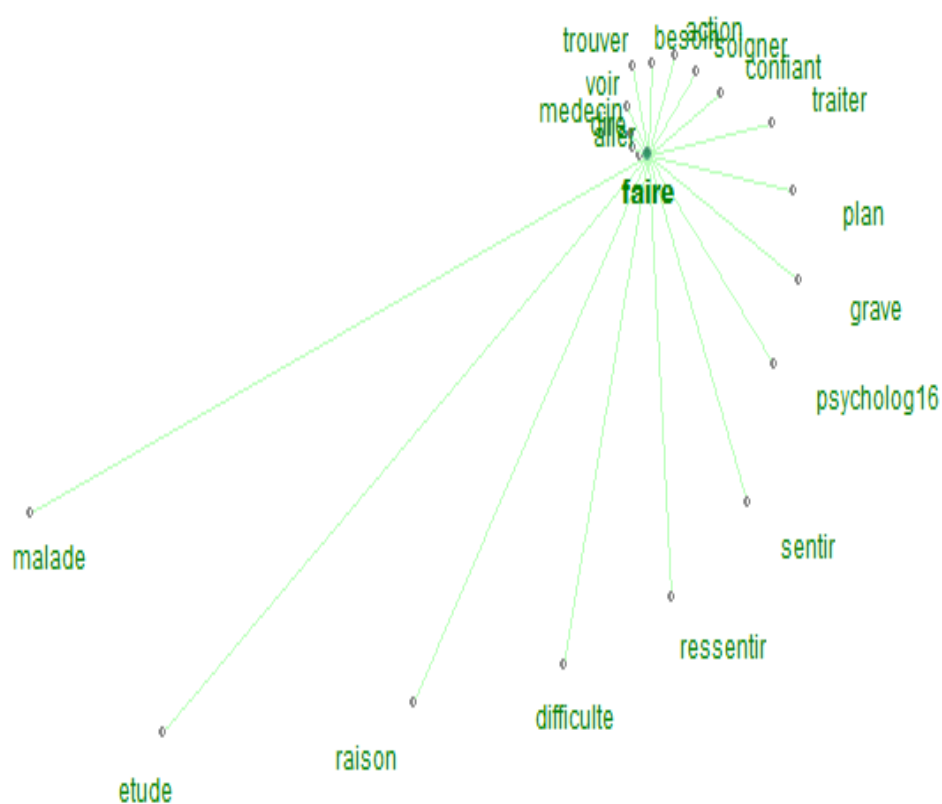


Figure 8 : Réseau de la forme « faire » dans la classe 3.

La classe 3 représente le thème de l'action comme l'illustre la présence de 1499 verbes appartenant majoritairement au registre lexical de l'action notamment dans le cadre précis du soin (faire, aller, soigner, traiter, trouver, dire, voir).

Les noms et adjectifs du même registre : acteur, actrice, actif, activité, action, sont également très représentés.

La présence massive des pronoms « je » (688) et « me » (157) caractérise un état intentionnel tourné vers l'action.

Les registres lexicaux du savoir et de la décision sont également présents.

Le discours présente à nouveau un caractère élaboré avec la présence de nombreux connecteurs (268 « mais », 135 « parce-que », 109 « enfin »).

De plus on note la présence importante de marqueurs de négation (592 « pas » 72 « ne »). Les médecins créent deux ou plusieurs représentations qu'ils mettent dans une relation d'opposition ou de contrariété pour n'en retenir qu'une. Cela marque un discours en creux où les médecins décrivent ce qui n'est pas ou ce qui n'est plus traduisant un déni et un rejet de la maladie. Il faut souligner que le cancer, avec la dimension de gravité qui l'entoure, est la seule maladie qui ressort de cette classe. On décompte 17 « cancer », 22 « malade », 22 « grave ».

L'attitude des médecins est donc toujours tournée vers l'action et la prise en charge. Habités à endosser des responsabilités dans le cadre de leur profession, ils restent avant tout des décideurs et des acteurs lorsqu'il s'agit de leur propre santé.

5 Conclusion

L'intérêt de cette analyse est de montrer qu'il n'y a que trois grandes classes stables représentant des unités sémantiques qui définissent les thèmes récurrents du discours des médecins.

Il en découle deux implications :

- La première est méthodologique : le guide d'entretien était pertinent et les questions bien posées.
- La deuxième est une donnée empirique : il n'y a pas de dispersion dans le témoignage des médecins interviewés qui ont un discours commun et s'accordent sur leurs réponses. Nous avons là résumés en peu de facteurs leur regard sur leur propre prise en charge de leur santé.

Il faut souligner l'absence d'élaboration psychique dans le discours des médecins. En effet tous les facteurs résument des pensées factuelles sans états mentaux ce qui amène à considérer que les médecins gèrent leur santé d'un point de vue fonctionnel.

L'analyse informatique par le logiciel Alceste a mis en évidence chez les médecins une unité dans leur discours qui se définit par son caractère généraliste et conceptuel. Ceci amène à penser qu'il existe des barrières qui empêchent les médecins à se livrer et à se confier à autrui. Il est d'ailleurs probable qu'ils n'aient pas souvent l'occasion de parler d'eux-mêmes.

A ce propos le contexte de réalisation des entretiens a également pu impacter sur la production du discours des médecins. Ils se sont retrouvés au sein même de leur cabinet médical dans une position tout à fait impromptue pour eux. Habituellement ce sont les médecins eux-mêmes qui sollicitent le discours et posent les questions dans le cadre d'une consultation ritualisée. Ce changement de position et l'incitation de notre part à se confier, alors qu'ils ont peu l'occasion de le faire, a pu générer des réticences de leur part.

D ANALYSE MANUELLE DETAILLEE D'UN CAS : ENTRETIEN A

A titre d'exemple l'entretien du Dr A a bénéficié d'une analyse plus approfondie dans le cadre de travaux réalisés par Aliz Pakot, étudiante de master 1 en psychologie sous la direction de Mme le Dr Martine Batt.

Le détail de l'analyse de l'entretien A est présenté sous forme d'un tableau Excel en Annexe 3.

1 Analyse quantitative des données recueillies

Tableau 1. Résultats, décompte et fréquence des énoncés et tours de parole

	I	M	Total	Pourcentage I	Pourcentage M
Enoncés	53	374	427	12,41%	87,58%
Tour de paroles	68				

I= Intervieweur

M=Médecin A

Résultats du *Tableau 1*.

- Il existe au total **427 énoncés** découpés en unités de sens au sein de l'entretien.
- Il y a **53** énoncés prononcés par l'Intervieweur soit **12,41%** de la totalité du corpus.
- Il existe **374** énoncés formulés par le Médecin A, soit 87,58%. On peut constater qu'il y a une bonne relation basée sur la confiance établie entre l'Intervieweur et le Médecin A.

Tableau 2. Résultats du décompte et fréquence d'occurrence des actes de langages présents dans l'entretien

Acte de langage direct	I	M	Total	Pourcentage I	Pourcentage M
Assertif	1	362	363	1,89%	96,79%
Directif	46	2	48	86,79%	0,53%
Expressif	6	7	13	11,32%	1,87%

Résultats de *Tableau 2*.

Les actes de langage Assertifs :

- Il existe au total **363** actes de langage de type *Assertif* dont :

- **1** acte de langage formulé par l'Intervieweur, soit **1,89%** de la totalité des actes de langages formulés par l'Intervieweur.
- **362** actes de langage de type *Assertif* formulés par le Médecin A, soit 96,79% de la totalité des actes de langage formulés par ce dernier.

Les actes de langage de type Directifs :

- Il existe au total **51** actes de langage de type *Directif* dont :
- **46** actes de langage de type *Directif* formulés par l'Intervieweur, soit **86,79%** de la totalité des actes de langage émis par celui-ci lors de l'entretien.
- **2** actes de langage de type *Directif* formulés par le Médecin A, soit 0,53% de la totalité des actes de langage émis par ce dernier lors de l'entretien.

Les actes de langage de type Expressif :

- Il existe au total **14** actes de langage de type *Expressif* dans le corpus dont :
- **6** actes de langage de type *Expressif* formulés par l'Intervieweur, soit **11,32%** de la totalité des actes de langage émis par l'Intervieweur lors de l'entretien.
- **7** actes de langage de type *Expressif* formulés par le Médecin A, soit 1,87% de la totalité des actes de langage émis par celui-ci lors de l'entretien.

Tableau 3 Résultats du décompte et fréquence d'occurrence des actes de langage indirects présents dans l'entretien

Acte de langage indirect	I	M	Total	Pourcentage I	Pourcentage M
Directif	1	0	1	1,89%	0%

- Il existe **1** acte de langage indirect formulé par l'Intervieweur qui est de type assertif, mais c'est une requête indirecte.

Tableau 4. Résultats du décompte et fréquence d'occurrence des marqueurs de structurations présents dans l'entretien

Marqueurs de structuration	I	M	Total	Pourcentage I	Pourcentage M
	0	63	63	0%	16,84%

- Il n'y a aucun *marqueur de structuration* présent dans les énoncés formulés par l'Intervieweur.
- Il y a **63** *marqueurs de structuration* présents dans les énoncés formulés par le Médecin A, soit 16,84% de la totalité de son discours.

Tableau 5. Résultats du décompte et fréquence d'occurrence des foncteurs et connecteurs logiques présents dans l'entretien

Foncteurs et connecteurs logiques	I	M	Total	Pourcentage I	Pourcentage M
Et	7	25	32	13,21%	6,68%
Ou	4	12	16	7,55%	3,21%
Si	1	11	12	1,89%	2,94%
Total	12	48	60		

Les connecteurs logiques « ET » :

- Il y a au total **32** *connecteurs logiques « ET »* dont :
- **7** *connecteurs logiques « ET »* dans les énoncés de l'Intervieweur, soit **13,21%** de la totalité des énoncés émis par ce dernier.
- **25** *connecteurs logiques « ET »* dans les énoncés du Médecin A, soit 6,68% de la totalité des énoncés formulés par le Médecin A.

Les connecteurs logiques « OU » :

- Il existe au total **16** *connecteurs logiques « OU »* dans le corpus analysé dont :
- **4** *connecteurs logiques « OU »* retrouvés dans les actes de langage de l'Intervieweur, soit **7,55%** de la totalité des énoncés émis par ce dernier.
- **12** *connecteurs logiques « OU »* observés dans les actes de langage du Médecin A, soit 3,21% de la totalité des énoncés formulés par celui-ci.

Les connecteurs logiques « SI » :

- Il existe en totalité **12** *connecteurs logiques « SI »* retrouvés dans le corpus analysé dont :
- **1** *connecteur logique « SI »* dans les actes de langage de l'Intervieweur, soit **1,89%** de la totalité des énoncés émis par celui-ci.
- **11** *connecteurs logiques* observés dans les actes de langage formulés par le Médecin A, soit 2,94% de la totalité des énoncés émis par ce dernier.

Tableau 6. Résultats du décompte et fréquence d'occurrence des connecteurs interactifs présents dans l'entretien analysé

	I	M	Total	Pourcentage I	Pourcentage M
Connecteurs Argumentatifs CG	0	29	29	0%	7,75%
Connecteurs Consécutifs CC	3	30	33	5,66%	8,02%
Connecteurs Contre-Argumentatifs CT	1	31	32	1,89%	8,29%
Connecteurs Réévaluatifs CV	0	9	9	0%	2,41%
Total	4	99	103		

Les connecteurs Argumentatifs CG :

- Il existe en totalité **29 connecteurs Argumentatifs** dans le corpus analysé dont :
- Aucun *connecteur Argumentatif* observé dans les actes de langage de l'Intervieweur.
- **29 connecteurs Argumentatifs** observés dans les actes de langage du Médecin A, soit 7.75% de la totalité des énoncés émis par ce dernier.

Les connecteurs Consécutifs CC :

- Il existe en totalité **33 connecteurs Consécutifs** dans le corpus analysé dont :
- **3 connecteurs Consécutifs** dans les énoncés formulés par l'Intervieweur, soit **5,66%** se rapportant à la totalité des actes de langage émis par celui-ci.
- **30 connecteurs** observés dans les énoncés formulés par le Médecin A, soit 8,02% de la totalité des actes de langage émis par ce dernier.

Les connecteurs Contre-Argumentatifs CT :

- Il existe **32 connecteurs Contre-argumentatifs** observés dans le corpus analysé dont :
- **1 seul connecteur Contre-argumentatif** dans les énoncés formulés par l'Intervieweur, soit **1,89%** de la totalité des actes de langage émis par celui-ci.
- **31 connecteurs Contre-argumentatifs** observés dans les énoncés formulés par le Médecin A, soit 8.29% de la totalité des actes de langage émis par ce dernier.

Les connecteurs Réévaluatifs CV :

- Il existe **9** connecteurs *Réévaluatifs* dans le corpus analysé dont :
- Aucun connecteur *Réévaluatif* dans les énoncés formulés par l'Intervieweur.
- **9** connecteurs *Réévaluatifs* observés dans les énoncés formulés par le Médecin A, soit 2,41% de la totalité des actes de langage émis par ce dernier.

Tableau 7. Résultats du décompte et fréquence d'occurrence des modalités présentes dans l'entretien

Modalité ontique	I	M	Total	Pourcentage I	Pourcentage M
Peut-être	0	6	6	0%	1,60%
Pouvoir	0	14	14	0%	3,74%
Total	0	20	20	0%	5,35%
Modalité déontique					
Devoir	0	0	0	0%	0%
Il faut que	0	6	6	0%	1,60%
Total	0	6	6	0%	1,60%
Modalité Epistémique					
Penser que	6	11	17	11,32%	2,94%
Savoir	0	10	10	0%	2,67%
Croire	0	1	1	0%	0,27%
Total	6	22	28	11,32%	5,88%
Modalité Intentionnelle					
Vouloir	0	5	5	0%	1,34%
Total	0	5	5	0%	1,34%

Les modalités ontiques :

Peut-être :

- Il existe au total **6 modalités ontiques** « *peut-être* » repérées dans le corpus analysé. Toutes sont produites par le Médecin A, et représentent 1,60% de la totalité des énoncés émis par celui-ci.

Pouvoir :

- Il existe au total **14 modalités ontiques** « *pouvoir* » repérées dans le corpus analysé, toutes étant produites par le Médecin A et représentant 3,74% par rapport à la totalité des actes de langage émis par ce dernier.
- Au total, le Médecin A a produit **20 modalités ontiques**, soit 5,35% dans son discours.

Les modalités Déontiques :

Devoir :

- En effet, il n'y a aucune *modalité déontique* « *devoir* » dans le corpus analysé.

Il faut que :

- Il existe au total **6 modalités déontiques** « *il faut que* » repérées dans le discours du Médecin A, qui représentent 1,60% de la totalité des énoncés formulés par celui-ci.

Les modalités Epistémiques :

Penser que :

- Il existe au total **17 modalités épistémiques** « *penser que* », dont **6** produites par l'Intervieweur, soit **11.32%** de la totalité des énoncés émis par lui et **11** modalités par le Médecin A, soit 2,94% de la totalité des énoncés formulés par ce dernier.

Savoir :

- Il existe au total **10 modalités épistémiques** « *savoir* » produites en totalité par le Médecin A, représentant 2,67% de la totalité des actes de langage formulés par lui.

Croire :

- Il existe au total **1 modalité épistémique** « *croire* » dans le corpus, produite par le Médecin A, et qui représente 0,26% de la totalité des actes de langage formulés par lui lors de l'entretien.
- En totalité, le Médecin A, a produit **22 modalités épistémiques** durant l'entretien et cette somme représente 5.88% de la totalité des actes de langage formulés par celui-ci.

Les modalités intentionnelles

Vouloir :

- Il existe **5 modalités intentionnelles** « vouloir », toutes étant produites par le Médecin A. Cette somme représente 1,34% de la totalité des actes de langages produits par le Médecin A.

Tableau 8. Résultats des décomptes et fréquence d'occurrence des négations présentes dans l'entretien

	I	M	Total	Pourcentage I	Pourcentage M
Négation	2	86	88	3,77%	23,00%

Les négations :

- Il existe **2** négations repérées dans les énoncés de l'Intervieweur, ce qui représente **3,77%** de la totalité des énoncés formulés par celui-ci. Il y a également **86** des négations repérées dans les actes de langage du Médecin A qui représentent quant à elles 23,00% de la totalité des actes de langage produits par ce dernier.

Tableau 9. Résultats des décomptes et fréquence d'occurrence des questions-réponses présentes dans l'entretien

Question/Réponse	I	M	Total	Pourcentage I	Pourcentage M
QO	26	1	27	49,06%	0,27%
QP	8	0	8	15,09%	0%
QWh	12	1	13	22,64%	0,27%
RO	0	173	173	0%	46,26%
RP	0	77	77	0%	20,59%
RWh	0	116	116	0%	31,02%

Les questions :

Les questions propositionnelles en « oui-non » QO :

- Il existe au total 27 QO au sein de l'entretien dont :
- 26 QO posées par l'Intervieweur, cette somme représente 49.06% par rapport à la totalité des actes de langage émis par celui-ci.
- 1 QO posée par le Médecin A, soit 0,27% de la totalité des actes de langage produits par ce dernier.

Les questions propositionnelles disjonctives QP :

- Il existe au total 8 QP, toutes étant produites par l'Intervieweur. Cette somme représente 15.09% de la totalité des actes de langage formulés par ce dernier.

Les questions catégorielles QWh :

- Il existe au total 13 QWh au sein du corpus dont :
- 12 de QWh produites par l'Intervieweur, cette somme représentant 22,64% de la totalité des actes de langage formulés par celui-ci.
- 1 de QWh produite par le Médecin A, ce qui représente 0,26% de la totalité des actes de langage formulés par ce dernier.

Les réponses :

Les réponses en « oui-non » RO :

- Il existe au total 173 RO au sein de l'entretien, toutes étant la production du Médecin A, cette somme représentant 46,26% de la totalité des actes de langage formulés par lui.

Les réponses propositionnelles RP :

- Il y a au total au sein de l'entretien 77 de RP, toutes étant formulées par le Médecin A, cette somme représentant 20,59% par rapport à la totalité des actes de langage formulés par celui-ci.

Les réponses catégorielles RWh :

- Il existe au total 116 de RWh au sein de l'entretien, toutes étant la production du Médecin A, cette somme représentant 31,02% de la totalité des actes de langage produits par ce dernier.

Tableau 10. Résultats du décompte et fréquence d'occurrence des éléments de la fonction conversationnelle dans l'entretien

Fonction dans la conversation	I	M	Total	Pourcentage I	Pourcentage M
REP/Information	0	127	127	0%	33,96%
Complément de réponse	0	160	160	0%	42,78%
Justification	0	27	27	0%	7,22%
Opposition	0	28	28	0%	7,49%
Conclusion	0	24	24	0%	6,42%
Requête d'information	46	2	48	86,79%	0,53%
Interprétation	1	0	1	1,89%	0%
Phatique	5	1	6	9,43%	0,27%
Politesse	1	1	2	1,89%	0,27%

Fonction dans la conversation :

Réponse/ Information :

- Il existe au total **127 REP/ Information**, toutes produites par le Médecin A, qui représentent 33,96% de la totalité des actes de langage émis par celui-ci.

Complément de réponse :

- Il y a au total **160 Compléments de réponse**, toutes étant la production du Médecin A, et cette somme représentant 42.78% de la totalité des actes de langage formulés par celui-ci.

Justification :

- Il existe au total **27 Justifications**, toutes étant produites par le Médecin A et représentant 7,22% de la totalité des actes de langage formulés par ce dernier.

Opposition :

- Il existe au total **28 Opposition** repérées au sein du corpus, et toutes sont la production du Médecin A, cette somme représentant 7,49% de la totalité des actes de langage émis par lui.

Conclusion :

- Il existe au total **24** *Conclusion* repérées au sein du corpus, toutes étant formulées par le Médecin A. Cette somme représente 6,42% de la totalité des actes de langage formulés par lui.

Requête d'information

- Il existe au total **48** *Requêtes d'information* repérées au sein du corpus dont :
- **46** produites par l'Intervieweur, soit **86,79%** de la totalité des actes de langage produits par lui.
- **2** produites par le Médecin A, cette somme représentant 0,53% de la totalité des actes de langage émis par celui-ci.

Interprétation

- Il existe **1** seule *Interprétation*, celle-ci étant la production de l'Intervieweur, ce qui représente **1,89%** de la totalité des actes de langage formulés par lui.

Phatique

- Il existe au total **6** *Phatiques* repérés au sein du corpus dont :
- **5** produits par l'Intervieweur, ce qui représente **9,43%** de la totalité des actes de langage émis par ce dernier.
- **1** seul produit par le Médecin A, représentant 0,27% de la totalité des actes de langage émis par celui-ci.

Politesse

- Il y a au total **2** *Politesses* repérées au sein du corpus dont : **1** est la production de l'Intervieweur, cette somme représentant **1,89%** de la totalité des actes de langage émis par lui, et **1** *Politesse* est la production du Médecin A, qui représente 0,27% de la totalité des énoncés formulés par lui.

Tableau 11. Résultats du décompte et fréquence d'occurrence des catégories verbales présentes au sein du corpus analysé

	I	M	Total	Pourcentage I	Pourcentage M
Factifs	18	211	229	33.96%	56,42%
Statifs	17	89	106	32,08%	23,80%
Psychologiques	4	14	18	7,55%	3,74%
Déclaratifs	1	28	29	1,89%	7,49%

Les catégories verbales

Factifs :

- Il existe au total **229** verbes *factifs* observés au sein du corpus analysé, dont :
- **18** verbes *factifs* repérés dans les données discursives de l'Intervieweur, représentant **33.96%** en fréquence d'occurrence.
- **211** verbes *factifs* observés dans les données discursives du Médecin A, soit 56,42% en fréquence d'occurrence.

Statifs :

- Il existe au total **106** verbes *statifs* dans le corpus analysé, dont :
- **17** verbes *statifs* repérés dans les données discursives de l'Intervieweur, cette somme représentant **32,08%** en fréquence d'occurrence.
- **89** verbes *statifs* repérés dans les données discursives du Médecin A, soit 23,80% en fréquence d'occurrence.

Psychologiques :

- Il existe au total **18** verbes de type *psychologique* au sein du corpus analysé, dont :
- **4** verbes *psychologiques* observés dans les données discursives de l'Intervieweur, soit **7,55%** en fréquence d'occurrence.
- **14** verbes *psychologiques* repérés dans les données discursives du Médecin A, soit 3,74% en fréquence d'occurrence.

Déclaratifs :

- Il existe au total **29** verbes *déclaratifs* observés au sein du corpus analysé, dont :
- **1** seul verbe *déclaratif* dans les énoncés de l'Intervieweur (**1,89%**), et il existe **28** verbes *déclaratifs* repérés dans les énoncés du Médecin A, soit 7,49% en fréquence.

2 Analyse qualitative des données recueillies et interprétation des résultats

Une analyse descriptive des données de chaque tableau sera effectuée pour aboutir à un résultat.

1. La production des énoncés et l'alternance des tours de parole :

Dans le *Tableau 1. Résultats du décompte et fréquence des énoncés et tours de parole*, nous pouvons observer les informations suivantes :

Il s'agit ici de l'analyse de l'intervention langagière des deux interlocuteurs occupant des positions différentes, notamment celle de l'enquêteur qui souhaite recueillir des données à partir de la grille d'entretien préétablie globalement, et celle du sujet faisant partie d'un échantillon de population, à savoir celle des médecins généralistes.

- Il existe au total **427** énoncés découpés en unités de sens, c'est-à-dire en énoncés au sein du corpus analysé.
- L'Intervieweur a produit **53** énoncés. On peut constater que l'Intervieweur a produit relativement peu d'énoncés par rapport au Médecin A. Nous pouvons expliquer cela par le fait qu'en suivant la grille de l'entretien pour proposer les questions présentes durant l'entretien, il avait accordé la liberté d'expression au Médecin A, afin de recueillir les informations.
- Il existe **374** énoncés produits par le Médecin A. Ces données sont beaucoup plus élevées par rapport aux données de l'Intervieweur, ce qui pourrait signifier qu'il y a une relation de confiance qui s'est installée entre les deux participants de l'entretien. Nous pouvons observer à quel point le Médecin A était impliqué et intéressé par cette enquête, cet état nous est montré par le volume très élevé (87,58% du volume total) de ses énoncés produits durant l'entretien. Le Médecin présente une attitude marquée par une forte implication et une grande attention portées sur la thématique de recherche.
- Il existe au total **68** tours de paroles, que nous pouvons considérer comme étant assez peu par rapport au volume total des énoncés repérés au sein du corpus. Il existe un respect d'alternance des tours de parole, puisqu'il y a toujours une personne qui parle. A chaque fois, il n'y a qu'un seul locuteur qui parle ; par contre, ce qu'on peut constater c'est qu'en fait la fonction locutrice n'est pas distribuée d'une manière équivoque, car le Médecin A présente une tendance à garder la parole plus longtemps. Cette tendance à garder la parole peut expliquer pourquoi le Médecin A a produit largement plus d'énoncés que l'Intervieweur.

2. Les actes de langage et le but illocutoire :

Ici nous proposons d'analyser les résultats recueillis dans *Tableau 2. Résultats du décompte et fréquence d'occurrence des actes de langages présents dans l'entretien.*

1. Les actes directs

Les actes de langage directs de type Assertif :

- Le Médecin A a produit 362 actes de langage de type *Assertif*, soit 96,79% de la totalité de son discours. Le *but illocutoire* des assertions est de décrire le monde interne ou externe, tel qu'il est. Les actes *assertifs* employés par le Médecin A ont pour fonction de décrire les objets de son monde. En faisant des affirmations, il décrit ses désirs, intentions et croyances, dont on peut présupposer qu'elles s'appuient sur la vérité (93).
- L'Intervieweur n'a produit qu'un seul acte *Assertif*, qui est en fait une requête indirecte.

Les actes de langage directs de type Directif :

- Nous avons observé **2** énoncés en *Directif* dans la production du Médecin A qui correspondent à des demandes de précisions adressées à l'Intervieweur.
- L'Intervieweur a produit **46** énoncés en *Directif*, c'est-à-dire 86,79% par rapport à la totalité des énoncés produits par lui-même. Le *but illocutoire* des actes de langage *Directifs* comprend le principe d'influencer l'interlocuteur dans le but de réaliser un acte dans le futur, correspondant à la description du contenu de l'énoncé (93).

L'Intervieweur produit des requêtes et des questions en exprimant l'intention de changer le comportement de son interlocuteur, afin que ce dernier produise des réponses relatives aux questions émises par l'Intervieweur.

En effet, la majorité des interventions de l'Intervieweur est de type *Directif*, que l'on retrouve sous la forme de questions ouvertes et fermées. Ces termes désignent l'adoption par l'Intervieweur d'une attitude interrogative, très focalisée sur le problème de l'enquête. Le but des interventions de l'Intervieweur est de modifier le monde du Médecin A, pour que ce dernier devienne initiateur d'action selon les contenus descriptifs qui lui sont adressés.

Les actes de langage directs de type Expressif

- Il y a **7** actes *Expressifs* produits par le Médecin A durant l'entretien, soit 1,87% de la totalité des actes de langage formulés par ce dernier. Les actes de langage de type *Expressif* ont le *but illocutoire* d'exprimer, de décrire l'état psychologique du locuteur. Les actes expressifs vont exprimer les sentiments et les affects du locuteur associés au contenu propositionnel formulé. Comme nous l'avons remarqué, les données *Expressives* du Médecin A sont peu nombreuses ; par contre ce qui est étonnant, c'est qu'il mobilise ses affects internes par des expressions faciales, par des mimiques du visage. Nous pouvons inférer que certains de ces actes *Expressifs* marquent la manifestation d'une gêne ressentie par lui, qu'il essaye de masquer ou d'effacer par la

mobilisation du mécanisme de défense de l'humour. On peut évoquer l'exemple suivant : au moment où l'Intervieweur lui demande d'expliquer la raison pour laquelle il s'est auto-déclaré comme médecin traitant, le sujet affirme que « c'était plus simple ». Ainsi cette intervention s'est accompagnée d'un sourire et d'une inhibition de la parole. De la même manière, quand il se trouve confronté à la question de décrire comment il qualifie son suivi médical par rapport à ses confrères, le Médecin A présente des inhibitions, en répondant « *Ah j'en sais rien du tout* » et en accompagnant cette intervention de rires. Ensuite, on peut observer que quand il parle des circonstances de son diagnostic et de ses problèmes avec les assureurs, il exprime la même expression affective, en employant le sens de l'humour ; mais derrière ce mécanisme peuvent se cacher des sentiments intimes à propos desquels il n'a peut-être pas souhaité s'étendre.

On va noter que deux de ces actes *Expressifs* sont employés comme des *phatiques* pour maintenir l'interaction et une *Politesse*, en décrivant les petits mots laissés par son patient à la fin de chaque séance de consultation.

- Les interventions *Expressifs* occupent 11,32% de place de la totalité des énoncés produit par l'Intervieweur. Ces *Expressifs* ont un rôle *phatique* concernant la fonction dans la conversation, c'est-à-dire que l'Intervieweur souhaite exprimer le fait qu'il maintienne l'attention envers son interlocuteur, et également qu'il exprime l'intention de contribuer à la continuité de la communication.

2. Les actes indirects :

Nous avons observés un seul acte indirect au sein du corpus. L'acte indirect étant la production de l'Intervieweur est une requête indirecte prenant la forme d'une assertion.

3. Les marqueurs de structuration :

Nous avons proposé de déterminer la somme et la fréquence des *marqueurs de structurations* présents dans le corpus. En voici les résultats :

- Il existe au total **63** *marqueurs de structurations* produits par le Médecin A, qui s'élèvent à hauteur de 16,84% par rapport à la globalité des données produites par ce dernier. Ce n'est pas une fréquence très élevée par rapport aux données discursives du Médecin A.

Nous pouvons repérer **19** *marqueurs « bon »* ayant plusieurs fonctions discursives. On peut observer que presque toujours, les *marqueurs de structuration « bon »* se situent en début d'énoncé et contribuent à organiser et coordonner les interventions du Médecin A. Parfois l'emploi de « *bon* » accompagne les connecteurs conclusifs et contre-argumentatifs. Il y a que 3 *marqueurs « euh »* ; ce fait désigne que le Médecin A ne présente pas d'hésitations, son discours se déroule d'une manière dynamique sans faire d'interruptions pour rechercher les mots.

Il existe également **7 marqueurs de structuration** « *hein* » employés par le médecin A, ce qui signifie une attitude de recherche d'agrément de son interlocuteur durant l'exposition de ses énoncés.

Ainsi, nous pouvons repérer la présence de **9 « quoi »** (quoi voilà, quoi hein, bon quoi) dans le discours du Médecin A. L'emploi des *marqueurs* tels que « *quoi, ben, hein* » démontre une attitude *hypo – correcteur* de l'auteur. On peut donc supposer que le Médecin A fait parfois usage de ces types de marqueurs visant à protéger « *la face positive* » de son interlocuteur, qui consiste dans le territoire intime et l'image montrée par ce dernier. Tout en étant conscient du caractère élaboré et académique de son discours, le Médecin A, essaye de rééquilibrer les positions interlocutoires avec son auditeur.

4. L'emploi des foncteurs et connecteurs logiques au sein du corpus analysé :

Ici, nous proposons l'analyse *des connecteurs logiques* repérés dans le discours produit qui est illustré dans le *Tableau 5*.

Les connecteurs logiques « ET »

- Nous avons trouvé **7 connecteurs logiques « ET »** dans le discours de l'Intervieweur, ce qui représente un pourcentage de 13,21% par rapport aux données produites par ce dernier. Ce fait peut signifier que son discours est bien articulé et que ses actes de langage suivent une coordination discursive. En effet, les connecteurs « *ET* » signalent également la relation de subordination entre les actes directeurs et subordonnés tout en assurant la relation logique entre ceux-ci pour offrir une cohésion discursive.
- Il existe **25 connecteurs logiques « ET »** localisés dans le discours du Médecin A, mais cette somme, représentant une fréquence de 6, 68%, est moins élevée que les autres par rapport aux données de l'Intervieweur. Chez le Médecin A, nous pouvons observer ainsi que les connecteurs logiques indiquent l'énumération des différents faits.

Les connecteurs logiques « OU » :

- Dans le discours du Médecin A, nous avons trouvé **12 connecteurs «OU »**, représentant un total de 3,21% par rapport aux données générées par ce dernier. Le Médecin A présente une tendance à préférer l'utilisation directe plutôt que les disjonctions inclusives, et ce fait peut signifier que dans le monde qu'il se représente, une ou plusieurs alternatives sont envisageables en même temps.
- Dans les données de l'Intervieweur nous avons repéré **4 disjonctives « OU »**. Alors, nous pouvons considérer qu'il utilise relativement peu les marqueurs de disjonction, qui ont pour fonction d'envisager une alternative entre deux idées représentées. Trois d'entre eux étant des disjonctives exclusives notent un choix au sens de soit l'un soit l'autre. Une seule disjonction est inclusive : le choix de l'un ou de plusieurs objets nommés dans son énoncé.

Les connecteurs logiques « SI » :

- Il existe **11** conditionnels « SI » dans les données du Médecin A, soit 2,94% par rapport à la totalité des données. Ce résultat signifie que le Médecin A utilise très peu le conditionnel durant son discours. Les conditionnels se trouvent devant un verbe exprimé au temps présent. De par ce fait, on peut considérer que par l'usage des conditionnels le Médecin A explique certaines hypothèses envisagées par rapport à certains événements futurs, ou bien qu'il exprime son attitude quasi-certaine par rapport aux faits divers dans son présent. Compte tenu du fait que les conditionnels « SI » sont très peu présents dans son discours, nous pouvons considérer que les paroles du sujet sont plutôt ancrées dans le présent et le passé, ainsi qu'il présente les faits qui construisent son monde avec une conviction marquée.
- Dans le discours de l'Interviewer, nous avons observé un seul conditionnel « SI » ; nous dirons que ce résultat n'a pas trop de relevance sur le discours.

5. L'emploi des connecteurs interactifs au sein du corpus analysé :

Cette partie est consacrée à l'interprétation des données concernant les résultats figurant dans le *Tableau 6. Résultats du décompte et fréquence d'occurrence des connecteurs interactifs présents dans l'entretien analysé.*

Les connecteurs Argumentatifs CG :

- Nous avons repéré **29** « CG » dans les données du Médecin A. Cette somme représente 7,75% de la totalité des énoncés du sujet. Les connecteurs « CG » tels que : « *parce que, d'ailleurs, puisque, car, comme* » désignent globalement les justifications et argumentations de certaines idées relatées par le Médecin A. L'emploi de ce type de connecteurs sert à expliquer les causes et les effets entre les faits présentés dans son discours. Le Médecin A souhaitait argumenter la relation logique de ses décisions prises dans le passé par rapport aux circonstances rencontrées par lui. D'ailleurs la présence des « CG » contribue à l'enchaînement de plusieurs actes de langage et ainsi ceux-ci marquent la subordination de l'énoncé au précédent. On peut constater que les connecteurs *Argumentatifs* sont moyennement utilisés par le Médecin A. Tous ces connecteurs *Argumentatifs* indiquent la prise de position du Médecin A en exprimant son attitude face aux événements relatés.
- Concernant le discours de l'Interviewer, nous pouvons noter l'absence de « CG » durant l'entretien.

Les connecteurs Consécutifs CC :

- Il existe **30** « CC » observés dans les données du Médecin A, soit 8,02% en fréquence d'occurrence. Les « CC » indiquent la production des inférences, des conclusions pendant le déroulement de l'entretien par le Médecin A. Les *connecteurs consécutifs*

tels que « *donc, par conséquent, alors* » se situent dans une intervention directrice et indiquent la relation hiérarchique avec un énoncé précédent ou suivant. On peut noter également que l'emploi des connecteurs « *donc* » par le Médecin A met en évidence l'acquisition d'un raisonnement imprégné par la logique. Après une analyse plus attentive, nous avons constaté qu'il raisonne généralement sur la base d'une logique déductive. Il part des prémisses précédentes pour aboutir à des conclusions. Ainsi, en raisonnant pendant l'entretien, il établit une relation de cause à effet entre les événements du passé relatés par lui-même. Parfois les connecteurs « *donc* » étaient employés pour mieux se focaliser sur le sujet, après un éloignement progressif. Les connecteurs « *alors, donc* » peuvent présenter une succession temporelle entre les événements racontés par le Médecin M, par exemple : « *et donc j'ai présenté deux trois épisodes en l'espace d'un an* »

Parfois aussi, l'emploi de « *alors* » se présente comme le marqueur du déroulement du discours « *Alors le dernier événement de santé...que j'ai eu* ».

- Dans le discours de l'Intervieweur, nous avons trouvé la présence de **3** « *CC* », soit 5,66% des données totales. La production de ces trois « *CC* », sont les résultats des inférences réalisées par l'Intervieweur. Les interprétations sont dues à des calculs des implications et des états internes de son interlocuteur.

Les connecteurs Contre-argumentatifs CT :

- Il existe **31** connecteurs *contre-argumentatifs* observés dans les données du Médecin A, cette somme représentant 8,29% en termes de fréquence. Il est à noter également que la fréquence des « *CT* » est la plus élevée par rapport celle des autres connecteurs interactifs. Les connecteurs « *CT* » tels que « *mais, par contre, quand-même, toutefois* » ont pour fonction de présenter une relation opposante entre deux arguments, c'est-à-dire que le Médecin A expose des arguments, puis il cherche toute de suite des contre-arguments pour annuler ou rejeter les arguments précédents. Les « *CT* » employés par le Médecin A, expriment notamment son attitude d'opposition et de contradiction vis-à-vis de certains éléments exposés dans ses énoncés. En faisant souvent des mouvements d'aller-retour entre ses énoncés, il préfère par conséquent invalider la véracité des quelques arguments formulés précédemment.
- Nous avons découvert **1** seul connecteur *contre-argumentatif* dans les données de l'Intervieweur représentant 1,89% par rapport aux totalités des énoncés émis par lui. Cette contradiction signale la contrariété et l'incompréhension de l'Intervieweur par rapport à l'assertion exprimée précédemment par le Médecin A. Du point de vue pragmatique, nous pouvons considérer que le dernier énoncé du Médecin A ne remplit pas les conditions de sa réussite, vu que dans cet énoncé il ne répond pas à la question qui lui a été posée, et laisse en suspens la véracité du contenu ainsi asserté. C'est pour cela que l'Intervieweur reformule la requête avec une attitude contrariée.

Les connecteurs Réévaluatifs CV :

- Il existe 9 connecteurs *réévaluatifs* dans les données du Médecin A, soit 2,41% de la totalité de ses énoncés. Tous les « CV » employés par ce dernier sont présents sous la forme du connecteur « *enfin* », et correspondent à un raisonnement reformulatif, ré-interprétatif. C'est-à-dire que pendant le déroulement de la conversation, le Médecin A, à un moment donné, exécute un mouvement de repositionnement. En exposant ses propos, il redistribue les valeurs données à la signification de certains contenus propositionnels. Ce mouvement réévaluatif lui permet de synthétiser, et éventuellement de changer les valeurs exprimées par des actes illocutoires. Etant donné que ces connecteurs sont peu utilisés par le Médecin A, nous pouvons percevoir que l'application de ce type de procédure est rarement utilisée par ce dernier.
- Dans les données de l'Intervieweur, nous n'avons trouvés aucun connecteur *réévaluatif*.

6. L'emploi des modalités au sein du corpus analysé

Ici, nous proposons d'étudier l'apparition et la signification des *modalisateurs* dans le discours analysé. Les résultats sont illustrés dans le *Tableau 7*.

Les modalités ontiques :

« Peut-être » :

- Nous avons repéré 6 « *peut-être* » dans le discours du Médecin A, soit 1,60% de la totalité. La présence de la modalité *ontique* « *peut-être* » vient exprimer la possibilité de l'existence d'un fait dans le monde présent réel du sujet, ou la production d'un événement potentiel dans un futur subjectif. Ces « *peut-être* » expriment ainsi le caractère incertain de certains faits envisagés par le Médecin A, et encore la possibilité qu'une action se soit produite, ou qu'elle se produira dans le futur. Voici deux exemples exprimant l'incertitude et la possibilité des faits envisagés, sélectionnés dans le discours du locuteur « *Ça va peut-être être un peu contradictoire* », « *peut être un petit peu moins pour soi-même.* »

« Pouvoir » :

- Il y a 14 modalités *ontiques* « *pouvoir* », observées dans les données du Médecin A, cette somme représentant 3,74% en termes de fréquence d'occurrence. Ces modalités expriment le caractère de permission que contiennent les arguments exposés. Les « *pouvoir* » employés par le Médecin A signifient pour lui la possibilité de production de certains événements, et également le fait que ses capacités personnelles rendent possible l'accomplissement de certaines actions. Il exprime ainsi ses capacités mobilisées dans certaines situations.

Dans l'énoncé M315 « *on peut être mal à l'aise* », il évoque la possibilité de se sentir gêné dans les situations qui demandent la prise en charge d'un confrère. L'introduction de « on » au lieu de « je » peut signifier soit une expérience commune partagée avec les collègues, soit la neutralisation de la responsabilité personnelle.

Les modalités déontiques :

« Devoir » :

- D'après l'analyse, nous avons observé que la modalité *déontique* « *devoir* » est absente dans les données du Médecin A ainsi que dans celle de l'Intervieweur.

« Il faut que » :

- Il existe **6** modalités *déontiques* « *il faut que* » observées dans les données du Médecin A, et aucune dans le discours de l'Intervieweur. La modalité « *il faut que* » engendre la *valeur déontique* d'obligation morale exprimée par le Médecin A. Nous pouvons penser que le sujet disposant de certaines normes morales, pressent ses tendances à considérer certaines actions comme étant des obligations, et qu'il sera obligé de fait de les accomplir. Dans son monde, il existe des situations bien représentées qui nécessitent la mobilisation de ses valeurs déontiques. Les énoncés porteurs des valeurs *déontiques* expliquent des contenus sémantiques relatifs à la nécessité de faire des examens médicaux et ainsi d'utiliser les connaissances médicales dans leur contexte.

La différence entre ces deux modalités *déontiques* « *devoir* » et « *il faut que* » s'appuie plutôt sur le degré d'intensité de ces deux obligations morales, car tantôt la valeur sémantique du premier signifie une tâche à accomplir, tantôt le deuxième démontre une nécessité impérieuse.

Les modalités épistémiques :

Penser que :

- Il existe **11** modalités *épistémiques* « *penser que* » observées dans les données discursives du Médecin A, soit 2,94% en fréquence d'occurrence. Les modalités *épistémiques* « *penser que* » se trouvent dans les contenus sémantiques par lesquels le Médecin A décrit son activité de raisonnement avec une opération de réflexion par rapport à certains objets du monde. Ces modalités sont l'expression de son opinion personnelle concernant les faits relatés. Les verbes « *penser que* » ont pour fonction de diminuer la valeur de vérité que peuvent impliquer les énoncés du locuteur. Le Médecin A expose son opinion concernant le fait qu'il pense être acteur de sa santé ; on peut par conséquent considérer qu'il s'estime être « *assez objectif* » concernant l'interprétation de ses symptômes. De là l'idée que nous pouvons voir les idées par lesquelles son esprit est préoccupé.
- Dans les données de l'Intervieweur, nous pouvons repérer **6** modalités « *épistémiques* », comme « *penser que* ». Vu les données, nous pouvons supposer que l'Intervieweur avait employé les verbes « *penser que* » dans le but de mobiliser les opinions, les attitudes cognitives du Médecin A.

Savoir :

- Il existe **10** modalités « *savoir* » dans les données discursives du Médecin A. L'usage de verbe « *savoir* » nous renseigne sur les connaissances acquises du sujet. Les contenus sémantiques exprimés par le verbe « *savoir* » indiquent des connaissances techniques ou plus générales acquises par le locuteur. La modalité « *savoir* » contient un degré de certitude fort, le locuteur exprimant ainsi sa croyance en la vérité du contenu sémantique exprimé, hormis le verbe « *penser que* », qui expose une opinion marquée par un degré de certitude plus faible. D'une manière générale, les modalités « *savoir* » et « *penser que* » révèlent l'attitude intellectuelle du locuteur, mobilisée envers les représentations exprimées dans les contenus sémantiques.

Croire :

- Il existe **1** seule modalité épistémique « *croire* » dans les données discursives du Médecin A. Généralement, le verbe « *croire* » relève les croyances du locuteur associé au contenu propositionnel exposé. Étant donné que le verbe *croire* n'est apparu qu'une seule fois dans le corpus, nous pouvons avancer l'hypothèse que le Médecin A, évite d'argumenter en se basant sur ses intuitions. Par conséquent, le raisonnement discursif du sujet, s'appuie sur des opérations mentales en évoquant des opinions personnelles émergeant par des connaissances acquises.

Les modalités intentionnelles :

Vouloir :

- Nous avons repéré **5** modalités intentionnelles « *vouloir* », cette somme représentant 11,32% par rapport à la totalité des données discursives du Médecin A. Le verbe *vouloir* signale l'attitude intentionnelle du sujet, vis-à-vis de certains objets du monde. Il affirme ainsi le fait qu'un médecin « *c'est jamais un patient comme les autres... à cause... de son bagage technique... tout ce qu'on veut* », tout est bien exposé ici, l'attitude intentionnelle du sujet. L'emploi de la polyphonie « on » peut signifier le désir partagé par la collectivité des médecins ou bien la recherche d'une attitude de neutralité pour expliquer qu'il ne veut pas être un patient « *comme les autres* » dans une situation de maladie. Cette volonté est argumentée par le rappel de la différence des connaissances techniques dont il dispose dans le domaine.

7. La fréquence des négations au sein du corpus analysé :

- Les résultats sont présentés dans le *Tableau 8*.

Nous avons repéré **86** négations dans les données discursives du Médecin A, cette somme représentant 23,00% de la totalité discursive. Cette donnée est remarquable par le fait que cela représente presque un tiers des données discursives du Médecin A. La négation linguistique consiste en la manifestation d'un mécanisme de réfutation du locuteur. Notons également que la négation peut nier le prédicat (l'action de l'actant) ainsi que les contenus sémantiques, les arguments de l'énoncé (87). Dans cette optique, nous pouvons imaginer que la négation du prédicat vise à annuler les actions si le verbe est factif ou rejeter certaines représentations de l'état d'esprit du locuteur si le prédicat est psychologique ou statif. La présence de la négation peut signifier que le locuteur avait construit deux représentations des objets du monde qu'il met dans une relation d'opposition pour leur accorder une valeur de vérité opposée. Dans l'énoncé M229 « *je pense pas que je les majore non (les symptômes)* », que nous pouvons décrire ainsi : ne pas penser à ne pas majorer les symptômes, le sujet faisant une double négation annule la représentation de l'action niée, puis il affirme en M327 qu'« *il y a un côté que même si c'est pas très objectif* », c'est-à-dire avoir un côté qui n'est pas très objectif, mais qui n'est pas forcément subjectif non plus.

L'emploi des négations consiste à créer deux ou plusieurs représentations concernant les objets de son monde pour les mettre dans une relation de contradiction ou de contrariété.

La fréquence de 23,00% de la négation dans le discours du Médecin A peut signaler une tendance relativement présente à dénier la signification sémantique du contenu propositionnel.

8. La fréquence d'occurrence des Questions-Réponses au sein du corpus analysé :

Ici nous proposons d'étudier les résultats de l'analyse des différents types des questions et réponses dans les données discursives qui sont illustrées dans le *Tableau 9*.

Les Questions propositionnelles en « oui-non » QO :

- Il existe **26 QO** au sein du corpus analysé formulées par l'Intervieweur, soit 49.06%.

Les *Questions propositionnelles en « oui-non »* ont le but *illocutoire* d'amener l'interlocuteur à répondre au contenu propositionnel en des termes affirmatifs ou infirmatifs, c'est-à-dire que le locuteur établit la limite du nombre de réponses de son interlocuteur. En posant des requêtes fermées, le locuteur attend des réponses en termes de *oui* ou *non*.

- Il existe **1** seule QO dans les données du Médecin A.

Les Questions propositionnelles disjonctives QP :

- Il existe **8 QP** dans les données discursives de l'Intervieweur, soit 15.09% du total. Les *Questions propositionnelles disjonctives*, ont pour fonction d'amener l'interlocuteur à faire le choix de l'un des deux arguments formulés dans la question. L'Intervieweur amène le Médecin A à faire un choix proposé par le contenu sémantique de la question. Ce type de question a un rôle limitatif en imposant au locuteur le cadre épistémique que lui fournit l'information.

Les Questions catégorielles QWh :

- Il existe **12 QWh** dans les données discursives de l'Intervieweur, cette somme représentant 22,64% de la totalité de ses données. Les questions *catégorielles* sont des questions Wh (qui désignent en anglais des catégories telles que who- qui, when – quand, what- quoi) (97). Les questions catégorielles se focalisent sur des contenus épistémiques ou des unités sémantiques pour investiguer les représentations de l'interlocuteur.

Les Réponses en « oui-non » RO :

- Il existe **173** réponses de type « oui-non », repérées dans les données discursives du Médecin A, qui représentent 46,26% de la totalité de ses réponses. Ce type de réponse fait suite à des *Questions propositionnelles en « oui-non »*.

Les Réponses propositionnelles RP :

- Nous avons observé **77** réponses *propositionnelles*, soit 20,59% dans les données discursives du Médecin A. Ce sont des réponses disjonctives, le sujet faisant le choix entre les arguments proposés par l'Intervieweur dans sa requête d'information.

Les Réponses catégorielles RWh :

- Il existe **116** réponses catégorielles, soit 31,02%, observées dans les données discursives du Médecin A.

9. L'interprétation des résultats relatifs à la fréquence d'occurrence des éléments de la fonction dans la conversation :

Ici nous proposons d'interpréter les données de chaque élément du *Tableau 10*.

Réponse information : REP/ Information :

- Nous avons observé **127 REP/ Information** dans les données discursives du Médecin A, soit 33,96% en fréquence d'occurrence. Les *REP/ Information* sont les réponses qui sont liées directement à la requête d'information de l'Intervieweur. Au niveau pragmatique, les réponses sont regardées d'un point de vue « vrai ou faux ».

Complément de réponse :

- Il existe **160 Compléments de réponse** dans les données discursives du Médecin A, soit 42,78% en fréquence d'occurrence. Les *Compléments de réponse* se manifestent par des détails informationnels donnés par le Médecin A, à la suite d'une requête d'information. Ce sont souvent des contenus sémantiques dérivés qui ne sont pas forcément en relation directe avec le contenu sémantique de l'enquête durant l'entretien.

Justification :

- Il existe **27 Justifications** dans les données discursives du Médecin A, qui représentent 7,21% en fréquence d'occurrence. Les *Justifications* désignent l'explication de certains actes relatés ; le locuteur argumentant sur la justesse des arguments propositionnels. La fonction discursive des *justifications* est d'expliquer la relation propositionnelle, c'est-à-dire de relier les contenu des énoncés entre eux ou les contenus avec la *force illocutoire*, en expliquant ainsi la cause et les effets de la manifestation de ces contenus dans le monde du sujet.

Opposition :

- Nous avons observé **28 Oppositions** dans les données discursives du Médecin A, soit en fréquence d'occurrence 7,48%. L'*opposition* est présente dans les énoncés où le Médecin A rejette la valeur argumentative du contenu sémantique, ou oppose deux unités sémantiques pour refuser l'une des deux.

Conclusion :

- Nous avons repéré **24 Conclusions** dans les données discursives du Médecin A, cette somme représentant 6.42% en fréquence d'occurrence. Ces *conclusions* dont l'apparition se fait souvent au milieu des échanges, peuvent être interprétées comme les inférences portant les contenus sémantiques du sujet.

Requête d'information :

- Il existe **46 Requêtes d'informations** produites par l'Intervieweur, cette somme représentant 86,79% en fréquence d'occurrence. Les requêtes d'informations ont la fonction pragmatique de demander une réponse informative à l'interlocuteur d'en face. Ils mobilisent les représentations du Médecin A vis-à-vis de certains objets présentés dans le contenu sémantique des questions. Les questions sont analysées en fonction de leur pertinence.
Du point de vue pragmatique, les questions montrent l'état intentionnel de l'Intervieweur, et plus précisément son désir d'interroger son interlocuteur sur la représentation de certains objets du monde. Ainsi, en posant une question il effectue une tentative de changer le comportement de son interlocuteur.

Interprétation :

- Il existe **1 seule Interprétation** dans les données discursives de l'Intervieweur. En I373, l'Intervieweur produit une inférence concernant les *critères décisionnels* comme le temps, la confiance qui peuvent conduire ou pas à *une consultation auprès des généralistes ou spécialistes*.

Phatique :

- Nous avons repéré **5** *Phatiques* dans les données discursives de l'Intervieweur, cette somme représentant 9,43% en fréquence d'occurrence. La fonction des expressifs *phatiques* est de maintenir l'interaction entre les interlocuteurs et d'assurer à l'interlocuteur que l'attention est maintenue, et ainsi à continuer le flux informationnel. Les expressions de « *oui/ d'accord* » désignent l'intention de coopération entre les interlocuteurs, ce pour maintenir un équilibre relationnel en se basant sur un accord.
- Il existe **1** expression *phatique* dans les données discursives du Médecin A.

Politesse :

- Nous avons observé qu'il existe **1** formule de *Politesse* dans les données discursives de l'Intervieweur, et également **1** seule expression de *Politesse* dans les énoncés du Médecin A. Les formules de *politesse* contribuent à « *valoriser les faces positives* » des interlocuteurs. La notion de *face positive* et *négative*, étaient élaborés par E. Goffman (95). Selon cet auteur, la face négative est assimilée au territoire corporel, temporel des interlocuteurs. La face positive fait référence à l'image personnelle des interlocuteurs. Par conséquent, les expressions de *politesse* vont valoriser l'image personnelle de l'interlocuteur.

10. L'interprétation des résultats concernant les catégories des verbes présentes au sein du corpus :

Ici nous proposons d'interpréter les résultats du *Tableau 11*.

Les catégories verbales :

Les verbes factifs :

- Nous avons observé qu'il existe **211** verbes *factifs* produits par le Médecin A. Cette somme représente 56,42% en fréquence d'occurrence, donc on peut observer que les verbes *factifs* dominent par rapport aux trois autres catégories. Les verbes *factifs* expriment une action liée au contenu sémantique.
- Il existe **18** verbes *factifs* produits par l'Intervieweur (33.96%).

Les verbes statifs :

- Nous avons localisé **89** verbes *statifs* dans les données discursives du Médecin A, cette somme représente 23,80% en fréquence d'occurrence. Les verbes *statifs* expriment l'état interne ou les situations de possession du sujet.
- Il existe **17** verbes *statifs* produits par l'Intervieweur, soit 32,08% en fréquence d'occurrence. Donc, il y a relativement peu de différence entre la fréquence de production des verbes *statifs* et *factifs* chez l'Intervieweur.

Les verbes psychologiques :

- Il existe **14** verbes *psychologiques* dans les données discursives du Médecin A. Les verbes psychologiques expriment des sentiments, des émotions ressenties vis-à-vis de certains objets nommés dans les contenus sémantiques. La représentation de certains objets peut provoquer chez le locuteur trois types de sentiments (98). Donc, nous pouvons énumérer les verbes qui peuvent provoquer des sentiments négatifs, désagréables, les verbes psychologiques positifs et également les verbes psychologiques neutres.
On peut citer quelques verbes positifs trouvés dans les énoncés du Médecin A tels que « *apprécier* », « *se sentir bien* », ainsi que des verbes exprimant des sentiments négatifs tels que « *déraper* », « *gêner* », « *être embêté* ».
- Nous avons trouvé **4** verbes *psychologiques* dans les données discursives de l'Intervieweur, que l'on peut considérer plutôt comme des verbes neutres.

Les verbes déclaratifs :

- Il existe **28** verbes *déclaratifs* dans les données discursives du Médecin A, qui représente 7,49% en fréquence d'occurrence. Les verbes *déclaratifs* sont des verbes *d'opinion*, ils expriment l'attitude du locuteur qui déclare son position vis-à-vis des objets représentés dans les énoncés.
- Il existe **1** seul verbe *déclaratif* dans les données discursives de l'Intervieweur.

Synthèse et conclusion :

Tout d'abord, nous pouvons noter qu'il y a une « bonne entente » relationnelle établie entre l'Intervieweur et le Médecin A, car ce dernier présente des signes de son engagement et de son investissement dans cette enquête. Au total, il a produit **374** énoncés.

Son discours est imprégné par le style *argumentatif*, il argumente plus précisément ses pensées, explique les relations entre les faits, compare souvent deux ou plusieurs idées en les opposant les unes par rapport aux autres pour essayer de convaincre l'Intervieweur. Nous pouvons également observer que le Médecin A a employé en alternance le style narratif et descriptif, et a décrit, expliqué et relaté certains événements ou actions passés à un moment donné.

Les actions relatées sont décrites globalement par l'emploi des verbes *factifs* (56,42%). Donc nous pouvons avancer l'hypothèse que le sujet (*l'actant*), acteur de l'action survenue dans son monde, adopte généralement une position dynamique et active. La fréquence d'apparition des verbes *psychologiques* (3,74%) peut signifier une certaine inhibition concernant le partage des sentiments intimes liés aux représentations des objets relatés.

Le Médecin A présente une tendance à produire un discours scientifique, qui s'appuie sur le raisonnement et la préférence à produire des opérations cognitives. L'attitude envers les représentations présentées dans les énoncés se présente comme étant plutôt déclinée vers une attitude épistémique, la présentation des opinions, et des appréhensions (5,88 % des modalités *épistémiques*). Ainsi l'attitude du Médecin A se manifeste-t-elle par la présence des modalités *ontiques* (5,35%), qui expriment la représentation dans un continuum temporel de la possibilité qu'un fait se soit produit, ou qu'il puisse se produire ainsi que la permission et la

capacité à produire telle ou telle action. En effet, les modalités dominantes prennent la forme suivante : *pouvoir- penser que*. Le raisonnement cognitif du sujet est dominé par la permission accordée à faire les choses. Dans son monde, évoqué durant l'entretien, le sujet entretient une relation basée sur la pensée opératoire avec les objets qui forment son monde. Dans cette relation, instaurée avec les composants du monde, c'est la dimension de la possibilité ou de l'impossibilité qui domine. Le sujet essaye d'agir sans se laisser influencer par les contraintes déontiques et morales, qui peuvent être pesantes sur la dimension psychique.

La fréquence peu élevée des verbes *psychologiques* est contrastée par le langage paraverbal, la manifestation des expressions faciales, qui mettent en évidence une certaine gêne et des mécanismes d'évitement relatifs à des contenus sémantiques évoqués lors l'entretien. L'usage des modalités de *négations* dans une proportion relativement importante met en évidence le recours à des mécanismes de refoulement.

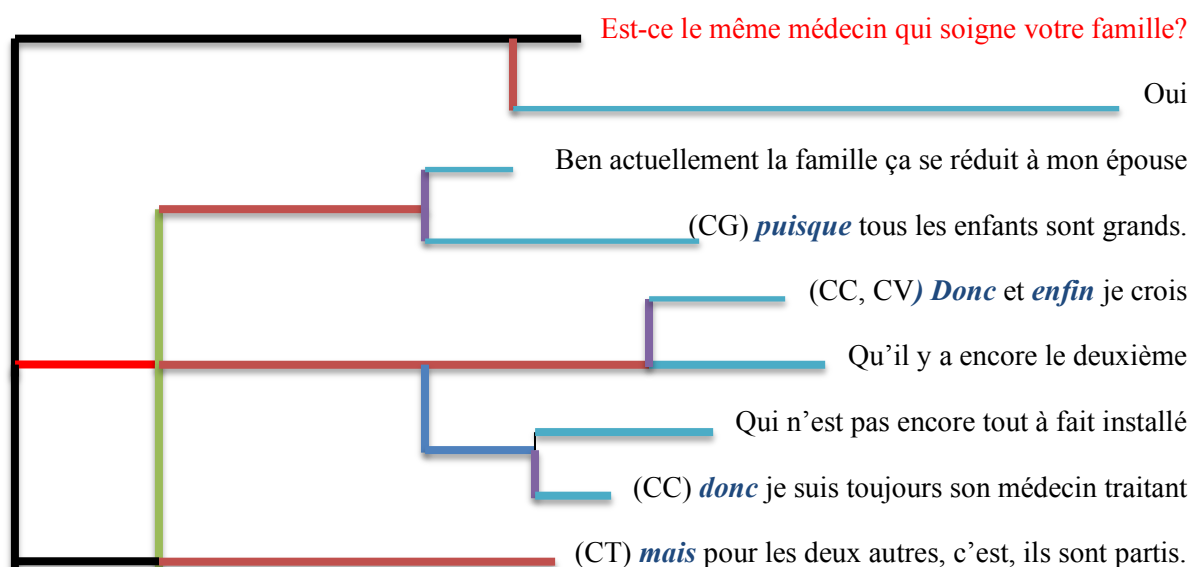
Le Médecin A présente souvent deux concepts différents ou opposés pour évoquer la possibilité de leur existence ; il valide ensuite l'un des deux afin d'annuler, de rejeter l'autre. Il construit donc deux mondes possibles, mais il choisit selon ses préférences de faire partie seulement de l'un d'entre eux, qui devient pour lui son monde réel.

D'après les résultats, il ressort que le Médecin A dispose d'un discours bien articulé en établissant une cohérence discursive. La production des connecteurs d'addition et de coordination « *et* », confèrent une bonne organisation textuelle, ainsi qu'une bonne succession thématique dans le déroulement temporel. La production des connecteurs *consécutifs* par le sujet, contribue à la réalisation des relations logiques entre les arguments et à expliquer les conséquences de tels événements. Le connecteur *donc* suppose la vérité d'un contenu et désigne un raisonnement de logique argumentative de la part du sujet.

La fréquence très élevée des verbes au temps présent (72,87%) nous rappelle que le sujet se focalise sur la réalité d'ici et maintenant de l'espace personnel.

3 Analyse de quelques échanges riches en connecteurs interactifs

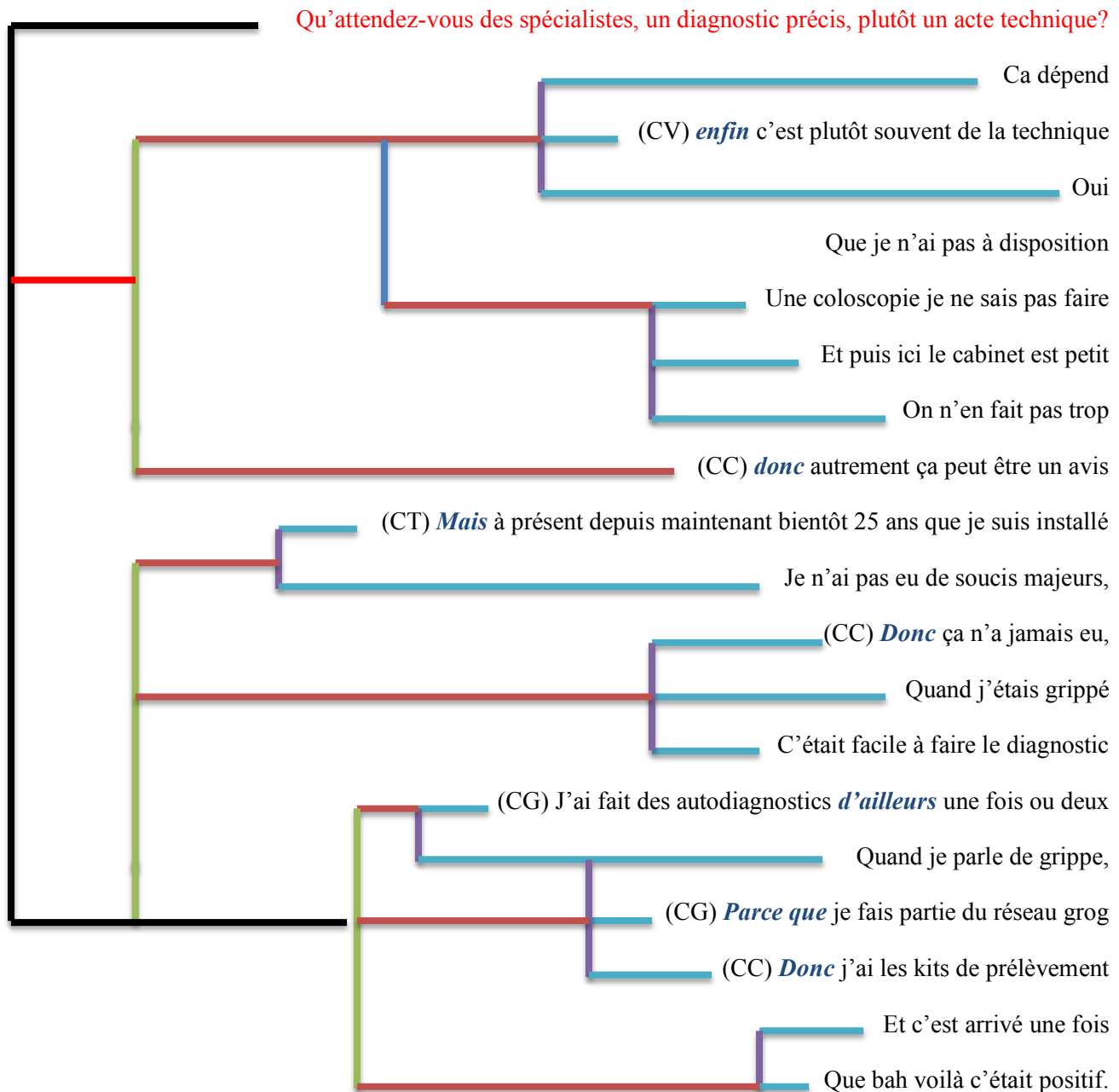
Schème 1



Le Schème 1, est un échange entre le Médecin A et l'Interviewer. On peut remarquer la présence de plusieurs connecteurs interactifs, dont un connecteur argumentatif, deux connecteurs consécutifs, un connecteur réévaluatif et un connecteur contre-argumentatif.

La requête de l'Interviewer est une question propositionnelle en O/N à laquelle le Médecin A répond directement par une réponse affirmative. Ensuite il continue de relater le fait que sa famille se réduise, en argumentant le fait que ses enfants soient grands. Puis il place un connecteur consécutif et un autre réévaluatif, qui se suivent de façon assez maladroite pour expliquer une exception relative à son deuxième fils. En effet, ce dernier est grand et rentre dans les critères de son explication, mais une raison complémentaire « il n'est pas encore tout à fait installé » vient s'ajouter pour arriver à la conclusion qu'il est toujours son médecin traitant. Cette dernière conclusion est par ailleurs apportée par un second connecteur consécutif.

Le dernier énoncé commence avec un connecteur contre-argumentatif qui apporte une opposition incomplète, pour finir l'intervention en expliquant que ses enfants sont partis.



Le Schème 2 est un échange riche en connecteurs interactifs. L'échange commence avec une question propositionnelle disjonctive (QP). On peut voir que le Médecin A ne répond pas directement, mais émet une réserve face à la question mais il réévalue presque immédiatement sa réserve de départ avec l'aide d'un connecteur réévaluatif pour préciser qu'il attend souvent les interventions techniques. Ensuite il explique pourquoi il attend plutôt l'acte technique, en précisant qu'il n'a pas suffisamment de moyens, et de place.

Ensuite, par un connecteur consécutif il conclut par une alternative qui explique en partie sa réserve dans son premier énoncé.

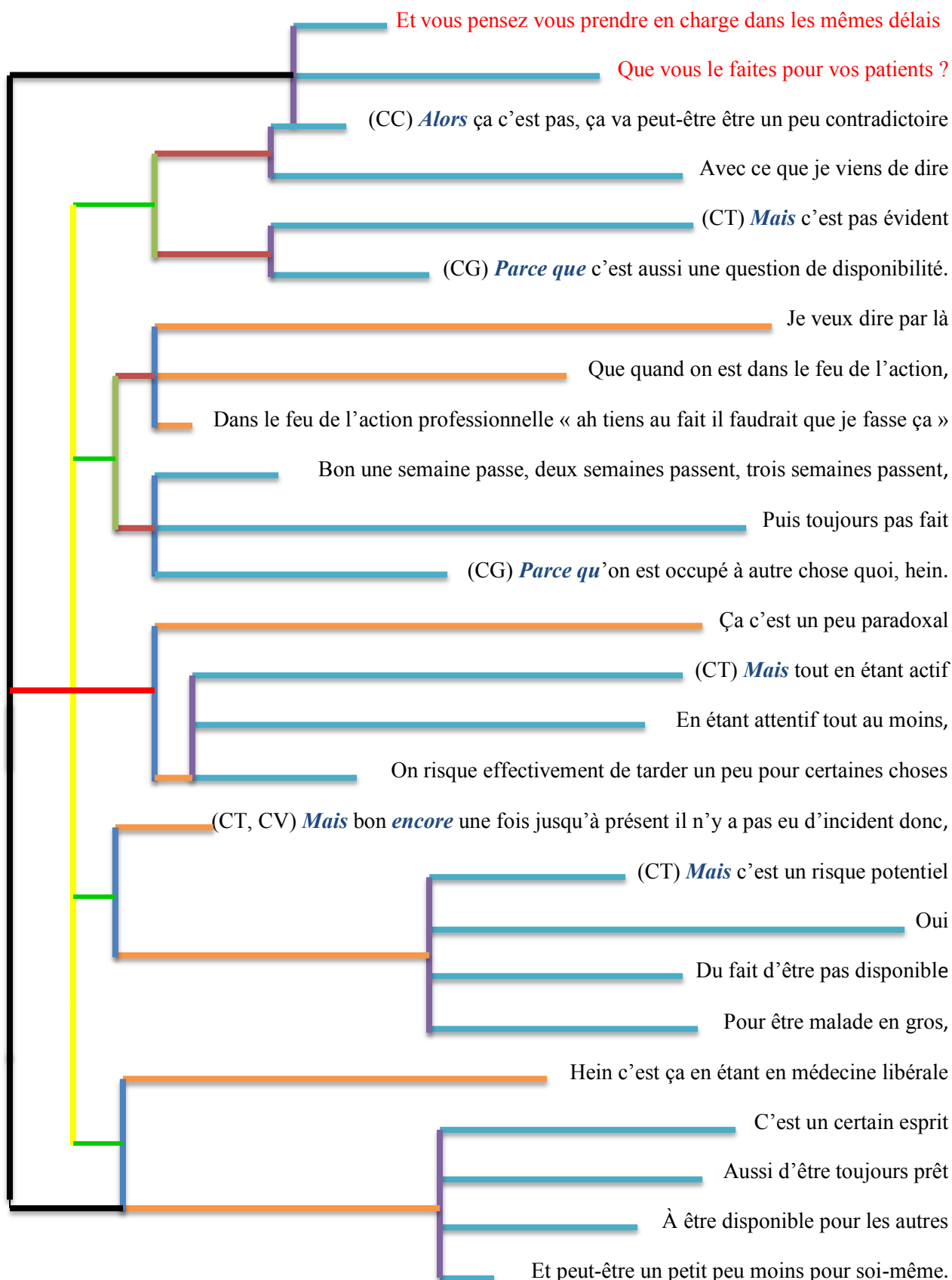
Il démarre son énoncé avec un connecteur contre-argumentatif qui marque une opposition immédiate superflue car il fait plus référence à son passé, à ce qu'il a vécu pour préparer une opposition ultérieure. Il explique qu'il n'a pas eu de problème de santé majeur « soucis majeurs » ; cet énoncé est en référence directe avec le précédent.

L'énoncé suivant comporte un connecteur consécutif par lequel il exprime une conséquence inconnue, car l'énoncé est incomplet. Il bascule sur une autre circonstance n'ayant pas grand-chose à voir avec le commencement de conséquence de l'énoncé du dessus, mais qui reste néanmoins reliée au précédent énoncé de par ses hésitations.

Puis il y a un connecteur argumentatif, par lequel il argumente les motifs de son autodiagnostic, à savoir la grippe. Ensuite il justifie par un connecteur argumentatif, son autodiagnostic en donnant une précision par rapport à son appartenance au « réseau grog », qui lui donne accès à du matériel de « prélèvement » ; chose qu'il introduit par la présence d'un connecteur consécutif qui présente les choses sous forme de conclusion.

Les deux derniers énoncés présentent de façon liée une possibilité de résultat positif.

Schème 3



Le Schème 3 est un échange complexe entre le Médecin A et l'Interviewer. L'intervention directive de l'Interviewer est une question propositionnelle en O/N qui attend une réponse affirmative ou négative concernant les croyances du Médecin A à propos de l'égalité des modalités de prise en charge.

Le premier élément de réponse commence avec un connecteur consécutif « alors », qui pose et prépare une éventuelle interprétation des énoncés suivants. Le connecteur contre-argumentatif articule l'opposition et son ambivalence vis-à-vis de la question, qui pourrait ainsi cacher une hésitation sur les éléments de réponse à venir. Le connecteur argumentatif qui suit marque une justification partielle en posant selon le Médecin A une condition essentielle à apporter à sa réponse, qui sera la disponibilité.

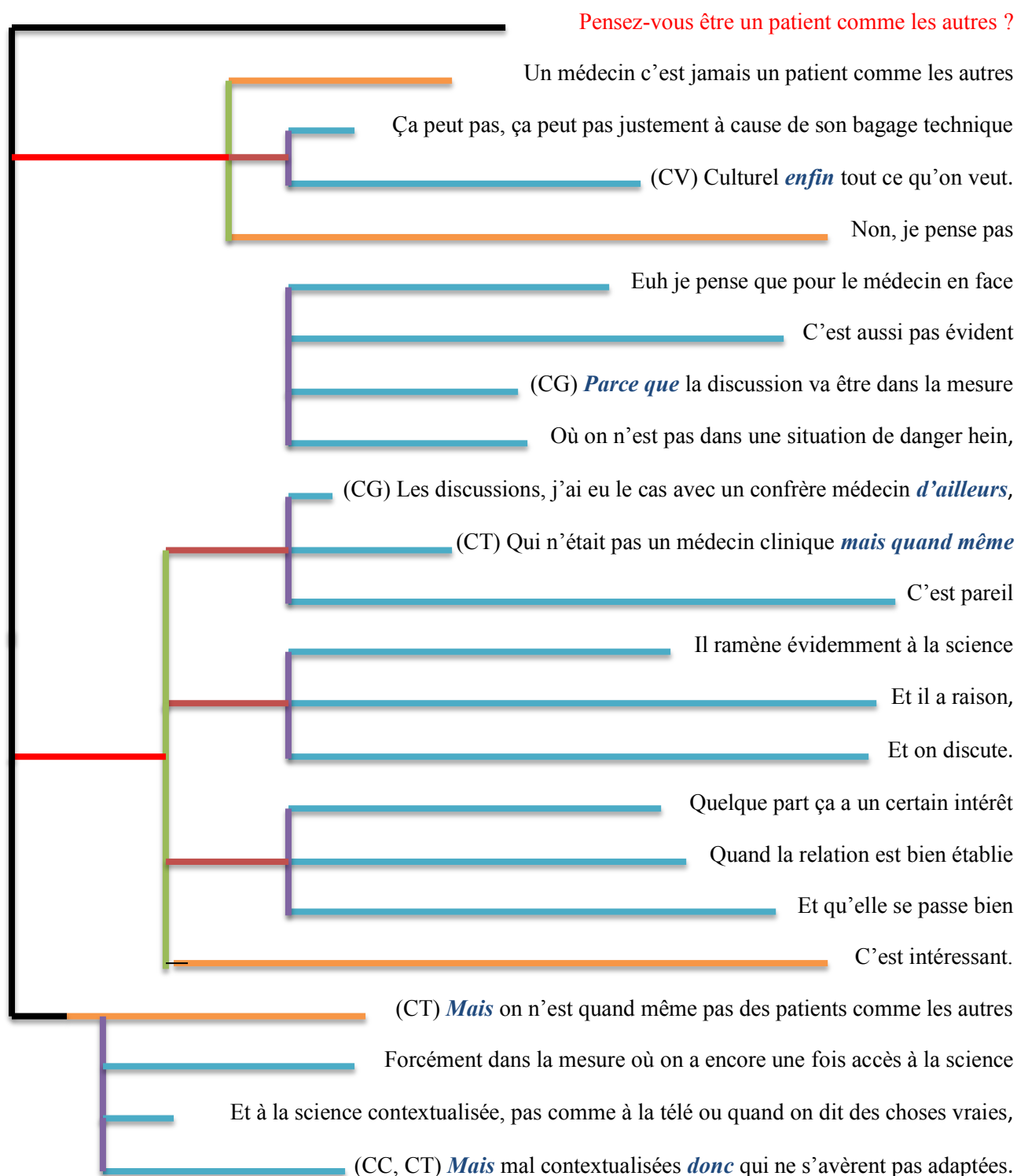
Il commence ensuite à développer son sujet, car pour lui être disponible signifie devoir être « dans le feu de l'action » au cours de laquelle on va devoir prendre une ou plusieurs décisions et s'appliquer à les mettre en pratique sans les repousser. Néanmoins, le fait d'être disponible pour les autres, être dans « le feu de l'action » implique souvent un « risque potentiel » de faire tarder les choses relatives à soi-même. Il justifie cet état de fait avec l'introduction d'un connecteur argumentatif venant dans la dernière partie de son raisonnement, reprenant le fait que « l'on est occupé à autre chose », cet argument étant censé se suffire à lui-même.

Il reprend la notion de paradoxe, pour cette fois expliquer le fait que tout en « étant actif » il ne peut toutefois pas exécuter certaines actions relatives à lui-même, qu'il souhaiterait entreprendre. Le connecteur contre-argumentatif qu'il utilise est là pour marquer une faible notion d'opposition avec les notions précédentes.

La présence des connecteurs contre-argumentatif et réévaluatif marque l'attitude d'opposition et de réévaluation entre les risques potentiels de faire tarder les choses qui impliquent le risque d'une maladie potentielle ainsi que la réévaluation de l'absence d'événements de santé majeurs.

Il reprend la notion « de risques potentiels » afin de constater que les médecins libéraux n'ont pas « de temps » en quantité suffisante à s'accorder pour soi-même, ce qui implique la possibilité d'une maladie.

Il aborde le thème de la mentalité générale de la médecine libérale, qui selon lui voudrait que l'on soit plus disponible pour ses patients et fatalement moins pour soi-même.



Le schème 4 est un échange entre l'interviewer et le médecin A. L'interviewer commence l'échange avec une intervention directive qui interroge la représentation qu'a le médecin A sur le fait d'être patient malgré son statut de médecin généraliste. Cette question tourne autour de la comparaison entre ces deux statuts, leur compatibilité et la vision que peut en avoir l'interviewé. C'est une question propositionnelle de type O/N.

La première partie de la réponse du médecin répond de manière directe à la question posée en fixant une idée de base sur son raisonnement, le tout en reprenant la comparaison faite dans la question, et en y affirmant un principe selon lequel « un médecin n'est jamais un patient comme les autres. ». Cette conception est soulignée et réaffirmée dans le quatrième énoncé.

Les deuxième et troisième énoncés sont une forme subordonnée d'explication de ce raisonnement, que le quatrième vient clore en réaffirmant la pensée première du médecin A. On soulignera la présence d'un connecteur réévaluatif dans le troisième énoncé, qui conclut vaguement les raisons pour lesquelles, selon le médecin, une différence existe entre ces deux statuts.

A partir du cinquième énoncé, le médecin A fait un aparté en se positionnant à la place d'un médecin qui ferait face à ce genre de patient, sans toutefois préciser qu'il se met à sa place. Il dit que cette situation est loin d'être évidente, peut-être même déroutante, puis il argumente à l'aide d'un connecteur argumentatif, parce que ce type de situation particulière, dans sa vision, ne représente pas un danger, sans toutefois que l'on sache exactement de quel danger il peut bien parler.

On peut présupposer qu'en faisant référence aux discussions qu'il peut avoir avec ses confrères, il représente indirectement une situation de prise en charge d'un patient ayant un statut de médecin, voire un confrère. Le principal obstacle dans son esprit reste d'imaginer la prise en charge d'un confrère impliquant un type de relation médecin-patient, qui ne serait pas ouvertement possible.

Un connecteur argumentatif est présent dans le neuvième énoncé pour exposer un cas réel auquel il a visiblement déjà été confronté. Un connecteur contre-argumentatif est présent dans l'énoncé immédiatement après comme pour faire le contraste entre médecin et médecin clinique, car affirme tout de suite après qu'en fait, pour lui ces deux statuts ont la même valeur.

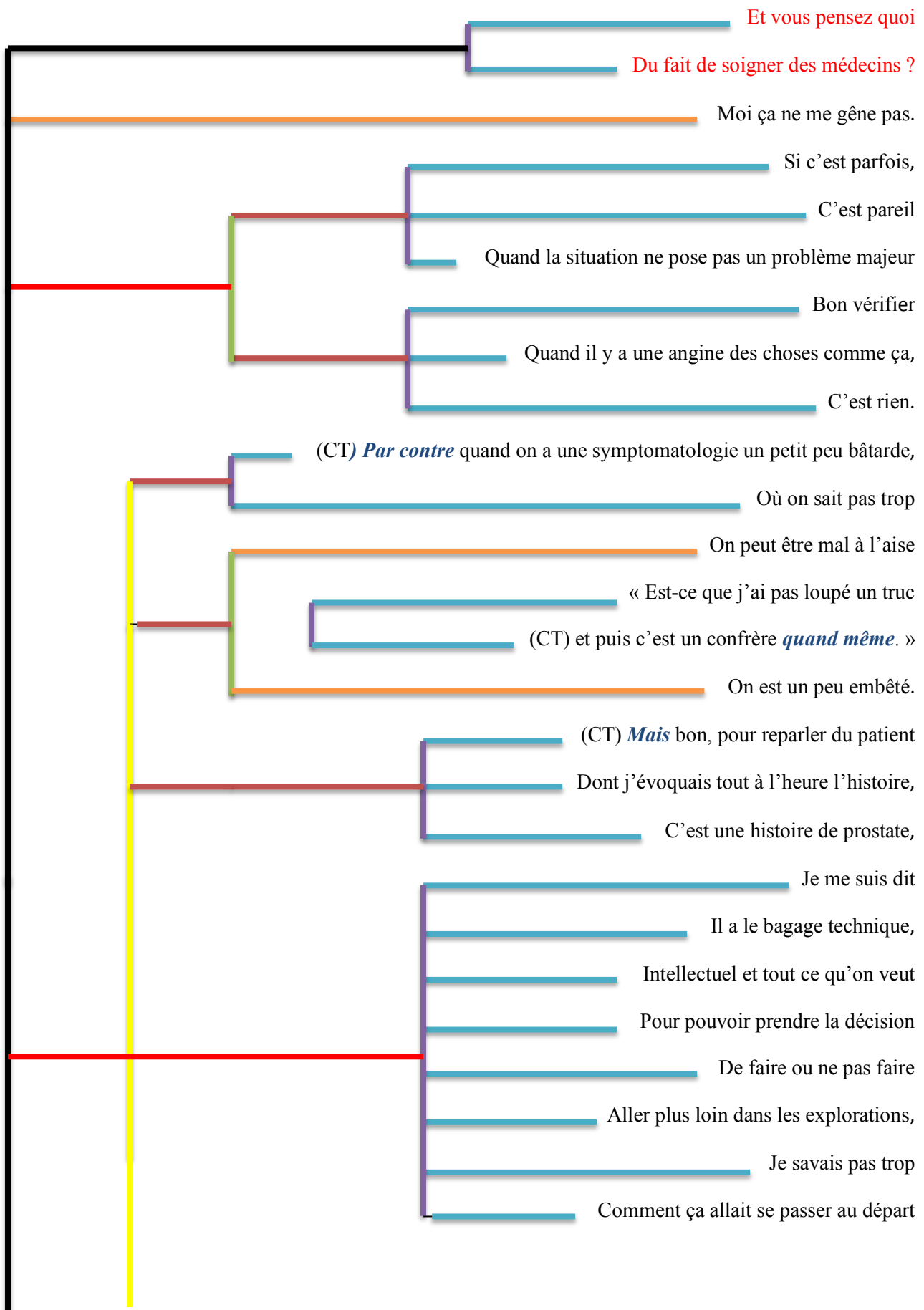
Dans le douzième énoncé, il exprime les valeurs associées au statut de médecin, qui impliquent un retour aux connaissances scientifiques, que les deux médecins ont en commun, qui font la différence entre le statut de médecin et celui de patient. On pourrait dire que l'accès à la connaissance est une prémisses pour établir une bonne entente relationnelle et professionnelle, qui reste basée sur la véracité de la science, qui donne donc raison à celui qui la connaît, et du fait d'un discours commun, fait entamer une conversation sur ce même thème.

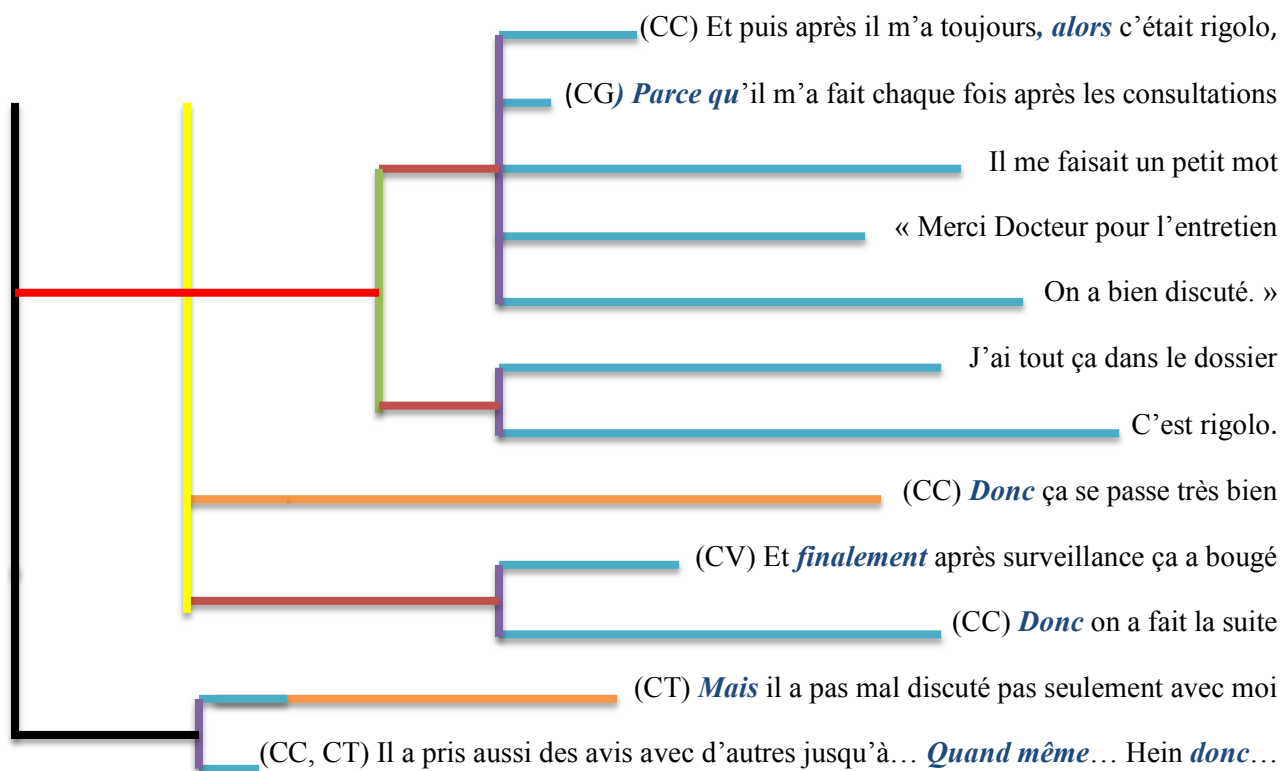
Le quinzième énoncé reprend la thématique de la relation établie avec un confrère patient. Le médecin A met en évidence l'importance d'une relation bien établie entre son confrère patient

et lui-même. Ce type de relation implique le bon déroulement de l'échange. Les circonstances énumérées avant rendent le tout intéressant.

Un connecteur contre-argumentatif, entamant le dix-neuvième énoncé, marque une opposition en rapport avec le début de son raisonnement, c'est-à-dire la cohabitation des statuts de patient et de médecin, ce qui rend les patients médecins « pas comme les autres ». Il est intéressant de noter que le médecin, par le pronom « on » s'intègre dans ce groupe, de même qu'en l'utilisant, il tente de neutraliser la marque de sa subjectivité, en intégrant ses collègues dans la valeur de son affirmation.

Dans le vingtième énoncé, il insiste encore sur l'importance de l'accès à la science qu'implique le statut de médecin, qui, d'après la construction de sa phrase, semble inhérent au statut de médecin. Le médecin A fait d'ailleurs bien la différence entre les initiés à la science « contextualisée » par rapport, par exemple, à la vulgarisation de la science faite en particulier par les médias, et leur reproche indirectement de n'être pas suffisamment « contextualisée », ce qui selon semble lui enlever de la valeur. La présence d'un connecteur contre-argumentatif, marque la différence entre cette science vulgaire et non contextualisée et celle des médecins, dans un but de différenciation. Le connecteur consécutif, lui par contre, marque une conclusion basée sur la déduction que la science médiatique est mal contextualisée par rapport à celle des médecins.





Le schème 5 est un échange qui interroge le Médecin A concernant les modalités de soins des médecins. C'est une question catégorielle de type Wh qui laisse à ce dernier la liberté de réponse.

Le premier énoncé est une réponse directe à la question posée. Le médecin A, affirme l'idée qu'il ne se sente pas gêné dans des situations possibles où il serait amené à soigner un médecin.

Dans les deuxième et troisième énoncés, il envisage uniquement des situations mineures, dans lesquelles les pathologies seraient légères et ne poseraient pas de problèmes.

Ensuite, à partir du quatrième énoncé, le médecin évoque des situations sans gravité, notamment la prise en charge d'une angine, qui sert d'exemple pour expliquer la facilité de prise en charge, le fait que ce soit « rien ».

Dans les deux énoncés qui suivent, il exprime une courte opposition par rapport au cas précédent, pour poser un cas où la donne ne serait pas la même, car la situation serait plus complexe dans la mesure où la symptomatologie serait elle aussi plus difficile à cerner.

A partir du dixième énoncé, il avoue inconsciemment un sentiment assez intime et personnel de malaise, qui serait susceptible de s'emparer de lui dans de semblables situations.

Les onzième et douzième énoncés sont liés, car ils constituent une forme de monologue extériorisé, dans lequel il présente ses possibles inquiétudes quant au diagnostic à faire et aux soins à apporter concernant ce confrère. On peut supposer qu'il exprime indirectement son inquiétude concernant le diagnostic, le risque d'oublier quelque chose, et également le fait que

ce soit un confrère, dans la mesure où cela implique entre eux une relation de collègue, et donc d'équivalence.

Le treizième énoncé ne fait que répéter son embarras vis-à-vis de cette situation.

L'énoncé suivant comporte un connecteur contre-argumentatif pour réintroduire l'expérience qu'il a eu dans la prise en charge d'un patient-confrère. Il explique l'histoire de ce confrère qu'il a suivi pour un problème de prostate.

A partir du dix-septième énoncé, le médecin A présente ses idées d'aller-retour dans ses réflexions vis-à-vis de la prise en charge, les modalités de soins concernant le patient d'avant. Pour lui, le fait d'être médecin donne au patient un « bagage » grâce auquel il peut se prononcer sur les soins à apporter ou non, ce qui induit une hésitation de la part du médecin qui le traite ; car en effet, le patient a du même coup à peu près autant de connaissances en matière de médecine que le médecin A lui-même.

Dans le vingt-et-unième énoncé l'interviewé exprime ses hésitations, ses inquiétudes concernant ses appréhensions.

A partir du vingt-troisième énoncé, il présente la relation poursuivie en dehors des consultations, à l'aide notamment de mots écrits se rapportant, par le biais de remerciements, auxdites consultations, qui s'étaient bien déroulées. Le médecin introduit dans son petit récit une atmosphère sympathique, avec un peu d'humour « c'était rigolo », tout en justifiant, à l'aide d'un connecteur argumentatif le fait que tout cela se soit passé en dehors des consultations, ainsi que l'humour qui en découle.

Ensuite, il conclut à l'aide d'un connecteur consécutif que les soins se soient bien déroulés. La suite de la conclusion renvoie à une poursuite des soins, appuyée par la présence d'un connecteur réévaluatif.

Le médecin cherche à se dégager en montrant que la relation existante entre eux ne relève pas d'un caractère exceptionnel, en indiquant que le patient a entretenu de semblables relations avec d'autres collègues et spécialistes que le médecin connaît lui aussi visiblement. Le tout est mis sur le tapis assez brusquement par un connecteur contre-argumentatif, et le raisonnement, avec l'exemple du médecin est poursuivi par la mise en place d'un connecteur consécutif, puis d'un autre réévaluatif.

4 Analyse thématique a priori

Au total, il y a **219 énoncés** du Médecin A distribués dans **22 catégories thématiques**, qui sont mutuellement exclusives.

Tableau 12 Présentation des thèmes évoqués au sein de l'entretien et la fréquence d'occurrence

	CATEGORIES THEMATIQUES	NOMBRE DE VERBATIM	FREQUENCE
I. MODALITES DE SUIVI	MAÎTRE DE STAGE	2	0,90%
	SUIVI MEDICAL	1	0,50%
	DECLARATION DE MEDECIN TRAITANT	1	0,50%
	SOINS DES PROCHES	8	3,70%
	RECOURS AUX SPECIALISTES	10	4,60%
	NATURE DES CONSULTATIONS	1	0,50%
	PRIVILEGES DU STATUT/ ACCES DIRECT	6	2,70%
	ATTENTES ENVERS LES SPECIALISTES	6	2,70%
	INFLUENCE DU STATUT ET DES CONNAISSANCES	24	11,00%
	ACTEUR DE SANTE	6	2,70%
	COMPARAISON SUIVI	18	8,20%
II. PARCOURS DU PATIENT FACE A UN EVENEMENT DE SANTE	DELAI ET MODALITES DU DIAGNOSTIC/ LA PRISE EN CHARGE	23	10,50%
	VECUS DES SYMPTÔMES	16	7,30%
	AUTO-PRESCRIPTION	2	0,90%
	OBSERVANCE	2	0,90%
	SURVEILLANCE PRECONISEE	2	0,90%
	REPRESENTATION EN TANT QUE MEDECIN-PATIENT	14	6,40%
	SOIGNER DES MEDECINS	33	15,10%
III. CRITERES DECISIONNELS CONDUISANT A UNE CONSULTATION	LA REALISATION D'ACTES ET D'EXAMENS NON-ACCESSIBLES PAR SOI-MÊME	15	6,80%
	LE TEMPS ET LA DISPONIBILITE	13	5,90%
IV. ATTITUDE VIS-A-VIS DES DIFFICULTES	LA CONFIANCE	7	3,20%
	ATTITUDE VIS-A-VIS DES DIFFICULTES PSYCHOLOGIQUES	9	4,10%

Le tableau 12 présente les grandes catégories thématiques de l'entretien ainsi que la fréquence d'apparition des énoncés du Médecin A, qui sont classées dans ces dernières catégories.

Tout d'abord nous pouvons observer que ces catégories thématiques s'organisent autour de trois noyaux sémantiques du point de vue de leur fréquence d'occurrence. Par conséquent, il y a des thèmes ayant une fréquence d'apparition faible. Ensuite, on peut repérer les thèmes avec une fréquence moyenne, et ainsi les thèmes avec une fréquence d'apparition relativement élevée.

- Les catégories thématiques avec une fréquence d'occurrence faible :

Suivi médical 0, 50%, *Déclaration de médecin traitant* 0, 50%, *Nature des consultations* 0, 50%, *Maître de stage* 0, 90%, *Auto-prescription* 0, 90%, *Observance* 0, 90%, *Surveillance préconisée* 0, 90%.

- Les catégories thématiques avec une fréquence d'occurrence moyenne :

Privilèges du statut / Accès direct 2, 70%, *Attentes envers les spécialistes* 2, 70%, *Acteur de santé* 2, 70%, *La confiance* 3, 20%, *Soins des proches* 3, 70%, *Attitudes vis-à-vis des difficultés psychologiques* 4, 10%, *Recours aux spécialistes* 4, 60%, *Le temps et la disponibilité* 5, 90%, *Représentation en tant que médecin- patient* 6, 40%, *La réalisation d'actes et d'examens non accessibles par soi-même* 6, 80%.

- Les catégories thématiques qui ont une fréquence d'occurrence plus élevée par rapport à la totalité :

Vécu des symptômes 7, 30%, *Comparaison suivi* 8, 20%, *Délai et modalités du diagnostic/ La prise en charge* 10, 50%, *Influence du statut et des connaissances* 11, 00%, *Soigner des médecins* 15, 10%.

L'analyse des fréquences nous avait montré que le discours du Médecin A est organisé autour de plusieurs noyaux sémantiques, parmi lesquels on peut énumérer le *Vécu des symptômes*, la *Comparaison suivi*, le *Délais et modalités du diagnostic/ La prise en charge*, l'*Influence du statut et des connaissances*, et le noyau le plus important étant *Soigner des médecins* (15, 10%).

• *Soigner des médecins*

Donc on peut considérer, selon les résultats de fréquence thématique, que le noyau sémantique intitulé : « *Soigner des médecins* » occupe une place centrale dans l'univers cognitif du Médecin A. Ce dernier montre une préoccupation intense vis-à-vis de la situation thérapeutique, la prise en charge ainsi que le suivi médical, considéré d'une manière générale comme étant celui des médecins.

Après une analyse plus détaillée, on peut constater que l'idée de soins des médecins renvoie à plusieurs actions dans les représentations du Médecin A. Le sujet évoque des expériences antérieures de prise en charge d'un médecin, et il exprime ses affects ambigus liés à l'action de soins concernant des médecins qui étaient dans une position de patient.

On peut présupposer que la représentation du fait de soigner des médecins occupe beaucoup d'espace dans le monde cognitif du Médecin A, et ce pour plusieurs raisons, que l'on va pouvoir expliquer tout à l'heure.

Tout d'abord, le Médecin A nous affirme que présentement, il a un patient dans sa patientèle, « qui est médecin retraité ». Ensuite, il nous avoue que ce patient est le seul médecin qu'il ait traité, malgré le fait qu'occasionnellement ses collègues lui demandent « un truc ». Ce « truc » est un terme général qui ne précise pas exactement la nature des actions sollicitées.

Il est à noter que le Médecin A précise bien qu'il ne se sent pas gêné lorsqu'il s'agit d'un

examen médical banal, quand il n'est pas confronté à des gestions des soins et des actes médicaux problématiques. Toutefois il exprime ses inquiétudes liées à des actions de soins sur certaines pathologies. Dans ses paroles, on peut sentir qu'il a déjà été confronté à des impasses médicales, où il se trouvait presque dans l'impossibilité d'agir.

Il y a des risques potentiels dans cette dimension de soins des patients-médecins, qui peuvent produire un sentiment de malaise chez le médecin, notamment par le fait qu'il y a une double contrainte qui impose la responsabilité des actions de soins et la prise en charge et ainsi que la relation de confiance entre le médecin et le patient-médecin. Mais cette posture « mal-à-l'aise » se cache derrière une polyphonie, qui peut signifier que le sujet partage avec ses confrères les mêmes convictions, se rapportant à ce sentiment éprouvé. Il peut aussi se trouver qu'il essaye de masquer ses sentiments subjectifs derrière une attitude neutre.

Le Médecin A nous explique bel et bien ses ruminations intérieures et ses angoisses, accompagnées par le sentiment de doute dans le cadre de la prise en charge et de l'examen médical des médecins.

On peut remarquer que le fait de *Soigner des médecins* est une situation complexe qui implique une multitude de facteurs.

D'ailleurs le Médecin A fait bien la distinction entre la représentation d'un patient lambda et celui d'un médecin qui est dans une position de malade. Ce qui implique cette distinction, c'est bien le fait que le Médecin A s'identifie à la fois à son patient-médecin, se mettant à la place de celui-ci, et en même temps qu'il projette ses attentes sur lui. Le médecin qui devient patient se différencie par rapport au patient lambda, particulièrement par ses connaissances techniques spécifiques dans le domaine médical. Il sera donc privilégié par rapport à son statut pour pouvoir prendre certaines décisions.

On peut également remarquer la présence de six énoncés porteurs de la polyphonie, qui peut signifier à la fois que le sujet évoque plusieurs idées partagées avec ses confrères, particulièrement les difficultés liées aux soins d'un de ceux-ci. Dans cette optique, on peut considérer que c'est un phénomène connu par tous les médecins, et que le sujet évoque les obstacles potentiels relatifs aux situations de soins des collègues, qui est fortement ressentie par tout le monde. Ou alors, dans une autre optique, on peut présupposer que le sujet adopte une attitude neutre pour pouvoir mieux relater ses difficultés éprouvées dans ce type de situation, sans toutefois être exposé aux critiques et jugements. Cela peut être une modalité de neutralisation de ses propres ressentis.

Finalement, le Médecin A a réussi à établir une relation de confiance avec son patient, qui reste désormais reconnaissant envers lui, en lui laissant « des petits mots » gentils à la fin de chaque consultation médicale. Le Médecin A garde de bons souvenirs liés à la prise en charge de ce patient-médecin, car c'est une histoire de réussite médicale et de bonne entente professionnelle.

La relation qui s'est établie entre le médecin et son patient doit se baser sur le respect de l'égalité de traitement, et le Médecin A est bien conscient de cela.

• *Influence du statut et des connaissances*

L'influence du statut et des connaissances est le deuxième thème ayant une fréquence plus élevée. « Ça met un peu dans une position à la fois de patient et d'expert » ; on pourrait considérer que cet énoncé sera l'énoncé clé de l'ensemble des énoncés se rapportant à la thématique de *L'influence du statut et des connaissances*.

Le statut occupé par le Médecin A dans le domaine médical lui offre cette possibilité de se méta-positionner dans son milieu professionnel. Le fait d'être à la fois *patient*, de s'identifier au patient, à ses inquiétudes, à ses souffrances, donc de le comprendre sur une voie

empathique, et en même temps de rester un expert qui agit conformément aux compétences d'un médecin traitant.

Selon le Médecin A, l'accès à la connaissance technique spécifique dans le domaine médical implique aussi de pouvoir l'appliquer dans le contexte médical et de prise en charge. L'accès à la connaissance nécessite la pratique, l'expérience médicale dans la gestion des soins.

Le Médecin A accorde beaucoup d'importance à l'influence des connaissances, ce qui lui confère un « certain confort » dans le milieu professionnel et également dans sa vie privée. Cette position professionnelle qu'il occupe lui apporte beaucoup de privilèges et de bénéfices et lui permet d'agir sur sa qualité de vie et pareillement celle de ses proches.

Il considère que « c'est un facteur de qualité », lui offre la possibilité d'interpréter les signes d'alerte, les symptomatologies et de rechercher à améliorer ses conditions de vie.

Son statut de médecin traitant implique certainement d'agir comme un expert et lui désigne le rôle d'un agent qui intervient sur la scène du milieu palliatif.

• *Délai et modalités du diagnostic/ La prise en charge*

Cette thématique occupe la troisième place concernant la fréquence d'apparition des énoncés au sein de l'entretien. C'est une thématique plus complexe incluant plusieurs facteurs dont : le dernier événement de santé du Médecin A, les modalités de prise en charge ainsi que le délai du diagnostic.

Le Médecin A nous confie que le dernier événement de santé auquel il a été confronté était une *péricardite récidivante*, qui remonte à environ 20 ans. Il explique que c'était lui-même qui avait fait le diagnostic de la *péricardite récidivante*, puisque il était doté des connaissances spécifiques dans le domaine de la cardiologie, vu qu'il avait fait de la cardiologie pendant un an. On peut comprendre l'idée selon laquelle l'accès à la connaissance spécifique lui a permis d'agir indépendamment de toute contrainte de temps et de disponibilité. Grâce à ses connaissances dans le domaine de la cardiologie, il a pu faire le diagnostic rapidement, sans devoir passer par les demandes de consultations traditionnelles. Alors, pour se rassurer et pour avoir l'avis médical d'un confrère spécialiste, le Médecin A s'est décidé à consulter un confrère cardiologue extérieur. Ce qu'on peut remarquer tout de suite, c'est le fait qu'il avait présenté son cas comme s'il s'agissait d'un patient lambda. Il a choisi de rester anonyme et de ne pas déclarer sa maladie au médecin spécialiste. Ce fait peut présenter des risques dans certains cas en milieu professionnel.

Pourquoi a-t-il choisi de ne pas confesser le diagnostic de *péricardite récidivante* ? On peut penser qu'il s'est senti gêné, peut-être s'est-il senti invalidé dans sa position de médecin ou peut être encore voulait-il se défendre contre l'avis médical qui devait lui être adressé personnellement.

Ce qui ressort de son discours est cette répétition, où il explique qu'il avait fait son autodiagnostic plusieurs fois, et également que cette maladie s'est déroulée sans conséquences majeures.

• *Comparaison suivi*

Cette thématique occupe la quatrième place concernant la fréquence d'occurrence des énoncés liés à cette catégorie thématique au sein de l'entretien.

La comparaison suivi reprend à la fois une comparaison du suivi médical du Médecin A par rapport à ses patients et à la fois par rapport à ses confrères médecins.

Il désigne son propre suivi médical un peu « paradoxal », ce qui laisse entendre que le Médecin A s'est retrouvé parfois dans une situation contradictoire. Ensuite, il explique d'où

provient cette contradiction, qui peut être gênante voire dangereuse pour la qualité de vie du Médecin A. En étant médecin traitant, il est engagé à devoir préserver la vie de ses patients, ce qui s'accompagne des obligations morales et des responsabilités liées à sa profession. L'accompagnement médical de ses patients demande souvent une disponibilité maximale pour les autres, au détriment de la sienne.

Le médecin A est tout à fait conscient des risques qui peuvent émerger de cette situation de haute disponibilité, et qui le met dans une position de faiblesse. Pour lui, le fait de ne pas être disponible pour soi-même représente un risque d'être potentiellement exposé aux maladies, aux pathologies.

Le Médecin A considère qu'exercer la médecine libérale c'est un « certain esprit », qui devient une philosophie de vie pour lui. Le fait d'être médecin renvoie à quelque chose de plus que d'exercer un métier. Exercer en médecine libérale, pour lui, c'est un peu ce qu'il qualifie « être dans le feu de l'action ». Toutefois, le Médecin A estime que le suivi médical personnel est en relation directe avec « la question de disponibilité » qu'il peut ou pas accorder à soi-même. Cette disponibilité devient un enjeu qui implique la possibilité de tarder pour certaines consultations ou examens médicaux personnels.

• *Vécu des symptômes*

La catégorie *Vécu des symptômes* occupe la cinquième place concernant la fréquence d'apparition des énoncés se rapportant à cette catégorie. Ici, le discours du Médecin A s'appuie plutôt sur l'interprétation cognitive des symptômes. Il admet que jusqu'à présent il n'était pas confronté aux événements de santé pathologiques, dits « problème vraiment très méchant ». Ensuite, il continue à nous confesser que par rapport à son statut de médecin traitant, il n'a jamais été confronté à des « pathologies méchantes ». Ce rapport qui est fait a à voir avec ses représentations mentales associées au fait que d'être médecin signifie être capable d'éviter les maladies graves et agir au bon moment. Il considère son statut comme un atout qui lui permet de se différencier par rapport au patient lambda.

Concernant l'interprétation des symptômes, il s'estime être « assez objectif », bien qu'il se pose des questions relatives à ses jugements portant sur l'explication de certains symptômes. Cependant, il exprime ses angoisses face aux maladies potentielles, qui peuvent déclencher chez lui une « position de régression ». On peut présupposer que cette position de régression n'est pas compatible selon lui avec les implications du statut de médecin traitant. Donc une telle régression est perçue chez le Médecin A comme un danger potentiel. Il exprime ses inquiétudes par rapport à une maladie potentielle qui pourrait provoquer chez lui un repli sur soi, d'où il serait incapable de s'investir dans une lutte active contre la maladie. Et évidemment pour lui le fait d'être malade peut signifier « ne plus être objectif », ce qui peut avoir des répercussions sur la pertinence de jugement et la possibilité d'agir d'une façon pertinente.

On peut observer la présence de deux énoncés ayant des marqueurs de la polyphonie. Il s'agit là du fait de se poser des questions, ce qui peut être bien une caractéristique évidente pour tous les membres du système de soins, et puis de s'interroger sur la valeur de l'objectivité de l'interprétation d'éventuels symptômes.

• *La réalisation d'actes et d'examens non accessibles par soi-même*

Cette catégorie thématique occupe la sixième place relative à la fréquence d'apparition des énoncés liés à cette catégorie thématique.

La réalisation d'actes et d'examens non accessibles par soi-même se représente comme un critère décisif pour se décider à solliciter un examen médical auprès des spécialistes.

Tout d'abord, on peut constater que pour le Médecin A le critère décisif qui le pousse à demander un examen spécifique à un confrère est notamment le manque « d'une technique plus spécifique ». Le fait que la médecine générale ne possède pas de dispositifs médicaux sophistiqués, comme les instruments, appareils, équipements, et y compris les logiciels qui sont spécifiques aux domaines médicaux spécialisés.

Le Médecin A envisage qu'il est prêt à solliciter l'intervention d'un confrère spécialiste uniquement quand la situation demande un examen médical plus spécifique auquel il n'a pas accès. Autrement, il préfère résoudre les symptomatologies banales tout seul, sans aller demander l'avis d'un collègue expert dans le domaine.

On peut remarquer la présence d'une polyphonie dans un seul énoncé, notamment quand il parle de l'absence de la technique plus spécifique dans le secteur de la médecine générale. Ce dernier représente le fait que le sujet considère que cette idée est partagée par le collectif des médecins généralistes.

- ***Représentation en tant que médecin-patient***

Cette catégorie thématique occupe la septième place concernant la fréquence d'occurrence des énoncés se rapportant à cette catégorie.

On peut considérer que le Médecin A est tout à fait convaincu qu'un médecin ne peut pas être envisagé de la même manière qu'un patient lambda. Il accorde beaucoup d'importance aux différences relatives entre les médecins étant dans une position de malade et les patients ordinaires. Ensuite, il justifie son argumentation en s'appuyant sur la différence des connaissances acquises dans le domaine médical, qu'il appelle le « bagage technique », dont il dispose notamment. Il apprécie que les médecins qui se trouvent dans une situation de maladie se différencient des patients ordinaires, puisqu'ils sont dotés des connaissances techniques nécessaires dans le domaine. Les médecins vont donc pouvoir prendre des décisions concernant leurs traitements, et de cette façon ils vont agir comme des acteurs afin d'améliorer leur état de santé.

Le médecin A évoque de nouveau le cas de son patient, qui était un médecin doté d'un « bagage intellectuel » qui forcément a la capacité de prendre ses décisions librement, en connaissance de cause. En effet, la relation de soins qui s'établit entre un médecin et un médecin-patient prend une autre dimension, parce que selon le Médecin A, dans ce cas il y a une communication rationnelle qui s'articule au niveau intellectuel.

On peut noter qu'il existe trois énoncés porteurs des marqueurs de la polyphonie. Cela désigne le fait que la majorité des médecins ne se considèrent pas comme des patients lambda si ils sont atteints d'une maladie.

- ***Le temps et la disponibilité***

Cette catégorie thématique occupe la huitième place en ce qui concerne la fréquence d'occurrence des énoncés liés à cette catégorie thématique.

La gestion du temps est une question centrale qui concerne la population des médecins. Ainsi le Médecin A se trouve souvent dans des situations de manque de temps qui peuvent avoir des conséquences sur sa vie professionnelle, ainsi que sur sa vie privée.

La gestion du temps médical demande une flexibilité de la part du médecin, qui interpelle l'organisation de travail effectif, et celui des absences aussi.

Le Médecin A admet qu'il se sent souvent débordé, et par conséquent ce manque du temps peut avoir des répercussions négatives au détriment de sa propre santé. Il précise également que ce phénomène de manque de temps est présent au niveau collectif aussi. Donc la notion de temps prend une valeur spéciale.

La profession de médecin signifie alors d'être dans une « situation de disponibilité haute » et d'ailleurs de donner moins d'importance à soi-même, voire de négliger son propre suivi médical.

On peut découvrir une fréquence élevée des marqueurs de polyphonie dans le discours du Médecin A. Celui-ci emploie souvent la voie impersonnelle quand il relate des faits sur l'influence du temps. « On est dans un métier », « on se met de situation de disponibilité haute », sont des réflexions qu'il croit partagées par la collectivité des médecins. Il représente des idées communes qui sont reconnues par les membres du système de soins et en même temps par la société.

- ***Recours aux spécialistes***

Cette catégorie thématique occupe la neuvième place concernant la fréquence d'occurrence de la totalité des énoncés se rapportant à cette dernière.

Le Médecin A nous explique qu'il sollicite le recours des spécialistes en deuxième intention comme ça a été le cas récemment lors de son examen cardiologique. Et il précise bien que cette consultation auprès d'un cardiologue faisait partie du cadre de dépistage. Ensuite il note qu'il lui arrive parfois de demander la consultation d'un « confrère spécialiste », si la situation nécessite une intervention plus spécifique. Le recours aux spécialistes est facilité par ses relations professionnelles.

- ***Attitudes vis-à-vis des difficultés psychologiques***

Cette catégorie thématique occupe la dixième place. Le Médecin A avait pris l'initiative de proposer l'introduction de ce type de question au sein des entretiens. On peut remarquer qu'il apprécie l'importance de l'évaluation des possibles difficultés psychologiques dans l'échantillon composé par les médecins.

Par la suite, il passe directement au sujet par lequel il est préoccupé et qu'il considère comme étant un « sujet particulier », qu'on appelle le syndrome du burn-out. Lorsque le médecin est confronté constamment à un manque de temps, qui s'accompagne d'une impression d'être débordé, cela va le mettre dans une situation de faiblesse et de vulnérabilité. Selon lui, il est important que les médecins s'interrogent sur la question de l'épanouissement professionnel, qui est primordial dans la satisfaction professionnelle. Il est donc nécessaire d'établir un équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée. Pour éviter le surmenage, le médecin est amené à gérer le stress lié à son travail.

- ***Soins des proches***

Cette catégorie occupe la onzième place concernant la fréquence des énoncés.

Le Médecin A déclare qu'il est le médecin traitant de son deuxième enfant. On peut remarquer dans son discours l'attitude préventive qu'il présente envers ses proches. Il se charge de protéger les membres de sa famille en leur donnant des consignes sur la nécessité de faire des examens préventifs. Il souligne l'absence de connaissances médicales de ses proches, qui peut présenter un risque de tarder à solliciter les examens préventifs. Alors, il s'est chargé de proposer aux membres de sa famille d'aller faire des examens de routine car il connaît les risques que peuvent provoquer certaines maladies. On peut voir à quel point l'état de santé de ses proches est important pour lui. Selon lui, il y a forcément une différence d'attitude adoptée

vis-à-vis de la santé entre lui et les membres de sa famille.

- ***La confiance***

Cette catégorie thématique occupe la douzième place concernant la fréquence des présents énoncés.

Tout d'abord, comme on peut l'observer, le Médecin A entretient de très bonnes relations avec ses confrères, qui sont basées sur la confiance réciproque. Il y a une bonne entente relationnelle et professionnelle instaurée entre le Médecin A et ses collègues. Il admet ensuite qu'en cas de problème il s'adressera à ses confrères « sans réticences », car il explique qu'il a une grande confiance en eux.

On peut donc en tirer la conclusion que le Médecin A recherche la coopération et l'échange ouvert avec ses collègues. Il présente ainsi une bonne capacité relationnelle basée sur la confiance, afin de pouvoir travailler dans un milieu moins contraignant.

- ***Acteur de santé***

Cette catégorie thématique occupe la treizième place concernant la fréquence des présents énoncés.

Le Médecin A est convaincu d'être acteur de sa propre santé et il insiste sur ce fait. Il commence immédiatement après à argumenter sa conviction par des explications pertinentes comme l'adoption d'une alimentation équilibrée, la connaissance des nosographies pathologiques, et aussi l'importance de l'hygiène de vie. Il adopte un style de vie modéré. Il « pense avoir pris la décision » d'être acteur de sa santé. Il considère qu'il a le choix et veut opter pour un mode de vie équilibrée.

Ses décisions, ses actions peuvent affecter la qualité de vie et son état de santé.

- ***Attentes envers les spécialistes***

Cette catégorie thématique occupe la quatorzième place concernant la fréquence des présents énoncés.

Comme on peut le remarquer dans le discours du Médecin A, le facteur central qui le pousse à solliciter l'intervention d'un spécialiste se résume essentiellement à un manque au niveau des dispositifs techniques. Le système de soins en médecine générale ne dispose pas des appareils, de l'équipement spécifique adéquats.

- ***Privilèges de statut / Accès direct***

Cette catégorie thématique occupe la quinzième place concernant la fréquence des présents énoncés.

Le Médecin A exprime la conviction qu'il est privilégié dans l'accès direct aux soins de deuxième niveau. Le simple fait qu'il occupe ce statut de médecin généraliste lui confère un accès rapide et facile au système de soins. Il existe des privilèges accordés aux médecins dans l'accès aux consultations spécialisées afin qu'ils puissent éviter les délais d'attente pour la prise en charge.

- Les catégories thématiques avec une fréquence d'occurrence moins importante par rapport au total des énoncés ;

- ***Surveillance préconisée***

Ici le Médecin A, nous explique que pour la péricardite récidivante il n'a eu de surveillance qui lui a été préconisée, et par ce fait il se justifie en notant qu'ils n'ont pas dû refaire d'échographie.

- ***Observance***

Le Médecin A commente son observance relative à la péricardite récidivante, et évoque des souvenirs négatifs par rapport à cette maladie en disant « ça fait assez mal ». Son observance était bien adaptée à son problème de péricardite. Il précise bien par ailleurs qu'il n'a pas oublié de prendre son traitement. La présence de la polyphonie est là pour neutraliser la responsabilité personnelle relative au respect de l'observance.

- ***Auto-prescription***

Le Médecin A, ayant les connaissances nécessaires dans le domaine cardiologique, s'est chargé d'établir son propre traitement pour la péricardite récidivante.

- ***Maître de stage***

Le Médecin A nous affirme qu'il est maître de stage ce qui implique le fait qu'il a « exercé beaucoup de responsabilités » dans le domaine précédemment cité. D'ici, on peut déduire que le sujet a pu acquérir beaucoup d'expérience dans sa vie professionnelle et que derrière lui se trouve une pratique professionnelle riche qui lui confère une position de haute responsabilité.

- ***Nature des consultations***

Les consultations se déroulent au cabinet du médecin à qui il demande une consultation médicale.

- ***Déclaration de médecin traitant***

Le Médecin A s'est auto-déclaré comme médecin traitant. Le choix de déclaration d'un médecin traitant n'est pas obligatoire. Le sujet a opté pour se déclarer lui-même comme médecin traitant, car il considère que les démarches sont « plus simples ».

- ***Suivi médical***

La dernière catégorie thématique nous révèle le fait que le Médecin A n'a pas un « suivi médical particulier ». Il justifie l'absence d'un suivi médical par le fait qu'il n'a pas de problèmes, et donc qu'il n'en a pas besoin.

5 Analyse thématique a posteriori

Tableau 13 Présentation des thèmes évoqués au sein de l'entretien et la fréquence d'occurrence

Note : Les résultats inclus dans le tableau suivant comprennent ceux relatifs aux énoncés de l'interviewer. Ce détail n'aura néanmoins que peu d'incidence sur les conclusions finales. Il nous a paru cependant nécessaire de les inclure, afin de bien prendre en compte la totalité des énoncés selon les thématiques abordées.

Au total il y a 273 énoncés du médecin A distribués dans 18 catégories thématiques.

	CATEGORIES THEMATIQUES	NOMBRE DE VERBATIM	FREQUENCE
MODALITES DE SUIVI	ÊTRE MAÎTRE DE STAGE	3	1,00%
	ÊTRE MEDECIN/TRAITANT	15	5,00%
	SUIVI MEDICAL	26	10,00%
	RECOURS AUX SPECIALISTES	8	3,00%
	ÊTRE PRIVILEGIE PAR RAPPORT AU STATUT DE MEDECIN	17	6,00%
	ACTEUR DE SANTE	10	4,00%
	CONNAISSANCE	19	7,00%
	DIAGNOSTIC	14	5,00%
EVENEMENT DE SANTE	AUTO-DIAGNOSTIC/ AUTO-PRESCRIPTION	6	2,00%
	PROBLEME	30	11,00%
	MALADIE/ PATHOLOGIE	25	9,00%
	SOINS	7	3,00%
	FAMILLE	7	3,00%
	DISPONIBILITE	10	4,00%
	TEMPS	17	6,00%
	L'INTERPRETATION	19	7,00%
	CONFRERE	25	9,00%
	PATIENT	15	5,00%

Le Tableau 13 *Présentation des thèmes évoqués au sein de l'entretien et la fréquence d'occurrence* nous permet d'observer l'univers discursif du Médecin A, qui s'organise autour de plusieurs référent-noyaux. Notre but se définit alors autour de la découverte des représentations, des croyances et des affects du Médecin A, liées à la perception de sa qualité de vie et également autour des unités sémantiques qui s'associent à la perception de son statut, de son rôle professionnel dans le système de soins, ainsi que de ses relations avec le cadre médical.

Si on veut observer plus attentivement les résultats de l'analyse, on peut découvrir que souvent les énoncés se rapportant à une même catégorie thématique se trouvent souvent bien cachés et très dispersés.

Cette analyse thématique nous permet de classer les différentes catégories thématiques dans trois classes distinctes selon leurs fréquences d'occurrence.

On peut repérer les catégories ayant une fréquence d'occurrence faible, les catégories thématiques ayant une fréquence d'occurrence moyenne et ensuite les catégories thématiques ayant une fréquence d'occurrence beaucoup plus élevée par rapport aux autres.

- *Les catégories thématiques ayant une fréquence d'occurrence faible*

On peut énumérer les catégories suivantes :

Être maître de stage 1,00%, *Autodiagnostic/ Auto-prescription* 2,00%, *Recours aux spécialistes* 3,00%, *Soins* 3,00%, *Famille* 3,00%, *Acteur de santé* 4,00%, *Disponibilité* 4,00%.

- *Les catégories thématiques ayant une fréquence d'occurrence moyenne*

Se trouvent les catégories thématiques suivantes : *Être médecin/ médecin traitant* 5,00%, *Diagnostic* 5,00%, *Patient* 5,00%, *Être privilégié par rapport au statut de médecin* 6,00%, *Temps* 6%, *Connaissance* 7,00%, *L'interprétation* 7,00%.

- *Les catégories thématiques ayant une fréquence d'occurrence plus élevée par rapport à l'ensemble des catégories thématiques présentes*

Il existe quatre catégories thématiques qui constituent les thèmes centraux repérés dans l'ensemble du corpus : *Confrère* 9,00%, *Maladie/ Pathologie* 9,00%, *Suivi médical* 10,00%, *Problème* 11,00%.

- ***Problème***

On peut considérer que cette catégorie thématique occupe la place centrale dans le discours du Médecin A, selon cette méthode d'analyse de contenu. Ce noyau sémantique est souvent présent dans les énoncés du sujet, il revient de façon récurrente mais se trouve très dispersé. Pour le Médecin A, les vrais problèmes se résument aux complications et aux ennuis avec les assureurs médicaux. Il souligne ainsi le fait qu'il a été confronté à des problèmes dans le secteur de l'assurance maladie et de la protection sociale. Il évoque également l'effet de surmenage, le syndrome du burn-out chez les médecins. Il s'interroge aussi sur les conséquences négatives du sentiment d'épuisement, provenant d'une mauvaise gestion souvent administrative, du temps de travail. Il nous explique l'importance de l'épanouissement professionnel, et il souligne l'importance de la prévention et de la prise en compte des effets du surmenage.

Il évoque toutefois fortement la négation des problèmes. On peut observer que la négation liée

aux problèmes qui peuvent être envisagés revient d'une manière redondante. On pourrait présupposer que le Médecin A est très préoccupé par le risque que peuvent provoquer certaines situations qu'il perçoit comme problématiques. C'est comme s'il essayait de se convaincre et de nous convaincre qu'il n'avait pas de problèmes. Ça peut être une modalité pour se rassurer, pour qu'il arrive à résoudre les situations compliquées, sans être débordé par ses propres problèmes. Le sujet peut produire des négations pour rejeter une pensée possible relative à une problématique qu'il a envisagée. Il reste quand même objectif et réaliste concernant la perception des situations qui peuvent poser des problèmes. D'ailleurs, il explique que parfois il s'est trouvé confronté à des circonstances où il s'est senti « mal-à-l'aise » ou un « peu embêté ». Ce sentiment de contrariété était provoqué par des situations de prise en charge où il ne pouvait pas assurer le contrôle des facteurs imprévisibles. Il s'est senti mis en danger par les enjeux de sa position professionnelle liée à une haute responsabilité ainsi qu'à la complexité de prise en charge des patients avec lesquels il avait créé une bonne entente relationnelle.

• *Suivi médical*

Cette catégorie thématique présente une fréquence plus élevée par rapport à celle des unités de sens.

Ici on peut remarquer que le Médecin A ne dispose pas d'un suivi médical particulier, par le fait qu'il n'en ressent pas le besoin, parce qu'il bénéficie « d'une bonne santé ». Les examens sollicités font partie du cadre de dépistage médical, pour prévenir les pathologies potentielles. Les consultations médicales ont lieu d'une manière traditionnelle, dans le cabinet médical du médecin qui est consulté. Le Médecin A qualifie les examens de dépistage comme des nécessités, qu'il a l'obligation morale de faire. On peut également percevoir qu'il n'avait pas effectué la surveillance préconisée dans les temps. Le sujet a une couverture d'assurance maladie et une protection sociale. En étant un médecin généraliste, il ne dispose pas des dispositifs et des appareils spécifiques à certains types de pathologies. En cas de difficultés, il sollicite l'intervention, la consultation d'un confrère spécialiste. Il considère qu'il a cet avantage « d'être en bonne santé », et qu'il peut l'apprécier.

• *Maladie/ Pathologie*

Cette catégorie thématique fait également partie des catégories ayant une fréquence plus élevée par rapport aux autres unités de sens.

Tout d'abord, on peut remarquer l'ampleur que prennent toutes les unités sémantiques liées à la représentation de la maladie et de la pathologie.

Le Médecin A nous décrit les événements de santé auxquels il a été confronté au fil des ans. Globalement, il eut des maladies banales sans conséquences graves sur son état de santé. Parfois, il a eu des « petites bricoles » selon lui, ou des gripes, des angines, mais pour autant, il n'était « jamais vraiment malade » ou il n'a jamais été confronté à des « pathologies méchantes ». Il juge que les maladies peuvent représenter la détresse, et potentiellement le mettre dans une « position de régression ». Pour lui, la maladie est « méchante », la maladie provoque une « position de régression », une « symptomatologie un petit peu bâtarde » un « épisode un petit peu chaud », dû à des « pathologies réputées ». Comme on peut le remarquer, le Médecin A exprime une ambivalence envers les maladies, qui sont envisagées à la fois comme quelque chose de mauvais, qui fait du mal, mais en même temps sont caractérisées de sa part par des diminutifs qui leur donnent une allure enfantine.

Un événement de santé plus important que les autres auquel a été confronté le médecin A est notamment une péricardite récidivante, qui a provoqué chez lui de la souffrance physique : « ça fait mal ». Il note qu'il a eu tous les « symptômes classiques de la péricardite ». Il avait présenté par ailleurs plusieurs épisodes de péricardite.

Par rapport aux antécédents familiaux, le sujet admet qu'il existe des antécédents de pathologies spécifiques dans sa famille.

- ***Confrère***

Cette catégorie thématique occupe la même place que la précédente concernant la fréquence d'occurrence des présents énoncés.

On peut appréhender que l'unité sémantique - celle de *Confrère* - préoccupe l'univers discursif du Médecin A. On voit à quel point est importante la relation tissée avec les confrères et collègues dans le cadre des soins. Le discours du sujet présente les marques d'une bonne entente relationnelle et professionnelle qui se base sur la confiance réciproque. Une des prémisses majeures pour pouvoir garder cette relation confidentielle se construit autour de la parole. Les discussions entre les collègues vont contribuer à une relation « bien établie ». Dans ces circonstances, la relation entretenue avec les confrères prend une tournure « intéressante », car l'attachement du Médecin A à ses confrères se base également sur le critère des connaissances. Le médecin A déclare qu'il connaît ses confrères, ce qui est un facteur important pour qu'il puisse demander la consultation d'un confrère spécialiste si cela est nécessaire. Il s'adresse à eux sans « réticences » pour demander un avis plutôt technique, parce qu'il peut prétendre avoir de « bonnes relations avec les confrères ».

Le confrère est représenté par le Médecin A comme un individu qui « ramène à la science » qui par l'accès à la science a forcément « raison ». Donc la relation créée entre le sujet et ses confrères se base sur l'égalité entre les participants. Ainsi se produit une symétrie entre les deux positions professionnelles.

- *Les catégories thématiques ayant une fréquence d'occurrence moyenne*

- ***L'interprétation***

Cette catégorie thématique engendre des énoncés liés à l'interprétation des symptômes et de l'observance. Tout d'abord le Médecin A nous avoue qu'il est « difficile » pour lui de porter un jugement sur sa tendance à minimiser ou majorer ses symptômes. Il est confronté à une interrogation sur la valeur du jugement qu'il peut porter face à un événement de santé. Il admet qu'il lui arrive de se poser des questions concernant l'objectivité de sa propre perception. De plus, on peut observer chez lui une faible tendance d'hésitation. Il se perçoit comme étant « assez objectif » et toute suite après il se contredit en admettant qu'il existe chez lui « un côté » qui n'est pas « trop objectif ». Il y a une confrontation entre la pensée provenant d'une pensée logique scientifique, qui favorise l'interprétation objective et l'intervention de l'intuition professionnelle basée sur l'expérience médicale qui favorise l'interprétation subjective.

A la fin, il conclut qu'il se perçoit comme ayant tendance à rester objectif dans des situations d'interprétation.

• *Connaissance*

Cette catégorie thématique est liée aux connaissances générales dans le domaine professionnel médical. Ici, on observe l'ampleur que prend la dimension de la connaissance pour le Médecin A. En observant le discours du sujet, on peut remarquer qu'il valorise beaucoup l'accès à la science, et notamment à la science « contextualisée ». Il souligne l'influence des connaissances techniques sur la qualité de vie, particulièrement le rôle des « connaissances épidémiologiques » qui contribuent à une « meilleure adaptation ».

Les connaissances sont représentées dans son environnement cognitif comme : « le bagage intellectuel », qui va influencer des facteurs comme le suivi médical, l'interprétation du traitement, la qualité de vie et qui va contribuer à une meilleure adaptation. Le sujet déplore le fait qu'il ne dispose pas suffisamment d'accès à la connaissance technique, ce qui devient un motif pour solliciter « le concours » d'un collègue spécialisé.

Il précise bien que les membres de sa famille sont dans une position où ils sont privés de l'accès à la connaissance technique médicale. Selon le Médecin A, l'accès à la science ramène à l'avantage de pouvoir prendre des décisions pour parvenir à une meilleure adaptation.

• *Temps*

Le *Temps* comme phénomène implicite représente une dimension centrale dans le cadre des soins. Les médecins se trouvent extrêmement souvent confrontés à un manque de temps suite à des problèmes administratifs et d'organisation de leur emploi du temps. Le temps est perçu comme quelque chose qui s'échappe et provoque d'emblée des sentiments de débordement et de surcharge.

Cependant, les médecins s'engagent à contrôler le temps et à en profiter, mais souvent le combat avec le temps devient épuisant et frustrant pour ces derniers.

Même chez le Médecin A, on peut observer une tendance visible à faire tarder certaines choses. Et bien sûr, ce retard représente un danger pour son propre état de santé, qui influence d'une manière négative la demande d'éventuels examens de dépistage.

Ce qu'on peut encore observer dans le discours du sujet, c'est qu'il fait souvent référence à un passé plus ou moins lointain, « première année d'installation », « plus de 20 ans », « en début d'installation ». Ces références temporelles liées au vécu d'un temps lointain, dépassé peuvent signifier que le Médecin A ne cesse pas d'évoquer les souvenirs liés à des situations majeures qui ont laissé leurs traces dans la mémoire du sujet.

Le mot *toujours* exprime un temps constant qui domine l'incapacité du sujet à réaliser et à finir les choses qu'il voulait entreprendre ; « toujours pas fait » démasque la frustration liée au fait que le sujet sente que le temps lui échappe. Il répète toutefois qu'il savait qu'il n'y avait pas « d'urgence vraiment », donc même s'il y a le risque de faire « tarder les choses » il n'est pas mis dans une position où il devrait agir rapidement, pressé par le temps.

Par la suite, il nous explique qu'il arrive à organiser son emploi du temps pour avoir plus de temps pour lui-même, mais parfois il lui arrive que les marges d'activité professionnelle soient dépassées. Et finalement, les frontières entre le temps de travail professionnel et personnel deviennent moins claires.

• *Être privilégié par rapport au statut de médecin*

Pour le Médecin A, il est bien clair qu'il est privilégié grâce à son statut pour les soins de deuxième niveau. Les privilèges accordés aux médecins se font par exemple par une priorité accordée pour l'accès direct aux soins et aux examens médicaux. Souvent ils sont favorisés et y accèdent plus facilement, sans devoir patienter sur liste d'attente. Le statut de médecin lui

confère l'avantage « d'avoir les kits de prélèvements », et « d'avoir des entrées faciles » pour accéder aux soins de deuxième niveau.

Mais il y a une autre dimension des avantages qui sont réservés aux médecins, qui est notamment l'accès à la connaissance spécifique qui va influencer d'une manière positive la qualité de vie. Le fait d'avoir acquis certaines connaissances dans le domaine médical peut offrir la possibilité d'adopter des mesures de prévention contre les maladies, et ainsi d'adopter un mode de vie plus équilibré.

Le Médecin A raconte la manière dont son patient, étant médecin, avait agi pendant les consultations. Ce patient, qui était en pleine connaissance des circonstances, des causes et des conséquences de sa pathologie, se comportait différemment parce qu'il cherchait « le maximum d'arguments » afin de pouvoir discuter son traitement avec le Médecin A.

• *Patient*

Le Médecin A distingue nettement la position d'un médecin étant dans une situation de maladie et un patient lambda, qui s'en remet entièrement à son médecin traitant. Selon le sujet, les médecins ayant une pathologie adoptent un comportement différent par rapport aux patients ordinaires. Par ailleurs, il considère qu'un médecin n'est pas « un patient comme les autres », ce qu'il répète deux fois. Il explique que l'origine de ces différences se trouve dans l'accès à la connaissance scientifique médicale qui est propre aux médecins, et qui leur offre l'avantage de se décider d'aller plus « loin dans les explorations » et ainsi de rechercher à « avoir le maximum d'arguments ». La relation de soins entre le médecin et son patient-médecin va être différente dans la mesure où il peut y avoir une négociation de traitement et un accord mutuel concernant les explorations, les examens médicaux. Le patient lambda qui ne dispose pas de connaissances suffisantes dans le secteur médical se confie à son médecin et il laisse souvent à celui-ci les choix à gérer, que ce soit au niveau des traitements ou des soins. Le Médecin A se trouve doté d'une empathie particulière, et il essaye de se « mettre dans une position de patient » pour comprendre mieux ses souffrances, les affects ressentis, pour interpréter au mieux sa situation.

• *Diagnostic*

Comme on peut le remarquer, le Médecin A s'est chargé assez souvent de réaliser son propre diagnostic. Ce qu'il explique par le fait qu'il dispose des connaissances nécessaires pour établir son diagnostic, qui est donc « facile à faire ». L'avantage de reconnaître ses symptômes, de pouvoir les délimiter et d'établir le tableau clinique consiste aussi dans la rapidité des démarches, mais encore dans le fait d'éviter de demander le « concours » d'un confrère pour les affections mineures.

Quand la maladie n'exige pas d'investigations spécifiques et que les symptômes restent mineurs, le Médecin A se charge d'élaborer son diagnostic lui-même.

Dans une situation d'événement de santé qui demande une investigation plus spécifique, le sujet se prête à demander l'intervention d'un confrère spécialisé ; par exemple pour faire « un coup d'écho » étant donné qu'en médecine générale, les médecins disposent rarement des appareils d'échographie nécessaires à ce genre d'intervention.

L'établissement du diagnostic dépend donc de la nature de l'affection et de la complexité de l'investigation.

- ***Être médecin/ médecin traitant***

Le Médecin A a opté pour se déclarer lui-même son propre médecin traitant. Vu que la déclaration d'un médecin traitant n'est pas obligatoire, il a considéré qu'il était plus facile de gérer son dossier médical personnellement, et également d'assurer son propre suivi. Il pense que cette option est plus avantageuse, car il n'a pas besoin de passer par un autre médecin traitant pour la gestion des soins habituels.

La profession de médecin libéral est perçue par le sujet comme « un certain esprit », comme une vocation caractéristique aux médecins. Se sentir épanoui dans la profession est apparemment un facteur central pour le sujet, qui s'interroge sur le fait que les médecins se sentent « bien dans le boulot » ? La satisfaction professionnelle, le sentiment d'être apprécié par les collègues et les patients est une nécessité bien présente chez les médecins.

La représentation de la pratique professionnelle du médecin libéral est exprimée par la métaphore « être dans le feu de l'action ». Le Médecin A s'implique beaucoup dans l'activité libérale, et l'on peut observer à quel point l'investissement dans la profession est important pour le sujet.

Pour pouvoir maintenir un bon équilibre de gestion de l'activité professionnelle il est nécessaire de ressentir un épanouissement professionnel.

- *Les catégories thématiques ayant une fréquence d'occurrence faible*

- ***Disponibilité***

La gestion du temps de travail s'avère souvent un fait assez compliqué dans le système de soins. L'emploi du temps des médecins peut varier selon le domaine de spécialité et les facteurs personnels.

Le Médecin A considère qu'il se met dans une position de « disponibilité haute » pour ses patients. On peut supposer qu'il dispose d'un emploi du temps très chargé, et par ce fait il se trouve confronté à la réduction du temps qu'il peut consacrer à lui-même. L'activité professionnelle prend beaucoup de place, souvent au détriment de sa vie privée. La surcharge du rythme de travail et le fort investissement dans l'activité professionnelle entraînent des risques « de faire tarder les choses » chez le Médecin A. Il est bien évident que le sujet préfère ou se sent obligé de consacrer plus de temps au suivi médical de ses patients, et également de ses proches, que de s'occuper de la gestion de sa propre qualité de vie.

Le fait d'être en médecine libérale exige que le sujet soit « toujours prêt », c'est-à-dire être constamment disponible pour ses patients.

- ***Acteur de santé***

Le Médecin A déclare se sentir *acteur de sa santé*. Selon lui, le fait de participer activement à l'amélioration de sa qualité de vie et de l'état de sa santé consiste à respecter les consignes pour garder une bonne hygiène de vie, suivre un régime alimentaire équilibré et également avoir des connaissances suffisantes sur les pathologies potentielles. C'est un choix, une décision délibérée en connaissance des causes et des effets qu'il avait pris pour prévoir les risques potentiels et pour éviter les maladies organiques.

Être *acteur de santé* signifie pour lui « être attentif » et « actif ». Cela consiste à rester vigilant, à identifier les potentiels facteurs de risque et en interpréter les signes. La participation active et l'attitude préventive du Médecin A prouvent sa préoccupation pour son état de santé. Quant à l'interprétation des symptômes, il démontre qu'il y a une exigence déontique de sa part à aller solliciter le concours d'un collègue spécialisé.

- ***Famille***

Ici, on peut obtenir des informations sur la situation familiale du Médecin A. Il note que sa famille se « réduit à mon épouse » puisque ses enfants sont déjà partis. Il y a encore son deuxième enfant qui reste encore à sa charge, mais les autres sont grands et devenus autonomes.

Ainsi explique-t-il qu'il y a une « histoire dans la famille », une prédisposition à un cancer du côlon qui devient un facteur sensible auquel il donne beaucoup d'attention.

- ***Soins***

Le sujet admet que c'est lui-même le médecin traitant de sa famille qui s'est réduite à son épouse et à son deuxième enfant. Il est donc chargé du suivi médical et de la prise en charge des deux membres de sa famille. Mais il se préoccupe aussi de la qualité de santé de ses proches, et essaye de les prévenir sur la nécessité de faire des examens de dépistage. Ainsi, il montre une attitude préventive et vigilante envers les membres de son entourage. Il note par la suite qu'il était le dernier à faire les examens de dépistage, ce qui démontre le fait qu'il se place volontairement au second plan concernant l'urgence relative à faire des examens de dépistage.

- ***Recours aux spécialistes***

Pour le Médecin A, le recours aux spécialistes se passe généralement pour les soins de deuxième niveau. Ensuite, il déclare que jusqu'à présent il n'a pas eu besoin de demander d'examens en deuxième intention. Néanmoins, il a dû faire très récemment un examen cardiologique, et il précise également que cet examen faisait partie du cadre de dépistage. L'examen cardiologique est considéré comme « une nécessité » une obligation impérieuse devant être faite.

- ***Autodiagnostic/ Auto-prescription***

Le Médecin A explique qu'il a réalisé plusieurs fois des autodiagnostic ainsi que des auto-prescriptions de médicaments, dans le cas de maladies banales, par exemple la grippe ou encore une angine sans complications. Ces symptomatologies sont faciles à être identifiées par une auto-observation. Par contre, quand la situation devient plus compliquée et demande un examen plus précis, il a recours aux spécialistes.

- ***Être maître de stage***

Le sujet affirme qu'il est maître de stage. Le fait d'être maître de stage nécessite une responsabilité haute qui va avec l'encadrement de stagiaire et le fait de lui accorder un soutien et un suivi continu.

- **Synthèse et conclusion**

Pour conclure notre recherche, nous pouvons avancer l'idée que le Médecin A s'implique beaucoup dans l'exercice de sa profession de médecin généraliste libéral. Étant donné la richesse de ses données discursives, nous pouvons observer à quel point l'esprit du sujet est focalisé sur le domaine médical. Quelles que soient les modalités d'analyse thématique réalisées : *le suivi médical, la prise en charge, les soins des confrères*, et évidemment *la relation maintenue avec les collègues, l'influence du statut* et la dimension des *problèmes*, elles occupent la position centrale dans son discours.

Le Médecin A se présente comme préoccupé par la dimension du suivi médical et de la prise en charge en général, concernant également les patients, les confrères et s'incluant lui-même.

Ce qui se montre intéressant est le fait que le sujet fasse souvent part des *problèmes*. Il évoque la notion de *problème* pour parler des difficultés rencontrées concernant la prise en charge d'un médecin étant devenu patient. Toutefois, il évoque souvent les références aux *problèmes* pour les nier. Ce qui peut signifier qu'il ressente le besoin de tenir un discours pour tenter de convaincre son interlocuteur qu'il n'a pas de problèmes ou de difficultés. C'est un type de rejet de sa part des éventuelles vulnérabilités face à ces situations. Nous pouvons avancer l'idée selon laquelle le Médecin A peut présenter des tendances à utiliser des mécanismes d'adaptation, d'inhibition mentale, devant les situations de stress élevé. Ces mécanismes d'adaptation aux situations stressantes ou « coping » peuvent se manifester inconsciemment. Nous évoquerons ici le refoulement, l'annulation des idées et des sentiments qu'il considère menaçants.

L'emploi de l'intellectualisation peut également devenir un mécanisme d'adaptation typique à certaines professions qui nécessitent une activité intellectuelle constante, et l'exercice d'une haute responsabilité.

CHAPITRE IV : DISCUSSION

A FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

1 Intérêt de la méthodologie

a) Données générales

Le fait d'aller à la rencontre des médecins a permis de faciliter leur participation à l'enquête et de créer un climat de confiance propice à l'interview.

Le choix de la méthode qualitative a été pertinent en regard de la richesse et de la spontanéité du discours produit par les médecins, sur un sujet aussi sensible et personnel qu'est leur santé. En effet nous avons abordé cette question dans une approche de compréhension de l'attitude des médecins généralistes vis-à-vis de leur santé, à laquelle un questionnaire n'aurait pas pu répondre.

L'utilisation du guide d'entretien a laissé la liberté aux médecins d'aborder d'autres thèmes et de se livrer à des confidences plus personnelles s'ils le souhaitaient. De plus la diversité des médecins interrogés a généré une grande variété de points de vue. Ainsi l'ensemble de leurs témoignages nous offrent un récit particulièrement riche et vivant, sans lequel notre travail n'aurait pu aboutir.

b) Complémentarité des analyses

La collaboration avec les psychologues a été positive en nous apportant un point de vue extérieur dont la pertinence a été guidée par l'utilisation de méthodes d'analyses spécifiques.

Les trois méthodes d'analyse retenues ont ainsi permis de porter des regards complémentaires sur les représentations de la prise en charge médicale des médecins généralistes afin de mieux comprendre ses modalités.

L'analyse manuelle détaillée de l'ensemble des entretiens n'a pas pu être réalisée en raison de l'ampleur de la charge de travail que cela représenterait.

2 Critiques liées à la méthodologie

a) Echantillon de petite taille

L'échantillon final de notre enquête compte 15 médecins, ce qui peut être considéré comme un effectif réduit. Toutefois l'objectif de notre travail n'était pas d'obtenir des résultats statistiquement significatifs et de les généraliser à l'ensemble de la population médicale mais d'apporter quelques éléments de réflexions sur la problématique.

b) Réalisation des entretiens

Afin de faciliter le discours et l'expression de la pensée des médecins, il aurait été préférable d'avoir recours à la technique des entretiens semi-directifs. Il s'agit pour l'enquêteur d'aborder un thème et de laisser son interlocuteur exprimer librement sa pensée, avec la possibilité pour l'enquêteur d'effectuer des reformulations ou des relances. Nous n'avons pas reçu de formation spécifique pour apprendre à mener ce type d'entretiens c'est pourquoi la technique de l'entretien directif s'est imposée à nous, d'autant plus qu'elle se rapproche de l'entretien médical.

Nous sommes conscients que la succession des questions posées aux médecins a pu influencer l'expression de leur pensée et orienter leurs réponses. Toutefois nous avons remarqué que les médecins avaient tendance à nous inciter à formuler des questions, probablement par le fait qu'elles constituaient pour eux un cadre rassurant.

Pour le dernier entretien nous avons essayé de nous rapprocher davantage d'un entretien semi-directif, ce qui a eu pour conséquence de générer un discours plus dense mais aussi d'oublier d'évoquer certaines thématiques.

c) Informations recueillies

Nous nous sommes rendu compte au fil des entretiens que plusieurs questions étaient mal formulées puisque les réponses apportées étaient soit incomplètes soit inappropriées. A la question « Pensez-vous vous prendre en charge dans les mêmes délais que vous le faites pour vos patients ? », plusieurs réponses montrent l'existence d'une possible confusion entre la réactivité propre du patient et celle du médecin vis-à-vis des symptômes de son patient.

La question « Avez-vous recours aux spécialistes en première ou deuxième intention ? » conduisait à une réponse peu informative en cas d'absence d'illustration de la part des médecins. La formulation suivante « Sollicitez-vous un avis auprès d'un généraliste avant de consulter un spécialiste ? » aurait été plus claire.

Parfois les médecins ont demandé à ce que nous explicitions davantage la question. Par exemple la question « Vous sentez vous acteur de votre santé ? » a posé problème dans la mesure où certains médecins nous ont dit ne pas comprendre ce que nous entendions par le concept « acteur » ce qui a conduit à une clarification de notre part.

d) Questions non soulevées

Au terme de notre étude, il nous est apparu que certaines questions importantes n'avaient pas été abordées. Il s'agit d'une part de la problématique des addictions. Si les médecins ont évoqué spontanément leur attitude vis-à-vis de l'hygiène de vie et du dépistage ils sont restés silencieux sur la question de la consommation de substances psychoactives (alcool, tabac, médicaments psychotropes...). Ceci n'est pas sans rappeler le travail de V. Thierry qui a montré le malaise existant autour de l'alcool en médecine générale (50).

D'autre part la question de l'aptitude à l'exercice médical et du suivi par une médecine du travail n'a pas été soulevée par nos soins. Un seul médecin a abordé la question en nous déclarant que ses vaccinations étaient suivies par la médecine du travail dans le cadre d'une activité salariée en maison de retraite (Dr N). Les médecins ne nous ont pas parlé de l'intérêt qu'un tel suivi pourrait leur apporter.

Dans son rapport sur l'aptitude à l'exercice médical et la santé du médecin à la Commission Nationale Permanente en juin 2000, ME. Delga insistait sur :

- l'impérieuse nécessité d'une évaluation de l'aptitude physique et mentale des étudiants en médecine avant le 3^{ème} cycle et l'intérêt d'un suivi médical du médecin en exercice pour sa propre sécurité et celles de ses patients.
- l'intérêt d'un suivi médical du médecin en exercice, pour sa propre sécurité comme pour la sécurité des patients dont il a la charge.
- que le médecin malade puisse être pris en charge comme tous les patients, en particulier avec confidentialité totale... « Et il n'est pas illusoire d'envisager une structure régionale qui pourrait veiller à la santé du médecin, faciliter son exercice professionnel en cas de difficultés, et protéger matériellement sa famille » (34).

Enfin, nous n'avons pas demandé aux médecins s'ils avaient des propositions à soumettre pour améliorer la prise en charge de leur santé et ils n'ont pas fait spontanément de suggestions à ce propos.

e) Analyse

Le thème de la santé des médecins est vaste et nous n'avons pas la prétention de l'embrasser en totalité.

Nous avons donc choisi d'analyser les thèmes qui nous semblaient les plus pertinents et les moins étudiés en regard des données du chapitre 1.

Nos analyses n'ont pas été soumises aux participants pour obtenir leur vérification a posteriori, comme le suggèrent certains auteurs (85).

L'analyse de contenu réalisée par nos soins a été empreinte d'une part de subjectivité du fait de notre vécu et de notre intérêt pour la question. Il convient également de rester prudent quant à l'interprétation des propos des médecins. Il est possible qu'il y ait un décalage entre la façon dont ils pensent se prendre en charge et la réalité des faits. De plus leur discours a pu être influencé par le phénomène de protection des faces en les incitant à donner une image positive d'eux-mêmes sans perdre la face ni menacer l'intégrité de leur territoire personnel (95). Le contexte de l'entretien en plaçant les médecins dans la position inhabituelle d'« interrogé » dans leur propre cabinet a également pu générer un frein à la production du discours (89).

Enfin, le manque du temps et l'absence de formation personnelle au logiciel Alceste ne nous ont pas permis une exploitation optimale de cet outil intéressant qui a été mis à notre disposition en juillet 2012.

B ATTITUDE DU MEDECIN GENERALISTE VIS-A-VIS DE SA SANTE

Les particularités du parcours de soins du médecin-patient ont été mises en évidence.

Voici les principaux points qui ont retenu notre attention.

1 Assurer sa santé et ses revenus

Les médecins de l'enquête ont un niveau correct de protection sociale et de prévoyance professionnelle.

Ils adhèrent systématiquement à une mutuelle santé en complément de la sécurité sociale, afin d'accéder à un meilleur niveau de remboursement des soins, comme c'est le cas pour la majeure partie de la population générale.

Quasiment tous les médecins ont souscrit à un contrat de prévoyance pour bénéficier d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail consécutif à un accident ou une maladie, dans l'attente des prestations de la CARMF. L'adhésion à une assurance accident de travail est évoquée par un seul médecin de notre enquête. En revanche les modalités de leurs contrats sont peu connues de leur part et trop rarement réévaluées.

Le rapport du Conseil de l'Ordre de septembre 2008 propose « une réévaluation obligatoire et régulière tous les 5 ans du contrat de prévoyance du médecin, information qui pourrait être relayée par les conseils départementaux au contact des prestataires de service assurantiels sensibilisés à ces questions » (34).

2 Prévenir sa santé

A l'instar des données actuellement disponibles, les médecins de notre étude ont un niveau de prévention tout à fait satisfaisant et superposable à la population générale en ce qui concerne le dépistage des cancers, des pathologies cardio-vasculaires et de l'hygiène de vie.

Comme dans l'étude de L. Gillard (36) nous observons qu'une jeune femme médecin a débuté le dépistage du cancer du sein par mammographie plus précocement que ce qui est recommandé (Dr J).

3 Se soigner soi-même

Les médecins de notre étude sont majoritairement leur propre médecin traitant ou ils n'en ont pas déclaré, ce qui révèle une faille dans le dispositif médecin traitant puisqu'il permet aux médecins de s'affranchir eux-mêmes des règles qu'ils sont censés mettre en œuvre pour améliorer la qualité des soins (33).

Pour justifier leur choix les médecins invoquent la simplicité, le gain de temps et le fait de ne pas en ressentir le besoin. Les médecins nous laissent donc entendre qu'ils manquent de temps pour s'occuper de leur santé. Le problème n'est-il pas plutôt qu'ils ne prennent pas le temps de le faire ?

Deux médecins ne voient pas l'intérêt de déclarer un médecin traitant devant l'absence de sanction financière à ne pas respecter le parcours de soins, étant donné que les confrères spécialistes qu'ils consultent ne leur font en général pas payer d'honoraires. Nous montrons ainsi que la gratuité confraternelle encourage les médecins à se dispenser du parcours de soins coordonné pour eux-mêmes.

Le Dr D qui a désigné un confrère comme médecin traitant a choisi son associé. D'après les données de la littérature il y a effectivement une tendance pour les médecins à déclarer comme médecin traitant un médecin de leur entourage, ce qui peut engendrer un manque d'objectivité et des conflits d'intérêts (12, 13, 24, 25, 33). De plus cette démarche qui reflète la conviction personnelle de l'utilité de confier sa santé à un tiers est le plus souvent antérieure au dispositif médecin traitant (33).

Les freins à la désignation d'un confrère sont pour les médecins : la volonté de ne pas déranger leurs collègues, la peur d'être jugés dans leurs compétences médicales, la crainte d'un défaut de confidentialité et un manque de confiance au système de santé. Cela traduit une difficulté de leur part à se confier à autrui et à exposer leurs faiblesses. La culture médicale qui véhicule l'image d'un médecin en parfaite santé renforce cette idée, particulièrement bien illustrée par les propos du Dr E «... *pour nous ben c'est un peu marche ou crève...* ». Ces barrages sont comparables à ceux retrouvés dans les autres études (12, 33, 35).

A la différence des données anglaises, le coût des soins, le manque de disponibilité et d'effectif de médecins auxquels s'adresser ne sont pas évoqués par les médecins de notre enquête (12).

Toutefois nous remarquons que la désignation d'un médecin traitant a peu d'influence sur l'attitude des médecins généralistes vis-à-vis de la prise en charge de leur santé. En effet, qu'ils aient choisi de déclarer un médecin traitant ou non, les médecins généralistes se tournent en priorité vers eux-mêmes en ce qui concerne les soins de premier recours (9, 10, 13, 22, 23).

D'ailleurs ils ont massivement recours à l'autodiagnostic et à l'auto-prescription (8, 36, 37, 38). Il est pourtant difficile de s'examiner soi-même de porter un jugement objectif sur ses propres symptômes.

Il faut souligner le décalage entre la banalisation de ces pratiques et le danger qu'elles représentent pour la santé du médecin mais aussi pour les potentielles répercussions négatives sur la qualité des soins dispensés aux patients (38). Les médecins ont d'ailleurs systématiquement besoin de justifier leur démarche d'auto-prescripteur ce qui révèle l'existence d'une gêne et la conscience des risques potentiels.

M. Biencourt dans le rapport du Conseil de l'Ordre évoque le manque de recul des médecins malades et les risques induits : « *l'auto prescription médicamenteuse en particulier, relève parfois de comportements thérapeutiques complètement incohérents par rapport à la réalité de la pathologie et par rapport aux risques délétères que fait courir au propre médecin son comportement de prescripteur* ». Il propose « *la limitation ou l'encadrement de cette auto prescription* » (34).

Les médecins pensent que leur statut et leurs connaissances sont un facteur d'amélioration de la qualité de prise en charge de leur santé en permettant de mieux analyser les situations et de leur apporter une réponse adaptée en termes de délai et d'orientation.

Il s'ensuit que deux tiers des médecins considèrent que leur suivi est au moins aussi bon voire meilleur que celui de leurs patients. Toutefois cette idée contraste avec les jugements négatifs qu'ils portent spontanément à l'encontre de leur suivi et avec l'opinion qu'ils ont que les médecins sont en général mal soignés.

Cette ambivalence suggère qu'ils ne sont pas satisfaits de leur propres soins et par conséquent qu'ils se considèrent comme de mauvais médecins pour eux-mêmes, comme l'ont déjà pointés d'autres études (9, 11, 22, 35, 36).

Être son propre médecin c'est fonctionner en vase clos et se priver de l'interlocuteur privilégié de la santé qu'est le médecin généraliste. Cela peut conduire à des comportements à risque et à la perception médiocre que les médecins ont de leur santé.

4 Accéder aux soins de deuxième recours

Nous avons vu précédemment que les médecins se tournaient en premier lieu vers eux-mêmes pour prendre en charge leur santé.

Ils peuvent parfois solliciter un deuxième avis médical auprès d'un collègue généraliste considérant qu'ils se sont donnés le premier. Ce phénomène est favorisé par l'exercice en groupe au sein duquel les médecins se côtoient quotidiennement ce qui facilite les échanges. Toutefois dans ce cas de figure il s'agit le plus souvent de consultations informelles sans examen clinique, qui peuvent être inadaptées aux besoins des médecins voire dangereuses en nuisant à la qualité de leur prise en charge.

✓ Accès direct aux spécialistes

Nous n'avons pas recueilli d'informations sur la fréquence des consultations médicales des médecins.

Mais nous remarquons que lorsque les médecins se décident à consulter, ils s'adressent plus volontiers aux spécialistes qu'aux généralistes, comme l'ont montré avant nous d'autres études (9, 22, 23, 24, 35).

✓ Accès privilégié

Les médecins sont d'accord pour dire qu'ils sont privilégiés dans l'accès aux spécialistes avec des délais de consultation raccourcis et ce d'autant plus qu'ils s'adressent à des médecins de leur réseau professionnel et amical. D'ailleurs ils se gratifient de cette position privilégiée qu'ils considèrent comme un avantage logique sans culpabilité (35).

Ce thème est ressorti comme dominant dans l'analyse informatique du discours des médecins par le logiciel Alceste.

✓ Attentes

Parmi leurs attentes nous retrouvons la recherche d'une expertise spécialisée guidée par des connaissances et des compétences techniques dont ils n'ont pas accès pour eux-mêmes (9).

Si les médecins considèrent que leur propre bagage de connaissances est une aide pour établir de bonnes relations de dialogue avec les spécialistes, il n'en demeure pas moins que leur motivation à consulter est fondée avant tout sur une asymétrie présumée de savoirs.

La recherche d'un point de vue objectif est également évoquée. Or, à l'image des données de la littérature, ils ont recours majoritairement à réseau de spécialistes connus et même parfois à des proches (24, 25). Dans ce contexte il paraît difficile voir illusoire de bénéficier d'un regard neutre sur sa santé. De plus cela peut mettre en péril le respect du secret médical et de la confidentialité pourtant revendiqués par les médecins eux-mêmes.

Nous mettons alors en évidence un paradoxe dans le comportement des médecins qui ne mettent pas en œuvre les moyens d'obtenir ce qu'ils recherchent et ce dont ils ont besoin en matière de soins pour leur santé.

✓ Nature des consultations

Quand on leur demande la façon dont se déroulent les consultations sollicitées auprès des spécialistes, les médecins de notre enquête répondent unanimement qu'il s'agit de consultations normales, dans le mode d'exercice habituel du spécialiste.

Les différents temps du déroulement de la consultation sont respectés.

Il y a une volonté de leur part à se comporter comme un patient standard, « à jouer le jeu » comme disent certains.

Nous ne retrouvons pas dans nos résultats l'existence de consultations informelles du type « consultations de couloir » quand il s'agit pour nos médecins de consulter un spécialiste. Ceci dénote avec les données de la littérature étrangère (12).

✓ Honoraires

Si les consultations se déroulent le plus « normalement » possible, elles ne se concluent pourtant que rarement par un règlement d'honoraires, comme pour les autres patients.

Pourtant dans notre étude un tiers des médecins préfère payer leurs confrères pour rester dans le cadre d'une consultation normale et confirmer son caractère professionnel à l'opposé des « consultations entre deux portes » que nous avons déjà évoquées. De plus l'absence de rémunération accentue le sentiment que les médecins ont de déranger leurs confrères, sans qu'ils ne perçoivent de compensation financière pour leur travail, et les fait se sentir redevables vis-à-vis d'eux.

En revanche un cinquième des médecins préfère toujours ne pas payer dans le cadre de la « courtoisie professionnelle » et se réjouisse de ce privilège, tout comme le fait de ne pas avoir à régler de dépassements d'honoraires. D'ailleurs un des médecins déplore le fait que cette courtoisie professionnelle devienne de plus en plus rare.

En 2008, le Conseil National de l'Ordre des médecins s'est positionné en disant que le règlement des honoraires n'était pas contraire aux principes hippocratiques et qu'il était justifié dans la majorité des cas. Ainsi la balance penche en faveur des bénéfices que prodigue au médecin le règlement des honoraires en l'inscrivant dans une filière de soins coordonnés et de qualité et nous assistons progressivement à un changement des mentalités (34). D'ailleurs nous avons vu précédemment que la gratuité confraternelle constituait un frein pour l'entrée dans le parcours de soins coordonnés et la déclaration d'un médecin traitant.

✓ Courrier

A distance de la consultation la plupart du temps les médecins reçoivent un courrier médical du spécialiste, ce qui n'est pas le cas pour un patient standard dont le courrier est adressé à son médecin traitant. Le Dr D reçoit lui-même les courriers qui le concernent et pas son médecin traitant, ce qui est dénoté une attitude peu conventionnelle.

Si le spécialiste demande aux médecins s'ils souhaitent recevoir un courrier, certains ont tendance à répondre non pour ne pas le déranger davantage ou par désintérêt. Parfois la demande émane du médecin consultant pour une question d'assurance.

5 Se comporter face à la maladie

Les médecins de notre enquête estiment en majorité que leur délai de prise en charge est plus long que celui qu'ils prodiguent à leurs patients. Ils décrivent une attitude plus attentiste du fait d'une faculté à relativiser davantage mais aussi d'un manque de disponibilité pour eux-mêmes.

En revanche quand nous leur demandons d'évoquer un événement de santé marquant, nous nous apercevons au contraire que leur délai de prise en charge est rapide en regard de leur facilité d'accès aux soins mais aussi de leur réactivité propre.

Ce décalage peut être le fait du caractère aigu et singulier de la plupart des pathologies évoquées qui nécessitaient une prise en charge rapide, mais aussi peut-être d'une perception erronée de leur attitude face aux symptômes?

Concernant le vécu des symptômes, si deux tiers de nos médecins pensent être objectifs pour les interpréter, un tiers pense au contraire avoir un regard subjectif le plus souvent en minimisant leurs symptômes et parfois en les exagérant. L'alternance de phases de déni et de panique a déjà été décrite dans d'autres études (34, 35, 36, 60).

Les médecins interrogés considèrent leur observance thérapeutique tout à fait satisfaisante et ils réalisent correctement les mesures de surveillance conseillées à l'exception de l'arrêt de travail, à l'instar des données disponibles (9, 24, 35, 37).

En effet même s'ils admettent aisément les vertus de l'arrêt de travail, les médecins reconnaissent avoir des difficultés à s'arrêter du fait des répercussions sur leur activité libérale.

Si les médecins évoquent facilement les problèmes somatiques, il n'en est pas de même pour les problèmes psychiques. Un seul médecin a abordé la question spontanément. La plupart du temps les médecins ont semblé mal à l'aise et ont adopté une attitude défensive pour éluder la question.

En effet il semble exister un tabou autour des difficultés psychologiques en particulier vis-à-vis du phénomène de burn-out qui touche de plus en plus fréquemment les médecins et retentit de manière négative sur leur santé et par conséquent sur celle de leurs patients (68, 71, 72).

Rarement les médecins dénoncent avec pudeur les répercussions néfastes de leur profession sur leur bien-être psychologique mais ils ne s'attardent pas sur la question.

Quand il s'agit de consulter un psychiatre, le problème de l'anonymat et de la confidentialité est particulièrement mis en avant par les médecins qui s'adressent alors moins facilement aux confrères de leur entourage proche qu'en cas de problème somatique.

6 Soigner les autres

La façon dont les médecins soignent les autres médecins et leur famille est informative sur leur propre façon d'appréhender leur santé.

✓ Famille

L'attitude des médecins concernant la santé de leurs proches reflète tout à fait celle qu'ils adoptent vis-à-vis de la leur à savoir l'opportunité d'avoir en priorité accès à soi-même pour les soins de premier recours.

Les médecins interrogés ont tous été sollicités, à un moment ou à un autre, pour le soin d'un de leur proche. Cette situation s'est le plus souvent imposée à eux. Par sens du devoir, ils acceptent facilement de traiter des pathologies courantes et bénignes ou de réaliser des actes élémentaires comme les vaccinations. En revanche, ils se sentent mal à l'aise et incompetents vis-à-vis de situations médicales plus complexes et décident alors de passer la main à un confrère.

La prise en charge doit alors clairement être le fait d'un seul médecin afin d'éviter la « collusion de l'anonymat ». En effet un suivi par plusieurs médecins peut susciter pour chacun d'entre eux un manque d'implication et de prise de décisions du fait de la dilution des responsabilités (29).

Un des médecins interrogés pense qu'il est préférable pour un médecin de ne pas soigner ses proches en raison de la présence de liens affectifs qui créent un manque d'objectivité pouvant nuire à la qualité de leur prise en charge. Cette notion est retrouvée dans plusieurs autres travaux où est évoqué aussi un malaise concernant le respect du secret médical quand il s'agit d'un de ses proches (30, 31).

L'analyse détaillée de l'entretien A montre que le Dr A porte beaucoup d'attention au suivi médical de ses proches dans le cadre du dépistage du cancer colorectal en raison d'une prédisposition familiale. Il est singulier de constater qu'il s'est positionné au second plan dans la réalisation de ce dépistage qu'il a été le dernier à pratiquer.

A ce jour en France le dispositif médecin traitant autorise la déclaration comme médecin traitant d'un membre de sa famille. Le Conseil de l'Ordre n'a pas non plus émis de recommandations déontologiques concernant le fait d'être ou non le médecin traitant de ses proches et d'une façon plus large de soigner sa famille, à la différence des pays anglo-saxons qui déconseillent ce choix (27, 28). Les médecins français sont donc livrés à eux-mêmes pour prendre cette décision.

✓ Confrères

Les médecins interrogés ont parfois été amenés à soigner des confrères médecins. Cette expérience suscite chez eux des sentiments contradictoires. Elle est vécue comme difficile, complexe, mais toutefois enrichissante et source de relations privilégiées.

Ils nous rapportent avoir été mal à l'aise face à des pathologies complexes et lourdes d'autant plus que cela leur renvoie le reflet de leur propre vulnérabilité que la culture médicale tente d'éluder par l'image de force et de stabilité qui entoure le médecin (34, 61, 62). Dans l'analyse détaillée de l'entretien A le médecin emploie le pronom « on » pour parler de la prise en charge de confrères médecins, comme pour désigner que ses difficultés sont partagées avec la communauté médicale et neutraliser son ressenti sans être jugé.

Les médecins avouent aussi adopter une attitude différente, biaisée par les connaissances de ce patient « extraordinaire » ce qui va empêcher le médecin consultant de prendre sa pleine place de patient.

L'attitude du médecin-soignant renforce les difficultés du médecin-patient à se confier et à se comporter comme un patient normal.

Au cours des études de médecine nous ne sommes malheureusement pas sensibilisés aux particularités de la prise en charge de nos confrères qui nécessitent des compétences d'écoute et de vigilance afin d'établir une relation thérapeutique privilégiée permettant au médecin de se confier tout en gardant la bonne distance nécessaire à la démarche médicale (34).

7 Etre un patient comme les autres ?

Les médecins de notre enquête pensent en majorité être des patients comme les autres.

Pourtant s'ils aspirent à se comporter comme tel, il n'en demeure pas moins qu'ils sont des patients tout à fait atypiques en regard de leur attitude propre qui est renforcée par celle de leurs interlocuteurs. Ils sont partagés entre le souhait d'être reçus comme tous les autres patients et la crainte d'être traités comme de simples patients, qu'ils ne sont pas.

Leur statut et leurs connaissances qu'ils valorisent et considèrent comme un facteur d'amélioration de la qualité de leur prise en charge peuvent également générer de l'anxiété et représenter un frein à l'acceptation du diagnostic. Le poids des connaissances peut même faire envier à certains la crédulité de leur patients (35, 65). Quand il s'agit de mettre à profit leurs connaissances pour eux-mêmes, un manque d'objectivité se manifeste dans l'interprétation des symptômes et les médecins parlent alors davantage d'intuition que de savoir.

Quand ils se définissent comme patients, les médecins se présentent comme des personnes à deux visages. Cette dualité est déjà présente dans l'expression patient-médecin où les rôles s'inversent ce qui peut créer une confusion et des réactions paradoxales. Dans son article sur le médecin malade M. Thiebault cite « *Un médecin malade est quelqu'un qui sait et quelqu'un qui souffre et ce sont deux être distincts. L'un subit et ne comprend pas ; l'autre tâche de comprendre et ne peut que subir. La confrontation ne tolère aucun compromis, que la dualité soit en une seule ou en deux personnes. Le seul savoir qui se dégage pour celui qui a été dans le cas d'assumer simultanément ces deux conditions est le savoir de la modestie du savoir* » (61).

Se mettre dans la position de patient n'est pas aisé pour les médecins qui ont l'habitude de tenir une place de décideur.

Toutefois les relations privilégiées qu'ils entretiennent avec leurs confrères permettent d'établir un dialogue qui conduit à les faire se sentir acteur des décisions prises à leur égard.

Une certaine ambivalence s'exprime alors entre la volonté de rester en position de décideur et le profond besoin d'être soutenu et guidé dans la conduite à tenir. Or il y a un risque que la consultation s'articule principalement autour de la décision médicale au détriment de la relation thérapeutique, autrement dit que la science prenne le pas sur le relationnel.

L'analyse détaillée de l'entretien A et l'analyse informatique illustrent ce phénomène. Le discours scientifique des médecins montre un cheminement argumentatif dépourvu d'élaboration psychique. L'emploi massif de verbes factifs amène à caractériser les médecins comme des personnes d'action qui adoptent une position dynamique par le biais de la prise en charge médicale. La pauvreté d'emploi des verbes psychologiques traduit l'inhibition du partage des sentiments qui font toutefois surface malgré eux par l'expressivité de leur visage ou de leur élocution (bégaiement, hésitation, rires...).

La maladie peut engendrer chez eux un sentiment d'échec et représente une menace pour leur vie professionnelle. Ils ont parfois l'idée fantasmatique et erronée d'être protégés de la maladie par leur pouvoir médical par une sorte de « blouse blanche magique » qui conjurerait le mauvais sort (33, 61, 63). Les médecins de notre étude ont d'ailleurs tendance à minimiser leurs événements de santé en disant qu'ils n'ont jamais été vraiment malades, y compris pour ceux qui ont des antécédents de type néoplasique. Le Dr G illustre bien cette idée quand il dit : « *On soigne des malades toute la journée mais c'est difficile de s'imaginer malade. C'est un peu bête hein mais on a tou..., on a jamais envie d'être malade, quand on est malade on dit « Mais non c'est rien ! »* ».

L'analyse détaillée de l'entretien A met en exergue un usage marqué de la négation concernant les difficultés rencontrées par le médecin A, comme s'il voulait se convaincre qu'il n'avait pas de problèmes en nous prenant comme témoin. Cela semble traduire un rejet de sa propre vulnérabilité que le fort investissement personnel et le sens des responsabilités inhérents à sa profession de médecin tentent d'éluder.

Face à la maladie l'attitude des médecins va fluctuer entre le déni et la peur d'un diagnostic grave, qui sont deux aspects de l'expression d'une anxiété exacerbée (34, 35, 36, 60). D'ailleurs nous soulignons que pour les médecins de notre étude, la peur du cancer est exprimée de manière récurrente, souvent indirectement par les termes : quelque chose de méchant, pas sympa, grave...

Que ce soit pour la désignation d'un médecin traitant ou pour la consultation auprès d'un spécialiste et ce qu'elle implique (réalisation d'actes techniques et administratifs, absence d'honoraires), la culpabilité et la peur de déranger leur confrère sont très marquées chez nos médecins, ce qui n'est vraisemblablement pas le cas des autres patients.

De plus, même s'ils ont globalement confiance dans le système de soins ils craignent un manque de confidentialité et d'ébruitement du secret médical qui accentuent leurs réticences à consulter et à se confier à un autre médecin (64). Or « *Rencontre d'une conscience et d'une confiance serait l'essence de la relation thérapeutique* » (61).

Si des études ont montré qu'ils préféreraient être soignés par des médecins avec lesquels ils n'ont aucun lien, nous constatons paradoxalement qu'ils s'adressent plus volontiers à des proches (24, 25, 35). En France il n'y a pas à ce jour de possibilités de consulter anonymement comme dans certains pays anglo-saxons (64).

A l'issue des consultations spécialisées les médecins sont souvent livrés à eux-mêmes pour assurer le suivi et la surveillance alors qu'ils ressentent le besoin d'être guidés et de déléguer ces mesures aux spécialistes. Un sentiment de solitude et d'isolement semble s'emparer des médecins qui souffrent peut-être plus précisément à ce moment-là de ne pas avoir de médecin traitant pour prendre le relais et coordonner les soins.

D'après Balint : « *Le médicament le plus utilisé en médecine générale est le médecin lui-même* » (29). Il est dommage d'en priver les médecins eux-mêmes.

D'ailleurs ils expriment de manière tacite un profond besoin d'écoute et de soutien face à leurs difficultés.

Il apparaît donc nécessaire pour eux d'avoir accès à des interlocuteurs conscients des particularités de leur patient-médecin et capables de faire preuve d'objectivité et d'écoute tout en restant dans leur position de professionnel pour que le médecin puisse endosser plus facilement le rôle de patient.

C PISTES DE REFLEXION

1 Rôle de l'enquête

L'étude s'est avérée utile en permettant aux médecins d'amorcer une réflexion personnelle sur leur façon d'appréhender la prise en charge de leur santé.

Ils ont accepté de nous consacrer un peu de leur temps pour participer à l'enquête avec l'intention d'aider une future consœur dans la réalisation de sa thèse et parfois par intérêt pour le sujet. Visiblement ce sujet ne les a d'ailleurs pas laissés indifférents. Ils ont été intéressés et parfois touchés ou déroutés par les thématiques abordées. Certains médecins nous ont confié avec beaucoup d'humilité des moments difficiles de leur vie. Notre présence et notre écoute leur ont permis de s'accorder un peu de temps pour parler d'eux, ce qu'ils ont rarement l'occasion de faire.

2 Solutions à proposer

a) Perspectives et propositions du CNOM

Le rapport de la Commission nationale Permanente du Conseil National de l'Ordre concernant « Le médecin malade » témoigne d'une réelle préoccupation quant aux difficultés de leurs confrères. Pour y répondre, les propositions suivantes ont été émises par les conseillers ordinaires (34) :

- Mise en place d'un service d'information ordinaire en matière de prévoyance avec la création d'une banque de données comparatives des contrats proposés et une révision régulière (tous les 5 ans) obligatoire des contrats prévoyance par les assureurs.
- Instauration de visites médicales de prévention régulières et obligatoires, dans un double but de dépistage et de protection sécuritaire des médecins et de leurs patients par des praticiens, formés spécifiquement pour cette mission, non conseillers ordinaires de préférence. Rappelons que d'après le Code de la santé publique, la seule visite médicale obligatoire d'un étudiant en médecine au cours de ses études se situe au moment où, admis à l'internat, il intègre l'hôpital. La qualité de cette visite d'aptitude est très inégale de l'avis des intéressés...
- Mise en place au niveau de chaque conseil départemental d'une commission de dépistage du médecin en difficulté, avec en aval une cellule de soutien composés de médecins extérieurs au conseil et de professionnels qualifiés, reconnus pour leurs qualités humaines et prêts à s'engager dans la voie de l'aide à la reconversion.

- Forte incitation à ce que les médecins ne soient pas leurs propres médecins traitants pour limiter les risques majeurs de l'auto-prescription.

Pour aller encore plus loin dans son engagement l'Ordre, émet également les perspectives suivantes:

- Création d'un service social au niveau du Conseil National qui rassemblerait des professionnels du droit social, du reclassement professionnel et de la prévoyance, pour les médecins et leurs familles.
- Mutualisation des risques en partenariat avec des organismes spécialisés pour la prise en charge des 3 premiers mois de carence pour les libéraux.
- Mise en place de banques d'emplois potentiels associant le monde l'entreprise, les acteurs institutionnels, les structures universitaires de FMC...
- Modification de la législation avec droit à l'exercice partiel de la médecine pour un médecin déclaré inapte pour certains types d'exercice.
- Mise en place au niveau départemental de structures de dépistage précoce et de soutien.

Peut-être idéalistes, ces propositions sont le reflet d'une volonté marquée d'une mutation de l'esprit confraternel conjointement à celle observée de l'exercice médical.

b) Propositions soulevées par notre travail

En confrontant les données de la littérature et les résultats de notre travail, il nous est apparu plusieurs points essentiels qui pourraient permettre d'améliorer la prise en charge médicale des médecins et les relations confraternelles entre un médecin-patient et un médecin-soignant (13, 28, 34, 62). Il ne s'agit que de propositions permettant d'encourager une réflexion personnelle sur la question, les mesures coercitives étant souvent mal accueillies et inefficaces chez les médecins.

Pour le médecin-patient :

- Eviter d'être son propre médecin traitant et d'assumer seul la responsabilité du diagnostic et du traitement.
- S'informer sur les dangers de l'auto-prescription.
- Encourager la désignation d'un médecin traitant en dehors du cercle familial et amical pour soi-même et sa famille et le consulter en première intention.
- Consulter un confrère sur rendez-vous, dans le mode d'exercice habituel du médecin.
- Ne pas hésiter à parler de ses pathologies, difficultés psychologiques et problèmes d'addictions.
- Réévaluer régulièrement ses contrats de prévoyance.

Pour le médecin-soignant :

- Recevoir une formation spécifique aux particularités de la prise en charge des confrères médecins.
- S'assurer de l'absence de liens étroits privés ou professionnels avec le patient-médecin
- Inciter les médecins à avoir un médecin traitant.
- Eviter les consultations informelles, interroger le médecin au cabinet sur ses antécédents y compris ses automédications et ses addictions, réaliser un examen clinique, définir au préalable les attentes de chacun, le déroulement de la consultation ainsi que les modalités du règlement des honoraires.
- Assurer un suivi et réaliser un courrier à l'intention des autres correspondants.

Notre étude a aussi permis de pointer la nécessité d'un développement des structures d'aides et de prévention destinées aux médecins ; il conviendrait de :

- Former les jeunes médecins dès le deuxième cycle des études médicales à la nécessité d'une organisation de sa protection sociale et de sa prévoyance et les sensibiliser aux particularités de prise en charge du médecin-patient.
- Promouvoir le développement d'associations de médecine préventive pour les médecins libéraux à l'image d'IMHOTEP en Haute-Normandie en permettant aux médecins de consulter en toute confidentialité et de bénéficier d'une évaluation des facteurs de risques personnels et professionnels, de mesures préventives et de dépistage. Les médecins de ces centres doivent être volontaires et formés spécifiquement à soigner leurs confrères.
- Mettre en place plusieurs visites médicales d'aptitude au cours des études de médecine, en complément de la seule visite obligatoire qui se situe au début du troisième cycle, afin de dépister au plus tôt des pathologies lourdes qui contre-indiqueraient l'exercice de la profession.
- Instaurer l'équivalent d'un service de médecine du travail pour les médecins libéraux sur le principe d'une consultation annuelle permettant de définir et de prévenir les risques professionnels, de vérifier la bonne couverture vaccinale, d'aider à organiser son activité libérale. Le caractère obligatoire et l'absence d'anonymat poserait le problème de l'inaptitude potentielle à poursuivre son exercice. Le caractère facultatif risquerait d'encourager les médecins à s'y soustraire.

3 Perspectives

Notre travail soulève des hypothèses pouvant être des pistes de recherche pour de futurs travaux.

Au sein des particularités du parcours de soins des médecins généralistes que nous avons mises en évidence, il est difficile de dissocier ce qui relève du fait d'être médecin de ce qui résulte du caractère libéral de la profession. Ainsi il serait intéressant de réaliser un travail comparatif auprès de médecins hospitaliers. Il serait alors judicieux d'interroger des médecins généralistes hospitaliers, ce qui semble réalisable en regard de la proportion croissante des jeunes généralistes diplômés à occuper un poste salarié au détriment de l'installation libérale.

Au sein des médecins libéraux, il pourrait être intéressant aussi de comparer les particularités du parcours de soins des généralistes à celles des spécialistes afin de chercher s'il existe des comportements spécifiques à chacun. Une enquête française a montré une plus grande insatisfaction au travail et une fréquence accrue de burn-out chez les généralistes (8).

De même notre étude nous incite à réfléchir à l'influence de la structure de soins sur le comportement de santé des médecins.

Nous avons vu que la réforme médecin traitant mise en place fin 2004 n'avait pas modifié le parcours de soins des médecins généralistes et leur comportement en matière de santé. En effet qu'ils aient désigné ou non un médecin traitant, les médecins se tournent en premier lieu vers eux même pour se soigner.

La perspective de mise en place d'une structure de type médecine du travail pour les libéraux est séduisante, mais nous pouvons émettre quelques réticences en regard de l'impact inégal de son action en milieu hospitalier, faute de moyens et d'un manque d'adhésion de la part des médecins.

L'absence de structures adaptées aux besoins spécifiques des médecins est susceptible d'avoir un impact négatif sur la qualité de prise en charge de leur santé.

L'émergence croissante et récente d'associations et de structures indépendantes d'aide aux médecins reflète l'expression d'un réel besoin pour les médecins d'une surveillance de leur santé, d'une prévention des risques professionnels et d'un soutien psychologique en toute confidentialité. Ces centres de soins anonymes spécialement dédiés aux médecins font malheureusement défaut. Les premières retombées de ces actions méritent d'être analysées avec intérêt. Si elles remportent l'adhésion des médecins en répondant à leurs attentes, cela pourrait permettre de soulever une réflexion auprès des pouvoirs publics pour promouvoir et généraliser le développement de ces initiatives sur l'ensemble du territoire.

CONCLUSION

Ce travail a permis d'analyser les particularités du parcours de soins des médecins généralistes et de comprendre l'attitude qu'ils adoptent pour prendre en charge leur santé.

Le discours des quinze médecins interrogés est caractérisé par son unité et son mode argumentatif traduisant le fait que les médecins appréhendent la prise en charge de leur santé principalement d'un point de vue fonctionnel dans une dynamique d'action.

Les connaissances médicales inhérentes à leur statut de médecin prennent une place importante dans leur sphère personnelle et les conduisent à adopter une attitude rationnelle et à inhiber l'expression de leurs affects.

Il existe une grande ambivalence dans le comportement des médecins face à leur santé.

Ils ont recours en priorité à leurs propres soins bien qu'ils estiment être de mauvais médecins pour eux-mêmes.

Lorsqu'ils décident de consulter un spécialiste, ils recherchent un point de vue objectif, la garantie du secret médical et de la confidentialité mais ils s'adressent majoritairement à des proches avec qui ils entretiennent des liens affectifs.

Ils revendiquent une place de décideur dans la prise en charge de leur santé mais expriment conjointement de manière tacite un profond besoin d'accompagnement et de soutien.

Même s'ils sont peu nombreux à le reconnaître, les médecins sont des patients remarquablement atypiques.

D'un côté ils aspirent à se comporter le plus normalement possible, comme les autres patients. D'un autre côté ils ne veulent pas être considérés comme de simples patients et acceptent volontiers les privilèges dont ils bénéficient en termes d'organisation de leur santé (réduction des délais d'accès aux spécialistes et aux examens, avantages concernant le règlement des honoraires...).

La relation thérapeutique entre le médecin-soignant et le médecin-patient est complexe. Le médecin-soignant doit instaurer une relation de confiance avec le médecin-patient et se sent investi d'une grande responsabilité à son égard. La relation est biaisée par les connaissances et le statut de ce dernier. Le médecin-soignant peut s'identifier à son patient et projeter sur lui ses propres attentes, ses doutes. En outre il va le plus souvent lui confier son propre suivi. Ainsi l'attitude du médecin-soignant va accentuer les difficultés du médecin-patient à endosser le rôle de patient et à pouvoir se confier. Il y a alors un risque que la relation de soins s'articule davantage autour de la décision scientifique que de l'échange relationnel.

Ceci est renforcé par le fait que les médecins expriment fortement la peur de déranger leurs confrères quand il s'agit de les solliciter pour leurs propres problèmes de santé.

De même, le temps est une notion récurrente dans le discours des médecins qui se rendent davantage disponibles pour la santé de leurs patients et de leur famille que pour la leur. Leurs préoccupations révèlent leur état d'esprit qui s'exprime en premier lieu par l'altruisme.

Tous ces facteurs constituent des obstacles qui empêchent les médecins de pouvoir se livrer à autrui et concourent à la solitude des médecins qui vont avoir tendance à se replier encore davantage sur eux-mêmes pour gérer leur santé.

Par ailleurs les médecins généralistes sont particulièrement à risque d'être victimes d'un burn-out du fait de leur forte implication professionnelle auprès des patients. Or il existe un tabou au sein de la communauté médicale vis à vis du phénomène de burn-out et plus largement des difficultés psychologiques des médecins.

Ce travail met en évidence la nécessité de sortir les médecins de l'isolement dans lequel la société, la communauté médicale et leur propre attitude les confinent quand il s'agit de leur propre santé physique et psychologique.

La société se doit de porter une attention particulière à la question de la santé et du bien-être des médecins généralistes, interlocuteurs de première ligne en matière de soins primaires. Il s'agit d'un problème majeur de santé publique en regard des répercussions potentielles sur la santé de la population dont ils assurent la prise en charge.

Il apparaît urgent de développer des structures de soins adaptées aux besoins spécifiques des médecins généralistes en matière de santé, par une médecine préventive des risques personnels et professionnels. Pour ce faire il apparaît indispensable de former des médecins volontaires aux particularités de prise en charge du médecin-patient et d'initier cette formation dès le deuxième cycle des études médicales.

Plusieurs associations d'aide aux médecins libéraux ont récemment vu le jour et témoignent de la prise de conscience d'un réel besoin pour les médecins de pouvoir confier leur santé à des structures dédiées spécifiquement à cette mission.

Il apparaîtrait intéressant d'élargir cette enquête en interrogeant des médecins généralistes salariés exerçant en milieu hospitalier afin de déterminer si les particularités du parcours de soins des médecins généralistes relèvent davantage du statut libéral que du statut de médecin. De même une enquête comparative pourrait être menée auprès des médecins spécialistes.

BIBLIOGRAPHIE

- 1) Préambule 1 de 1946 à la constitution de l'OMS <http://www.who.int/about/history/fr/> dernière consultation le 07/12/2011.
- 2) Wikipedia. L'encyclopédie libre. <http://fr.wikipedia.org/wiki/Santé> dernière consultation le 17/01/2012.
- 3) Molière. Le Malade Imaginaire. Hachette Jeunesse, Paris, 1992, 83.
- 4) Dumartin S « Trois quarts des français se considèrent en bonne santé. » INSEE PREMIERE, mars 2000, 702.
- 5) WONCA EUROPE (The European Society of General Practice/Family Medecine), <http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/WONCA%20definition%20French%20version.pdf> dernière consultation le 07/12/2011.
- 6) La Réforme en pratique. Le médecin traitant en pratique. L'assurance maladie. <http://www.ameli.fr/fiches-synthetiques/la-reforme-en-pratique.php> dernière consultation le 07/12/2011.
- 7) Bournot MC, Goupil MC, Leclère B, Tallec A, Tuffreau F, Hérault T. Vie professionnelle, vécu du travail et état de santé des médecins généralistes des Pays de la Loire en 2008. Rapport détaillé juin 2010, ORS et URML Pays de la Loire.
- 8) Enquête sur la santé des médecins libéraux de Haute Normandie, Conseils départementaux de l'Ordre des Médecins, Résultats décembre 2008.
- 9) Suty R. Attitude des médecins généralistes envers leur propre santé : enquête menée auprès de 530 médecins libéraux du département de Meurthe-et-Moselle. Thèse Méd. Nancy, 2006.
- 10) Vallet E. Les médecins généralistes face à leur propre santé : étude menée par questionnaire auprès de 1000 médecins généralistes des Bouches-du-Rhône. Thèse méd. Marseille, 2009.
- 11) Corpel M. la santé du médecin libéral marnais: enquête descriptive des médecins libéraux de la Marne. Thèse méd. Mention méd gén. Reims, 2007.
- 12) Kay M et al. Doctors as patients: a systematic review of doctor's health access and the barriers they experience. Br J gen Pract, 2008; 58 (552): 501-8.
- 13) Forsythe M, Calnan M, Wall B. Doctors as patients: postal survey examining consultants and general practitioners adherence to guidelines. BMJ 1999; 319: 605-8.
- 14) Clarke J, O'Sullivan Y, Maguire N. A study of self-care among Irish doctors. Ir Med J 1998; 91(5): 175-176.
- 15) Gross CP, Mead LA, Ford DE, Klag MJ. Physician, heal thyself? Regular source of care and use of preventive health services among physicians. Arch Intern Med 2000; 160(21): 3209-3214.
- 16) Campbell S, Delva D. Physician do not heal thyself. Survey of personal health practices among medical residents. Can Fam Physician 2003; 49:1121-1127.
- 17) Davidson S, Schattner P. Doctors' health-seeking behaviour: a questionnaire survey. Med J Aust 2003; 179(6): 302-305.
- 18) Coumau C. Les médecins, ces piétreux patients Impact médecine Hebdo Nov 2001 ; 554 : 26.
- 19) Schneider M, Gallaccht MB, Goehring C, et al. Personal use of medical care and drugs among Swiss primary care physicians. Swiss Med Wkly 2007; 137: 121-126.

- 20) Rennert M, Hagoel L, Epstein L, Shifroni G. The care of family physicians and their families: a study of health and help-seeking behaviour. *Fam Pract* 1990; 7(2): 96–99.
- 21) INSEE. La France en faits et chiffres. Thème Santé/Maladies - Accidents - Drogues. www.insee.fr
- 22) 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 Méd. Poitiers, 2004.
- 23) Roumane S. Comment les médecins généralistes bretons prennent-ils en charge leur santé ? Thèse Méd. Rennes, 2002.
- 24) Rédaction d'impact médecine. Comment les docteurs se soignent ? *Impact médecine* (29) mars 2003 : 26-33.
- 25) Rosvold EO, Bjertness E. Illness behaviour among Norwegian physicians. *Scand J public Health*, 2002; 30(2): 125-132.
- 26) CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins) <http://www.conseil-national.medecin.fr> dernière consultation le 12/01/2012.
- 27) Code of ethics of the American medical Association, Chicago: AMA, 1997.
- 28) BMA (British Medical Association). Responsabilités éthiques concernant les soins de médecins devenus patients. Mars 1995, mis à jour en mars 2004.
- 29) Balint M. Le médecin son malade et la maladie. Paris : Payot. 1966. 422 p.
- 30) Mailhot M. Caring for our own families. *Can Fam Physician*. 2002; 48: 546–7 (Eng), 550–2 (Fr).
- 31) Cornec-Lasserre S. Soigner ses proches en tant que médecin généraliste. Thèse Méd. Lille, 2005.
- 32) Huré O. Etre ou ne pas être le médecin de ses enfants. Enquête qualitative réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés auprès de vingt médecins généralistes exerçant à Paris. Thèse Méd. Paris, 2008.
- 33) Joseph JP, Bertrand D, Demeaux JL. Le généraliste et son médecin traitant : critères de choix et représentations. *Exercer* 2011 ; 95 (suppl) : 20S-1S.
- 34) Biencourt M, Bouet P, Carton M, Cressard P, Faroudja JM, Lucas J, Montane F, Moulard JC, Leriche B (rapporteur). Le médecin malade. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil National de l'Ordre des médecins du 28/06/08. <http://www.conseil-national.medecin.fr/> dernière consultation le 16/01/2012.
- 35) Gay-Portalier D. "Les médecins : des patients comme les autres ?" ou attitude et vécu des médecins devenus eux-mêmes patients : étude qualitative auprès de 15 médecins généralistes en Rhône Alpes. Thèse méd. Lyon, 2008.
- 36) Gillard L. La santé des médecins généralistes. Thèse Méd. Ile de France, 2006.
- 37) Levasseur G. Les médecins bretons et leur santé. Rapport d'étude de l'URMLB. Juillet 2003.
- 38) Montgomery AJ, Bradley C, Rochfort A, Panagopoulou E. A review of self- medication in physicians and medical students. *Occupational Medicine Advance Access* published July 4, 2011.
- 39) Chen JY, Tse EYY, Lam TP, Li DK, Chao DV, Kwan CW. Doctors' personal health care choices: a cross-sectional survey in a mixed public/private setting. *BMC Public Health* 2008; 8:183.

- 40) Hooper C, Meakin R, Jones M. Where students go when they are ill: how medical students access health care. *Med Educ* 2005; 39:588–593.
- 41) Roberts LW, Hardee JT, Franchini G, Stidely CA, Siegler M. Medical students as patients: a pilot study of their healthcare needs, practices and concerns. *Acad Med* 1996; 71:1225–1232.
- 42) Christie JD, Rosen IM, Bellini LM et al. Prescription drug use and self-prescription among resident physicians. *JAMA* 1998; 280:1253–55.
- 43) Wachtel TJ, Wilcox VL, Moulton AW, Tammaro D, Stein MD. Physicians' utilization of health care. *J Gen Intern Med* 1995; 10:261–265.
- 44) Hem E, Stokke G, Tyssen R, Grønvold NT, Vaglum P, Ekberg Ø. Self-prescribing among young Norwegian doctors: a 9-year follow-up study of a nationwide sample. *BMC Med* 2005; 3: 16.
- 45) Töyry S, Rasanen K, Seuri M et al. Increased personal medication use among Finnish physicians from 1986–1997. *Br J Gen Practice* 2004; 54:44–46.
- 46) Gautier A. Baromètre Santé Médecins/Pharmaciens 2003. Saint Denis : INPES ; 2005.
- 47) Estryn-Behar M. Risques professionnels et santé des médecins. Paris, Masson : 2002.
- 48) Arènes J, Baudier F, Dressen C, Rotily M, Moatti JP. Baromètre Santé Médecins Généralistes 94/95. Paris : CFES, 1996.
- 49) Arènes J, Baudier F, Guilbert P. Baromètre Santé Médecins Généralistes 98/99. CFES, 2000.
- 50) Thierry V. Patients et alcool en médecine générale : Vécu et représentations des médecins généralistes au travers d'une enquête qualitative, Thèse Méd. Nancy, 2009.
- 51) Ministère de la santé, <http://www.sante.gouv.fr/cancer.html> dernière consultation le 24/05/2012.
- 52) Guilbert P, Gautier A. Baromètre santé 2005 Premiers résultats. Edition INPES.
- 53) Elbaurn M, Hini E, Demaison C, Daniel E. DREES (Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques). Etudes et résultats. La prévention : perceptions et comportements. Premiers résultats de l'enquête sur la santé et les soins médicaux 2002-2003. Mars 2005 ; 385.
- 54) L'assurance maladie pour les assurés. <http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/pour-situation-professionnelle/vous-travaillez/vous-etes-praticien-ou-auxiliaire-medical.php>, dernière consultation le 31/01/2012.
- 55) Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France. La Prévoyance. http://www.carmf.fr/cdrom/web_CARMF/prev/prevoyance.htm, dernière consultation le 31/01/2012.
- 56) Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France. <http://www.carmf.fr/doc/documents/rapport/Rapport-du-directeur-2010.pdf>, dernière consultation le 06/02/2012.
- 57) Moula H, Madelenat P. Morbidité des femmes médecins pendant et au décours de leur grossesse. Enquête menée auprès de 88 femmes généralistes et spécialistes en exercice libéral dans le Val-d'Oise. *Revue du Praticien* 1999 ; 478 : 1895-8.
- 58) Töyry S et al. Self-reported Health, Illness, and Self-care Among Finnish Physicians: A National Survey. *Arch Fam Med*. 2000; 9: 1079-1085.

- 59) Rosvold EO, Bjertness E. Physicians who do not take sick leave: hazardous heroes? Scandinavian Journal of Public Health 2001; 29(1): 71-5.
- 60) Thompson WT et al. Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioner's care of their own health: qualitative study. BMJ 2001; 323: 728-731.
- 61) Thibault M. Le médecin malade. L'Encyclopédie de l'Agora. <http://agora.qc.ca/encyclopedie.nsf> , dernière consultation le 13/02/2012.
- 62) Stoudemire A, Rhoads JM. When the doctor needs a doctor: special considerations for the physician-patient. Ann of intern Med, 1983; 98 (part 1) (5): 654-9.
- 63) Deloche A. Dites-moi la vérité Docteur. Hôpital : un grand chirurgien brise le silence. Laffont, 2011, 263.
- 64) Truchot D. Le Burn-out dans la pratique du médecin généraliste. Enquête auprès de médecins généralistes. La Revue Du Praticien Médecine Générale 08-12-2003; 17(634): 1643.
- 65) Tuttle JP. The physician's disease: The impact of medical knowledge on personal illness. Palliat Support Care, 2007; 5: 71-6.
- 66) Degain J. Ces médecins qui soignent leurs confrères. Le Quotidien du Médecin.fr, 19/01/2006, dernière consultation le 10/02/2012.
- 67) Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory Manual, 2nd Edn, Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1986.
- 68) Truchot D. Épuisement émotionnel et burnout concepts, modèles interventions. Paris, Dunod éd., 2004.
- 69) Soler JK, Carelli F, Lionis C, Yamah H. EGPRN. Prévalence du burnout chez les généralistes européens. Eur J Gen Pract 2007;13:248-51.
- 70) Chopra S, Sotile W, Sotile M. Physician Burnout. JAMA Feb 4, 2004; 291(5).
- 71) Galam É. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives. Commission Prévention et santé publique. URML Île-de-France, juin 2007.
- 72) Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D., Epuisement professionnel chez les médecins généralistes, Presse Med 2004 ; 33 : 1569-74.
- 73) Truchot D. Le burn-out des médecins généralistes : influence de l'iniquité perçue et de l'orientation communautaire. Annales Médico-Psychologiques, 08/2008, 167, 422-8.
- 74) Gautier I. Burn-out des médecins. Bulletin du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la ville de Paris. Mars 2003.
- 75) Léopold Y. Suicide des médecins. Un risque deux fois plus élevé. Dossier Burn-out. Le concours médical, 17/04/2008, 130,8, 393-405.
- 76) Chocard A, Gohier B, Juan F, et al. Le suicide des médecins. Revue de la littérature. Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale 2003;65:23-9.
- 77) Rimpela A, Nurminen M, Pulkkinen P, Rimpela M, Valkonen T. Mortality of doctors: do doctors benefit from their medical knowledge? Lancet. January 10 1987; 84-6.
- 78) L'assurance maladie pour les assurés. www.ameli.fr/assures/offre-de-prevention/l-examen-periodique-de-sante_indre.php dernière consultation le 04/07/2012.
- 79) Chabrol A., Les médecins : des patients pas comme les autres. Le Médecin, septembre-octobre 2008, 1, 22-27.
- 80) www.pamq.org dernière consultation le 17/02/2012.

- 81) www.imhotepnh.blogspot.com dernière consultation le 17/02/2012.
- 82) www.aapml.fr/index2.php?m=1 dernière consultation le 17/02/2012.
- 83) www.apss-sante.fr dernière consultation le 04/07/2012.
- 84) www.association-mots.org dernière consultation le 04/07/2012.
- 85) Côté L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie médicale* 2002 ; 3 :81-90.
- 86) Blanchet A., Ghiglione R., *Les techniques d'enquête en sciences sociales*, Paris, Dunod éd., 2000, 197.
- 87) Batt, M. *Analyse d'une pratique interlocutoire : la consultation de médecine prédictive. Etude d'une consultation prédictive de maladie de Huntington*, Thèse de doctorat en psychologie (Dir. A. Trognon), Université Nancy 2, 2003.
- 88) Blanchet A, Gotman A. *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris: Nathan Université 1992, actualisé en 2001, 125.
- 89) Blanchet, A., Cocchi, P., Doukhi, F., & Nathan, T. Interaction thérapeute et patient dans une thérapie ethnopsychanalytique. *Psychologie française*, 1991, 36(4), 323-330.
- 90) Wikipédia. L'encyclopédie libre. [http://fr.wikipedia.org/wiki/Alceste\(logiciel\)](http://fr.wikipedia.org/wiki/Alceste(logiciel)) dernière consultation le 03/08/2012.
- 91) Bardin L. *L'analyse de contenu*. Paris : PUF, 2011, 178.
- 92) Batt M, Trognon A. *La consultation présymptomatique et prédictive de maladies génétiques. Etude d'un jeu de dialogue professionnel*. Nancy : Presses universitaires de Nancy, 2012.
- 93) Vanderveken D. *Les actes de discours*. Bruxelles : Mardaga, coll. Philosophie et langage 1988, 226.
- 94) Roulet E. & al. *L'articulation du discours en français contemporain*, Berne, Peter Lang, 1985, 272.
- 95) Goffman E. *The presentation of self in everyday life*. NY : Double day 1959 (trad. Fr. 1973, *La présentation de soi dans la vie quotidienne*. Paris : Minuit).
- 96) Ghiglione R, Blanchet A. *Analyse de contenu et contenus d'analyses*, Paris, Dunod 1991, 151.
- 97) Hintikka J. "The semantics of questions and the questions of semantics: case studies in the interrelations of logic, semantics and syntax" *Acta Philosophica Fennica*, Amsterdam: North Holland Publishing Company, vol. XXVIII, Issue 4, 1976, 1-200.
- 98) Jackendoff R. *Semantic Structures*. Cambridge Massachussets, The MIT Press, 1990.

ANNEXE 1

GUIDE D'ENTRETIEN DIRIGE

1) Présentation de l'étude

Je suis en 6ème semestre d'internat de médecine générale à Nancy.

Je réalise une étude sur les modalités de prise en charge médicale spécifiques aux médecins généralistes vis à vis de leur propre santé.

Il s'agit d'un travail de recherche réalisé dans le cadre de ma thèse de Docteur en médecine.

Je vous remercie d'avoir accepté de participer et de m'accorder un entretien pour parler d'un sujet aussi personnel que votre santé. Je ne vous poserai pas de questions sur votre état de santé mais sur la façon dont vous vous prenez en charge sur le plan médical. Les entretiens seront enregistrés par un dictaphone. Les données resteront bien entendu anonymes et les enregistrements seront détruits après retranscription.

En retour je vous adresserai une copie de mon travail, si vous le souhaitez.

2) Données générales

Age, sexe

Date d'installation

Lieu d'exercice (urbain, semi-rural, rural)

Mode d'exercice (seul, association, maison médicale, mode d'exercice particulier)

Maître de stage

3) Modalités de suivi médical

Avez-vous un suivi médical? En ressentez-vous le besoin?

Avez-vous déclaré un médecin traitant? Si oui, s'agit-il d'un généraliste, d'un spécialiste, d'un associé, d'un ami, de vous-même?

Pourquoi ce choix ?

Est-ce le même médecin qui soigne votre famille?

Qu'avez-vous mis en place en matière de prévoyance et de complémentaire santé ?

Avez-vous recours aux spécialistes en 1ère ou 2ème intention? Respectez-vous le parcours de soins ?

Avez-vous l'impression d'être privilégié par votre statut de médecin pour bénéficier d'un accès rapide aux spécialistes?

Qu'attendez-vous des spécialistes : un diagnostic précis et /ou un acte technique?

Comment et où se passent les consultations : colloque singulier au cabinet, consultations de couloir, autour d'un café, à la maison, à l'extérieur?

Avez-vous l'impression que les différents temps de la consultation sont présents (motif, interrogatoire, examen clinique, conclusion diagnostique, prescription) ?

Comment se passe le règlement des honoraires ?

Pensez-vous que votre statut et vos connaissances influent sur la qualité de votre suivi? Si oui, comment ?

Vous sentez vous acteur de votre santé?

Pensez-vous vous prendre en charge dans les mêmes délais que vous le faites pour vos patients?

Comment qualifieriez-vous votre suivi médical par rapport à celui de vos patients? et de vos amis médecins? (meilleur, identique, moins bon)

4) Evènements de santé

Face à un évènement de santé auquel vous avez été confronté, qui a établi le diagnostic? Dans quel délai, à quel stade?

Pensez-vous avoir fait preuve d'objectivité concernant l'interprétation des symptômes?

Pensez-vous avoir tendance à exagérer ou à minimiser la situation?

Avez-vous d'emblée réalisé une auto-prescription : - d'examens complémentaires?

- médicamenteuse?

Avez-vous consulté un confrère, si oui, lequel? Vous êtes-vous déjà rendu directement aux urgences?

Suite à cette consultation, quelle a été votre observance concernant :

-la prescription médicamenteuse?

-la prescription d'examens complémentaires?

-l'indication d'une hospitalisation?

Avez-vous réalisé la surveillance préconisée? (repos, arrêt de travail, rééducation, biologie, imagerie, suivi consultations...)

Pensez-vous avoir fait l'objet d'un courrier médical? Si oui, en avez-vous reçu une copie?

Pensez-vous être un patient comme les autres ?

Au fait, avez-vous des médecins dans votre patientèle ? Qu'en pensez-vous ?

5) Critères décisionnels conduisant ou non à une consultation

Quels sont selon vous les facteurs qui influencent votre décision de consulter ou non un confrère?

- le manque de temps?
- l'aspect économique (autocensure arrêt de travail)?
- la confiance?
- la crainte d'un manque de confidentialité?
- les difficultés dues au statut de médecin :
 - la difficulté à quitter le statut de médecin, à se confier, un sentiment de vulnérabilité
 - la crainte d'être jugé, de déranger
 - la culpabilité (gratuité acte, absentéisme vis à vis patientèle)
 - la difficulté à interpréter ses propres symptômes? la gravité ressentie de la maladie?
- autres :
- En cas de problème psychologique, sauriez-vous vers qui vous adresser ?

6) Conclusion

Quelles sont les raisons qui vous ont conduit à participer à cette étude?

Avez-vous des questions ou des remarques à me faire part?

Je vous remercie de m'avoir accueillie et consacré du temps pour cet entretien.

ANNEXE 2 : ENTRETIENS RETRANSCRITS

Entretien avec le Dr A à son cabinet le 21/07/2011 (20'20)

- Bonjour je suis en sixième année d'internat de médecine générale à Nancy, je réalise une étude dans le cadre de ma thèse sur les modalités de prise en charge médicale spécifiques aux médecins généralistes vis-à-vis de leur propre santé. Je vous remercie d'avoir accepté de participer et de m'accorder un entretien pour parler d'un sujet aussi personnel que votre santé. Je ne vous poserai pas de questions sur votre état de santé mais sur la façon dont vous vous prenez en charge sur le plan médical. Les entretiens sont donc enregistrés par un dictaphone. Les données resteront anonymes et les enregistrements seront détruits après retranscription. Si vous le souhaitez je vous adresserai une copie de mon travail. Tout d'abord quelques données générales : votre âge, votre date d'installation, lieu d'exercice, mode d'exercice.
- Age 55, installation février 1987, en semi-rural, tout d'abord en solo et en association depuis mai 2008. Voilà.
- Vous êtes maître de stage ?
- Je suis maître de stage et j'ai exercé beaucoup de responsabilités dans la formation continue aussi.
- D'accord. Sur le plan médical avez-vous un suivi, en ressentez-vous le besoin ?
- Pas de suivi particulier puisque je n'ai pas de problème qui le justifie actuellement.
- Avez-vous déclaré un médecin traitant ?
- Oui, moi-même.
- D'accord, pourquoi ce choix ?
- C'était plus simple (rire).
- Est-ce le même médecin qui soigne votre famille ?
- Oui. Ben actuellement la famille ça se réduit à mon épouse puisque tous les enfants sont grands. Donc et enfin je crois qu'il y a encore le deuxième qui n'est pas encore tout à fait installé donc je suis toujours son médecin traitant mais pour les 2 autres, c'est, ils sont partis.
- D'accord mais c'est vous qui les soigniez quand ils étaient petits ?
- Oui quand il y avait des petites bricoles.
- Avez-vous recours aux spécialistes en première ou deuxième intention ?
- C'est en général en 2^{ème} intention la plupart du temps mes petites bricoles se résolvent gentiment avec ma propre expertise si je puis dire. Mais je n'ai pas encore eu besoin ces dernières euh si de temps en temps je demande aux confrères au-dessus quand il y a besoin d'un examen clinique, une bricole, bon on est sept donc il y a de quoi faire, ça se passe entre nous. Sinon en spécialité oui ça arrive de temps en temps, j'ai eu besoin d'un spécialiste il y a plus d'un an pour une coloscopie et puis j'en ai eu besoin d'un aujourd'hui pour un examen cardiologique mais qui est, c'est dans le cadre du dépistage hein, il n'y a aucune affection en cours. C'est plus par nécessité que par besoin.
- Et comment se passent les consultations ? de manière classique au cabinet, ou à l'extérieur, à la maison ?
- Ah non c'est au cabinet du médecin qui est consulté.
- De manière traditionnelle ?
- Oui oui complètement.
- Avez-vous l'impression d'être privilégié par votre statut de médecin pour bénéficier d'un accès rapide aux spécialistes ?
- Ah ben ça, y a pas photo, oui c'est clair, même même si je ne demande rien de particulier. Le fait que je sois un confrère médecin et bon jusqu'à présent pas trop mal perçu par les confrères, enfin je pense, c'est clair que ça me donne un accès beaucoup plus facile aux soins de deuxième niveau ça c'est sûr, oui.
- Qu'attendez-vous des spécialistes, un diagnostic précis, plutôt un acte technique ?
- Ça dépend enfin c'est plutôt souvent de la technique oui que je n'ai pas à disposition, une coloscopie je ne sais pas faire et puis ici le cabinet est petit on n'en fait pas trop donc autrement ça peut être un avis mais jusqu'à présent depuis maintenant bientôt 25 ans que je suis installé je n'ai pas eu de soucis majeurs, donc ça n'a jamais eu,

quand j'étais grippé c'était facile à faire le diagnostic, j'ai fait des autodiagnostic d'ailleurs une fois ou deux, quand je parle de grippe, parce que je fais partie du réseau grog donc j'ai les kits de prélèvements et c'est arrivé une fois que bah voilà c'était positif.

- Pensez-vous que votre statut et vos connaissances influent sur la qualité de votre suivi, si oui comment ?
- Ah ben oui oui ben ne serait-ce déjà par les connaissances, donc de savoir un certain nombre de choses soit dans le sens de « bon c'est pas grave » soit c'est dans le sens « attention il y a un signe d'alerte, faut faire quelque chose ou prendre un avis ou vérifier un certain nombre de choses », c'est clair que c'est un facteur de qualité, de meilleure qualité, de potentiellement meilleure qualité. C'est aussi un facteur dans l'autre sens c'est-à-dire de dire ben voilà ya pas besoin parce que c'est pas grave ou parce qu'il n'y a pas besoin de faire des examens ou des soins dans une situation a priori bénigne quoi. Donc probablement une meilleure adaptation et puis les connaissances épidémiologiques aussi, les connaissances sur ce que l'on peut attendre d'une technique ou d'un traitement, indépendamment du discours même du discours du spécialiste. Avoir un accès à la connaissance et de pouvoir l'apprécier, c'est pas tout d'avoir de la connaissance faut savoir la mettre dans son contexte et l'interpréter en quelque sorte. Ça c'est important. Ça met un peu dans une position à la fois de patient et d'expert, donc c'est un certain confort dans un certain sens. Bon d'un autre côté je n'ai jamais été vraiment malade malade malade quoi en étant médecin je dis, il y a eu des problèmes avant mais en tant que médecin je n'ai pas eu de pathologies méchantes qui seraient susceptibles de me mettre en position de régression donc de ne plus être objectif justement comme un expert peut l'être à l'extérieur quoi, à l'extérieur du patient, voilà.
- Vous sentez vous donc acteur de votre santé ?
- Moi oui, oui oui notamment par le côté je dirais hygiène de vie, alimentation, imprégnation des connaissances sur les

pathologies donc encore une fois de pouvoir agir au bon moment ni trop tôt ni trop tard. Bon de temps en temps on se fait des cheveux parce qu'on a des histoires dans la famille, on se dit « est-ce que je ne vais pas y passer aussi ? ». J'ai quelques antécédents de pathologies réputées familiales donc bon jusqu'à présent pas de problèmes. Mais je pense avoir pris la décision et être acteur effectivement de tout ça.

- Et vous pensez vous prendre en charge dans les mêmes délais que pour vous le faites pour vos patients ?
- Alors ça c'est pas, ça va peut-être être un peu contradictoire avec ce que je viens de dire mais c'est pas évident parce que c'est aussi une question de disponibilité. Je veux dire par là que quand on est dans le feu de l'action, dans le feu de l'activité professionnelle « ah tiens au fait faudrait que je fasse ça » bon une semaine passe, deux semaines passent, trois semaines passent puis toujours pas fait parce qu'on est occupé à autre chose quoi, hein. Ça c'est un peu paradoxal mais tout en étant actif, en étant attentif tout au moins, on risque effectivement de tarder un peu pour certaines choses mais bon encore une fois jusqu'à présent il n'y a pas eu d'incident donc, mais c'est un risque potentiel oui du fait d'être pas disponible pour être malade en gros, hein c'est ça en étant en médecine libérale c'est un certain état d'esprit aussi d'être toujours prêt à être disponible pour les autres et peut être un petit peu moins pour soi-même.
- Et par rapport à vos confrères vous qualifiez votre suivi médical similaire, meilleur, moins bon ?
- Par rapport à mes confrères c'est-à-dire ?
- Par rapport à vos confrères médecins que vous côtoyez ?
- Ah j'en sais rien du tout (rires), honnêtement, je ne sais pas comment eux vivent les choses ?
- Et par rapport à vos patients ?
- Par rapport à mes patients, d'un point de vue du suivi aussi bien peut-être même mieux encore une fois par la position quand je disais tout à l'heure par rapport au retard éventuel, je pensais à ça donc il y a une histoire dans la famille par rapport

au colon, j'ai dit à tout le monde attention allez faire vos examens, j'ai été le dernier à le faire. D'un autre côté je savais qu'il n'y avait pas urgence non plus, j'ai un peu appuyé la pédale pour les frères et sœurs parce que ben eux n'ont pas forcément accès à la connaissance j'ai dit » bon vous y allez, vous n'attendez pas c'est pas la peine » tout en sachant qu'il n'y avait pas d'urgence vraiment, bon comme ça comme ils sont un peu nombreux c'est sûr que tout le monde y passe quoi.

- Ensuite par rapport à un événement de santé auquel vous avez été confronté et qui vous a marqué qui a établi le diagnostic et dans quel délai ?
- Alors le dernier événement de santé vraiment un petit peu embêtant que j'ai eu ça remonte justement à la première année d'installation, j'ai fait, j'en avais déjà fait un épisode un petit peu avant, j'ai fait un problème de péricardite récidivante, ça remonte à plus de 20 ans hein. Non le diagnostic moi je l'ai fait en fait, c'est moi qui ai fait le diagnostic parce que d'autant plus que j'avais fait un premier épisode en plus j'avais fait de la cardio pendant un an donc je connaissais un peu l'affaire et donc j'ai présenté deux trois épisodes en l'espace d'un an, le diagnostic a été fait rapidement sans conséquence autre que des ennuis avec les assureurs (rires) parce que j'étais en début d'installation et quand j'ai fait mes contrats d'assurance il y en a un qui voulait pas prendre enfin surprime et tout le bataclan bon ça a traîné pendant un an et demi. Au bout du compte j'ai demandé l'avis d'un cardiologue extérieur loin qui ne pouvait pas savoir. J'ai fait comme si, j'ai présenté comme un cas qui n'était pas moi et le cardio de l'extérieur a dit « non non il n'y a aucun problème » de toute façon ça s'est arrangé. Voilà donc c'est vraiment le dernier épisode un petit peu « chaud » entre guillemet mais vraiment sans conséquence au bout du compte.
- Vous pensez avoir fait preuve d'objectivité pour interpréter vos symptômes ?
- Ah oui là c'était assez facile, une péricardite ça fait mal, il y avait tous les symptômes classiques de la péricardite,

contexte viral et tout, il n'y a pas eu de difficultés.

- D'accord, vous pensez avoir tendance à plutôt exagérer ou minimiser vos symptômes ?
- Hum, difficile à dire, je pense pas que je les majore non, non euh je pense que je suis assez objectif quand même. Bon on se pose des questions c'est normal. Après quelle est la valeur du jugement qu'on porte sur soi-même. Je pense qu'il y a un côté, que même si c'est pas très objectif il y a un côté intuitif dans la perception qu'on a de ce qui se passe, qui dit voilà là c'est méchant ça c'est pas méchant, ça bon la plupart du temps c'est pas méchant, comme je n'ai jamais eu de problème vraiment très méchant, donc on peut pas dire, mais non je pense que je suis assez objectif.
- Avez-vous réalisé d'emblée une auto-prescription, que ce soit des examens complémentaires, des médicaments ?
- Pour l'histoire d'il y a 20 ans là ? Je suis allé voir, comme je sortais de cardio j'avais encore mes entrées faciles et à l'époque c'était pas trop à la bourre, je suis passé voir le confrère cardio au centre hospitalier, on a fait un coup d'écho puis c'était tout quoi. Le traitement je le connaissais, ça a été fait tout de suite oui. Je l'ai fait moi-même.
- Quelle a été votre observance ?
- Ben assez bonne car ça fait assez mal pour qu'on n'oublie pas de le prendre !
- Vous avez fait la surveillance préconisée ?
- Ben euh il n'y a pas de surveillance pour le cas là. On n'a pas refait d'écho derrière autant que je me souviens, non.
- Vous pensez avoir fait l'objet d'un courrier médical ?
- A l'époque non.
- Pensez-vous être un patient comme les autres ?
- Un médecin c'est jamais un patient comme les autres ça peut pas, ça peut pas à cause justement de son bagage technique, culturel enfin tout ce qu'on veut. Non, je pense pas euh je pense que pour le médecin en face c'est aussi pas évident parce que la discussion va être dans la mesure où on n'est pas dans une situation de danger hein, les discussions, j'ai eu le

cas dernièrement avec un confrère médecin d'ailleurs, qui était pas un médecin clinique mais quand même, c'est pareil il ramène évidemment à la science et il a raison, et on discute. Quelque part ça a un certain intérêt quand la relation est bien établie et qu'elle se passe bien c'est intéressant. Mais on n'est quand même pas des patients comme les autres, forcément dans la mesure où on a encore une fois accès à la science et à la science contextualisée pas comme à la télé ou quand on dit des choses vraies mais mal contextualisées donc qui ne s'avèrent pas adaptées.

- Vous soignez beaucoup de médecins ?
- Alors j'ai un patient actuellement qui est médecin qui est médecin retraité mais qui était médecin hospitalier en plus CHU. J'en ai pas d'autres. Bon de temps en temps j'ai des collègues qui me demandent un truc pour eux quoi ça arrive ou un interne (sourire).
- Et vous pensez quoi du fait de soigner des médecins ?
- Moi ça ne me gêne pas. Si c'est parfois, c'est pareil quand la situation ne pose pas un problème majeur, bon vérifier qu'il y a une angine des choses comme ça, c'est rien. Par contre quand on a une symptomatologie un petit peu batarde, où on sait pas trop on peut être mal à l'aise « est ce que j'ai pas loupé un truc et puis c'est un confrère quand même » on est un peu embêté. Mais bon, pour reparler du patient dont j'évoquais toute à l'heure l'histoire, c'est une histoire de prostate, je me suis dit il a le bagage technique, intellectuel et tout ce qu'on veut pour pouvoir prendre la décision de faire ou ne pas faire, aller plus loin dans les explorations, je savais pas trop comment ça allait se passer au départ et puis après il m'a toujours, alors c'était rigolo parce qu'il m'a fait chaque fois après les consultations il me faisait un petit mot « merci Docteur pour l'entretien on a bien discuté ». J'ai tout ça dans le dossier c'est rigolo. Donc ça se passe très bien et finalement après surveillance ça a bougé donc on a fait la suite mais il a pas mal discuté pas seulement avec moi, il a pris

des avis aussi avec d'autres jusqu'à Paris quand même, hein donc...

- Donc il ne se comportait pas tout à fait comme un patient habituel ?
- Ben non ben non ben non ben non il cherchait à avoir le maximum d'arguments pour prendre sa décision en connaissance de cause, ce qui est tout à fait légitime hein. Donc un patient lambda ne peut pas faire ça, enfin dans une certaine mesure mais pas tous.
- Quels sont à votre avis les critères décisionnels qui vous conduisent ou pas à une consultation donc auprès d'un généraliste ou d'un spécialiste ?
- Alors ça dépend de quel est mon problème si c'est un problème que je peux résoudre tout seul par une auto observation, le coup de la péricardite j'ai fait le diagnostic avant, je voulais juste seulement vérifier qu'il n'y avait pas trop de jus enfin des problèmes à l'écho mais j'avais fait le diagnostic avant, l'auscultation c'est facile à faire par contre s'il y a besoin de regarder le fond de la gorge bon c'est un peu plus compliqué ou s'il faut faire un prélèvement bon là je vais demander le concours d'un collègue pour faire le geste, si ça peut se faire ici ben je le fais ici, si ça demande une technique plus spécifique qu'on ne dispose pas en médecine générale ben j'irai voir le confrère qui en dispose. Voilà autrement j'ai cette chance d'être quand même en bonne santé quoi.
- Dans des critères plus généraux comme le temps, l'aspect économique, la confiance, le manque de temps...
- Ce serait plus une question de temps effectivement, bon la disponibilité comme je disais tout à l'heure. La confiance ben je les connais tous hein. Avant de m'installer je les connaissais pour la plupart puisque j'ai travaillé trois ans à l'hôpital ici donc je connais bien les confrères soit hospitaliers soit en ville. J'ai de bonnes relations avec eux donc s'il y a un souci je vais les voir sans réticences quoi, sans problème, je pense qu'il y a la confiance oui.
- Quelles ont pour vous les difficultés par rapport à votre statut de médecin à se décider à consulter en fait ?

- Je pense que c'est une question de temps pour autant que ce soit bénin, tant que je le ressens pas comme quelque chose « Oulala il se passe quelque chose il faut que j'aille voir ». Voilà c'est plus la question de la disponibilité parce qu'on est dans un métier où on est en disponibilité enfin en tous cas on se met en situation de disponibilité haute alors bon même si j'ai organisé mon temps pour arriver à avoir au moins de temps en temps du temps et quand moi j'ai le temps peut être que les autres ne l'ont pas. Le collègue qui aurait à me voir ne l'aura pas forcément...
- Avez-vous des questions, des remarques à me faire part ?
- Oui mais là c'est plus dans le cadre du contexte du travail. Même si c'est un sujet qui est particulier c'est la question dit du burn-out. Ce serait peut-être bien de mettre une question la dessus de façon assez indirecte parce que c'est pas le sujet vraiment de la thèse mais ce que je lisais dernièrement que justement c'est un problème qui n'est pas forcément perçu par le médecin. A un moment donné ça dérape il ne s'en rend pas compte. Voilà je sais pas une question du genre « Est ce que vous vous sentez bien dans votre boulot ? ou Est ce qu'il y a des difficultés ? » enfin je ne sais pas... faut voir ça car ça peut impacter aussi la façon de se prendre en charge. Voilà et peut être évoquer aussi le problème de la protection sociale, des complémentaires, des assurances...
- Très bien, je vous remercie.
- De rien, ou presque.

Entretien avec le Dr B à son cabinet le 19/08/2011 (17'43)

- Voilà donc je suis en sixième semestre d'internat de médecine générale à Nancy, je réalise ma thèse sur le sujet suivant, les modalités de prise en charge spécifiques aux médecins généralistes vis-à-vis de leur santé. Je vous remercie d'avoir accepté de participer et de m'accorder cet entretien pour parler d'un sujet aussi personnel que celui de votre santé. Toutefois je ne vous poserai pas de questions sur votre état de

santé mais sur la façon dont vous vous prenez en charge sur le plan médical. Les entretiens sont enregistrés par un dictaphone, les données seront bien entendu anonymes et les enregistrements seront détruits après retranscription. En retour, si vous le souhaitez, je vous adresserai une copie de mon travail.

- Je voudrais bien oui.
- Donc tout d'abord quelques données générales, je vous laisse vous présenter, donc votre âge, votre date d'installation, lieu d'exercice, mode d'exercice ?
- Alors j'ai 45 ans, je me suis installé en 1997, j'exerce en libéral seul en cabinet de ville et j'exerce en zone urbaine, voilà.
- Vous avez un mode d'exercice particulier ?
- Non médecine générale, bon un petit peu d'homéopathie, voir un peu de médecine esthétique enfin voilà mais c'est essentiellement de la médecine générale.
- Vous n'êtes pas maître de stage ?
- Je suis maître de stage et je vais être dans un SASPAS bientôt.
- D'accord donc vous êtes maître de stage troisième cycle ?
- Troisième cycle oui.
- D'accord, donc sur le plan de votre suivi médical en avez-vous un, en ressentez-vous le besoin ?
- Alors le suivi médical oui, enfin j'en ai un, pas régulier mais j'en ai un oui.
- Vous avez déclaré un médecin traitant ?
- Oui, moi.
- Pourquoi ce choix ?
- Parce que c'est plus simple (sourire), parce que pour la petite pathologie c'est moi qui règle les problèmes quoi.
- D'accord, est-ce le même médecin, donc en l'occurrence vous, qui soigne votre famille ?
- Euh oui, oui pour la médecine générale oui.
- Qu'avez-vous mis en place en matière de prévoyance et de complémentaire santé ?
- Vous êtes euh (souffle) ben j'ai une mutuelle oui complémentaire qui, pour toute la famille, euh prévoyance, d'un point de vue santé ? J'ai une mutuelle quoi voilà c'est à peu près tout. J'ai, si je dois avoir une, mais ça c'est plus professionnel ça peut toucher à la santé mais j'ai,

comment ils appellent ça euh une assurance donc décès, perte d'exploitation etc enfin complémentaire tout ça. Et puis je dois avoir une assurance vie voilà, je dois dire d'un point de vue santé c'est à peu près enfin c'est tout hein.

- D'accord, avez-vous recours aux spécialistes en première ou deuxième intention ?
- Ben en deuxième intention comme tout le monde hein, eh oui.
- Comment et où se passent les consultations ? euh au cabinet de manière classique, consultations de couloir, autour d'un café, à la maison ?
- De quoi, avec les spécialistes ?
- Avec les spécialistes.
- Ah non au cabinet, non non, quand j'y vais c'est au cabinet.
- Avez-vous l'impression d'être privilégié par votre statut de médecin pour avoir un accès rapide aux spécialistes ?
- Honnêtement oui, oui ça dépend quel spécialiste, je dirais en ophtalmo : non ; dans le reste : oui, normalement.
- Qu'attendez-vous d'eux, un diagnostic précis, plutôt un acte technique ?
- Les deux, les deux, un diagnostic précis et un acte technique oui.
- Et autre chose ?
- Non pas pas, après c'est des choses personnelles, c'est-à-dire c'est un relationnel, qu'on s'entende bien, enfin moi généralement moi je vais voir les gens que je connais quoi en tant que spécialistes, voilà mais c'est tout.
- Pensez-vous que votre statut et vos connaissances influent sur la qualité de votre suivi et si oui comment ?
- Euh oui certainement et pour ma part peut-être en laissant moins traîner les choses quoi, en fin de compte en étant plus rapidement actif sur le problème.
- Donc vous pensez vous prendre en charge dans les mêmes délais que vous le faites pour vos patients ?
- Ouais.
- Comment vous qualifiez votre suivi médical par rapport à celui de vos patients dans un premier temps et de vos amis médecins dans un deuxième temps ?
- Ça c'est une question qui est difficile. Par rapport à mes patients je vois pas, enfin je

dirais c'est, mis à part la facilité d'accès aux spécialistes quand il y en a besoin le reste c'est kif kif quoi je veux dire si ben, c'est plus, j'ai plus d'accessibilité parce que si ça arrive en pleine nuit un dimanche etc je suis toujours là quoi, je suis là avec moi mais c'est tout. Après le reste, non, tout ce qui va être prise en charge nécessaire derrière, je pense que c'est à peu près la même chose, enfin du moins j'essaie d'avoir cette rigueur là aussi bien vis-à-vis de mes patients que vis-à-vis de moi. Maintenant, je sais pas quelle était la deuxième partie de la question ?

- Donc euh la qualité de votre suivi par rapport à celle de vos confrères médecins ?
- Alors ça je n'aurais mais aucune idée. On a je dirais l'idée commune qu'on est assez mal suivi et traité parce qu'on a l'impression qu'on sait tout et que a priori rien n'est forcément très grave et on se plie pas aux mêmes exigences qu'on le ferait pour un patient. Maintenant moi j'ai des confrères et amis qui sont très pointilleux sur leur suivi quoi. Je pense que ça dépend de la mentalité des gens aussi, comme pour les patients hein. Je pense pas qu'on soit très différents d'un patient normal.
- Et globalement vous vous sentez acteur de votre santé ?
- Ben plutôt oui, plutôt.
- Quand vous avez accès aux spécialistes, ça se passe comment le règlement des honoraires ?
- Ah ben logiquement c'est un règlement confraternel, c'est-à-dire que c'est gratuit, voilà sauf pour les choses qui ne peuvent pas être gratuites mais alors c'est toujours pareil, ça dépend, ça c'est la grande majorité des cas, encore une fois ça peut être, il peut y avoir des exceptions, voilà. Ça dépend des gens, ça dépend des relations qu'on a avec les spécialistes euh et c'est pas forcément quelque chose qui vient de nous quoi, c'est quelque chose qui vient d'eux aussi. Mais de la même façon que moi si je recevais un spécialiste qui venait pour ou un confrère qui venait pour quelque chose je pense que je ne le ferais pas payer c'est, je dirais c'est la bonne entente professionnelle qui veut ça, la tradition professionnelle qui veut ça, qui peut aller très loin chez certains

spécialistes même, au niveau enfin élargissement à une famille entière, c'est rare, de plus en plus rare, bien sûr, ça se réduit.

- Très bien, face maintenant à un événement de santé auquel vous avez été confronté et qui vous a marqué qui a établi le diagnostic et dans quel délai ?
- Qui a établi le diagnostic ? Euh je dirais moi en, comment on peut expliquer, comment on peut dire ça, en ayant des encore des doutes je dirais et le spécialiste en ayant, enfin me l'a confirmé quoi. Et dans quel délai. Ça a été relativement court c'était 48h.
- Pensez-vous avoir fait preuve d'objectivité concernant l'interprétation des symptômes ?
- Euh oui, oui, oui.
- Avez-vous d'emblée réalisé une auto prescription ?
- Non, non parce qu'il n'y a avait pas lieu en l'occurrence.
- Donc vous avez consulté un confrère ?
- Alors ça dépend de ce qu'on appelle auto prescription oui, je me suis auto prescrit des examens complémentaires donc, mais c'est tout euh pas de traitement. Et le confrère spécialiste, oui, a fait le reste.
- Suite à cette consultation, quelle a été votre observance concernant la prescription médicamenteuse, d'examens, ou bien l'indication d'une hospitalisation ?
- Et bien, stricte, stricte.
- Avez-vous réalisé la surveillance préconisée ?
- Oui.
- Pensez-vous avoir fait l'objet d'un courrier médical ?
- Oui puisque que je l'ai reçu, je pense puisque je l'ai reçu ! (rires)
- Pensez-vous être un patient comme les autres ?
- Non, je pense pas que je sois un patient comme les autres, c'est plus ça, enfin je pense qu'on devient de plus en plus un patient comme les autres, je pense pas qu'on soit encore un patient comme les autres mais on devient de plus en plus un patient comme les autres. Alors après on le regrette ou on le regrette pas mais...
- Pourquoi ?

- Pourquoi ? Parce que, on a encore je dirais des, un relationnel parce quand on a à faire à d'autres praticiens euh on a encore facilement des relations très amicales avec des gens qu'on connaît, qu'on voit souvent etc etc donc là ben c'est effectivement là quelque chose d'assez privilégié et en revanche euh les praticiens qu'on ne connaît pas forcément je dirais très bien ou qu'on a eu enfin je dis dans, y a certaines spécialités comme la radiologie des choses comme ça euh où on a adressé mais par la force des choses parce qu'on n'a pas choisi euh quand c'est des choses qui se passent en clinique comme les scanners les IRM ou des choses comme ça, je pense que on a, enfin moi personnellement j'ai pas j'ai pas de relations enfin j'ai pas ressenti à l'occasion de ce genre de choses, d'examens là, de relations plus confraternelles qu'autres choses quoi hein euh c'est la grande majorité des cas oui c'est on n'est pas un patient comme les autres, dans certains cas on est un patient comme les autres.
- Avez-vous des médecins dans votre patientèle ?
- Des médecins non, des médecins non, enfants de médecins oui, euh je dirais ex compagnes de médecins oui, euh mais médecins non, non, j'en ai eu, j'en n'ai plus.
- Et qu'en pensez-vous, du fait de soigner des médecins ?
- C'est, enfin encore une fois c'est très compliqué parce que généralement, je pense que dans la grande majorité des cas enfin au niveau de la médecine générale, on n'a pas franchement de généralistes dans la clientèle quoi ou c'est extrêmement rare euh enfin ou je sais pas si moi je n'ai jamais eu de généralistes, moi j'ai eu quelques spécialistes mais c'est des gens comme des psychiatres des gens comme ça donc euh c'est de toute façon particulier, ce sont des psychiatres, mais euh c'est aussi des gens qui ne sont pas cliniciens enfin dans le sens, qui ont une action de soin qui est un peu particulière donc je dirais il n'y a pas forcément une grosse différence euh avec, donc enfin moi je me rend mal compte de la différence qu'il peut y avoir euh de soigner un

médecin ou quelqu'un qui n'est pas médecin. C'est comme les professions paramédicales alors peut-être qu'on est plus, on rentre plus dans le détail technique dans les choses et dans les connaissances peut être un plus « médicales » entre guillemets plus facilement avec des gens qui sont dans le paramédical que enfin dans les professions paramédicales qui sont amenés à comprendre à peu près ce qu'on leur dit qu'à des patients lambda. Mais bon des médecins euh, j'en ai pas vraiment l'expérience donc je vous dit j'ai eu j'ai eu comme patient une psychiatre pendant quelque temps mais c'est tout quoi hein c'était, c'est, après j'ai eu des étudiants en médecine éventuellement c'est, mis à part le discours éventuel qu'on a c'est tout enfin la structure et la consistance du discours qu'on a c'est à peu près toute la différence quoi, ils ont pas l'air plus pénibles que les autres, voilà, a priori (sourire). sonnette

- Quels sont selon vous les facteurs qui influencent votre décision de consulter ou pas un confrère ?
- Ben d'abord quelque chose que je ne peux pas prendre en charge moi, ça c'est clair alors ensuite éventuellement quelque chose que je peux pas enfin des des choses évidentes que je ne peux pas faire tout seul quoi, je ne peux pas me regarder dans l'oreille, euh c'est difficile, je peux pas me regarder au fond de la gorge, quoique dans une glace ça peut aller. Mais je peux pas aller me faire faire une coloscopie, un truc comme ça, enfin besoin d'autres personnes. Mais un truc très bête en médecine générale euh quelque chose comme une otite ou euh une douleur auriculaire à part aller voir quelqu'un qui sait regarder dans une oreille c'est à peu près tout ce qu'on peut faire, on peut pas faire autre chose, on peut pas le faire tout seul !
- D'accord et pour vous il n'y a pas d'autres aspects limitant comme le temps, l'aspect économique euh ?
- Pour aller consulter ?
- Pour aller voir quelqu'un...
- Enfin le temps, pff oui j'veux dire c'est toujours pareil on est malade, on en a

vraiment besoin, on trouve le temps, faut pas, faut aussi être euh, enfin faut penser aussi à soi un petit peu. Après l'aspect économique comme vous dites, a priori normalement moi je suis pas moins bien couvert au minimum je ne suis pas moins bien couvert qu'un patient euh lambda, je ne suis pas mieux couvert non plus certainement euh et en plus dans la assez grande majorité des cas au moins les honoraires médicaux, on ne les paye pas, donc non c'est pas un problème économique là, sauf pour des choses mais qui ne sont pas médicales je dirais, pour tout ce qui est dentisterie, lunetterie etc là il y a un aspect économique qui est crucial, et qui ne varie pas euh en fonction des euh du statut hein.

- Donc votre statut de médecin ne présente pas à frein pour vous, pour consulter ?
- Non, non, non.
- En cas de de problème psychologique sauriez-vous vers qui vous adresser ?
- Oui, (silence) a priori oui.
- D'accord, quelles sont les raisons qui vous ont conduit à participer à cette étude ?
- Parce que je trouve le thème pas inintéressant et je pense que ça a pas été trop trop visité et revisité et puis que ben ça a été amené de façon sympathique (rires).
- Avez-vous des questions ou des remarques à me faire part ?
- Non, non je serais intéressé de savoir globalement ce que donne le résultat de tout ça quoi parce que je ne sais pas si euh enfin je je, on a, enfin moi personnellement j'ai du mal à me représenter ce que peuvent enfin la façon dont les autres confrères, enfin les confrères se, voient leur leur santé quoi enfin la façon de prendre en charge leur santé, mais j'ai pas l'impression que ce soit très différent de moi, mais bon après je me plante peut être complet, donc euh...
- On verra bien, je débute là vous êtes le deuxième, donc euh...
- On verra, on verra, vous verrez.
- Je vous remercie en tout cas de m'avoir accordé cet entretien.
- Mais de rien, c'est gentil.

Entretien avec le Dr C à son cabinet le 22/08/2011 (17'36)

- Donc je suis Julie Chapusot en sixième semestre de médecine générale à Nancy. Je réalise donc une étude dans le cadre de ma thèse sur les modalités de prise en charge spécifiques aux médecins généralistes vis-à-vis de leur propre santé. Je vous remercie d'avoir accepté de participer et de m'accorder un entretien pour parler d'un sujet aussi personnel que celui de votre santé. Toutefois je ne vous poserais pas de questions sur votre état de santé mais sur la façon dont vous vous prenez en charge. Les entretiens sont donc enregistrés par un dictaphone, les données resteront bien entendu anonymes et les enregistrements seront détruits après retranscription. En retour si vous le souhaitez je vous adresserai une copie de mon travail.
- Non, non pitié pour vous parce que si vous multipliez à l'envie ça va vous coûter une fortune...
- Par euh, il y a le support internet maintenant...
- C'est vrai, c'est moins important le cas échéant.
- Donc tout d'abord je vais vous laisser vous présenter, votre âge, votre date d'installation, lieu d'exercice, mode d'exercice...
- J'ai 62 ans je suis installé depuis janvier 1977 j'étais pendant euh de 1977 à 1993 euh j'étais euh en activité libérale isolée et je suis associé depuis 1993. J'ai une activité mixte à la fois libérale et salariée, je suis médecin coordonnateur dans 2 maisons de retraite ce qui représente 120 lits. J'ai été pendant 20 ans maître de stage de 3^{ème} cycle et accessoirement j'ai donné quelques cours à la faculté, voilà ce que je peux vous dire. Et je n'ai pas l'intention d'arrêter mon activité professionnelle avant 5 ou 6 ans. J'ai peut-être oublié ma date euh, oui j'ai dit que j'avais 62 ans c'est bien.
- Très bien, concernant les modalités de votre suivi médical, avez-vous un suivi, en ressentez-vous le besoin ?

- Je n'ai pas de suivi euh par un confrère, ma femme est médecin ce qui me facilite les choses et ce qui me permet de préciser ou d'orienter éventuellement des bilans si c'était nécessaire. Mes antécédents personnels sont principalement une perforation d'ulcère à 18 ans dans un cadre de perforations et d'ulcères familiaux sans cancer notable, une surveillance récente prostatique compte tenu de mon âge et de mes antécédents paternels, euh cancer de la prostate chez mon père. Euh compte tenu de ma surcharge pondérale euh j'ai de l'hypertension que je traite euh qui a été bilantée par un ami cardiologue qui ne met pas en évidence d'anomalie significative et mon suivi ophtalmologique est normal pour un myope de longue date et presbyte. Euh je prends un traitement pour une dyslipidémie en relation avec une alimentation non satisfaisante (rire) ou du moins pas assez régulière euh voilà et les contrôles récents étaient satisfaisants, contrôles biologiques.
- Avez déclaré un médecin traitant ?
- Non (regarde son ordinateur), je crois pas...J'ai peut-être euh alors là je suis incapable de vous dire effectivement si j'ai déclaré un médecin traitant, je crois pas.
- Pourquoi ce choix, ou ce non choix ?
- Tout simplement, tout simplement euh parce qu'en fait euh le choix du médecin traitant euh est sous-tendu par le règlement d'honoraires, j'ai jamais fait payer de confrères donc en général mes confrères spécialistes ne me demandent pas d'honoraires ce qui fait que je n'ai pas de dépenses de santé en dehors des prescriptions de médicaments euh j'ai une mutuelle euh standard.
- Est-ce donc le même médecin qui soigne votre famille ?
- Et bien je soigne ma famille ce qui se réduit maintenant depuis quelques années à ma femme et ma femme quand il y a besoin de m'examiner, m'examine car elle est médecin comme je vous l'ai dit précédemment.
- Qu'avez-vous mis en place en matière de prévoyance et de complémentaire santé ?
- Je vous l'ai dit j'ai une mutuelle euh j'ai une mutuelle santé pour ce qui est de la

- prévoyance vous entendez retraite ? vous entendez quoi ?
- Accident de travail, arrêt de travail...
 - Accident de travail, rien du tout parce que c'était compliqué à l'envie pour les euh pour faire ça euh, la sécurité sociale ne facilite pas trop les choses pour mettre en place euh le risque de la prévention du risque accident du travail. Pour ce qui est du euh de l'arrêt de travail, j'ai une assurance euh qui me couvre euh à partir du 30^{ème} jour euh et bon pour l'instant je n'en ai pas eu besoin.
 - Bien, avez-vous recours aux spécialistes en première ou deuxième intention ?
 - Et bien donc comme je vous l'ai dit j'ai euh recours euh aux spécialistes euh cardiologue, urologue et puis gastroentérologue. J'ai oublié dans la panoplie une diverticulose importante qui a déjà fait parler d'elle.
 - Avez-vous l'impression d'être privilégié par votre statut de médecin pour accéder facilement et rapidement aux spécialistes ?
 - Oui, pour les délais indubitablement euh si j'ai besoin, je passe un coup de fil et j'ai le rendez-vous rapidement et comme j'ai un certain nombre de confrères qui sont mes correspondants et avec qui je m'entends bien depuis 30 ou 35 ans euh le contact est plus facile.
 - Qu'attendez-vous des spécialistes ?
 - Ben un diagnostic précis, des conseils, éventuellement un traitement mais bon j'espère l'éviter chirurgicalement.
 - Comment et où se passent les consultations chez les spécialistes ?
 - A leur cabinet euh dans des conditions standards. J'arrive, je suis dans euh la salle d'attente euh standard et je prends mon rendez-vous enfin je prends mon tour normalement et c'est une consultation strictement normale, ça n'est pas une consultation au rabais.
 - Avez-vous l'impression que les différents temps de la consultation sont respectés ?
 - Absolument, oui oui.
 - Donc on l'a déjà un petit peu évoqué tout à l'heure euh comment se passe le règlement des honoraires ?
 - Et bien jusqu'à présent mes confrères ne m'ont pas demandé d'honoraires.
 - D'accord. Pensez-vous que votre statut et vos connaissances influent sur la qualité de votre suivi ?
 - Sur la qualité euh je n'en sais rien euh sur la régularité peut être euh qu'y aurait moins de régularité en disant bon on peut attendre encore 1 mois, 2 mois, 3 mois, 6 mois selon les pathologies pour rencontrer un spécialiste. Pour ce qui est du suivi tensionnel euh oh je me prends la tension euh une fois par mois, ce qui au-dessus de la moyenne encore que maintenant avec les les tensiomètres, les auto-tensiomètres, les patients sont souvent devenus des toxicos de la prise de la tension et c'est un autre débat.
 - Vous sentez vous acteur de votre santé ?
 - Oui absolument puisque je décide de ce que je fais ou ce que je souhaite faire donc il n'y a pas de problème. Je suis complètement acteur de ma santé.
 - Et vous pensez vous prendre en charge dans les mêmes délais que vous le faites pour vos patients ?
 - Ben comme je vous l'ai dit il y a une minute, de temps en temps on se donne un peu de temps et puis à l'inverse (sonnette) il arrive que (ouvre la porte par l'interphone) on prenne rendez-vous un peu plus rapidement chez le spécialiste.
 - Comment vous qualifiez votre suivi par rapport à celui de vos patients et par rapport à celui de vos amis médecins ?
 - Alors je n'ai pas de références quant à mes amis médecins, les euh je soigne quelques médecins mais qui euh de la même manière euh font le courant c'est quand il y a besoin de choses un petit peu particulières que je les rencontre. Je crois que par rapport à mes amis médecins euh je fais comme eux, il y a toujours euh les franges de la courbe de gauss qui sont particuliers, particulières pour les franges, voilà.
 - Et vous pensez quoi du fait de soigner des médecins ?
 - Ça ne me pose pas de problème particulier. En général ils sont assez respectueux de mes propositions euh de d'évolution euh diagnostique et thérapeutique euh ils jouent le jeu sinon ils ne viendraient pas me voir...

- D'accord, maintenant face à un évènement de santé auquel vous avez été confronté et qui vous a marqué qui a établi le diagnostic et dans quel délai ?
- En fait euh je euh la seule chose que j'ai eu de particulier ça avait été une poussée de diverticulose colique avec une douleur, depuis que je suis installé, avec une douleur relativement intense, je suis allé voir un spécialiste gastro-entérologue euh qui a fait ça dans les dans les jours qui ont suivi, dans des délais normaux. Et puis pour la première fois depuis 62 ans, j'ai eu une lombalgie aiguë au mois de juillet et en fait euh c'est, j'ai été dans un endroit où les médecins n'étaient pas faciles d'accès et c'est un rebouteux qui s'est occupé de moi puis un ostéopathe. Et donc ça s'est très bien passé, le rebouteux étant tout à fait prudent dans sa prise en charge.
- Pensez-vous avoir euh fait preuve d'objectivité concernant l'interprétation des symptômes ?
- Pour la diverticulose oui, pour euh la lombalgie aiguë aussi oui.
- Avez-vous d'emblée réalisé une auto-prescription de médicaments ou d'examen complémentaires ?
- De prescriptions de médicaments oui pour soulager la douleur dans les 2 cas, pas d'examen complémentaires euh pour la lombalgie aiguë puisqu'il n'y a pas eu de suites, je pense que dans les référentiels la lombalgie aiguë c'est l'absence de repos et un traitement antalgique voir anti-inflammatoire.
- Donc vous avez consulté un confrère, et suite à cette consultation quelle a été votre observance ?
- Alors pour euh le problème digestif euh l'observance est régulière c'est-à-dire que quand euh il y a eu ou il y a de temps en temps des poussées de diverticulose, c'est un régime sans fibres pendant une dizaine de jours, et puis des antispasmodiques, une désinfection et puis voilà. Pour la lombalgie aiguë, l'ostéopathe a été quasiment magique et pour l'instant il n'y a pas de rechute.
- Avez-vous donc réalisé la surveillance préconisée ?
- Alors pour ce qui est de la diverticulose je fais une coloscopie tous les 5 ans et euh je j'aurais dû la faire effectivement il y a 6 mois, j'ai 6 mois de retard. ..
- Pensez-vous avoir fait l'objet d'un courrier médical ?
- A propos de ? de ça ?
- Des événements ...
- Oui, oui oui, chaque fois que je consulte un spécialiste, je reçois un compte rendu de la consultation.
- Pensez-vous être un patient comme les autres ?
- Non, pas du tout, à partir du moment où on est médecin on fait son diagnostic souvent encore que on peut avoir des scotomes hein mais globalement on fait le diagnostic soi-même et puis on consulte le spécialiste, on demande l'avis de son associé généraliste, ça m'arrive de temps en temps, euh pour des bricoles, c'est quand même pas très pratique de s'examiner la gorge ou les oreilles soi-même hein ? Voilà.
- Quels sont selon vous les facteurs qui vont influencer votre décision de consulter ou non un autre médecin ?
- Euh, l'intensité des symptômes, la persistance des symptômes principalement, (silence) c'est tout, intensité oui et puis persistance, compte tenu des facteurs de risques que je vous ai cités en début d'entretien.
- D'accord et par rapport à votre statut de médecin vous pensez, vous n'éprouvez pas de difficultés pour consulter quelqu'un d'autre ?
- Non, pas du tout. Comme je vous l'ai dit, je suis en excellent terme avec mes correspondants spécialistes et en fonction de euh des symptômes s'ils nous paraissent importants ou justifient un bilan complémentaire, l'avis d'un spécialiste, je leur demande tout simplement.
- En cas de difficultés psychologiques sauriez-vous vers qui vous adresser ?
- Je pense oui, c'est un sujet que les médecins n'abordent pas souvent. Il y a quand même beaucoup plus de suicides chez les médecins qu'à France télécom, à l'ONF ou chez les agriculteurs, ça on en parle pas beaucoup, c'est tabou. Mais c'est vrai que ça arrive euh en ce qui me concerne euh j'ai un tempérament anxieux que je gère euh toutes les formations que

j'ai pu faire en activités euh médicales, en formation sur la pédagogie sur un certain nombre de choses m'ont bien servi.

- Quelles sont les raisons qui vous ont conduit à participer à cette étude ?
- Ben votre coup de téléphone et puis euh comme j'ai été maître de stage et que j'ai géré, pas induit, mais géré un certain nombre de thèses quand j'avais des stagiaires, euh ça me paraît quand même intéressant et puis je crois que, si ma mémoire est bonne, il y a un texte qu'on lit lorsque l'on passe sa thèse, je ne sais plus bien comment ça s'appelle, et euh on peut rendre aux étudiants en formation ce qu'on a pu recevoir de nos maîtres ou de nos confrères pendant notre formation.
- Avez-vous des questions ou des remarques à mes faire part ?
- Non, pas de remarques particulières. Ce qui serait plus simple, c'est pas le terme mais on aime bien les supports papier mais ça c'est une déformation, et on peut avoir aussi un questionnaire mais je pense que votre mode de d'entretien est pas mal. J'aurais, au début de l'entretien, j'aurais dit tiens ça aurait été agréable d'avoir le questionnaire pour le suivre puis là ça s'est déroulé facilement.
- Je vous remercie de m'avoir accueillie et consacré du temps.
- Je vous en prie, je vous en prie, pas de problème, bonne chance à vous.

Entretien avec le Dr D à son cabinet le 26/08/2011 (28'47)

- Bonjour je suis en sixième semestre d'internat de médecine générale à Nancy.
- Bonjour.
- Je réalise ma thèse sur les modalités spécifiques aux médecins généralistes concernant leur prise en charge médicale, leur façon de se soigner.
- Mmm.
- Je vous remercie d'avoir accepté de m'accueillir et de participer à mon travail. Je ne vous poserai pas de questions sur votre état de santé mais sur la façon dont vous vous soignez. Les entretiens sont enregistrés par un dictaphone, les données resteront anonymes et les enregistrements

seront détruits après retranscription. En retour je vous adresserai une copie de mon travail si vous le souhaitez.

Donc tout d'abord je vais vous laisser vous présenter : votre âge, votre mode d'exercice, votre date d'installation.

- Nom, **/**/1962, je vous laisse faire le calcul ça fait 49 malheureusement. Euh libéral en ville, associé depuis 1995. (Sonnerie). Voilà donc euh thèse en 1992, un chien, une femme, 3enfants.
- Rires. Vous êtes maître de stage ?
- Ouais, pour euh deux, les 4^{ème} et 5^{ème} années.
- Un mode d'exercice particulier ?
- Non, médecine générale, classique.
- D'accord.
- Pas de trucs autour.
- Sur euh les modalités de votre suivi, ressentez-vous le besoin d'avoir un suivi médical, en avez-vous un ?
- Bah oui.
- Vous avez déclaré un médecin traitant ?
- Oui, je dois vous dire qui ?
- Si oui, s'agit-il d'un généraliste, d'un spécialiste ?
- C'est mon associé, voilà.
- D'accord. Pourquoi ce choix ?
- Il est plus près, il y a juste la porte à traverser. Quand j'ai un petit souci et que je suis pas capable de me faire un diagnostic euh ben hop j'y vais et puis je discute avec lui. Soit je me fais mon autodiagnostic, ce qui est quand même euh assez facile à faire mais après sur certaines choses qu'on manque, on va manquer un peu de rigueur et puis qu'on n'est plus très objectif et ben je traverse et puis je vais en discuter avec mon associé.
- D'accord. Est-ce le même médecin traitant qui soigne votre famille ?
- Pas du tout. Le médecin traitant qui soigne ma famille c'est moi, malheureusement mais ils veulent pas d'autres euh voilà, donc c'est moi qui soigne ma famille. Mais ça ne les empêche pas d'avoir des correspondants autour hein euh, quand il y a besoin d'un d'un acte un peu technique, ben ils ont quelqu'un d'autre hein mais c'est moi qui les adresse voilà, pas de recours à quelqu'un d'autre.
- Qu'avez-vous mis en place en matière de prévoyance, de complémentaire santé ?

- Oula, ben y a une complémentaire santé, y a euh les indemnités journalières en cas de perte de de travail euh pour compléter les les indemnités de la CARMF, enfin disons les précéder puisque la CARMF est toujours un peu en retard, plus euh un contrat euh d'assurance vie s'il m'arrive quelque chose pour que ma famille soit pas dans la misère, plus euh si même j'ai un handicap qui m'empêche de travailler à 100% j'ai une rente pour moi, mes enfants etc. euh voilà c'est déjà pas mal, c'est tout ce que j'ai fait, ça coûte déjà assez cher, (rires) vous verrez...
- (Sourire). Vous avez recours aux spécialistes en première ou deuxième intention ?
- Pour moi ?
- Oui.
- Bah euh j'ai qu'un seul spécialiste que je vais voir c'est mon copain cardiologue. C'est la deuxième intention puisque en fait quand j'ai été le voir j'avais déjà commencé mon traitement. Je me suis traité tout seul et puis après ben il s'occupe de moi pour vérifier si dedans tout va bien, ce que moi je ne peux pas faire ici.
- Est-ce que vous avez l'impression d'être privilégié par votre statut de médecin pour avoir un recours facile et rapide aux spécialistes ?
- Ouais ouais ouais c'est évident ouais ouais ouais bien sûr. Je veux voir mon cardiologue demain, je le vois demain hein, j'ai son numéro de portable (rire) ouais ouais c'est évident ouais ouais. Et tous les autres c'est pareil, je veux dire on tisse un lien euh avec nos collègues euh spécialistes. Euh même si on ne mange pas tous les soirs ensemble au resto, euh on a des affinités avec certains qui fait que ce qui fait que ben quand on a effectivement besoin d'un examen on l'a beaucoup plus rapidement que quelqu'un d'autre, oui c'est évident. Disons que ils se plient un peu, voilà. On le fait aussi pour eux hein puisque j'en soigne quelques-uns. Quand ils ont besoin d'un petit rdv un peu rapide ben voilà ils viennent et puis c'est tout.
- Vous soignez beaucoup de médecins ?
- Ouais quelques-uns ouais des amis médecins et des médecins.
- Et vous en pensez quoi du fait de soigner des médecins ?
- C'est des gens comme tout le monde hein. J'essaye quand je soigne un médecin euh je me dis que c'est pas un médecin je me dis que c'est quelqu'un qui est un malade et qui a besoin qu'on qu'on l'aide un petit peu. Parce que pour les mêmes motifs que j'ai, si il est en face de moi c'est parce qu'il est pas capable d'objectivement de faire un diagnostic et que il préfère euh avoir un avis euh on va dire plus (silence) plus objectif tout simplement voilà ouais.
- Pour vous-même, vous attendez quoi des spécialistes ?
- Ben qu'ils me disent si mon problème euh, ce que ce que j'imagine avoir est réel ou pas, voilà. Ce que j'attends de mon spécialiste, on va prendre le cas de mon cardiologue, euh j'ai fait une épreuve d'effort, je voulais savoir si il y avait un problème, il m'a fait mon épreuve d'effort, j'attends de lui qu'il me dise ben elle est bonne ou elle est pas bonne euh ce que j'attends c'est que ben il m'aide à me faire mon diagnostic mais comme je le fais avec n'importe quel autre malade c'est-à-dire que j'ai fait avec moi ce que je ferais avec vous ou avec n'importe quel patient qui vient. Je vais, je l'envoie chez le cardiologue, je me suis envoyé chez le cardiologue, j'en ai quand même parlé à mon médecin traitant, hein, qui est au courant. Euh, je voulais une euh épreuve d'effort euh parce que je pense que c'était utile vu que j'approche de la cinquantaine et puis ben oui il m'a dit, qu'il y a eu aucun problème, on a fait une épreuve d'effort ouais.
- Comment se passent les consultations ? Chez votre généraliste ? Chez votre spécialiste ?
- Ah c'est cool.
- Donc est ce que c'est un colloque classique au cabinet, une consultation de couloir, autour d'un café ?
- Ah non non non non non non, c'est à son bureau, c'est à son bureau, on en discute, ou sur la table ECG euh où je lui rappelle euh mon bilan biologique, si j'ai eu des petits soucis, ce que j'ai fait euh je prends le cas du cardio puisque j'ai consulté qu'un cardiologue dans ma vie, euh je

réfléchis ouais et puis un petit peu mon associé mais pour des broutilles quoi pour des bricoles, c'est un avis, voilà mais c'est vrai que j'ai jamais eu vraiment de problème, donc j'ai jamais été vraiment confronté, mais le meilleur exemple c'est mon cardiologue, non on fait une vraie consultation.

- Et avec votre médecin traitant c'est moins formel ?
- Ouais ouais c'est un peu plus cool mais parce que c'est toujours un un truc un peu banal, ça va être une gorge que je ne peux pas regarder moi-même euh, une douleur dans l'oreille que je ne peux pas regarder moi-même, après quand j'ai découvert mon, ma tension effectivement, je j'étais avec lui donc il m'a dit bon faut que tu ailles voir le cardiologue, j'ai pris rendez-vous et je suis allé voir le cardiologue mais j'ai commencé par me traiter sans l'avis du cardiologue et puis après le cardiologue ben il a fait ce que j'attendais de lui, un ECG une écho, une épreuve d'effort.
- Donc vous avez l'impression que les différents temps de la consultation sont respectés ?
- Ouais, ouais, je fais tout pour et en plus je le paye, si c'était une de vos questions, si ça allait être une de vos questions !
- Oui tout à fait !
- Parce que euh quand j'y vais-je suis un client comme un autre même si on se tutoie, même si on plaisante après la consultation et qu'on se raconte deux trois blagues euh de souvenirs d'étudiants, euh je le règle, il prend ma carte vitale et je le paye comme tout le monde, c'est, ça fait partie du deal.
- Et votre médecin traitant ?
- Non, non ça me viendrait pas à l'esprit de de le faire payer ou lui de me faire payer, non pas parce que c'est vraiment euh, ah non, on est on est tous les jours ensemble, on euh avec mon médecin traitant je suis tous les jours ensemble, enfin on est tout le temps là. Donc ouais c'est vrai que la consultation elle est probablement moins bien parce que probablement aussi un peu détournée, euh beaucoup plus conviviale, beaucoup plus... mais quand c'est sérieux c'est sérieux. S'il y a un problème sérieux on le fait sérieusement. J'ai pas eu de

problème sérieux à lui euh raconter euh mais quand on a un problème sérieux, on le fait sérieusement ; c'est-à-dire que euh si j'avais un un truc où j'ai vraiment un doute je lui dirais « bon là on va se poser je suis le malade, là c'est sérieux, j'ai un truc qui m'inquiète, je veux l'avis médical » voilà, je le payerai pas, ça parce que je pense qu'il me le demandera pas, là ça le ferait rigoler ou alors bon pour le fun mais on est capable de de faire une vraie consultation et de réfléchir à ce qu'on fait.

- Pensez-vous que votre statut et vos connaissances influent sur votre suivi ? Si oui, comment ?
- Non, non, je je pense pas me soigner mieux parce que j'ai la connaissance médicale, je pense pas me suivre mieux par ce que je connais et ce que je sais, ce que je ne devrais pas faire euh sur le plan diététique par exemple, ben c'est pas parce que je suis médecin et que j'ai la connaissance de ce qui peut arriver et de comment faire que je le suis. Bon je dirais que ma connaissance en en matière médicale n'améliore pas mon suivi par rapport à un patient standard hein, si c'est euh la la référence. Euh non vraiment, je me dis faudrait que je le fasse et puis ben je suis comme les patients euh ils viennent ils me disent « Ben docteur voilà j'ai, j'y suis pas arrivé, c'était au-delà de ma force, le vélo c'est pas pour moi, voilà bon. » et moi je suis pareil je me dis « tiens je vais faire ça parce il faut que je perde un peu de poids et si et ça » et je dis « non je ne le fais pas », je suis comme eux, alors que je sais.
- Et vous pensez vous prendre en charge dans les mêmes délais que vous le faites pour vos patients ?
- (Rires). Dans un certain domaine je pense qu'on est même plus laxiste c'est-à-dire que non en fait, on laisse un peu couler, on cherche pas la maladie quoi et puis on la demande pas c'est-à-dire que si on parle par exemple diététique ou santé, euh hygiène diététique, perte de poids, activité physique etc. j'ai aucune demande je me suis rien demandé c'est pas comme quand vous avez un patient qui va vous poser la question, qui vient parce qu'il a une pathologie et vous êtes obligé de répondre

à cette pathologie et lui donner les consignes, il les respecte ou il les respecte pas mais il y a une demande, vous avez quelqu'un devant vous. Là euh moi ma connaissance seule de savoir ce que je dois faire sur le plan hygiène et diététique dans la limite où j'arrive pas à me mettre en face de moi même pour me dire « bon qu'est ce qu'il faut que tu fasses ? » Ben je me donne pas de réponse, donc ouais y a certainement plus de laisser aller qu'avec les patients, je pense qu'on on se suit moins sur un plan hygiène diététique et euh je pense qu'on se suit moins qu'on suit nos patients.

- Et votre suivi vous le qualifiez comment par rapport à vos patients dans un premier temps et par rapport à vos confrères médecins dans un deuxième temps : aussi bien, meilleur, moins bon ?
- Par rapport à mes patients je dirais aussi bien parce que même si euh je viens de vous dire que sur un plan diététique euh j'étais pas le nec plus ultra mais euh je dirais aussi bien que mes patients puisqu'ils écoutent pas tout ce que je leur dit, donc voilà. Et par rapport à mes confrères je sais pas euh, les confrères que je connais et ceux qui se suivent ils le font très sérieusement euh ceux que je suis quand ils viennent c'est qu'ils ont un vrai problème et ils attendent de moi que je le règle donc ils ont une démarche de médecin euh, de patient-médecin et non pas médecin-médecin donc voilà donc je dirais je pense me suivre aussi bien que les confrères que je connais. Après je pense qu'il y a d'autres confrères qui euh qui ont jamais fait une prise de sang parce que ils ont trop peur de trouver une connerie dessus ou ils ont pas envie de s'emmerder ou (silence) par opposition euh j'en sais rien, par crainte, on veut pas savoir, je crois qu'on est dedans tous toutes tous les jours, on a pas envie de se trouver ce qu'on trouve régulièrement. C'est pas une bonne démarche mais voilà, ça ça peut être euh c'est pas moi, mais sinon... Bon j'ai ma femme qui me pousse un peu quand même parce que je suis pas très prise de sang quand même euh mais je le fais, voilà. Finalement c'est ma femme le doc (rires), mais elle est pas médecin !

- Et globalement vous vous sentez acteur de votre santé ?
- Ah ouais ouais ouais si si parce que assez curieusement euh je m'arrange toujours pour avoir mes médocs comme il faut c'est pas elle qui va me les chercher, mes prises de sang quand je la vois je suis toujours extrêmement intéressé par ce qui est écrit dessus alors qu'on pourrait très bien dire « ouais je la file au cardio je m'en fous, voilà ». Non, ça m'intéresse je je l'attends, je la regarde, je me la commente, je me dis qu'il y a peut-être des choses à faire mieux, pas, ouais j'essaie de faire comme avec un autre patient ouais je ouais.
- D'accord, donc maintenant face à un événement de santé auquel vous avez été confronté et qui vous a marqué, qui a établi le diagnostic et dans quel délai ?
- Ben c'est moi qui ai établi le diagnostic dans le quart d'heure euh et puis voilà.
- Donc rapidement.
- Clair.
- Vous pensez avoir fait preuve d'objectivité dans l'interprétation des symptômes ou les minimiser, les exagérer ?
- Bah j'avais pas de symptômes, je me suis amusé à prendre la tension je m'en suis trouvé, c'était un chiffre hein, je l'ai interprété comme je l'aurais interprété chez un patient. Je me suis fait une auto mesure, ça a été confirmé, j'ai décidé de prendre un traitement. Le cardiologue a confirmé ce que j'avais fait, c'est tout. Pour le reste je suis encore pas tombé assez malade encore, alors je peux pas vous dire. Je me suis dit bon après ya des petits symptômes que je minimise oui ça c'est clair, ouais y a des choses que j'ai euh surement négligées, j'aurais été beaucoup plus directif avec des patients euh le temps m'a donné raison puisque il s'est rien passé mais c'est vrai que j'aurais pas fait la même chose avec un patient. Ya des choses que j'ai laissé euh, que j'ai volontairement euh, j'y croyais pas et je peut-être pas j'aurais pu être plus objectif ou j'aurais pu être plus sévère et je l'ai pas fait. Oui j'ai minimisé des certains certains symptômes qui auraient pu éventuellement aboutir à un diagnostic plus, plus sérieux.
- Quelle est, quelle est votre votre observance concernant les prescriptions ?

- Parfaite, parfaite. J'ai mon bouledogue à la maison et euh y a pas de soucis elle me rappelle que je dois pas les oublier et en fait je les oublie pas. Ça m'emmerde un peu mais euh je me prends mes deux petits comprimés le matin euh ça va.
- D'accord et la surveillance concernant les consultations de suivi euh ?
- Tous les ans je suis chez le cardiologue, tous les ans je fais ma prise de sang.
- Pensez-vous avoir fait l'objet d'un courrier médical ?
- Ah je oui oui je les ai reçus oui oui. Vous voulez, la question c'est « est ce que les gens que j'ai été consulter m'ont fait un courrier sur mon état de santé ? »
- Oui
- Oui oui et on et ça c'est indispensable rien que pour mon assureur.
- D'accord, donc vous recevez une copie ainsi que votre médecin traitant ?
- Ah oui, oui ouais, mon médecin traitant il a rien moi je lui donne, je lui donne, il l'a. Mais euh j'ai, le spécialiste que je consulte sait que mon médecin traitant c'est X et euh mais je je crois pas qu'il lui aurait adressé un courrier, il me l'envoie à moi et X euh, je le donne à X, y a pas de problème. Mais c'est vrai que il pourrait lui envoyer un truc mais je lui ai pas demandé, j'aurais dû lui dire, j'aurais dû insister auprès de la secrétaire voilà, vous avez raison, c'est une erreur de ma part, l'année prochaine je ferai autrement.
- Vous pensez être un patient comme les autres ?
- (Silence) Ouais pourquoi pas, ouais j'en sais rien je sais pas c'est une question difficile ça. Euh je, je serai jamais dans la peau d'un patient en face d'un ma d'un médecin puisque je suis-je suis un patient-médecin en face d'un médecin ce qui change les un peu quand même les rapports mais euh si la question c'est « est ce que vous vous sentez comme les autres ou vous pensez qu'on fera peut-être un peu plus pour vous ? » j'aurais tendance à dire que quand vous allez voir un de vos copains qui est médecin euh, et euh qui pense que vous avez un truc un peu problématique, ça va plus le toucher que si c'est le patient standard et automatiquement il va peut-être en mettre

un peu plus le paquet que si c'est un patient standard. C'est possible, ça devrait pas, en tous cas euh ce c'est ce que je pense mais pas en termes de qualité, je veux dire, si demain on me trouve un cancer X je serai soigné comme tout le monde euh ma tension je prends les médicaments de tout le monde et mais il sera peut-être un peu plus attentif dans le sens où ben oui j'ai son numéro de portable si j'ai la moindre douleur...j'ai si j'ai une douleur là (me montre son thorax) j'ai une coro, une coronaro dans la demi-heure, je le sais, il me l'a dit. Donc, maintenant si vous avez une douleur là vous aurez pas une coronaro dans la demi-heure, déjà parce que vous avez pas l'âge de faire un, euh (rire) mais bon mais un patient lambda euh il l'aura peut-être aussi mais moi j'ai juste un coup de fil à passer à mon cardiologue et j'y vais directement j'ai pas besoin d'aller voir un médecin etc. Voilà donc oui euh si c'est un patient lambda et qu'il a pas son numéro il passera par le service d'accueil d'urgences qui appellera le cardiologue de garde qui fera une coronaro si nécessaire. Ouais dans ce domaine-là oui on n'est pas des patients comme tout le monde. Mais bon la la limite, je serai pas mieux soigné, pas forcément plus vite, le rapport est différent c'est- que je sais qui va me faire ma coronaro euh mais je dirais que bon c'est un peu normal après tout hein euh on est médecin, on a été ensemble on est copains euh, c'est un peu normal que un copain médecin s'inquiète de la santé d'un de ses copains voilà, ça a pas la même dimension non, ouais de ce côté-là on est peut-être un peu mieux traité que les autres, donc là on n'est peut-être pas comme les autres patients voilà. Mais moi quand un de mes copains vient médecin et y en a un dans ma salle d'attente euh je je fais la même chose avec lui que je fais avec les autres, il aura le rdv peut-être plus vite, je le prendrai à une heure différente oui mais ça c'est un service qu'on rend, c'est parce que c'est des copains voilà mais euh je ferai je fais pareil, la démarche diagnostique doit être la même sinon c'est pas sympa pour les autres, voilà.

- Quels sont pour vous les facteurs qui influencer votre décision de consulter ou pas un autre médecin ?
- L'absence de certitude, le fait de se rendre compte qu'on manque d'objectivité c'est-à-dire que on va commencer si je commence si si je intérieurement je me dis « t'es en train de minimiser le truc parce que t'as peur de quelque chose » donc dans ces cas-là ce que je vais faire c'est très simple, je traverse la porte, je vais en parler à mon associé et c'est lui qui prend la décision parce que ça ça se sent, je l'ai fait, j'avais un truc qui m'inquiétait à un moment donné je l'ai fait, j'ai j'ai été le voir j'ai dit X faut qu'on cause moi je je manque d'objectivité complète, je suis en train de me rassurer complètement faussement je suis en train de me dire que c'est pas grave et j'en sais strictement rien donc je veux un deuxième avis, voilà. Je l'ai fait une fois, et euh il a regardé il m'a dit bon on va faire ça clac clac et c'était c'était réglé. Voilà ce qui ce qui influe, c'est quand vous commencez à sentir intérieurement que euh vous pouvez avoir quelque chose de grave et que euh vous, ça fait trop longtemps que vous vous rassurez faussement en pensant que c'est rien. Parce qu'on n'a pas envie euh de tomber dans le circuit de tout le monde (toux), on n'a pas envie d'être malade je veux dire, quand vous aurez dix ans d'expérience derrière vous que vous aurez vu je ne sais pas combien de femmes qui ont un cancer du sein ou un cancer de l'utérus, dès que vous allez vous palper un truc, vous direz « oh c'est rien ça doit être une petite glande, c'est pas grand-chose », vous courrez pas faire une mammographie, ça vous verrez, et euh alors que une femme qui viendra vous dire ça, vous l'envoyez, elle sort de votre cabinet avec une ordonnance de mammo qu'elle devra faire le matin, le lendemain matin ou dans l'après-midi si elle peut, voilà la différence, vous arriverez pas. Et à un moment donné à force de vous le tripotez et de vous dire « merde c'est quand même bizarre » vous allez finir par en parler ou à votre associé ou à votre gynécologue, ou à une de vos copines gynéco en disant « écoute j'ai un truc » qui elle va vous dire

« ben il faut que tu fasses une mammo », voilà la différence. Et ça parce que vous aurez peur de vous faire vous-même votre diagnostic, se faire soi-même un diagnostic pas sympathique je crois que ça doit pas être rigolo, parce que vous voyez tout de suite derrière les suites que ça peut avoir et euh c'est c'est on peut même pas dire que vous y allez avec précaution comme on le fait avec des patients, on y va vraiment gentiment, là de toute façon vous vous êtes fait votre diagnostic donc bing, c'est dedans hein, pas besoin de discuter des heures. Donc ouais je crois que ça ça fait que on va minimiser un petit peu, on va on va pas euh c'est un critère, voilà pourquoi à un moment si je sens que je dérape et que je suis capable de me faire un mauvais diagnostic, je me prends par la main et je traverse la porte. Et c'est lui qui le fera et c'est lui qui me poussera parce que s'il me met sur la table une ordonnance, je le ferai parce que c'est mon médecin, mais les facteurs voilà ce sont ceux-là, hein la peur de trouver un truc pas sympa et de se faire son autodiagnostic quoi et de se dire « ben tiens j'ai une merde hein voilà » et je pense qu'on est malheureusement nombreux à avoir ce genre de conneries c'est, je pense que ça arrive souvent des médecins qui... peut-être c'est pour ça aussi qu'on en voit avec des pathologies graves dont on arrive pas à les, les guérir alors qu'on va guérir d'autres collègues, on voit des infarctus massifs, on voit des accidents vasculaires cérébraux, on voit des cancers qui tuent des collègues et on se dit « mais bon sang je comprends pas parce que en général c'est des cancers qui sont plus ou moins de bonne, de bon pronostic », ben pourquoi y a eu un retard de colo parce que ça fait 5-6 ans qu'il voit du sang dans ses selles et puis qu'il se dit « c'est un petit peu, c'est des hémorroïdes, c'est rien », il ne s'inquiète pas pis le jour où il s'inquiète c'est trop tard. C'est pour ça que moi je crois qu'à un moment donné euh en étant médecin, si on a vraiment un problème et qu'on commence à penser des diagnostics qui sont pas sympathiques, il faut plus... faut plus se faire confiance, faut aller voir quelqu'un. On le fait pas hein, mais je le

fais pas, parce que comme je vous dis pff ça m'est arrivé d'avoir des choses qui auraient mérité une consultation plus approfondie, je l'ai pas fait. Bon aujourd'hui il ne s'est rien passé donc c'était pas grave mais voilà.

- Et pour vous il y a pas de de difficultés liées au statut de médecin à aller voir quelqu'un d'autre ?
- Non, pourquoi ? Vous pensez que le fait d'être médecin ça va me gêner d'être par rapport, en face d'un médecin ? Pourquoi parce que vous pensez que le gars en face de moi va se dire « tiens il est pas foutu de faire son diagnostic » ? C'est à ça que vous c'est à ça que vous ?
- Non, je pense au manque de temps, au côté gestion d'un cabinet libéral, au côté aussi oui difficultés de se confier, de passer de l'autre côté euh ?
- Ah, non, non, non, non, non, non, j'arrive toujours à trouver le temps, voyez, j'ai trouvé le temps de faire mon épreuve d'effort, j'ai trouvé le temps d'aller voir le cardiologue, j'ai trouvé le temps de faire mes prises de sang, c'est ma femme qui me les fait, je trouve le temps de faire une échographie si j'ai envie d'en faire. Je pense que quand vous avez vraiment un vrai problème euh, le temps c'est c'est votre vie, c'est votre santé hein et vous êtes comme tout le monde à un moment donné quand vous avez un peu les pépètes, vous y allez. Je crois que on trouve toujours le temps pour se soigner. On n'est pas les seules professions à avoir des activités prenantes et les les autres même si ils vous trouvent toujours des trucs à tirer dans les coins, ils arrivent quand même à vous voir donc je vois pas pourquoi nous parce qu'on est médecin, on n'est pas plus pris que certaines autres professions, je vois pas pourquoi on n'irait pas avec des prétextes de temps, de statut « je suis médecin, j'ai pas le temps », non ça c'est idiot, non.
- D'accord, en cas de difficultés psychologiques est ce que vous sauriez vers qui vous tourner ?
- (Rires) Si je me fais une déprime (rires), un burn-out ? euh ouais mon chien (rires), il m'aide bien lui, euh oh ça arrive mais non franchement oui j'irais voir un psy

ouais ouais j'irais peut être voir un psy ouais ouais ça m'a déjà traversé l'esprit parce que il y a des moments où on en a un peu ras le bol et puis il y a des fois une convergence de choses qui va faire que on est moins réceptif et puis on se demande » tiens, un petit coup de déprime ? », ouais ça m'est arrivé de me poser la question mais j'y suis pas allé, c'est passé tout seul voilà. Mais oui si je devais avoir un gros problème psychologique, genre une grosse dépression hein, ouais j'irais voir un psychiatre ouais, j'irais déjà voir mon médecin traitant euh, c'est probablement un meilleur psychiatre, voilà. Mais euh comme c'est mon médecin traitant euh, je pense qu'il faudra les deux, le vrai et le faux, voilà. Mais ouais je saurais vers qui aller en cas de problème psychologique ouais, ouais pas précisément mais j'irais voir un psychiatre (rires) difficile.

- Quelles sont les raisons qui vous ont conduit à participer à cette étude ?
- Euh, je vous connaissais pas donc je ne dirai pas que vous avez de beaux yeux euh donc c'était pas la raison. Participer à cette étude ? Ben parce que pour moi je pense que c'est utile pour vous que vous ayez des avis je pense qu'il faut... je suis maître de stage d'étudiants, mon but c'est de leur passer des choses, je peux être maître de stage d'internes, j'en ai eu, mon but c'est de leur passer quelque chose, et au final euh vous envoyez balader non c'est ridicule ! Donc déjà pour votre travail, pour ce que vous faites, parce que vous faites une thèse, vous faites un mémoire, vous faites plein de choses qui sont un passage obligatoire pour clore vos études médicales et vous installer et moi je crois que notre boulot à nous euh c'est de vous aider parce que ben c'est vous qui nous remplacerez, donc on a tout intérêt à vous aider dans ces démarches là et en plus parce que j'aime bien parce que ça me fait plaisir euh c'est c'est intéressant et puis de voir aussi des jeunes qui sont motivés et qui prendront notre relais. Euh parce que c'est le Y, c'est Y je crois qui dirige votre votre thèse ?
- Non c'est le Pr Aubrège.

- Ah c'est Alain Aubrège, parce c'est ah non c'est une autre, c'est une autre fille qui doit m'envoyer un truc de Y.
Euh ben c'est lui, ben parce que c'est lui aussi. Mais vous voyez il me l'a même pas demandé, il m'a rien dit, il m'a dit t'es d'accord, je savais même pas que c'était lui qui dirige votre thèse, mais ben c'est encore mieux si c'est lui ! Parce que ce sont des copains à moi qui sont des responsables de de thèses et que je trouve que c'est bien que des médecins généralistes, moi je le fais pas parce que ça me tente pas d'être responsable de de thésards euh mais j'ai des copains qui le font et je crois que c'est très bien que des médecins généralistes soient à l'origine de de vos travaux et y participent et à nous aussi de soutenir nos collègues qui le font pour vous alors pour eux et pour vous mais beaucoup pour vous.
- Avez-vous des questions ou des remarques ?
- Vous comptez vous installer ?
- Pas tout de suite.
- (Rires). Vous avez quelle idée de la médecine générale, là maintenant vous arrivez à la fin, vous allez clore, vous avez fait des stages, est ce que vous avez fait un SASPAS ?
- Oui je suis en cours de SASPAS.
- Chez qui ?
- Dans les Vosges.
- Ouais et alors ça se passe bien, qu'est-ce que vous pensez de la médecine générale ?
- Ça, ça me plaît bien oui.
- Vous pouvez couper si vous voulez (rires).
- Oui, oui je peux couper (rires).

Entretien avec le Dr E à son cabinet le 15/09/2011 (11'12)

- Alors voilà je me présente je m'appelle Julie Chapusot, je termine mon internat de médecine générale à Nancy, et dans ce cadre-là je réalise ma thèse sur les modalités de prise en charge médicale spécifiques des médecins généralistes vis-à-vis de leur propre santé. Je vous remercie de m'accueillir et d'avoir accepté de participer. Je ne vous poserai pas de

questions sur votre état de santé mais sur la façon dont vous vous soignez.

- D'accord.
- Les entretiens sont enregistrés par un dictaphone, les données resteront anonymes et les enregistrements seront détruits après retranscription. En retour si vous le souhaitez je vous adresserai une copie de mon travail.
- Bien-sûr, avec plaisir.
- Voilà donc d'abord quelques présentations, euh je vous laisse vous présenter : votre date d'installation, votre âge, votre mode d'exercice etc
- Donc je suis le Dr E je suis installée en ville depuis 1991, j'ai 49 ans, ça fait 20 ans cette année, euh donc je suis en libérale seule et en secteur 1, voilà. Pas de euh, activité exclusivement libérale.
- D'accord, vous avez un mode d'exercice particulier ?
- Non.
- Non. Est-ce que vous êtes maître de stage ?
- Je suis maître de stage également ouais voilà et ça m'a beaucoup apporté, je ne regrette pas de l'avoir fait, bien au contraire.
- D'accord donc troisième cycle ?
- Troisième cycle pour le moment oui.
- Très bien. Concernant votre suivi euh ressentez-vous le besoin d'avoir un suivi ? en avez-vous un ?
- Euh je me débrouille toute seule (sourire), je ne vais pas voir de confrères sauf si par hasard j'ai besoin d'un arrêt de travail puisque nos complémentaires, nos mutuelles complémentaires invalidité euh indemnités journalières n'acceptent pas, bien que nous soyons nos, notre propre médecin traitant, que nous fassions nos arrêts.
- D'accord, donc là vous avez répondu à certaines de mes questions donc vous avez, vous vous êtes autodéclarée médecin traitant, si j'ai bien compris ?
- Oui.
- D'accord, pourquoi ce choix ?
- Ben écoutez c'est tellement plus pratique et puis on est tellement débordé au niveau du temps que si on peut se débrouiller euh par nous même sans aller perdre de temps et sans faire perdre de temps à un confrère

- avec à un confrère c'est pas plus mal, voilà.
- D'accord, est ce, est ce que vous soignez également votre famille ?
 - Oui.
 - Oui, d'accord euh donc en matière de prévoyance, vous avez mis en place euh ...
 - Alors au niveau de la prévoyance donc bien sûr il y a la CARMF comme pour tout le monde, il y a la sécurité sociale euh comme pour tout le monde en libéral euh et puis donc j'ai deux choses euh d'une part la complémentaire pour les médicaments et d'autre part j'ai une complémentaire invalidité, décès, maladie.
 - Très bien. Avez-vous recours aux spécialistes en première ou deuxième intention ?
 - Euh j'ai recours aux spécialistes parfois en deuxième intention.
 - Est-ce que vous avez l'impression d'être privilégiée par votre statut de médecin pour avoir un recours facile et rapide aux spécialistes ?
 - En général oui, oui, nos confrères nous nous prennent non pas avec des horaires particuliers mais peut-être un peu plus rapidement.
 - D'accord, qu'attendez-vous des spécialistes : un diagnostic précis, un acte technique ?
 - Euh là c'est, dans le cas auquel je pense c'était un acte technique.
 - Comment et où se passent les consultations chez les spécialistes, euh un colloque singulier au cabinet ou une consultation de couloir euh, à la maison, à l'extérieur euh ou... ?
 - Une consultation au cabinet comme pour tous les autres patients.
 - Est-ce que vous avez l'impression que les différents temps de la consultation sont respectés ?
 - Pour moi oui ça a été respecté.
 - Comment se passe le règlement des honoraires ?
 - Alors je pense qu'on doit être un peu privilégié aussi euh dans la mesure où ils font le régime conven euh conventionnel secteur ils appliquent le régime conventionnel secteur 1 et donc euh j'ai assez rarement de dépassements. Chez
- l'ophtalmologue et l'ORL, j'ai pas eu de dépassements.
- Est-ce que vous pensez que votre statut et vos connaissances influent sur votre prise en charge ?
 - (blanc). Certainement que c'est plus facile pour eux de nous expliquer les choses euh oui euh ça peut faciliter mais ça peut être aussi pénalisant dans, je le comprends bien, dans certains cas. Mais pour moi ça a été plutôt facilitant.
 - Vous vous sentez actrice de votre santé ?
 - Ah oui.
 - Est-ce que vous pensez vous prendre en charge dans les mêmes délais que vous le faites pour vos patients ?
 - (blanc) Euh pas forcément toujours mais là c'est plutôt le versant euh indemnités journalières qui nous pénaliserait. Par exemple les patients ils viennent nous voir pour une grippe ils seront arrêtés leurs 5 jours euh si ils nous viennent un lundi ils seront arrêtés la semaine, nous on continuera à travailler même si on a 39 ou 40 de fièvre ! Voilà.
 - Comment vous qualifiez votre suivi par rapport à celui de vos patients d'une part et de vos confrères médecins que vous côtoyez d'autre part ?
 - Euh je pense que , alors euh pour avoir écho aussi avec la famille je pense qu'on est plus dur avec nous-même et avec notre famille qu'on ne l'est avec nos patients. On accepte de des arrêts maladie avec les patients euh pour comme je vous le disais une grippe, des choses comme ça, alors que pour nous ben c'est un peu marche ou crève (sourire) et puis on marche et puis on et puis on s'en sort quand même.
 - D'accord et par rapport donc à des à des médecins que vous côtoyez, vous avez l'impression que c'est la même chose pour eux ?
 - Ah oui quand même oui, en général oui.
 - D'accord. Euh maintenant face à un événement de santé auquel vous avez été confrontée et qui vous a marqué, qui a établi le diagnostic et dans quel délai ?
 - (blanc) Alors en général, enfin là pour pour l'évènement auquel je pense, euh c'était donc des sinusites chroniques sur une déviation septale avec euh euh une hypertrophie euh des cornets euh bon

j'avais posé le diagnostic, euh il a été affiné euh par l'ORL qui m'a envoyée faire un scanner 3Dimensions que je ne connaissais pas donc ça a été en même temps très intéressant et puis euh, et puis la dern, la fin de la question c'était euh?

- Dans quel délai ?
- Dans quel délai ? ben écoutez euh pff les délais normaux, euh habituels, je pense qu'il n'y a pas eu de retard par rapport à ce que ça aurait été pour un autre patient.
- Vous pensez avoir fait preuve d'objectivité concernant l'interprétation des symptômes ou à les exagérer, à les minimiser, ou à être objective ?
- Non, je pense que j'ai été objective.
- Est-ce que vous avez réalisé d'emblée une autoprescription d'examens complémentaires ou de médicaments ?
- Euh j'ai réalisé une autoprescription, je pense qu'il y a dû avoir un bilan sanguin et il y a bien sûr il y a eu des médicaments.
- Suite à donc à la consultation de l'ORL, vous, quelle a été votre observance ?
- J'ai été opérée donc euh (sourire) oui euh, l'observance a été bonne après oui oui non, il y avait il m'a prescrit des soins ensuite que j'ai respectés, voilà.
- Et vous avez respecté la surveillance aussi préconisée ?
- Oui oui il m'avait demandé de repasser 15 jours après, j'ai respecté, voilà oui oui.
- Pensez-vous avoir fait l'objet d'un courrier médical et en avez-vous reçu une copie ?
- Alors je lui en ai demandé un puisqu'il y avait euh euh en jeu éventuellement peut-être un contrôle au niveau de la mutuelle, euh des indemnités journalières donc je lui avais demandé de faire le compte le courrier malgré tout.
- D'accord. Pensez-vous être un patient comme les autres ?
- (blanc) Non, déjà chaque patient est différent de des autres, ça c'est vrai et puis euh je pense que du fait qu'on connaît euh la médecine, c'est parfois peut-être plus difficile de nous expliquer les choses et c'est parfois plus difficile pour nous d'être patient, dans les deux sens du terme, voilà.
- Est-ce que vous soignez des médecins ?
- Ben des enfants de médecins, des enfants de médecins, des épouses de médecins,

euh des confrères non pas pour le moment, je crois pas que c'est arrivé, non, non, ouais, voilà.

- Et qu'est-ce que vous en pensez du fait de soigner des médecins ?
- Ça ne me gênerait pas particulièrement. C'est vrai que ça peut parfois être gê, un petit peu gênant dans la mesure où euh si il y a des diagnostics lourds à à à à apporter euh euh ça sera difficile à dire mais bon je pense qu'en même temps le notre confrère y aura pensé donc peut-être qu'il va nous poser la question à moins qu'il ne veuille pas le savoir ou l'entendre, voilà.
- Selon vous euh quels sont les facteurs qui vous influencer votre décision d'aller consulter quelqu'un d'autre ou pas ?
- (blanc) Euh ça peut être dans le cas de diagnostics graves ou un acte technique que je ne peux pas faire moi-même, mon suivi gynéco par exemple, ou pose de stérilet, on peut pas faire soi-même, euh ou alors si il y a besoin d'indemnités journalières, ben d'arrêt maladie, voilà. Sinon, tout le reste j'assume.
- D'accord, pour vous il n'y a pas de d'autres difficultés ou obstacles euh vis-à-vis du statut de médecin pour consulter ?
- Non.
- Aucun autre ?
- Non, non.
- En cas de difficultés psychologiques, est ce que vous sauriez vers qui vous adresser ?
- Ah euh là je pense que c'est vrai que ce serait peut-être un versant un petit peu plus, pour lequel je je serais peut-être plus en retrait, voilà. Je pense que je me débrouillerais déjà peut-être plus longtemps plus seule et autrement oui non, je pense que j'ai j'ai quand même déjà fait la démarche aussi d'aller voir quelqu'un, donc on y arrive, peut être alors que c'est un petit peu retardé.
- D'accord, quelles sont les raisons qui vous ont conduit à participer à cette étude ?
- Et ben écoutez du fait que je suis maître de stage je pense que on doit vous aider et puis c'est une collaboration vous nous apportez, il faut qu'on vous apporte également.
- D'accord, avez-vous des questions ou des remarques à me faire part ?

- Non, rien de particulier sinon qu'il faut quand même prévoir, on ne sait jamais ce que la vie nous réserve une euh une assurance invalidité, invalidité, décès, maladie.
- D'accord, je vais y penser puisque je vais commencer mes remplacements et euh je vais m'intéresser à ces démarches-là, c'est sûr que c'est important.
- Oui, oui il faut quand même savoir. Ouais, voilà.
- Merci de m'avoir accordé du temps.
- Mais c'est normal, c'est normal.

NB : Le médecin était en retard dans ses consultations et j'ai réalisé l'entretien entre 2 consultations.

Entretien avec le Dr F à son cabinet le 05/10/11 (23'08)

- Voilà comme vous le savez je termine mon internat de médecine générale à Nancy. Donc tout internat se termine par une thèse, euh je réalise dans ce cadre-là une étude sur les modalités de prise en charge médicale spécifiques aux médecins généralistes vis-à-vis de leur propre santé. Euh donc je ne vous poserai pas de question sur votre état de santé mais sur la façon dont vous vous prenez en charge sur le plan médical. Les entretiens sont enregistrés par un dictaphone mais seront détruits après transcription. Les données seront bien sûr rendues anonymes. En retour je vous adresserai une copie de mon travail si vous le souhaitez.
- Avec plaisir.
- Tout d'abord donc je vais vous laisser vous présenter : votre âge, votre date d'installation, votre zone d'exercice, votre mode d'exercice...
- Voilà donc j'ai 56 ans, je suis généraliste, je me suis installée en 1986, c'est-à-dire euh il y a 25 ans enfin presque 26 ans et j'exerce la médecine libérale euh générale avec une option homéopathie, un petit peu de mésothérapie mais à 95% de la médecine générale en ville.
- D'accord. Euh concernant votre suivi, ressentez-vous le besoin d'avoir un suivi médical ?
- Oui bien sûr, oui je je fais ce qu'il y a à faire, je j'en fais pas trop mais je fais le le minimum indispensable c'est-à-dire euh ben euh le suivi gynécologique essentiellement parce que j'ai pas d'autres problèmes de santé que que des antécédents de de cancer du sein il y a 11 ans maintenant donc voilà.
- Avez-vous déclaré un médecin traitant ?
- Moi-même.
- Pourquoi ce choix ?
- Parce que j'ai jamais consulté d'autres médecins traitants et que pff et que toute façon ben voilà je me connais bien et puis j'ai pas de problème majeur de santé et je vois pas qui je pourrais aller voir d'autres ou quoi c'est tout.
- Est-ce le même médecin, donc en l'occurrence vous, qui soigne vos proches ?
- Oui mes enfants, oui oui tout à fait, mes 3 enfants.
- Qu'avez-vous mis en place en matière de complémentaire santé et de prévoyance ?
- Ben j'ai une mutuelle, euh j'ai une mutuelle je ne me rappelle même plus comment elle s'appelle mais enfin j'en ai une, voilà (rire).
- D'accord et en matière de prévoyance, indemnités journalières en cas d'arrêt de travail ?
- Ah oui oui bien sûr oui oui j'ai des, j'ai une, j'ai une comment, j'ai une assurance volontaire qui me, qui m'assure au bout de de de 30 jours d'arrêt de travail, qui m'a servi une fois en 99 et bon après c'est la CARMF, au bout de 3 mois c'est la CARMF, donc le 2^{ème} et le 3^{ème} mois c'est la mutuelle et après ça prend le relais par la CARMF et ça diminue l'apport de la mutuelle quoi.
- Avez-vous recours aux spécialistes en 1^{ère} ou en 2^{ème} intention ?
- Je comprends pas bien la question-là euh.
- Est-ce que vous y allez directement ?
- Ah ben non j'essaye de me soigner moi-même hein mais bon ça ça arrive très rarement quand même hein (rire).
- Et vous avez l'impression d'être privilégiée par votre statut de médecin

- pour euh accéder rapidement et facilement aux spécialistes ou pas ?
- Oh peut-être un petit peu quand même euh mais bon personnellement peut-être plus pour ma fille parce que j'ai une fille qui a eu quelques soucis là, c'est vrai que ça va quand même plus vite euh pour avoir des rendez-vous mais d'un autre côté ça, on est plus anxieux aussi donc euh (sourire), grosso modo ça change pas grand-chose hein. Oui non oui si c'est quand même pratique d'avoir des connaissances, on peut pas dire le contraire.
 - Et vous attendez quoi des spécialistes : un diagnostic précis, un acte technique, un autre point de vue ?
 - Ben surtout un un un point de vue euh neutre j'allais dire hein parce que quand il s'agit de sa propre santé on a souvent des une vue un petit peu euh un petit peu euh comment dire, exa on exagère les symptômes on a peur de tout euh ou alors au contraire on néglige justement un point de vue neutre. Moi quand j'ai eu mon cancer du sein j'ai été voir un chirurgien, le chirurgien que le radiologue m'a indiqué euh je me suis laissée vraiment guider je parce que ben je je perdais complètement les pédales je savais plus quoi faire euh donc je moi j'ai quand même une cette bonne facilité à me à me euh à me laisser guider, à changer de place quoi, prendre la place du patient et puis à faire ce qu'on me dit quoi. On m'a dit qu'il fallait faire une mammographie tous les ans, je réfléchis pas je prends mon rdv et tous les ans à 3 jours près je la fais euh je fais tout comme, je fais ce qu'il faut pis pis voilà quoi je crois que je suis quand même de ce côté-là, et puis je vais pas trop me renseigner à droite à gauche, euh quand ça ne va je demande et puis voilà quoi, j'essaie de j'essaie de rester euh sereine par rapport à ça et pas perdre les pédales non plus euh, voilà.
 - Comment et où se passent les consultations ? Est-ce que ça se passe de manière classique au cabinet avec un colloque singulier ou est-ce que c'est une consultation de couloir, ou autour d'un café ou à la maison si c'est des amis médecins ?
 - Ah non non, non non moi je vais en consultation, je prends mon rdv j'y vais quand on me dit non non moi je je fais pas des des des trucs comme ça je trouve que c'est déjà assez désagréable quand les patients le font donc non non, moi je prends mon rdv chez la secrétaire, j'attends le rdv, je vous dit la gynéco en janvier on me donne un rdv pour novembre, bon ben très bien ou en cas non non ou alors en cas de de gros problème c'est vrai que quand j'ai fait ma mammographie en 99 le radiologue m'a dit « t' y vas tout de suite » j'y ai été mais euh je vous dit quand je suis arrivée chez le gynéco il m'a dit « j'étais déjà au courant que vous alliez arriver » (sourire) donc le le radiologue l'avait l'avait prévenu avant quoi, donc non non moi je fais les choses dans l'ordre hein je suis pas, je je je panique pas enfin du moins je fais pas voir que je panique. J'ai le souvenir euh il y a au moins 20 ans d'avoir eu un ad un adénome du sein, bon je je sortais tout juste de la fac et j'avais un bon souvenir du Pr X, je voulais aller voir le Pr X, le Pr X il m'a fait attendre 1 mois pour avoir mon rdv ben j'ai attendu 1 mois quoi, j'ai pas j'ai pas remué ciel et terre et j'ai pas été à droite à gauche en attendant, j'ai attendu mon rdv à Nancy et puis voilà, j'ai été à Nancy quand j'ai eu le rdv et j'ai fait ce qu'il m'a dit. Voilà, je suis comme ça moi (sourire).
 - Et vous avez l'impression que quand vous allez consulter un spécialiste, quel qu'il soit, les différents temps de la consultation sont présents : motif, interrogatoire...
 - Oui, je trouve même plutôt que je suis moins chiant que beaucoup de mes patients. Je je je dis ce qu'il y a à dire et puis c'est tout quoi, je, c'est pas mon copain quoi, c'est c'est un professionnel (sourire).
 - Et comment se passe le règlement des honoraires ?
 - Ben ça dépend en général moi je demande à payer, souvent on me fait pas payer bon ben j'insiste pas plus que ça mais enfin si on me fait payer, je demande à payer et puis si on si on me fait pas payer ben je je passe pas une demi-heure à à les saouler

pour payer non plus, faut pas exagérer quoi, hein (sourire).

- D'accord. Est-ce que vous pensez que votre statut et vos connaissances influent sur votre euh sur la qualité de votre suivi, et si oui comment ?
- Euh oui surement, surement. Mais euh (silence) pff euh ben par rapport par exemple à l'hygiène de vie tout ça bon je fais pas non plus n'importe quoi, mais je fais je fais ce qu'il y a à faire. Bon par exemple ben le bilan sanguin je vous avouerai ça fait ça fait au moins 4 ans que j'en ai plus fait bon je sais qu'il y avait pas de gros problèmes il y a 4 ans mais bon je vais profiter de la semaine de mes vacances pour aller me faire une prise de sang quand même (rire). Euh oui disons que je me je me considère quand même comme quelqu'un de raisonnable, je je j'en fais ni trop ni pas assez voilà, mais par rapport à l'hygiène de vie certainement hein. Par rapport aussi au stress j'essaie d'éviter de d'aller trop fouiller dans un problème, si j'ai un problème, ben je veux dire je vais aller voir Pierre Paul ou Jacques en qui j'ai confiance et pis terminé quoi, je vais pas non plus en voir 6, euh moi quand j'ai eu mon cancer euh « tu devrais aller à Paris, tu devrais aller à Nancy, tu devrais... », bon le radiologue m'avait dit d'aller euh là, chez le chirurgien chez lequel je suis allée bon ben j'y suis allée et puis on n'en parle plus quoi, et puis je fais ce qu'il me dit et puis terminé quoi, non je, voilà c'est comme ça, je suis assez assez on va dire assez logique dans mes dans ma démarche.
- Et vous vous sentez actrice de votre santé ?
- (silence) Ouais, mais j'ai la chance de pas avoir grand-chose aussi hein. Je veux dire euh (rires) on a beaucoup de patients qui sont beaucoup plus, qui sont en mau en mauvais état, et euh oui non c'est facile quand on quand on se porte bien hein (rires) non, c'est vrai.
- Et vous vous prenez en charge dans les mêmes délais que vous le faites pour vos patients ?
- Comment ça ?
- Par rapport à un problème lambda vous allez euh réagir aussi vite que vous le

feriez par rapport à un même patient qui présenterait les mêmes symptômes ?

- Oui parce que même pour les patients hein euh, je veux dire euh, le même cas de figure entre un patient X et un patient Y, vous en avez un vous lui prescrivez une échographie abdominale, il il revient euh 6 mois après avec l'échographie ou il revient jamais et puis vous en avez un autre il vous la ramène le lendemain, bon vous ne savez pas comment il fait celui qui a un rdv tout de suite ben c'est parce que il bourre, parce que il est anxieux, parce que il insiste auprès de la secrétaire etc Non moi je suis dans la moyenne je je fais ce qu'il y a à faire quand c'est à faire et puis c'est tout quoi, donc non sans sans problème.
- Et vous qualifiez votre suivi médical comment par rapport à celui de vos patients : meilleur, identique, moins bon ?
- Identique je dirais, identique oui oui oui. Je...
- Et par rapport à celui de vos confrères médecins que vous connaissez ?
- Je sais pas, ça je peux pas répondre à ça, j'en sais rien. Non je pense que je je suis aussi bien soignée que mes patients euh toute proportion gardée euh par rapport à aux pathologies que je peux avoir, bon je suis correctement vaccinée euh, les hémocults je les fais euh euh voilà quoi hein après je vous dis la prise de sang... non non je, normal, on va dire euh on va dire c'est c'est, je suis ni favorisée ni défavorisée, c'est normal. Voilà, c'est tout ?
- Maintenant donc face à un événement de santé auquel vous avez été confrontée et qui vous a marquée, qui a établi le diagnostic et dans quel délai ?
- (Silence) Ben je vous dis la seule, le seul examen, le seul problème que j'ai eu c'est ce cancer du sein euh c'était c'était une mammographie systématique en fait j'avais pas, j'étais incapable de de de de de le diagnostiquer parce que c'était un tout petit cancer donc euh c'était un examen systématique et c'est la seule chose que j'ai eu quoi en en 11 ans. Si après j'ai fait une sciatique, bon ben ça je me suis je me suis soignée toute seule et puis ben j'ai quand même été voir un rhumato parce

que c'était juste après le cancer du sein alors évidemment j'ai commencé à « mythoner » un petit peu (sourire) je me demandais si c'était pas une métastase et puis mais non après voilà quoi c'est passé et puis...

- Donc vous pensez avoir fait preuve d'objectivité pour interpréter les symptômes ?
- Oui, oui quand même, même si c'était pas une période facile, parce que je vous dis je je sortais de la radiothérapie donc euh je je me demandais pourquoi je je je faisais tous ces événements-là alors que j'avais jamais rien eu de ma vie et puis tout ça sur 3 mois et et bon j'ai quand même pas perdu les pédales hein, on peut pas dire ça non plus hein je...
- Est-ce que vous avez d'emblée réalisé une autoprescription que ce soit d'examens ou de traitement ?
- Ah ben j'ai pris des antiinflammatoires, j'ai pris de la cortisone, oui bien sûr. Après j'ai jamais pris de morphine et et après, avant de de faire un scanner euh j'ai été voir le rhumato qui m'a dit « écoute tu le fais pour te rassurer mais... » et puis voilà, et puis ça s'était guéri après. Autoprescription ? non euh c'est rare que je je prenne des médicaments comme ça hein, c'est ça peut arriver mais c'est c'est exceptionnel hein, c'est je sais pas moi, quasiment pas hein.
- Donc suite aux différentes consultations votre observance euh vous la qualifiez comment, elle a été... ?
- Ah je respecte, beaucoup mieux que mes patients, oui oui oui oui. Si on me dit de prendre un truc je le prends ah oui non ça je ça je respecte, ça c'est sûr.
- Et concernant la surveillance préconisée, c'est pareil, vous respectez ?
- Pareil ouais ouais, ça je ça je respecte et je suis pas du genre à aller dire allez, bon je vais faire ma mammographie, » allez fais-moi encore une échographie pelvienne », si le gynéco m'a dit ça sert à rien j'en fais pas quoi, je je fais strictement ce qu'il y a à faire et puis et puis adienne que pourra hein. Je suis pas toujours en train de me faire doser les marqueurs tumoraux ou des des trucs comme ça si on m'a dit que c'était pas la peine. Non j'essaye de

vraiment de de faire le patient quand je suis patiente.

- Pensez-vous avoir fait l'objet d'un courrier médical et en avez-vous reçu une copie ?
- Comment ça ?
- Suite à tous vos événements de santé est-ce que vous avez, est ce que vous pensez que les médecins font un courrier ?
- Comment ça font un courrier ?
- Un courrier médical euh de bilan quoi comme une synthèse comme ils font pour tous les patients.
- Oh oui ben pour ce problème là oui j'ai quand même quelques courriers que j'ai que j'ai rentrés dans mon ordinateur, le le peu que j'ai quoi hein parce que, oui oui quand même. Bon après si si je si je si j'allais consulter pour pour quelque chose de banal non mais. Oui des courriers oui et puis je je les rentre quand même dans le dans, j'ai j'ai un dossier dans mon dans mon logiciel, j'ai mon dossier médical quoi.
- D'accord, est ce que vous pensez être une patiente comme les autres ?
- Ouais, oui tout à fait, oui, franchement oui, franchement oui oui oui je pense pas euh plutôt ouais disciplinée on va dire. Après des fois, des fois l'expérience prouve qu'il faut pas être trop discipliné, je suis peut-être trop disciplinée. Des fois j'entends des histoires médicales de patients qui ont, ben qui qui avaient, j'ai pas d'exemples en tête mais qui mais qui se sont rebellés parce qu'on leur faisait pas ceci ou pas cela et puis ben il s'avère que c'est eux qui avaient raison quoi. Moi j'aurais plutôt tendance à rester euh docile euh, rien dire, si on me le dit c'est comme ça que ça doit être et puis c'est tout quoi, un peu bête quoi (rires) voilà mais bon.
- Est-ce que vous avez des médecins dans votre patientèle ?
- Euh, j'en ai déjà eu oui oui, oui oui, oui oui, j'en ai déjà eu oui.
- Et qu'est-ce que vous en pensez, du fait d'en soigner ?
- Ben c'est pas facile hein, c'est c'est pas facile du tout mais ben on essaye de rester très professionnel hein. En particulier j'en ai une en ce moment euh, c'est pas facile du tout mais mais ben, elle a besoin de soins comme tout le monde quoi hein je

veux dire donc on reste professionnel (sourire).

- Alors quels sont selon vous les facteurs qui vont influencer ou pas votre décision d'aller voir un autre médecin?
- Les mêmes facteurs qui pourraient influencer ou pas que j'envoie mon patient voir un autre médecin, tout simplement, c'est tout. La sciatique, bon ben la sciatique on commence à la gérer en tant que médecin généraliste puis si on voit que ça tourne mal ou si c'est quelqu'un qui a des antécédents ben on l'envoie au spécialiste. Si ça tourne bien et puis qu'il n'y a rien, que ça évolue bien ben on y va pas quoi, c'est les mêmes facteurs que pour tous ceux que je vois là en face de moi, c'est tout, à mon sens oui.
- Pour vous donc il n'y a pas de barrières vis-à-vis de, du fait d'être médecin qui vous limiteraient dans le fait d'aller voir quelqu'un ?
- Ben non parce que après euh après quand on tarde à aller voir un spécialiste, ben c'est, ça peut être dangereux, ça peut être grave, non non moi je fais, j'essaye de faire comme je ferais si c'était un patient lambda.
- Très bien. En cas de de problème psychologique, de difficultés euh, sauriez-vous vers qui vous adresser ?
- Oui parce que j'ai j'ai eu aussi quelques problèmes euh, qui étaient pas vraiment en rapport avec moi mais plutôt avec mon entourage, oui j'ai été voir un psy une fois c'est arrivé euh, que je connaissais comme ça parce que je lui envoie des patients, c'est tout hein. Oui c'est, pourquoi pas ?
- D'accord euh donc quelles sont les raisons qui vous ont conduit à participer à cette étude ?
- Ben je pense que c'est un sujet intéressant euh parce que euh ben parce que c'est pas évident d'être acteur en même temps, d'être à un moment acteur et à un moment patient, hein à un moment professionnel, il faut savoir changer de casquette et c'est pas évident et par la même le ben l'expérience de la maladie que j'ai eue il y a 11 ans m'a m'a m'a permis de comprendre ça, de même la sciatique peut être encore plus que le cancer parce que le cancer ça fait pas mal

mais la sciatique euh je veux dire euh jusqu'à il y a 11 ans, je savais pas ce que c'était qu'une sciatique quoi j'en avais jamais eu hein, je savais ce parce que j'avais appris mais euh quand on voit ce que ça fait mal fff(rire) et et donc je pense que c'est c'est un sujet qui est intéressant et et de même soigner ses proches c'est aussi quelque chose de très intéressant. J'ai eu une expérience très douloureuse l'année dernière euh de de soins d'un d'un proche puisque c'était le le fiancé de ma fille et qui est venu me voir une fois pour des hémorroïdes et que c'était pas des hémorroïdes, c'étaient des condylomes. Et ben moi j'étais rudement emmerdée quoi hein parce que j'osais pas lui dire, je ne savais pas comment lui parler, tout hein « écoute ben tu vas voir un spécialiste tu verras bien ce qu'il te dit ». Mais moi j'avais bien vu que c'étaient des condylomes hein et puis je voulais pas je voulais pas le dire à ma fille, je ne voulais pas ne pas le dire euh c'est un truc mais vraiment c'est c'est vraiment l'expérience la plus horrible que j'ai eu de ma vie, c'était l'année dernière et bon ben ça s'est dénoué ils se sont séparés, tout va bien pour eux mais après ma fille euh quand elle a appris ça pff euh c'est vraiment le truc horrible quoi. Déjà des condylomes on en voit pas souvent en médecine générale donc j'étais pas certaine à 100% que c'était ça mais pour moi c'était pas des hémorroïdes hein c'était évident que c'en était. Et je ne sais pas si vous en avez déjà vu ?

- Sur des photos comme ça mais, en vrai non.
- Oui sur des photos mais quand vous voyez ça quand c'est votre gendre quoi, ça c'est le truc horrible quoi.
- Oui c'est sûr que ça met mal à l'aise.
- Et donc ben finalement c'est un spécialiste qui lui a annoncé quoi parce que moi je je me sentais totalement incapable de lui dire et puis même si jamais je me trompe, si jamais je me trompe euh c'est la c'est la révolution dans la famille. Bon ça s'est bien passé il a été voir le spécialiste, et ils sont revenus ensemble etc... et puis après ben il lui a craché le morceau quoi voilà, il avait été

coucher avec un transsexuel au Bois de Boulogne (rires).

- Oui c'est sûr que c'est un choc !
- Chh donc ben là j'ai fait faire tous les examens à ma fille et elle avait, tout était négatif, et ils se sont séparés, et puis tout va bien et puis j'ai quand même gardé de bonnes relations avec lui mais c'est quand même une épreuve extrêmement terrible quoi hein. J'aurais préféré qu'il aille voir quelqu'un d'autre hein mais bon il est venu chez moi (sourire) ça c'est non ça c'est c'est des vrais problèmes hein, c'est c'est des vrais problèmes, ça c'est c'est faut faut vraiment rester professionnel et puis et puis faut quand même avoir son sang-froid aussi hein, faut pas perdre les pédales, il faut pas trahir le secret médical, il faut, il faut c'est c'est et puis il faut réfléchir vite aussi hein. Faut pas, faut pas dire « t'as rien euh » ou euh, voilà je lui ai dit « attends tu vas, je te prends tout de suite un rdv, tu vas voir untel et puis voilà quoi » mais oui non c'est c'est c'est intéressant comme sujet hein et et puis bon ça ça touche vraiment la personnalité des gens quoi, la façon dont ils réagissent par rapport à leur propre santé. Quand on voit maintenant comment les patients perdent les pédales avec tout ce qu'ils vont lire sur internet sur les pathologies qu'ils ont ou qu'ils ont pas ou qu'ils ont peur d'avoir euh c'est c'est redoutable quand même hein. C'est, ça crée beaucoup de stress et ça ça fait réfléchir quand même. Non c'est c'est bien comme sujet hein, c'est vraiment bien.
- Est-ce que vous avez sinon des questions ou des remarques à me faire part pour... ?
- Non, non, non, non, non mais mais euh oui non mais oui les les questions sont quand même très générales, les questions de votre euh, hein c'est quand même très très général euh ben je pense qu'il faudrait un peu peut-être illustrer avec des exemples plus concrets parce que sinon ça ça risque d'être un petit peu, la rédaction ça risque d'être un petit peu oui. J'ai le souvenir une fois d'une d'une remplaçante au début que j'étais installée, ça c'était aussi assez marrant, on était parti aux sports d'hiver et puis dans le temps ben on arrive aux sports d'hiver on prend les forfaits pour 5 y en

avait pour une somme épouvantable et le soir la remplaçante téléphone et dit « Je peux plus travailler je suis malade. » « Qu'est-ce que t'as ? » et elle avait une cystite, elle avait pris rdv aux maladies infectieuses (rires), elle avait complètement paniqué, elle pouvait plus travailler, c'était une cystite hein, c'était que ça mais elle a complètement paniqué, elle a arrêté hein, elle a elle a arrêté la semaine de remplacement!

- Pour une cystite...
- On a pris un remplaçant euh euh qu'on connaissait pas qui est venu la remplacer sur le tas pour qu'on finisse nos vacances.
- Ah ouais.
- Ouais c'est des trucs euh oui oui mais ça existe non mais c'est c'est du vécu ça hein, mais elle était incapable de continuer à bosser avec sa cystite et de, elle a été consulter euh aux maladies infectieuses, c'est c'est fou hein ? Voilà.
- Très bien et bien je vous remercie de m'avoir accueillie et consacré du temps pour cet entretien.
- Très bien.

Entretien avec le Dr G à son cabinet le 24/10/11 (23'51)

- Voilà donc je termine mon internat de médecine générale cette semaine.
- Ah bravo !
- Mais la thèse n'est pas terminée, je la commence... Donc je réalise une étude sur les modalités de prise en charge médicale spécifiques aux médecins généralistes vis-à-vis de leur propre santé. Merci de m'accueillir et de participer. Euh donc je ne te poserai pas de questions sur ton état de santé mais sur la façon dont tu te prends en charge sur le plan médical. Les entretiens sont enregistrés par un dictaphone mais les données seront bien sûr anonymes, les entretiens détruits après retranscription. Et en retour, si tu le souhaites, je t'adresserai une copie de mon travail.
- Oui je veux bien, ça m'intéresse.
- Donc d'abord quelques données générales : âge, date d'installation, lieu d'exercice, type d'exercice, maître de stage ou non...

- Ouais alors euh j'ai 33 ans, euh je me suis installé il y a maintenant euh 1 an et demi d'abord en collaboration pendant 8 mois et puis maintenant en tant qu'associé donc exercice euh rural, semi-rural hein c'est un peu entre les 2, c'est pas c'est pas du rural pur mais enfin quasiment quoi. Voilà, et ça se passe bien.
- Pas de, pas d'exercice particulier euh homéopathie, acupuncture...
- Ah euh non, non non non non pas d'ostéopathie, homéopathie, non pas d'exercice particulier.
- Et pas encore maître de stage ?
- Et je suis pas maître de stage euh encore parce-que j'ai pas euh 3 ans d'exercice euh révolus euh installés donc je ne peux pas prendre de stagiaire pour le moment, voilà c'est un projet qu'on aura certainement, par la suite.
- D'accord très bien. As-tu un suivi médical en ressens tu le besoin ?
- Euh non pas spécialement, j'ai pas de suivi médical actuellement euh bon je suis pas de...j'ai fait des bilans s..., des bilans médicaux pour des assurances euh assez récemment en fait donc euh voilà sinon je pense que j'aurais fait une prise de sang mais du coup je l'ai fait à cette occasion et j'ai pas de suivi spécifique particulier.
- As-tu déclaré un médecin traitant ?
- Oui, moi-même !
- Et pourquoi ?
- Pourquoi euh, parce que tant que j'ai pas de problème de santé grave je, voilà je c'est plus pratique pour moi, euh quand je me fais des ordonnances ou quelque chose, enfin voilà j'ai pas, j'ai, pour l'instant j'ai pas de besoin de euh je ressens pas le besoin euh d'aller consulter euh pour une raison ou une autre, donc voilà j'ai pas euh, bon c'est par commodité hein c'est pas parce-que je m'occupe de moi-même.
- Est-ce que c'est toi qui soigne ta famille ?
- Oui, mes enfants, pas ma, pas mon épouse.
- Euh qu'as-tu mis en place en matière de prévoyance et complémentaire santé ?
- Alors en matière de prévoyance j'ai une j'ai une prévoyance euh je sais pas il faut dire les... ?
- Euh non pas spécialement mais enfin ce que ça couvre globalement.
- Ouais enfin j'ai j'ai ouais j'ai une prévoyance qui couvre euh euh ben l'hospitalisation enfin c'est c'est pas une prévoyance exhaustive hein, c'est une prévoyance euh vraiment c'est c'est un peu ils font des des contrats un peu spécifiques aux médecins c'est-à-dire ils prennent en charge euh les labos, le labo je crois à 100%, enfin le labo, la pharmacie et puis l'hospitalisation.
- En cas d'arrêt de travail ?
- Alors euh en cas d'arrêt de travail moi j'ai une oui j'ai une complémentaire, une prévoyance, ah oui alors là je te parlais de la complémentaire pardon, complémentaire santé et j'ai une prévoyance ouais, j'ai une prévoyance euh oui à partir de 15 jrs d'arrêt de travail.
- D'accord euh donc...
- Ça fait pas très longtemps que j'ai ça.
- Ouais ?
- Depuis que je suis installé en fait.
- D'accord.
- Voilà. Depuis que j'ai un prêt maison etc sur le dos (rires).
- As-tu recours aux spécialistes euh en première ou deuxième intention ?
- Alors euh j'ai eu recours ouais pour une petite chirurgie en première intention euh pour une chirurgie sous anesthésie locale quoi euh ça devait être il y a 2 ans mais sinon euh non. Je prévois à 40 ans d'aller voir un cardiologue euh parce que je fais euh un peu de sport en compétition, donc voilà donc je fais comme chez mes patients à partir de 40 ans, je les envoie chez le cardiologue faire une épreuve d'effort, donc je pense que je ferai ça !
- Est-ce que tu as l'impression d'être privilégié par ton statut de médecin pour accéder facilement et rapidement aux spécialistes ?
- Alors euh fff j'ai pas j'ai pas je sais pas j'en ai pas l'expérience...
- Ben l'ophtalmo euh...
- C'est ouais je vais pas voir l'ophtalmo euh (rires) euh j'ai fff je pense que oui je pense que oui oui implicitement je pense qu'on a plus facile peut-être à avoir euh une prise en charge par les spécialistes, toute façon on le voit quand on appelle nous-même même pour des patients, ça va quand même plus rapidement que si eux

appellent donc oui je pense qu'on est un peu avantagé de ce côté-là pour l'accès aux soins, même ici on est pas trop embêté rien que pour ça euh sauf pour les ophtalmos mais je je sais pas pour les ophtalmos...

- Qu'attends-tu des spécialistes, un diagnostic précis, un acte technique euh autre chose ?
- Non si je vais voir un spécialiste effectivement c'est que j'ai euh, c'est soit un geste technique ouais ou ou un diagnostic euh oui ouais c'est ça non c'est je pense que c'est vraiment un diagnostic spécialiste ouais par rapport à ce que moi euh j'ai l'idée de de ce que je peux avoir, je pense.
- Pour préciser les choses ?
- Voilà.
- C'est ça...
- Voir si ya une indication de faire quoique ce soit éventuellement.
- Et quand tu vas voir un autre médecin les consultations ça se passe comment ? Colloque singulier au cabinet ou de manière plus informelle autour d'un café ou dans un couloir, chez chez un euh, au domicile ou ?
- En fait euh quand je vais voir un autre médecin euh, bon ben ça m'arrive ça m'arrive jamais, j'ai déjà... si j'ai été voir non j'ai j'ai fait une vraie consultation auprès d'un confrère pour l'assurance là, qui a été faite vraiment en colloque singulier euh examen clinique complet etc et sinon auparavant euh euh moi j'étais suivi enfin c'était mon père qui est médecin généraliste qui me suivait donc c'était un peu informel, c'était plutôt informel ouais. Après je sais pas si à mon âge euh je consulte moins ou plus que les personnes de mon âge euh qui ont pas de problème de santé, je sais pas, je je sais pas dire.
- As-tu l'impression que les différents temps de la consultation sont présents ?
- Oui oui sur euh oui ouais.
- Comment se passe le règlement des honoraires ?
- (Rires) Je règle pas les honoraires. Non généralement c'est en acte gratuit souvent quand on connaît les gens après euh voilà si je pense que si j'avais un problème euh

de santé chronique ou récurrent euh je pense que je réglerais les honoraires enfin je voudrais régler les honoraires je voudrais que ça se passe le plus objectivement possible.

- Penses-tu que ton statut et tes connaissances influent sur la qualité du suivi ? Si oui comment ?
- Quand quelqu'un d'autre euh quand on consulte quelqu'un d'autre ?
- Non, tes connaissances est ce que tu as l'impression que ça voilà que ça modifie ton suivi ?
- Mon suivi médical en général ?
- Ouais, la qualité du suivi.
- J'espère que oui (rires) ! Non je sais pas, c'est difficile à dire. Euh je pense que on on sous-estime nos problèmes de santé, certainement. Je pense qu'on se fait euh, qu'on relativise beaucoup plus oui. Peut-être ça ça ça augmente l'efficacité mais ça ça n'augmente pas forcément la qualité c'est-à-dire que peut être que y a beaucoup de choses pour lesquelles tu consultes pas que des personnes euh qui ne sont pas médecins euh consulteraient pour ça mais en même temps je pense qu'on relativise trop peut-être lorsqu'on a un vrai problème de santé ouais éventuellement. Mais bon comme je dis, moi j'ai pas eu trop de problème de santé jusqu'alors hein, si si j'ai fait ah si j'ai fait une fois une pneumonie et là effectivement ça a entraîné ça a entraîné parce que à l'époque j'étais étudiant en médecine et euh c'est mon donc je c'est mon père qui a, je suis re, qui était mon médecin à l'époque et effectivement comme tous les bons fils de médecins euh j'ai été diagnostiqué assez tard oui parce que euh voilà parce que ça a entraîné euh mais ouais je pense qu'effectivement la qualité est peut-être un petit peu euh est peut-être diminuée quand euh quand on est dans le milieu médical.
- Euh te sens-tu acteur de ta santé ?
- Oui quand même dans la façon de vivre, je dirais dans la ... je pense que la santé à trente à notre chez le chez le jeune adulte à 20,20-30 ans euh c'est avant tout aussi une façon de vivre, c'est euh faire du sport euh manger sainement et ça je pense que je fais attention oui donc

euh par là je me sens acteur dans ma, dans ma santé oui.

- Penses tu te prendre en charge dans les mêmes délais que tu le fais pour tes patients ?
- Non je pense bien plus tard (rires) ! Voilà ça rejoint un peu ce que je disais tout à l'heure c'est-à-dire que peut-être qu'on attend plus de voir euh si euh d'autres symptômes apparaissent, euh on se fait une première idée de ce qu'on peut avoir et puis ensuite euh euh on avise pour un traitement mais globalement effectivement moi je je traîne un peu sur les diagnostics ouais souvent ou sur le traitement d'ailleurs hein euh je plus que ce que je fais pour mes patients euh en réalité ouais. Après je sais pas si ça influe vraiment sur mon état de santé peut-être pas...
- Voilà et donc tu qualifierais ton suivi médical comment par rapport à celui de tes patients : meilleur, identique moins bon ? et par rapport à celui de tes collègues médecins que tu côtoies : meilleur, aussi bien, moins bon ?
- (rires) Non euh je pense qu'en en termes de de diagnostic et de qualité euh ça doit être aussi bien que mes patients, que mes collègues médecins alors là (raclement de gorge) je je sais pas honnêtement je sais pas euh je sais pas euh sur euh sur sur l'hygiène de vie peut-être mieux je dirais enfin sur la sur la santé globalement parce que c'est vrai que les médecins ont pas forcément en comment c'est une généralité mais je pense que ya une population qui fumait beaucoup avant etc qui avait une hygiène de vie peut-être un peu moins euh un peu moins bonne qu'actuellement ce qu'on, ce que les jeunes essayent de essayer de faire à mon avis mais je sais pas si moi je me prends mieux en charge que qu'un médecin jeune équivalent à moi-même je je sais pas dire, je je passe... je dirais aussi bon !
- Très bien maintenant face à un évènement de santé auquel tu as été confronté et qui t'a marqué, qui a établi le diagnostic et dans quel délai , quel stade ?
- Oui ben la oui c'était c'était l'histoire dont j'ai parlé un peu avant alors euh le le diagnostic c'était fait par mon père donc

qui me suivait à l'époque mais j'étais pas encore médecin j'étais étudiant en médecine euh le délai euh 4 jours, pour une pneumonie.

- Et penses-tu avoir fait preuve d'objectivité pour interpréter les symptômes ou à les minimiser, les exagérer ?
- Je pense que je les ai minimisés.
- En étant étudiant.
- Oui.
- En ayant travaillé la question déjà avant ou pas ?
- Ah ça c'est une bonne question, euh oui oui oui oui je pense que ouais je connaissais la la pathologie oui, je connaissais la pathologie ! Euh ouais c'est euh non j'ai eu ça s'est passé, une forte fièvre euh 2-3 jours, une toux euh enfin un tableau assez caractéristique mais c'est que quand il y a commencé à y avoir un essoufflement que je me suis inquiété, je pense que c'était effectivement un peu plus tard que la normale, pour le diagnostic.
- Donc à l'époque tu n'avais pas pu t'auto-prescrire quoique ce soit, je pense ?
- Non.
- Quelle a été l'observance ?
- Oh elle a été bonne, ouais. Non, non je suis assez observant quand je commence un traitement, je je le suis, sinon je prends pas de traitement.
- Et la surveillance, pareille ?
- Silence.
- (Rires) Je sais pas repos, arrêt de travail, radios euh, biologie ?
- La surveillance euh non je dirais que j'ai pas été particulièrement surveillé euh. Ouais radios si j'ai fait la radio euh 1 mois après en surveillance, non normale je dirais normale, la surveillance normale.
- Y a pas eu d'hospitalisation ou de consultation auprès d'un spécialiste ?
- Non, j'ai eu un arrêt de travail et non, non, non non.
- Et pas de courrier médical ?
- Non.
- Et sinon habituellement euh tu reçois un courrier médical quand tu vas consulter un confrère ?
- Ouais, ouais, oui oui je reçois quand j'ai été euh euh donc pour la petite chirurgie

- que j'ai faite oui j'ai reçu le courrier, les analyses etc oui.
- Penses-tu être un patient comme les autres ?
 - Non, forcément non, on a une subjectivité sur les choses euh euh, non non on n'est pas un patient comme les autres je crois pas, je crois pas parce que on a des connaissances qui font qu'on est euh on a à la fois plus d'objectiv..., plus de, d'objectivité dans les symptômes mais en même temps en subjectivité c'est-à-dire que, c'est pas logique ce que je dis mais euh je pense qu'on, les choses banales on les interprète beaucoup plus facilement que la population générale mais par contre on on, on minimise peut-être si on est, si on a des choses graves on a tendance à les minimiser en disant « C'est rien, je verrai ça plus tard », c'est-à-dire que des choses banales ben on on se prend pas forcément en charge parce qu'on sait que c'est banal mais à force de tout penser banal on peut passer à côté de choses je pense. Tu vois ce que je veux dire ou pas ?
 - Oui, à peu près oui.
 - T'es, bon...C'est-à-dire que je pense que...
 - On est dans ...pour les choses banales, on se dit « ça va se passer » et pour les choses graves on est dans le déni...
 - Voilà, pour les choses banales on n'est pas mauvais parce que c'est vrai que bon pour une rhinopharyngite on va pas aller consulter...
 - On se dit même si je néglige c'est pas grave.
 - ...alors que la majeure, la majeure partie des gens euh consultent pour ça, on se traite pas forcément d'ailleurs, on prend pas forcément de médicaments mais à côté de ça euh on aurait la politique de l'autruche par rapport aux maladies graves c'est-à-dire qu'on aurait peut-être plus tendance à se dire euh à minimiser euh les maladies qui ont, qui seraient potentiellement graves ouais effectivement je pense, parce que euh, peut-être par peur finalement hein peut-être par peur du diagnostic grave...
 - Est-ce que tu soignes des médecins dans ta patientèle ? Ou est-ce que tu en as soignés ?
 - Actuellement non, euh j'en ai soignés oui quand j'ai fait des remplacements de longue durée euh, j'en ai soignés quelques-uns pendant 6 mois.
 - Et ça se passait comment, t'en pensais quoi ?
 - Ça euh j'essayais d'être comme d'habitude euh pas plus euh pas plus exhaustif dans les examens complémentaires euh pas plus euh j'essayais de faire aussi bien qu'avec les patients euh habituels, ce qui change c'est que le ce patient médecin a une connaissance que que que les autres n'ont pas et donc c'est peut-être plus ça qui est difficile à à gérer parce que ben parce qu'il il soulève les, l'intuition qu'on a n'est pas forcément celle que lui a quoi, c'est-à-dire que quand on pense à une pathologie euh lui a peut-être d'autres idées qu'il va soumettre et donc euh ça ça complique un petit peu la relation oui, du coup par la même on n'a pas forcément, même si on fait le même examen clinique euh, on n'a pas forcément la même attitude thérapeutique, la même conduite à tenir parce que c'est biaisé par les connaissances du du patient peut-être qui, qui s'il vient te voir toi c'est qu'il se pose beaucoup de questions ou qui se pose des questions pour pour ce qu'il a et donc qui aimerait avoir plus d'informations que que ce que lui pourrait donner quoi. Mais bon euh j'ai suivi un autre médecin dans le cadre d'une maladie plus chronique euh ça se passe exactement euh pareil qu'avec d'autres patients, c'est des renouvellements d'ordonnances etc un suivi tout à fait normal je dirais donc bon...
 - D'accord.
 - Mais c'est c'est pas beaucoup de patients hein, c'est pas beaucoup de médecins qui viennent euh te voir je ne sais pas comment font hein les, mais c'étaient deux médecins qui étaient qui étaient pas en exercice hein que j'ai suivis hein, c'étaient des médecins qui étaient à la retraite.
 - D'accord.
 - J'ai jamais suivi de médecins en exercice, je ne sais pas s'ils se font suivre ?
 - Euh donc quels sont selon toi les facteurs qui vont jouer dans ta décision d'aller voir un autre médecin ou pas ?

- Alors soit j'ai un doute euh un doute diagnostic sur euh sur les symptômes et donc je veux en avoir le cœur net soit euh soit j'ai une pathologie chronique qu'il faut que je fasse suivre très régulièrement auquel cas je me ferai suivre par un confrère ouais par un autre médecin généraliste pour euh être un peu en dehors de, avoir un avis plus objectif sur euh sur sa pathologie chronique quoi, après pour les petites pathologies je dirais euh aigues banales euh je non je pense pas que je me fasse suivre particulièrement. Voilà.
- Et pour toi il y a pas de barrages face au statut de médecin à aller voir quelqu'un d'autre ?
- Non, non non j'ai pas d'a... j'ai pas de d'appréhension euh avec ça non .
- D'accord. En cas de difficultés psychologiques saurais-tu vers qui t'adresser ?
- (Silence) Pas spéci, pas spécifiquement c'est vrai que le problème psychologique c'est un des problèmes les plus fréquents en fait finalement chez les médecins généralistes et euh et euh je pense que je m'orienterais vers un spécialiste mais j'en connais pas spécifiquement non, non pas de noms particuliers mais enfin je pense que j'espère que j'hésiterais pas si j'avais vraiment un souci psychologique à aller en parler ouais à un confrère ouais mais j'ai pas de noms particulièrement non, j'en parlerais en premier lieu je pense à mon confrère avec qui je travaille, avec mon associé mais sinon euh, après c'est une prise en charge beaucoup plus spécifique euh, non j'ai pas de noms particulièrement mais j'espère que je saurais passer le cap d'aller consulter quelqu'un d'autre (sourire).
- D'accord. Quelles sont les raisons qui t'ont conduit à participer à cette étude ?
- Et ben parce que je trouve c'est très intéressant parce que je pense qu'on est une population qui est très mal suivie médicalement euh voilà parce que j'ai ma part de... j'ai j'ai ce que je pense faire mais euh pas forcément ce que je vais faire hein bon je suis jeune j'ai pas encore trop de problèmes de santé alors j'ai dit « Oui j'aimerais bien faire comme si. » Mais c'est pas forcément ce que je vais faire

hein c'est je, j'espère que je ferai comme ça mais je pense que alors en termetiers de santé les médecins sont pas très bien suivis parce que on pense peut-être à tort que on peut faire les diagnostics sur soi-même et à mon avis c'est loin d'être évident. C'est, j'ai répondu à la question ou pas ?

- Oui, oui oui.
- Parce que voilà, ouais ouais je pense que et donc je pense que c'est quand même intéressant de savoir par rapport à une population générale, c'est la question que je me posais avant que tu viennes me voir, c'était de savoir si effectivement il y a une réelle différence entre..., mais ça doit dépendre des âges aussi, ça je sais pas si tu vas faire ça dans ta thèse ?
- Si ben j'essaye de de voir un petit peu des plus jeunes, des plus âgés...
- Oui parce que bon un sujet jeune c'est vrai que tu as pas réellement de problème de santé hein, tu, enfin jusqu'au jour où hein mais euh bon euh voilà euh comme comme le patient lambda qui vient te voir à 30 ans pour un certificat médical ou quelque chose, il vient tous les ans pour ça mais euh ou pour un de temps en temps mais voilà alors après je pense qu'il faut savoir euh savoir s'analyser en cas de fatigue chronique en cas de d'amaigrissement inexpliqué etc il faut aussi se poser les bonnes questions c'est pas forcément évident et ça j'aimerais bien savoir par rapport à la population générale ouais si il y a un sous diagnostic ou pas euh chez les jeunes médecins quand il y a des choses graves je sais pas, faudrait tomber sur des médecins qui ont été malades (sourire) mais c'est ouais non mais c'est intéressant je trouve que c'est assez intéressant.
- Des questions ou des remarques sinon ?
- Non, non non, c'est, je trouve ton questionnaire est bien mené, non c'est bien, c'est clair euh après comme je dis c'est vrai que c'est difficile euh de s'i de s'imaginer euh de s'imaginer malade, en fait. On soigne des malades toute la journée mais c'est difficile de s'imaginer malade. C'est un peu bête hein mais on a tou, on a jamais envie d'être malade, quand on est malade on dit « Mais non

c'est rien ! » euh voilà faut qu'on c'est vrai qu'on, en plus en profession libérale on voit ça aussi quand même moi je trouve euh dans l'exercice au quotidien une différence de toute façon dans l'appréhension de la santé euh chez les personnes euh qui sont en profession libérale ou pas c'est-à-dire t'as quand même tout un panel de professions qui que tu vas beaucoup moins voir que d'autres hein euh les professions artisanales, les agriculteurs etc sont des gens qui se plaignent absolument pas et qui viennent rarement consulter parce que de toute façon euh...

- Ils ne peuvent pas s'arrêter.
- Ils ont pas de bénéfices secondaires à attendre d'une consultation ou éventuellement un traitement mais euh je trouve qu'il y a réellement vraiment une réelle différence dans les demandes de consultation en fonction des professions ouais. Alors peut-être qu'on fait partie de cas gens-là finalement aussi, c'est-à-dire que toute façon euh on peut pas s'arrêter pour se reposer mais euh voilà ou bien il faut prendre un remplaçant mais on trouve pas de remplaçants (rires) ouais voilà.
- Très bien et ben je te remercie.
- Ben je t'en prie.

NB : Le médecin m'a spontanément demandé de le tutoyer.

Entretien avec le Dr H à son cabinet le 14/11/11 (16'12)

- Voilà donc je termine mon enfin je viens de terminer mon internat de médecine générale à Nancy et je fais ma thèse donc sur les modalités de prise en charge spécifiques aux médecins généralistes vis-à-vis de leur propre santé. Merci de m'accueillir et de d'avoir accepté de participer. Donc je ne poserai pas de questions sur votre état de santé mais sur la façon dont vous vous prenez en charge sur le plan médical. Les entretiens sont enregistrés par un dictaphone, les données resteront anonymes bien entendu et les enregistrements seront détruits après retranscription. En retour je vous

adresserai une copie de mon travail si vous le souhaitez. Donc tout d'abord je vais vous laisser vous présenter donc votre âge, votre date d'installation, euh le type d'exercice (rural, urbain...) et est ce qu'il y a un mode d'exercice particulier ?

- D'accord alors j'ai 35 ans je suis collaboratrice dans le même cabinet que le docteur Y depuis septembre 2011, euh c'est de la médecine générale classique sans orientation particulière et on travaille en semi rural peut être, je sais pas exactement les définitions, voilà.
- D'accord. Avez-vous un suivi médical, en ressentez-vous le besoin ?
- Euh, suivi médical par un médecin généraliste ?
- Par exemple.
- Non, pas par un médecin généraliste.
- Est-ce que vous avez déclaré un médecin traitant ?
- Je suis mon médecin traitant déclaré.
- Et pourquoi ce choix ?
- Pourquoi ce choix ? Par gain de temps en fait, pour pouvoir euh consulter des spécialistes si j'estime que c'est nécessaire enfin sans avoir à passer par un médecin traitant, un médecin généraliste.
- Est-ce vous qui soignez votre famille ?
- Un peu mais pas euh pas essentiellement en fait, tout dépend des pathologies. Je soigne, mes enfants sont suivis par un autre médecin euh on va dire que je soigne les les infections euh courantes je dirais cutanée ou autre mais pas euh je j'essaye de déléguer et de pas pas trop m'immiscer non plus. Mes parents pas du tout, non. Famille très proche on va dire un petit peu.
- Qu'avez-vous mis en place en matière de prévoyance et complémentaire santé ?
- Alors je n'ai pas de prévoyance, euh j'ai une complémentaire euh une mutuelle classique.
- Euh donc vous avez recours aux spécialistes d'emblée ou plutôt en deuxième intention ?
- D'emblée.
- Est-ce que vous avez l'impression d'être privilégiée par votre statut de médecin pour accéder facilement et rapidement aux consultations de spécialistes ?
- Evidemment oui, c'est beaucoup plus rapide !

- Et qu'est-ce que vous attendez des consultations spécialistes ?
- Ben qu'elles résolvent un problème que je n'arrive pas à résoudre moi-même ou un suivi euh essentiellement gynécologique par exemple c'est actuellement le seul recours aux spécialistes en fait.
- Comment et où se passent les consultations ? est-ce que c'est de manière traditionnelle au cabinet est-ce que euh ou des spécialistes que vous connaissez donc est ce que ça se passe de manière plus informelle ?
- Non c'est toujours dans leur mode d'exercice habituel hein au cabinet ou à l'hôpital.
- D'accord est ce que vous avez l'impression que les différents modes euh temps de la consultation sont présents : motif, interrogatoire, examen clinique euh conclusion, prescription ?
- Oui, oui, oui ça m'a l'air assez standardisé ouais.
- Et comment se passe le règlement des honoraires ?
- Alors euh la plupart du temps euh le médecin ne souhaite pas être euh être réglé euh j'ai je propose le règlement évidemment euh après se pose le problème à l'hôpital, moi je consulte plus à l'hôpital où même si le médecin ne veut, le spécialiste ne veut pas que le patient-médecin euh paye on est parfois rappelé par un système d'informatisation, de régie centrale ou je ne sais quoi où finalement il faut payer quand même, bon c'est assez variable mais en général les spécialistes ne proposent pas d'honoraires quoi.
- D'accord. Est-ce que vous pensez que votre statut, vos connaissances influent sur la qualité de votre suivi ?
- Oui évidemment, je pense que je suis plus plus méticuleuse plus précise peut-être.
- Est-ce que vous vous sentez actrice de votre santé ?
- Oui, je suis pas sûre de bien comprendre la question, actrice euh ? Euh oui mais je comprends pas bien la question...
- C'est-à-dire est ce est-ce que vous avez l'impression de prendre les choses en mains ou est-ce que vous avez l'impression de subir euh les choses ?
- Ouais non, plutôt actrice, ouais.
- Est-ce que vous pensez vous prendre en charge dans les mêmes délais que pour vos patients ?
- Non je dirais dans un délai plus rapide, après tout dépend sans doute de quoi on parle mais euh non je pense plus plus rapidement.
- Et vous qualifiez votre suivi comment par rapport à celui de vos patients : meilleur, identique, moins bon ?
- Différent, c'est c'est difficile parce que c'est un point de vue global en fait (sourire) euh je dirais meilleur.
- D'accord, pour quelles raisons ?
- Parce que je pense que je suis assez exigeante euh de manière générale en médecine avec mes patients et sans doute euh autant avec ma famille et moi-même, peut-être pas autant que d'autres confrères le seraient, je sais pas.
- Justement par rapport aux médecins que vous pouvez côtoyer votre suivi vous le trouvez euh ?
- Par rapport au suivi d'autres médecins ?
- Ouais que vous connaissez.
- Qui qui auraient un suivi par rapport à moi ou par rapport à leur suivi eux même ?
- Par rapport à leur suivi.
- Par rapport à leur suivi ?
- Ouais.
- Honnêtement je sais pas, je j'ai jamais discuté de ça avec mes collègues je sais pas comment ils se font suivre euh peut-être globalement j'aurais tendance à dire moins bien peut-être surtout les anciens, les médecins plus plus âgés, je sais pas.
- Eux se prendraient en charge moins bien ?
- Peut-être. Ou peut-être d'une manière générale les médecins plus âgés sont moins bien pris en charge parce que quand on est jeune on a globalement pas de problèmes de santé et que on en a plus quand on a 40-50 ans mais encore faut-il consulter pour s'en rendre compte.
- Maintenant donc face à un événement de santé auquel vous avez été confrontée et qui vous a marqué, comment ça s'est passé, qui a établi le diagnostic, dans quel délai ?
- Je réfléchis parce que j'ai pas souvenir d'avoir eu réellement de problème de santé (sourire) euh...

- Pour moi-même évidemment, pas pour mes proches ?
- Mmm, mm, mm.
 - On peut répéter la question ?
 - Par rapport à un événement de santé lambda hein, peu importe lequel, qui a établi le diagnostic et dans quel euh à quel stade, dans quel délai ?
 - Un des seuls problèmes que j'ai pu avoir a été pris en charge par un gynécologue euh dans un délai euh dans un délai rapide vu que j'ai consulté dans l'heure (sourire) dès le premier symptôme.
 - Est-ce que vous avez fait preuve d'objectivité selon vous pour interpréter les symptômes, ou à les minimiser, les exagérer ?
 - Oui, j'étais assez objective je pense.
 - Est-ce que vous avez réalisé d'emblée une auto-prescription d'examens ou de médicaments, avant d'aller voir le gynéco ?
 - Non.
 - Non, d'accord. Et suite donc à cette consultation gynécologique, quelle a été votre observance concernant ce qui a été prescrit ?
 - Elle a été parfaite (rire), non c'étaient des MAP (menace d'accouchement prématurée) enfin des con, des contractions prématurées donc voilà.
 - Il y avait eu une hospitalisation peut-être, non ?
 - Non.
 - Donc l'observance concernant le...
 - L'alitement...pendant 2 mois.
 - D'accord donc la surveillance ça a été bien respecté ?
 - Mm
 - Mm,mm ?
 - Très bien.
 - La surveillance a été bien ?
 - Peut-être trop bien (sourire)...
 - Bien respectée ?
 - Ouais ouais bien évidemment. Je pense que quand, comme on sait on a plus connaissance en fait des euh des conséquences de des des des des consignes et par rapport par rapport à une MAP c'est évident qu'on l'observe bien et je pense plus peut-être que la moyenne de la population qui se rend pas forcément compte de l'importance de l'observance.
 - Donc vous avez eu un arrêt de travail suite à cette MAP ?
 - Euh oui, ouais, ouais.
 - Et vous l'aviez respecté ?
 - Ben ouais jusqu'à l'accouchement (rire). En fait c'était quinze jours avant le début du congé euh pathologique ou juste au début du congé pathologique en fait donc euh ça a collé avec le congé maternité finalement.
 - D'accord. Est-ce que vous pensez avoir fait l'objet d'un courrier médical ? Et si oui est ce que vous en recevez une copie ?
 - Non pas pour ça non.
 - Non ? Et en général en consultant les spécialistes ?
 - Pour mes proches oui, pour moi non.
 - D'accord. Est-ce que vous pensez être une patiente comme les autres ?
 - Non (rires). Alors non je pense qu'un médecin n'est pas un patient comme un autre de part ses de part ses connaissances, je pense qu'après ça peut prendre différents différents chemins euh parfois peut-être de la négligence parfois de l'hypermédicalisation, je pense qu'on est pas des patients comme les autres non.
 - Est-ce que vous soignez des médecins ?
 - Non jamais, ça m'est jamais arrivée.
 - D'accord.
 - Je pense qu'on ne m'a jamais demandé en fait, ça ne s'est jamais présenté.
 - Des étudiants en médecine ou..., non plus, non ?
 - Non.
 - D'accord. Donc à votre avis qu'est ce qui va vous influencer pour aller consulter un autre médecin ou pas ? Quels sont les facteurs qui vont être déterminants pour décider de consulter ?
 - Ben d'abord la réalisation de de l'examen, si je dois aller me faire enlever un grain de beauté ou faire un examen gynéco, à l'évidence c'est pas moi qui vais le faire. Euh la limite de mes connaissances sur un sujet sur une lésion quelconque on va dire, voilà apparemment c'est tout, l'incapacité de le faire soi-même de s'ausculter soi-même ou pour avoir un avis peut-être plus objectif.
 - D'accord, il n'y a pas d'autres barrières qui, en étant médecin rendraient difficile de passer la main, pour vous ?

- Non je vois pas trop, je réfléchis mais j'en trouve pas non.
- Pas spécialement .Et le côté libéral, le manque de temps tout ça, non ?
- Non, je travaille à mi-temps, j'ai du temps libre ! (rires).
- D'accord, si j'avais il y a avait, vous aviez un souci psychologique est ce que vous sauriez vers qui vous adresser ?
- Euh oui, oui, je pense oui.
- Vous y avez déjà pensé enfin en cas de problème, vous en vous sentiriez pas démunie ?
- Ben non je pense pas, je pense que j'irais vers les les médecins ou les structures où, auxquelles j'ai confiance et auxquelles j'adresse les patients.
- D'accord. Quelles sont les raisons qui vous ont conduit à participer à cette étude ?
- D'être sympa avec les les jeunes médecins (rires). Et puis c'est un sujet original.
- Est-ce que vous avez des questions, des remarques ?
- Comment va se dérouler la la l'analyse des euh des questions ? Parce que c'est des questions ouvertes c'est difficile je pense ...
- Alors euh alors pour l'analyse de contenu je vais être, je vais travailler en collaboration avec une étudiante en master de psychologie qui va faire son mémoire sur le même sujet.
- D'accord.
- Hein c'est le département de médecine générale qui m'a mis en contact avec une psychologue qui est spécialisée dans l'analyse de contenu et euh donc elle elle m'a proposé de travailler avec une avec une étudiante. Alors il existe des logiciels euh qui font ressortir des thématiques euh donc voilà à partir de là euh, bon je sais pas encore très bien parce que j'ai pas encore commencé à les analyser vraiment les entretiens mais...
- Parce que analyser des faits « consultez-vous ? » oui non etc des questions fermées c'est facile mais des questions ouvertes, comment euh comment analyser des ressentis, ça doit pas être facile.
- Non mais apparemment donc voilà il y a des logiciels qui qui essayent de d'analyser des thèmes qui font ressortir des grandes thématiques et puis après il y aura quand

même une partie manuelle où on essaye de voir un petit peu ce qui est récurrent, essayer de faire des regroupements, ou est ce qu'il y a des choses qui s'opposent etc, quoi.

- Ça a déjà été fait comme sujet ?
- Euh il y a eu beaucoup effectivement de questionnaires, euh de quantitatif, d'études quantitatives, au niveau qualitatif il y a une étudiante sur Lyon qui a interrogée elle des médecins qui sont devenus patients, qui ont eu des maladies assez importantes euh mais voilà c'est tout. Enfin il y a eu une étude.
- D'accord oui non c'est c'était une bonne idée. C'est fait avec qui ?
- Professeur Aubrège et euh voilà c'est mon directeur, voilà.
- D'accord non mais c'est c'est intéressant.
- Très bien, merci bien de m'avoir accueillie et consacré du temps pour cet entretien.
- Mais de rien.

Entretien avec le Dr I le 14/11/11 à son cabinet (20'36)

- Voilà donc je viens de terminer mon internat de médecine générale et je réalise ma thèse sur les modalités de prise en charge spécifiques aux médecins généralistes vis-à-vis de leur santé. Merci de m'accorder un entretien. Je vous poserai pas de question sur votre état de santé mais sur la façon dont vous vous prenez en charge. Les données resteront bien entendu anonymes, euh les enregistrements sont seront détruits après retranscription. En retour je vous adresserai une copie du travail si ça si ça vous intéresse.
- Ouais ouais c'est intéressant.
- Alors je vais vous laisser vous présenter : votre âge, votre date d'installation, lieu d'exercice, mode d'exercice particulier, maître de stage ou non ?
- Oui alors j'ai 59 ans je suis installé depuis 31 ans en milieu rural, j'ai créé le poste et ensuite donc j'ai fait progresser l'entreprise et actuellement on est dans une maison médicale pluridisciplinaire avec plusieurs intervenants dont un autre

- médecin euh enfin maison pluridisciplinaire euh que dire d'autre, je suis maître de stage euh je fais j'ai fait de la recherche j'ai fait de l'acupuncture euh d'autres activités euh euh voilà autour autour de la médecine hein hein, on est bien occupé.
- D'accord.
 - Voilà pour la présentation à moins que vous vouliez quelque chose de beaucoup plus précis mais enfin j'ai, voilà...
 - Non ça ça correspond à ce que j'attends. Est-ce que vous avez un suivi médical, est ce que vous en ressentez le besoin ?
 - Alors euh j'ai beaucoup de chance parce que j'ai jamais eu de problème de santé jusqu'à maintenant euh, ce matin je me suis fait faire une prise de sang, mais ça n'avait absolument rien à voir avec votre entrevue, ça s'est trouvé comme ça, c'était pour une assurance donc euh j'ai un check up voilà mais autrement c'est assez aléatoire. Je fais pas de suivi euh particulier sauf à un moment donné où j'ai eu un suivi par la médecine préventive pour ma famille donc ils me convoquaient et on y allait et puis à un moment donné euh euh j'y suis plus allé. J'y suis allé trois fois, trois ou quatre fois donc ça fait euh ça fait euh ben depuis l'âge de 50 ans oui que j'ai pas eu de bilan de santé à proprement parlé euh, pas de prise en charge disons régulière spécifique, de suivi euh vraiment euh par une tierce personne quoi par une ou par un organisme ou par une médecine préventive ou par qui que ce soit hein. Donc ça m'arrive de temps en temps de faire une prise de sang dans le cadre des sapeurs-pompiers parce que c'est une obligation, euh oui je vous ai pas dit ça tout à l'heure là j'ai je fais une activité donc de médecin sapeur-pompier donc je suis amené à faire les visites des des médecins euh des des sapeurs-pompiers et nous en tant que médecin ben de temps en temps on fait une visite mais c'est surtout une prise de sang voilà c'est tout ce qu'il y a.
 - Est-ce que vous avez déclaré un médecin traitant ?
 - Non.
 - Non et pourquoi ?
 - Euh ben parce que j'ai pas fait de choix hein, faudrait que ce soit un collègue euh, bon ça m'ennuie un petit peu d'être suivi par un collègue local ici voilà mais euh voilà c'est uniquement pour ça.
 - Est-ce que vous soignez votre famille, vos proches ?
 - Non sauf quand c'est un une bricole mais autrement dès qu'il y a quelque chose d'un petit peu sérieux je je les invite à aller voir un un médecin, j'ai des enfants qui ont leur médecin traitant et euh mon épouse qui a ses correspondants et qui va voir des des des médecins par ailleurs mais je ne la soigne pas à titre personnel sauf peut-être pour faire un rappel de vaccination enfin des choses assez élémentaires.
 - D'accord. Qu'est-ce que vous avez mis en place en matière de prévoyance et de complémentaire santé ?
 - Alors euh j'ai une complémentaire santé, j'ai en prévoyance tout ce qui est en rapport avec les accidents euh donc accidents euh privés euh prévoyance en cas d'arrêt de travail donc indemnités journalières euh avant celles de la CARMF hein parce que la CARMF c'est c'est trois, trois mois hein qu'on commence à toucher les indemnités journalières donc pour nous on est quand même euh on a besoin d'être d'avoir des indemnités journalières avant hein si on a un gros pépin, euh voilà oui c'est tout.
 - Est-ce que vous avez recours aux spécialistes en première ou deuxième intention ?
 - Alors qu'est-ce qu'est ce qui m'est arrivé, faut faut que j'ai un exemple précis ? A titre personnel euh ça fait très longtemps que j'ai pas eu recours à un médecin donc euh voilà mais si j'ai si j'ai besoin si j'avais un problème quelconque oui j'irais voir un collègue spé que je connais.
 - Est-ce que vous avez l'impression que vous êtes privilégié du fait d'être médecin pour avoir un rendez-vous facilement ?
 - Ah pour avoir un rendez-vous mais privilégié pour le le suivi non certainement pas mais euh pour avoir un rendez-vous oui c'est peut-être plus simple quand on téléphone à quelqu'un qu'on connaît bien euh un spé bon c'est sûr qu'il ne va pas nous donner un rendez-vous dans 6 mois

hein, c'est ça ça améliore un peu les choses oui ça améliore les délais je pense que si que si on faisait comme ça ça améliorerait les délais mais j'ai pas eu à (rires) si ça m'est arrivé une fois de faire une radio pulmonaire si quand même une fois mais bon j'ai eu un rendez-vous rapidement.

- Et vous attendez quoi des spécialistes ?
- Euh ben qu'il me donne un avis hein spécialisé sur mon état de santé si j'avais à faire euh moi je sais pas moi j'aurais un problème où je pense qu'il y a nécessité de consulter je lui demanderais un avis sur euh euh donc extérieur parce que c'est très difficile pour nous en tant que médecin de juger de nos problèmes de santé. Sauf pour les petites choses hein mais autrement dès que ça devient un petit peu difficile euh je crois qu'il ne faut pas jouer au mariolle et et il faut euh il faut il faut consulter une tierce personne parce que c'est c'est il faut que ce soit vu par euh d'une façon neutre, on n'est pas neutre hein avec sa avec son corps avec sa san avec sa propre santé on n'est jamais neutre.
- Quand vous avez été amené à consulter des spécialistes, ça se passaient comment les consultations, de manière classique euh ou de manière informelle ?
- Oui enfin très confraternelle, moi j'ai pas eu de enfin sauf euh voilà pour la la médecine préventive je suis allé à la médecine préventive euh et la consultation s'est passée comme si j'étais euh pas médecin hein voilà y a pas y a pas eu, j'ai eu un interrogatoire en bonne et due forme on m'a posé des questions qu'on aurait posées à n'importe qui hein, voilà mais là c'était de la médecine préventive c'était pas de la médecine curative.
- Donc les différents temps de la consultation étaient respectés ?
- Oui j'ai j'ai, tout a été respecté, les différents temps de la consultation, tout à fait.
- Et quand vous consultez un autre médecin comment ça se passe pour le règlement ?
- Alors euh j'ai utilisé la carte hein pour euh quand c'est bon pour ce qui concerne le la radio pulmonaire là dont je vous ai parlé là on utilise la carte euh alors euh mon épouse est allée consulter, elle elle utilise

la carte aussi euh ouais non c'est pas, y a pas forcément euh l'absence d'honoraires hein. Je pense que si j'allais voir quelqu'un, mais ce qui ce qui a c'est que y a pas eu j'ai pas beaucoup d'exemples hein à vous citer là, euh dans les exemples précis peut-être que effectivement euh avec un collègue très proche peut-être il y aurait pas d'honoraires, ouais, ouais.

- Pensez-vous que votre statut et vos connaissances influent sur la qualité de votre suivi ?
- Euh oui, je pense que si j'étais pas médecin je consulterais certainement autrement. C'est-à-dire qu'il y a un certain nombre de choses qu'on euh qu'on fait pas comme les autres personnes.
- C'est-à-dire ?
- Euh c'est-à-dire euh ben je pense qu'on consulterait moins facilement moi si je sais pas si j'ai un mal de tête ou je sais pas quoi je vais pas aller consulter quoi c'est (rires), je vais observer et puis c'est tout y a pas de problème et puis ça se passe et si ou si j'ai euh quelque chose de tout à fait bénin je vais pas aller consulter alors que quelqu'un qui n'est pas médecin irait peut-être consulter pour cette chose-là alors que moi j'y vais pas. Et on est peut-être plus attentiste, y compris pour la y compris pour la famille parce que moi j'ai eu deux enfants euh et ils ont très très peu consommé de médecine. Quand ils avaient une rhinopharyngite ils allaient pas consulter et puis je leur donnais rien (rires), par exemple. Mais par contre j'ai eu une de mes filles qui a eu une maladie grave et là elle euh elle a été vue par euh un un spécialiste quoi, c'était un problème traumatique hein, donc elle est elle a elle a elle a consulté et moi je ne me suis pas occupé euh, j'ai un peu supervisé vu, enfin je me suis peut-être renseigné sur ce qui se passait etc mais je ne suis pas intervenu dans les décisions qui ont été prises par par le spé. Et par contre euh je pense que tout un tas de petites choses qui n'ont pas nécessité de consultations puisque ma présence au sein de la famille permettait donc de ne pas consulter tout de suite. Je pense que, voilà, je pense que ça s'est réalisé comme ça.

- Et globalement vous vous sentez acteur de votre santé ?
- Qu'est ce vous entendez par acteur de, acteur de la santé ?
- Ben d'être actif euh, de prendre les choses en main, de pas laisser les choses aller euh ...?
- Oui oui je fais atten je fais attention à ma santé dans la mesure où j'essaye d'avoir un équilibre alimentaire correct, une activité physique, euh euh un poids stable euh me sentir bien en forme pendant les vacances euh, des loisirs euh faire des choses à côté pour euh pour se sentir bien ouais.
- Et vous pensez vous prendre en charge dans les mêmes délais que vous le faites pour vos patients ?
- Euh ben non je vous ai dit tout à l'heure, on attend, on attend un peu, on attend peut-être un peu plus. Et tout dépend aussi de du symptôme hein ça, je sais pas hein, je j'aurais une douleur dans la poitrine par exemple je pense que j'appellerais le 15 hein, j'attendrais pas 15 jours ! ça dé ça ça dépend ça dépend de de quelle de quelle pathologie il s'agit hein je crois que c'est, tout le problème il est là. Si c'est une rhinopharyngite on va pas aller consulter tout de suite hein ou si c'est un, une toux ou une fièvre qui dure depuis 24h on va pas aller consulter par exemple.
- Comment vous qualifiez votre suivi par rapport à celui de vos patients : meilleur, identique, moins bon ?
- Différent (rires), je sais pas si c'est mal hein ce que euh je sais pas si c'est mauvais hein, j'ai pas d'avis hein là-dessus, je ne me prononce pas !
- Et par rapport aux confrères médecins que vous côtoyez, vous avez l'impression que vous vous soignez mieux, moins bien, pareil ?
- Pas d'avis je j'en j'en sais rien je sais pas ce que font les autres hein. Mais euh bon on sait vaguement quand même qu'ils se soignent pas euh comme les autres personnes, on se soigne pas comme les autres personnes, je crois, voilà.
- Face à un évènement de santé qui vous a marqué, qui a établi le diagnostic et dans quel délai ?
- Pour moi ou pour ma famille ?
- Pour vous.
- Pour moi. Euh je vous dis j'ai pas eu euh de problème de de santé euh qui ont nécessité des examens spécialisés, à part les examens de médecine préventive, quoique l'exemple est pas bon hein, ouais.
- Même quelque chose de d'anodin hein de, mais qui ait pu être marquant, non y a rien qui vous qui vous vient ?
- Non.
- Et quand vous avez des symptômes, vous avez tendance à les exagérer, les minimiser, ou vous pensez être objectif ?
- Ben j'essaye j'essaye d'être neutre mais en sachant que c'est guère possible, en sachant que faut pas jouer avec ça, que ben si y a quelque chose qui dure un peu moi j'irais consulter oui, ah oui, certainement.
- Est-ce que vous avez déjà réalisé une autoprescription de médicaments, de d'examens ?
- Euh, ben dans le cadre des sapeur-pompiers je me fais l'autoprescription, c'est tout.
- Pour la biologie ?
- Pour la biologie ouais.
- D'accord.
- C'est tout.
- Quand vous avez consulté, est ce que vous recevez un courrier médical de de compte-rendu, de synthèse de de votre consultation?
- Ben oui j'ai eu le compte-rendu des examens euh qui ont été faits à la médecine préventive, ma famille l'a eu, non y a pas eu de problème là. J'ai un dossier médical chez moi où y a mes prises de sang, tout, le suivi, c'est tout.
- Est-ce que vous pensez être un patient comme les autres ?
- Oui, oui à partir du moment où, si je suis pris en main par quelqu'un à qui je fais confiance euh euh ouais je me je me comporterai tout au moins comme un pa, un patient comme les autres. S'il faut attendre dans une salle d'attente s'il faut euh euh patienter pour un rendez-vous ou euh ou pour une je sais pas quoi je ferai comme tout le monde, pas de raison de passer euh, ouais, j'espère (sourire).
- Est-ce que vous soignez des médecins dans votre patientèle, est-ce que ça vous est arrivé d'en soigner ?

- Euh ça m'est arrivé une fois mais il y a très longtemps, un médecin qui avait qui avait une colique néphrétique et c'était un collègue, je suis allé le voir pour lui soigner sa colique néphrétique. Mais autrement euh, qu'est ce qui m'est arrivé, de temps en temps euh un un étudiant parce que je reçois des étudiants ici, quand ils ont des des trucs des fois je leur donne un traitement.
- Ah oui.
- Oui.
- Et vous en pensez quoi du fait de soigner des confrères ?
- Mmm oh j 'ai pas d'état d'âme hein par rapport à ça hein hein.
- Il n'y a pas eu de difficultés particulières ?
- Non, aucune difficulté, aucune difficulté.
- Euh, quels seraient, selon vous les critères décisionnels qui vous pousseraient à aller voir un autre médecin ou pas, qu'est ce qui rentrerait dans la balance pour euh ?
- La gravité.
- Pas d'autres choses ?
- Non la gravité c'est tout. Parce qu'il faut prendre une décision hein, s'il faut prendre une décision euh importante, tant sur tant sur les autres examens qu'il y a à faire ou sur un traitement particulier, hein, hein.
- Et pour vous y a pas de difficultés, de limites dues au statut de médecin qui seraient des freins pour aller voir un autre médecin ?
- Le problème c'est de trouver le médecin adéquate, c'est ça peut-être le problème pour une pour un médecin ou pour une famille de médecin d'aller consulter un médecin qui soit neutre par rapport à soi, c'est à dire qu'on ne connaisse pas trop non plus parce qu'il y a le problème de confidentialité, problème euh euh de se sentir à l'aise avec quelqu'un euh qui euh qui nous connaît par ailleurs hein qui nous connaît en tant que médecin euh ou en tant que personne mais qui à un moment donné va nous connaître en tant que malade hein, ce qui est ce qui est ce qui est un autre niveau de de connaissance. Donc ça ça peut être difficile hein de faire le le choix, vous allez pas forcément aller voir votre collègue qui habite dans le village à côté euh si c'est de la médecine générale, euh faudra faire un choix si c'est une

médecine spécialisée euh. Le problème il est comme avec tout autre patient, c'est la confiance hein, pour trouver quelqu'un qui euh, à qui on peut accorder sa confiance. Et c'est peut-être pas facile pour nous parce que les médecins on les connaît. Un patient qui va voir un autre médecin il connaît pas le médecin, on lui conseille un cardiologue, on lui conseille un rhumato etc bon il il le connaît pas. Mais si vous en tant que médecin vous avez à choisir un rhumato mais que vous connaissez tous les rhumatos du coin ou tous les cardiologues du coin, faut choisir parmi un certain nombre de médecins que vous connaissez. Ça ça peut poser un problème, une difficulté : lequel prendre ? Voilà, c'est tout.

- En cas de difficulté psychologique est ce que vous sauriez vers qui vous tourner ?
- C'est-à-dire en cas de burn-out, ou de dépression euh etc ?
- Oui.
- Euh oui j'irais voir un collègue euh euh disons assez anonyme hein, voilà pas quelqu'un qu'on qu'on connaît trop bien parce que ce serait pas, ça me paraîtrait pas adéquate, en ce qui me concerne.
- D'accord.
- Et qu'il y ait une neutralité quoi faut qu'il y ait une certaine neutralité.
- D'accord.
- Je crois qu'on peut pas se faire soigner euh, autant une famille de médecin peut pas se faire soigner par euh le le parent médecin hein parce que c'est c'est pas neutre hein c'est trop proche, il y a des liens affectifs etc, autant pour nous avec d'autres médecins faut pas qu'il y ait de liens non plus euh euh particuliers quoi, faut que ce soit neutre hein, faut qu'il y ait une certaine neutralité mais une confiance quand même, faut les connaître un peu mais pas trop. Voilà c'est tout ce que j'aurais à dire.
- Quelles sont les raisons qui vous ont conduit à participer à cette enquête ?
- Parce que vous me l'avez demandé (rires). Euh voilà moi j' j'aide volontiers les étudiants qui font des thèses euh et je reçois moi-même des étudiants et tout ça donc je suis tout à fait dans le dans le contexte hein, c'est ça.

- Avez-vous des remarques, des commentaires à me faire part ?
- Ben j'espère que vous aurez beaucoup de réponses et puis que vous pourrez en tirer quelque chose dans votre travail. Je sais pas s'il y a déjà des choses qui ont été faites là-dessus ?
- Si.
- Euh y en a certainement hein mais euh, après c'est fonction des époques hein peut-être il y a 20 ans maintenant et plus tard c'est c'est c'est...
- Ça évolue.
- Ça évolue c'est peut-être pas pareil hein.
- Oui, bien-sûr. Très bien.
- Voilà j'espère avoir répondu clairement à vos questions.
- Mm, tout à fait.
- Mais euh c'est sûr que plus l'âge avance, moi j'ai 59 ans depuis quelques jours, donc plus l'âge avance effectivement, plus je risque d'être confronté euh à ces, à cette à cette problématique. Donc ça me permet, votre votre questionnaire me permet aussi de me poser des questions donc c'est peut-être, c'est peut-être pas mal (rires). Voilà quand vous aurez la écrit tout ça ben ça m'intéresserait effectivement de voir le le résultat.
- Très bien et bien je vous remercie de m'avoir accueillie et d'avoir accepté de participer à cette enquête.
- De rien, c'est c'est bien.

Entretien avec le Dr J le 28/11/2011 à son cabinet (12'28)

- Dites-moi tout.
- Alors je suis Julie Chapusot, je viens de terminer mon internat de médecine générale à Nancy.
- Ouais.
- Et je réalise ma thèse sur les modalités de prise en charge médicale spécifiques aux médecins généralistes vis-à-vis de leur propre santé.
- Ouais. (sonnerie de téléphone).
- Donc je vous remercie de m'accueillir et d'accepter de participer.
- Bon je vais arrêter de, je vais arrêter euh après parce que sinon on pourra pas....
- Donc je ne vous poserai pas de questions sur votre état de santé mais sur la façon

dont vous vous prenez en charge sur le plan médical. Les entretiens sont enregistrés par un dictaphone mais les données resteront anonymes et les entretiens seront détruits après retranscription.

En retour je vous adresserai une copie de mon travail si vous le souhaitez.

- (Acquiescement)
- Donc tout d'abord je vais vous, vous laisser vous présenter, votre âge, date d'installation, lieu d'exercice (rural, semi-rural...).
- Alors mon âge, née en 65, féminin, date d'installation en 2000, lieu d'exercice donc en milieu rural, mode d'exer euh d'exercice et ben libéral strict, général.
- Pas d'exercice particulier : acupuncture, homéopathie ?
- Non, non, non.
- D'accord. Sur le plan médical, avez-vous un suivi, en ressentez-vous le besoin ?
- Euh suivi non, pas encore enfin hormis gynéco qui me semble le basique mais sinon non, besoin non plus hein, prise de sang une fois de temps en temps.
- Avez-vous déclaré un médecin traitant ?
- Euh oui moi-même (sourire).
- Et pourquoi ce choix ?
- Pourquoi moi-même ?

Ben on va pas aller chez le voisin quand même, je pense qu'on peut quand même se faire une prescription après si, de toute façon si on a besoin d'autres médecins après c'est des spécialistes, donc euh voilà.

- Est-ce que vous soignez votre famille ?
- Euh non, on sert de roue de secours mais on la soigne pas, voilà donc euh le ponctuel l'occasionnel mais par exemple mes parents, ma mère qui a 81 ans mon père 73 euh, ont un médecin traitant alors qu'ils habitent pas trop loin donc ça pourrait être faisable mais voilà non je pense que c'est mieux qu'ils soient suivis par un médecin et puis nous on n'est pas tout le temps là, disponible donc euh, voilà.
- Qu'avez mis en place en matière de prévoyance et complémentaire santé ?
- Euh j'ai une prévoyance en cas de maladie pour le cabinet mais pas après euh ben complémentaire santé une mutuelle classique hein mais après rien d'autre de

- particulier mais j'ai quand même une prévoyance mm.
- D'accord. Est-ce que donc vous avez recours aux spécialistes en première intention ?
 - Ben si j'ai recours à un médecin oui ce sera un spécialiste en première intention parce-que, moi j'ai fait ben prise de sang et puis je vous dis gynéco euh qui est je dirais le systématique de toute femme jeune après le reste, cardiologue je fume pas et j'ai pas de facteur de risque euh voilà, euh après ORL oui j'ai déjà vu un ORL parce que j'avais fait une chute euh voilà, après ça reste du ponctuel comme tout à chacun.
 - Est-ce que vous avez l'impression d'être privilégiée par le fait de d'être médecin pour accéder facilement et rapidement aux spécialistes ?
 - Oui quand même, oui faut le reconnaître, en général si on appelle un spécialiste, qu'on dit que c'est pour nous-même, on l'a je dirais rapidement.
 - Mm, et vous attendez quoi des spécialistes ?
 - Ben qu'ils nous disent ce qu'on a (sourire) comme tout le monde hein, voilà.
 - Mm, comment et où se passent les consultations, est ce que c'est de manière classique au cabinet ou c'est un peu plus informel euh ?
 - Ah non c'est classique je prends le rendez-vous et et j'y vais quoi.
 - Et les différents temps de la consultation sont respectés ?
 - Ben je pense hein je sais pas combien ils mettent pour les autres mais oui je pense !
 - Mais dans la structure de la consultation : motif, interrogatoire, examen euh ?
 - Ben je dirais pas forcément hein, on sait décrire ce qu'on a et faire déjà la prem le premier tri hein, après c'est à eux à questionner si s'il leur faut des données complémentaires hein.
 - Et pour le règlement des honoraires, ça se passe comment ?
 - Euh très spécialiste dépendant c'est-à-dire y en a qui encore un peu un peu de déontologie qui nous font pas payer, y en a qui nous font payer euh comme les autres ! C'est pas la majorité hein, la majorité sont quand même encore assez euh, à ne pas nous faire payer.
 - Est-ce que vous pensez que vos connaissances et votre statut va influencer la qualité de votre suivi ?
 - Non je pense pas, non je pense pas, je pense que les gens sont bien suivis aussi hein. Non ça accélérera plus pour avoir des examens complémentaires des délais des choses comme ça mais après euh.
 - D'accord et vous vous sentez actrice de votre santé ?
 - Pff, ça veut dire quoi actrice de sa santé ?
 - Ça veut dire prendre les choses en main, anticiper et pas pas subir les choses euh...
 - Oh ben oui parce que là je vois j'ai quand même que 46 ans j'ai j'ai déjà fait 2 mammos à titre systématique quoi, sans point d'appel particulier, prise de sang pareil, je suis pas fumeuse j'ai déjà fait au moins 4-5 prises de sang donc oui je pense, voilà mais bon après je suis pas non plus à à aller voir tous les spécialistes pour faire le check-up tous les ans obligatoire.
 - Mm et vous pensez vous prendre en charge dans les même délais que vous le faites pour vos patients ?
 - Euh ben oui hein, m.
 - Comment vous qualifiez votre suivi par rapport à celui de vos patients : meilleur, identique, moins bon ?
 - Pff, identique.
 - Et par rapport à vos confrères médecins que vous pouvez côtoyer ?
 - C'est-à-dire ?
 - Les médecins que vous côtoyez euh vos asso votre associé euh, des amis médecins vous avez l'impression qu'ils vous qu'ils se soignent aussi bien que vous vous soignez, mieux, moins bien ?
 - Ouais euh je dirais après libre à chacun hein ça, ff bon après ici c'est particulier bon là notre nouvel associé est de ma famille donc je sais qu'il est plus jeune encore que moi donc euh heureusement pour nous il y a encore pas eu de problème de santé, mon autre collègue je sais qu'il a déjà eu des problèmes de santé mais voilà.
 - D'accord, maintenant face à un événement de santé auquel vous avez été confrontée et qui vous a marquée euh qui a é établi le diagnostic et dans quel délai ?

- Un évènement de santé pour moi personnellement ?
- Oui.
- J'en ai pas eu hein franchement euh, j'en ai pas eu hein de gros évènements euh non.
- Mais même un petit évènement anodin euh?
- Quoi, une chute, une suture, une gastro ?
- Oui , n'importe quoi, quelque chose qui vous vient en tête spontanément ?
- Et qu'est qu'est-ce que c'est la question quel est, quoi ?
- Qui, qui a établi le diagnostic et à quel délai dans à quel stade?
- Ben une angine, une gastro je pense que je sais encore la diagnostiquer ça va (sourire), donc ça reste ça hein, ça reste encore de la pathologie aigüe pas chronique donc euh voilà. Après bon j'étais tombée euh y a fallu me suturer ben c'est mon collègue qui m'a suturée euh voilà quoi.
- Mm, d'accord. Vous avez l'impression de faire preuve d'objectivité euh concernant l'interprétation des symptômes, ou à les minimiser, les exagérer ?
- Oh oui je pense, non. Non je pense être objective.
- Est-ce que vous réalisez des auto-prescriptions ?
- Oh très rarement. Un antimigraineux parce que j'ai des migraines donc euh voilà et puis ça s'arrête à ça hein.
- Et puis la prise de sang donc comme vous m'aviez dit.
- Mm.
- D'accord.
- L'ophtalmo j'y vais aussi régulièrement euh voilà mais.
- Quand on vous prescrit un traitement vous avez, votre observance vous la trouvez comment ?
- Pff je vais vous dire moi j'ai jamais de spécialistes qui m'ont prescrit de traitement jusqu'alors hein, j'ai l'aigüe c'est moi qui l'ai géré et y a pas eu de trucs euh bon. L'ophtalmo c'est vrai que les gouttes je suis pas une assidue hein, j'ai eu une kératite la dernière fois euh, j'ai eu un peu de mal d'aller jusqu'au bout du traitement (rire) parce que j'oubliais mais voilà, c'est pas le fait d'être médecin je pense, c'est le fait de pas avoir l'habitude de prendre du régulier.
- D'accord donc et la surveillance vous la réalisez correctement ? Votre suivi gynéco par exemple, vous y allez ?
- Ben je vais chez la gynéco hein je veux dire tous les 2 ans comme il se doit et voilà.
- Est-ce que vous recevez un courrier quand vous consultez un spécialiste ?
- Euh rarement mais en général ils me posent la question s'ils veulent un que je fasse un courrier ou pas enfin s'ils doivent en faire un euh souvent je dis non, voilà.
- Est-ce que vous pensez être une patiente comme les autres ?
- Ben je pense oui, pas être pathologique oui. Non je sais pas, comme les autres patientes médecins ou patient en général ?
- Patient en général.
- Ben oui je pense que mm.
- Est-ce que vous soignez des médecins dans votre patientèle ?
- Mmm oui j'ai une dame qui est médecin encore en activité et puis euh et puis c'est tout, non on a pas de médecins retraités par là non.
- Et ça se passe comment ?
- Bien, bien. Y a des étudiants en médecine oui plusieurs mais m.
- Pas de difficultés particulières ?
- Non, non non.
- D'accord, quels sont, quels vont être les critères qui vont jouer dans le fait que vous allez décider de consulter un autre médecin ?
- Spécialiste ou généraliste ?
- Ben plutôt spécialiste vu que vous consultez pas de de généraliste.
- Ben dès que j'ai un symptôme que qui me semblerait pas normal pas normal dans le cadre d'une pathologie aigüe évidente euh voilà quoi, à chacun son métier hein !
- Y a pas d'autres d'autres facteurs qui influenceraient dus à votre euh profession, au statut de médecin, au au caractère libéral de votre profession ?
- Ah pour être sûre de pas tomber malade et voilà, non ?
- Non des je sais pas des barrières des freins qui vous empêcheraient d'aller voir quelqu'un euh?

- Non, on a quand même des demi-journées de libre nous en association donc euh ben on case les rendez-vous euh ces demi-journées là quoi (sourire), c'est pas vraiment du repos hein mais bon, comme ceux qui travaillent hein, m.
- D'accord. En cas de difficultés psychologiques est-ce que vous sauriez vers qui vous adresser ?
- Euh ff psychologique euh ben j'irais voir un psy hein si c'est psychologique (sourire) ou un psychologue euh voilà mais bon c'est pareil hein j'irais pas voir un généraliste hein parce que je pense pas qu'il qu'il apportera de l'eau à mon moulin.
- D'accord. Quelles sont les raisons qui vous ont conduit à participer à cette étude ?
- Bon parce que voilà faut bien qu'il y en ait qui vous dise oui hein, ça va pas changer après ma prise en charge personnelle hein, je pense pas!
- Avez-vous des remarques à me faire part, des questions ?
- Non, non mais je pense que bon enfin me concernant, vous avez peut-être pas un argument euh très objectif dans le mesure où on est encore jeune quoi c'est pas après plus le médecin vieillit plus c'est sûr que il y a peut-être, après la cinquantaine y a peut-être besoin d'un d'un systématique plus, un homme fumeur voilà après faudra intégrer dans tous les facteurs de risque global mais bon.
- Très bien et bien je vous remercie de d'avoir accepté de participer.
- Voilà.
- Merci.
- Ben bon courage.

NB : A l'issue de l'entretien, elle me parle de son collègue qui s'est découvert une arythmie en testant l'appareil à ECG du cabinet.

Entretien avec le Dr K le 06/12/2011 à son cabinet (15'34)

- Alors on va enregistrer. Donc je viens de terminer mon internat de médecine générale et je fais ma thèse sur euh les

modalités de prise en charge médicales spécifiques aux médecins vis-à-vis de leur propre santé. Euh donc je vous remercie d'avoir accepté de participer et de m'accorder un entretien. Je ne vous poserai pas de questions sur votre état de santé mais sur la façon dont vous vous prenez en charge sur le plan médical. Les entretiens sont enregistrés par un dictaphone, comme vous pouvez le voir mais les données resteront anonymes et les entretiens seront détruits après retranscription. En retour si vous le souhaitez je vous adresserai une copie de mon travail, euh électronique ou version papier comme vous voulez.

- Mm.
- Donc tout d'abord je vais vous laisser vous présenter, votre âge, votre date d'installation, votre lieu d'exercice, euh mode d'exercice particulier...
- Alors donc 52 ans, installation en 1987, j'exerce en libéral, c'est euh une création ici, c'est pas une reprise de cabinet, y avait pas de médecin avant moi, donc c'est une création. Exercice particulier ? Non c'est une médecine générale voilà.
- D'accord donc c'est un mode d'exercice plutôt semi-rural on peut dire ?
- On est en semi-rural, le village fait 1000 euh ,1600 habitants je crois 1600 habitants donc c'est effectivement du semi-rural. C'est euh un y a un petit peu d'exploitants agricoles et y ay a des ce village peut être considéré aussi comme une cité dortoir ce qui entraîne des, comme conséquences que y a des demandes de consultations relativement tard le soir quand les gens rentrent du boulot. Moi personnellement je travaille du lundi matin au samedi midi, y a pas de jours de repos sauf comme ça de temps en temps épisodiquement quand euh quand la fatigue se fait sentir.
- D'accord. Donc maintenant sur le plan médical, avez-vous un suivi, en ressentez-vous le besoin ?
- Alors suivi médical euh non, non si ce n'est qu'à partir de 50 ans dans les classiques dépistages euh pathologies du côlon, avec le test de dépistage de masse. Si ce n'est que je fais, je me fais faire au moins une prise de sang personnellement une une fois par an euh et qu'au niveau du

fff après au niveau des pathologies aiguës ben c'est au cas par cas après voilà. Bon y a y a un tout petit peu de prévention, il pourrait y avoir mieux au niveau de la prévention mais voilà c'est tout.

- Avez-vous déclaré un médecin traitant ?
- Non.
- Pourquoi ?
- (Rires)Pff j'en sais rien. Parce que chaque fois que j'ai besoin de d'un confrère, je vais je vais consulter un spécialiste directement et puis que la déontologie fait que les consultations sont pas, sont pas payantes. Euh que rentrer dans un parcours de médecin de pff, médecin traitant non, je vous je vous, j'ai j'ai jamais vu tellement l'intérêt pour moi, voilà manque d'intérêt et puis peut-être aussi manque de temps.
- D'accord, est ce que vous soignez votre famille ?
- Oui, mal, mal comme tous les médecins qui soignent leur famille mais bon pour eux c'est une façon euh de gagner du temps. Pour moi c'est, je pense que je fais du mauvais boulot avec eux mais enfin voilà.
- Mm, donc euh au niveau prévoyance et complémentaire santé qu'est-ce que vous avez mis en place euh de particulier ?
- Au niveau assurances personnelles ?
- Oui.
- A part une mutuelle j'ai, y a rien de particulier, non rien.
- Vous avez pas de prévoyance pour les indemnités en cas d'arrêt, des choses comme ça ?
- Alors si y a une indemnité, y a une y a la prévoyance avec euh avec l'ordre des médecins bon qui nous rémunère à partir du 90ème jour. Non je crois que j'ai une prévoyance mais je m'en suis jamais absolument jamais servi. J'ai dû faire ça le jour de mon installation qui me garantit une une rémunération à partir du 8^{ème} jour il me semble et ff et encore y a des clauses restrictives à partir du moment où je suis hospitalisé enfin bon y a quelque chose mais honnêtement je ne sais plus du tout. J'aurais pu me renseigner sachant que vous veniez mais voilà j'en sais plus rien.

- M, hein parce que les contrats peuvent changer, faut peut-être de temps en temps jeter un coup d'œil enfin....
- Y a y a eu effectivement une modification ça je vais, je dois vous dire pudiquement que c'est ma femme qui s'en occupe. Y a une modification des des des closes des contrats à partir de la cinquantaine, quand on franchit un cap à 50 ans, on a des des cotisations qui doublent voir qui triplent et ça a été l'occasion pour revoir un peu le contrat et pour changer de compagnie. Parce que c'était euh c'était réellement indécent du jour au lendemain de tripler le les valeurs du contrat, donc ça a été, ça a été fait.
- M, d'accord. Donc vous m'aviez dit que vous avez plutôt recours aux spécialistes en première intention.
- Oui.
- Euh est-ce que vous avez l'impression que euh vous êtes privilégié par votre statut de médecin pour avoir des rendez-vous rapides euh rapidement, facilement.
- Oui, bien-sûr, bien-sûr, bien-sûr. C'est euh c'est du rendez-vous euh quasiment immédiat quand on sollicite les les confrères, bien-sûr.
- Okay et quand vous allez les consulter vous attendez quoi d'eux ?
- (sourire)Euh jusqu'à présent je suis allé consulter des des spécialistes pour euh of allez je vais vous dire deux, deux en particulier. Ben pour résoudre des problèmes que je ne pouvais pas résoudre personnellement, je veux dire on va chez le dermato pour faire brûler deux trois trucs, on peut pas le faire tout seul, c'est parce que c'est des choses qui sont pas accessibles à à mes soins propres et puis parce que c'est pas facile de se soigner tout seul. D'avoir un petit peu de prévention, je suis allé voir un cardiologue, c'est faire un petit peu de prévention parce qu'en matière de cardiologie bon ff on est jamais assez prudent, donc j'ai fait un tout petit peu de prévention avec euh une amie cardiologue ici dans le coin, voilà c'est tout ce que j'ai fait là pour le moment avec. Ce que j'attends d'eux c'est c'est résoudre mes problèmes et faire un peu de prévention, voilà c'est tout.

- Les consultations se passent comment, est ce que c'est assez, c'est de manière classique au cabinet ou de manière plus informelle chez eux si c'est des amis euh ?
- Non, au cabinet, au cabinet. Non je tiens quand même à faire un un minimum de choses euh j'allais dire normales euh dans les règles de l'art parce qu'on on se rend compte qu'on a vite fait nous dans le cadre de notre profession, pour soigner la famille, de rédiger une ordonnance sur un coin de table et on se rend compte, c'est ce que je vous disais tout à l'heure, qu'on fait du mauvais boulot, euh bon tant que ça dépasse pas le cadre de la banale angine ou que ça dépasse pas le cadre de la banale, du du banal, de la banale rhinopharyngite bon ça va c'est pas bien pas bien important. A partir du moment où on commence à toucher des spécialités qu'on a du mal nous à appréhender, il vaut mieux que ce soit fait clairement et de façon concise en ca au cabinet du spécialiste.
- Mm, d'accord. Et donc vous avez l'impression que les différents temps de la consultation sont présents ?
- Oui, oui,oui. Je pense que c'est une consultation enfin à chaque fois que j'ai sollicité une un confrère spécialiste c'était une consultation comme elle doit se faire euh normalement avec n'importe quel patient lambda.
- D'accord mais vous réglez pas d'honoraires à la fin ?
- Ben j'exige toujours mais bon le confrère en veut pas !
- Ouais, d'accord.
- Voilà donc ça c'est une question de déontologie ça ne se fait jamais mais bon, on propose.
- Mm, pensez-vous que votre statut et vos connaissances influent sur la qualité de votre suivi ?
- Oui, oui, oui sans doute oui, oui. Même si on m même si on est un mauvais euh on fait pas forcément de bons diagnostics pour soi-même mais je pense qu'on arrive à s'orienter un peu plus facilement quand on arrive pas à app appréhender les choses sur euh sur des pathologies sur des spécialistes etc donc oui bien sûr.
- Mm, et est-ce que vous vous sentez acteur de votre santé ?
- Oui, oui, mauvais mais acteur quand même un peu.
- Est-ce que vous pensez vous prendre en charge dans les mêmes délais que vous le faites pour vos patients ?
- Que je me prends moi-même en charge ?
- Oui, m.
- Euh je pense qu'on a on a de part notre boulot la faculté de temporiser un peu et puis de faire un peu la part des choses donc je pense que on est moins euh à courir chez le médecin pour la moindre question. Par contre l'accès aux spécialistes ben forcément, c'est ce qu'on disait tout à l'heure, ça va être, les délais vont être beaucoup euh raccourcis, pour les examens complémentaires, pour les radios, pour les scanners, pour les accès chez les spécialistes oui bien sûr on a on va, on va être privilégié par rapport aux gens.
- D'accord. Et vous qualifiez votre suivi comment par rapport à celui de vos patients : meilleur, pareil, moins bien ?
- Je fais moins b, je fais moins de prévention enfin ff non je fais, un petit peu en dessous de la moyenne, ma prise de sang tous les ans, visite chez les spécialistes de temps en temps, non je pense que je suis et puis donc les tests de dépistage avec l'association, ff je pense que si, je suis dans une moyenne basse voilà, on pourrait mieux faire mais bon après on relativise hein. (coup de téléphone).
- Mm. Et par rapport aux confrères médecins que vous pouvez côtoyer ?
- Ff j'en sais rien, je sais je sais pas du tout comment les confrères, on a rarement l'occasion de discuter de ce genre de choses, je pense qu'il est, il est dans la moyenne des confrères, je pense qu'il est dans la moyenne non honnêtement on en a jamais vraiment trop discuté.
- D'accord. Maintenant face à un évènement de santé auquel vous avez été confronté et qui vous a marqué, qui a établi le diagnostic et dans quel délai ?
- Pour moi-même ?
- M.
- Euh ff je pense que c'est dans 99% des cas moi. Dans quel délai ben à partir du moment où je me suis posé la question

- c'était immédiat. Après avoir sollicité pour une fois en particulier euh après avoir fait une prise de sang pour un diagnostic bien particulier, bon le résultat était à la, au bout de la prise de sang donc je veux dire c'était immédiat, on a pas, y a pas eu de délai d'attente.
- D'accord. Est-ce que vous pensez faire preuve d'objectivité pour interpréter les symptômes ? Ou euh...
 - Les miens ?
 - Oui, ou les exagérer, les minimiser ?
 - Ah euh ff, non je suis pas hystérique donc je ne les exagère pas euh non je suis objectif, je pense que je suis objectif.
 - Mm. Est-ce que vous avez d'emblée réalisé une auto-prescription d'examens ou de complémentaires ou de médicaments ?
 - C'est arrivé rarement mais c'est arrivé oui.
 - Donc suite à cette cette anomalie de prise de sang vous avez consulté un confrère euh après ?
 - Non.
 - Non ?
 - Non j'ai pris le traitement euh, j'ai pris le traitement tout seul.
 - D'accord et quelle a été votre observance concernant ce traitement ?
 - Euh dans ce cadre-là elle a elle a été bonne, bon de toute façon on pouvait pas faire autrement. Dans ce cadre-là elle elle a été bonne. L'observance générale vis-à-vis des des traitements, ben elle est plutôt bonne, elle est plutôt bonne. J'ai une épouse qui tient euh qui tient à la santé de son mari donc je pense qu'elle me sollicite aussi à prendre les traitements comme il faut.
 - Mm, et concernant ben la surveillance préconisée quand on vous conseille des éléments de surveillance, vous les respectez ?
 - Oui ça arrive.
 - Oui ou des arrêts de travail, des choses comme ça ?
 - Non pas du tout, pour les arrêts de travail non, quand on me dit « il faut te reposer » non plus, euh quand on me dit « il faut se soigner » oui.
 - Mm, quand vous consultez un spécialiste, est ce que vous recevez un courrier médical ?
 - Est-ce que le spécialiste me fait un courrier ?
 - M.
 - Non.
 - Non ?
 - Non, non non non non non non non. C'est vrai que les questions sont parfois posées, ff je leur dis mais qu'est-ce que je vais voilà, maintenant je suis rassuré enfin rassuré je suis soigné, le courrier aura pas pas d'intérêt non non non. C'est surtout pour ne pas euh, pour décharger un petit peu le travail du spécialiste. Voilà et puis pour moi ça présente pas un intérêt euh extraordinaire.
 - D'accord. Pensez-vous être un patient comme les autres ?
 - Euh non non parce que l'information on l'a même si on, personne n'a la science infuse, on sait déjà s'orienter alors que là les gens sont pas du tout orientés quand ils vont quand ils vont consulter. On est privilégié pour l'accès aux spécialistes en temps et puis euh en j'ai dit presque en qualité puisqu'on est, on sort un petit peu du cadre du patient lambda pour le spécialiste. Non je pense qu'on est privilégié.
 - Mm, est ce que ça vous était déjà arrivé de soigner des médecins, des confrères médecins ?
 - Oui, oui parfois à ma grande surprise mais oui.
 - Et comment ça s'est passé, vous en avez pensé quoi ?
 - Et bien écoutez c'est toujours très surprenant à la fin de la consultation pour euh un consultation j'allais dire banale, d'apprendre que la personne que j'avais en face de moi c'était en fait le chef de service de d'un service de l'hôpital, c'est toujours très très surprenant et on se demande pourquoi et comment ? Mais euh donc elle était pas la seule puisque la la famille euh vient avec, bon c'est une démarche un petit peu particulière qui fait que on a pas envie que ce soit la soeu la famille qui soigne. J'en ai pensé euh a posteriori, je me suis beaucoup posé de questions en disant euh « est-ce que j'ai été objectif, de bonne qualité etc ? ». Mais c'est déjà arrivé.

- Mm. Alors quels sont selon vous les critères qui vont entrer dans la balance pour décider d'aller voir un autre médecin ou pas, pour vous-même ?
- Euh l'accès au diagnostic complémentaire, je veux dire on a pas ici d'électrocardiogramme, on a pas évidemment tout le tout le plateau qu'un spécialiste peut avoir dans sa spécialité, donc ça c'est l'accès au diagnostic spécialisé, euh pour le biologiste c'est la même chose, pour le radiologue c'est la même chose donc c'est euh c'est le complément du c'est le complément du bilan. Euh voilà autrement pour le spécialiste le traitement non j'ai jamais eu réellement réellement besoin d'un traitement prescrit par un spécialiste. Non c'est l'aide au l'aide au diagnostic.
- Est-ce que vous ressentez pas des freins, des des difficultés pour consulter en étant médecin vous-même ?
- Non, non non au contraire, au contraire plutôt l'inverse, ce qu'on disait tout à l'heure c'est l'accès est facilité.
- D'accord. En cas de difficultés psychologiques est ce que vous sauriez vers qui vous orienter, quoi faire ?
- Oui, oui oui on irait voir un confrère euh psychiatre. La question ne s'est jamais posée en fait mais oui bien sûr, bien sûr.
- Très bien. Quelles sont les raisons qui vous ont conduit à participer à cette étude ?
- (Rires) Parce que la demande était gentiment formulée voilà !
- Avez-vous des questions ou des remarques ?
- Non, non non, non non.
- Très bien et bien je vous remercie de m'avoir accueillie et consacré du temps.
- Je vous en prie, avec plaisir, avec plaisir. Bon pèlerinage auprès des des confrères.

Entretien avec le Dr L le 08/12/2011 à son cabinet (13'43)

- Je viens de finir mon internat de médecine générale à Nancy, et donc je réalise ma thèse sur les modalités de prise en charge spécifiques aux médecins vis-à-vis de leur propre santé.

- Oui.
- Donc je vous remercie de m'accueillir aujourd'hui pour participer. Je vous interrogerai pas sur votre état de santé mais sur la façon dont vous vous prenez en charge. Les entretiens sont enregistrés par un dictaphone mais les données seront bien entendu anonymes et les entretiens seront détruits après retranscription.
- Oui, oui.
- En retour si vous le souhaitez je vous adresserai une copie de mon travail.
- M.
- Alors je vais vous laisser vous présenter : votre âge, votre lieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain), mode d'exercice particulier, votre date d'installation ?
- Oui donc euh 54 ans, médecine générale, pas de mode d'exercice particulier et c'est on va dire urbain oui.
- D'accord. Euh sur le plan médical est-ce que vous avez un suivi, est ce que vous en ressentez le besoin ?
- Euh non.
- Avez-vous déclaré un médecin traitant ?
- Euh oui moi oui (rires).
- Pourquoi ce choix ?
- Pff parce j'ai pas voilà bah pff, je me considère euh, j'ai pas envie de faire appel à quelqu'un d'autre hein, enfin j'en éprouve pas le besoin.
- Euh, est ce que c'est vous qui soignez votre famille ?
- Humm ça dépend quelle famille oui. J'essaye de pas la soigner mais bon parfois j'y suis quand même obligé, voilà.
- Qu'avez-vous mis en place en matière de prévoyance et complémentaire santé ?
- Euh bon j'ai une complémentaire euh comme tout le monde hein une mutuelle et puis euh euh en prévoyance euh c'est des indemnités journalières complémentaires donc de la CARMF, puisque la CARMF ne prend en charge qu'à partir du 90^{ème} jour donc euh euh j'ai un système qui me prend en charge du 15^{ème} au 90^{ème} jour ainsi qu'un complément par la suite en cas d'invalidité, voilà, ouais.
- D'accord. Avez-vous recours aux spécialistes en première ou deuxième intention ?
- Ben en première intention puisque c'est moi le médecin généraliste (rires), oui.

- Mm. Est-ce que vous avez l'impression d'être privilégié par votre statut de médecin pour avoir des rendez-vous rapidement, facilement auprès des spécialistes ?
- Hum ff, plus ou moins ouais, c'est variable.
- Qu'est-ce que vous attendez des spécialistes ?
- Bon alors c'est ce qu'on attend d'habitude d'un spécialiste donc euh de nous apporter une précision sur un problème euh qu'on n'arrive pas à résoudre. Donc là par exemple j'ai fait appel à un ORL, j'avais de temps en temps euh un peu de, c'est difficile de s'examiner soi-même les tympans euh cardiologue parce que je fais du sport en compétition et arrivé un certain âge il faut faire une épreuve d'effort etc euh j'ai eu un bilan sanguin assez complet grâce au contrat complémentaire des indemnités journalières parce que euh ils demandent ça. Euh voilà ouais, c'est à peu près tout. Donc voilà c'est des cas hein.
- Mm, comment et où se passent les consultations ? Est-ce que c'est de manière classique au cabinet ou c'est euh plus informel ?
- De manière classique, oui. C'est-à-dire en général j'essaie de ne pas m'imposer en tant que médecin voilà. Je trouve c'est plus simple de se faire prendre comme un patient standard quoi. D'ailleurs je préfère d'ailleurs payer les honoraires des médecins que je consulte. Bon souvent ils veulent pas mais ça fait rien, hein ça, voilà c'est mieux.
- D'accord. Vous leur proposez et après euh...
- Voilà.
- Mais ça arrive qu'ils refusent ?
- Oui bon y en a qui veulent vraiment pas bon bah ma foi voilà c'est, ils préfèrent pas ils préfèrent pas mais voilà.
- Est-ce que donc vous avez l'impression que les différents temps de la consultation sont présents ?
- Oh oui.
- D'accord. Pensez-vous que vos, votre statut, vos connaissances influent sur la qualité de votre suivi ?
- (sonnerie téléphone) Oui.
- Et comment ?
- Oh ff d'une façon générale parce que bon on a accès euh à un niveau de connaissances qui permet euh d'appréhender mieux les problèmes, de les éviter surtout au niveau de la prévention quoi, c'est surtout ça. Y a énormément de personnes qui consultent euh pour des choses bénignes qui n'ont pas lieu de donner lieu à des consultations et au contraire euh qui ne s'inquiètent pas de problèmes graves et bon ce genre de choses on est quand même mieux à même de les cerner, sinon ce serait quand même dommage (rires).
- D'accord. Est-ce que vous vous sentez acteur de votre santé ?
- Acteur de sa santé, c'est-à-dire ?
- C'est-à-dire euh ben justement au niveau de la prévention d'anticiper de, voilà de...
- Ah oui, oui, oui oui, oui.
- Pensez-vous vous prendre en charge dans les mêmes délais que vous le faites pour vos patients ?
- Of, je pense que tout le monde est à peu près pareil hein, personne aime trop aller faire des examens etc euh donc on essaye de toujours traîner un petit peu pour pas les faire quoi, mais bon hein, oui mais finalement bon voilà, comme tout le monde quoi je pense oui.
- Et vous qualifiez votre suivi comment par rapport à celui de vos patients : pareil, moins bien, mieux ?
- Ah moi je pense mieux.
- Et par rapport aux, à vos confrères médecins ?
- Non je ne sais pas comment ils se soignent donc euh, ff.
- Vous en discutez pas, pas trop ?
- Non.
- D'accord. Maintenant face à un événement de santé auquel vous avez été confronté et qui vous a marqué, euh qui a établi le diagnostic et dans quel délai ?
- Euh donc euh l'événement qui m'a marqué euh le diagnostic euh c'était un neurologue voilà pour une migraine accompagnée et c'était euh le diagnostic il était pendant euh une crise de migraine accompagnée en fait, c'était au téléphone (rires) oui.

- D'accord. Est-ce que vous pensez avoir fait preuve d'objectivité pour interpréter les symptômes ?
- Oui .
- Pas de tendance à minimiser ou aggraver les, la situation ?
- Bah ff euh ouais peut être un peut-être un peu minimiser c'est possible quoi mais enfin bon ça hein pff, l'entourage trouve qu'on minimise les symptômes parce que l'entourage s'inquiète toujours plus quoi voilà.
- Est-ce vous avez d'emblée réalisé une auto-prescription, de médicaments antalgiques euh, d'exams ?
- Non, non, euh non.
- Vous avez passé un coup de fil à un neurologue c'est ça ?
- Ouais.
- Que vous, un correspondant habituel j'imagine ?
- Ouais c'est ça ouais et donc et il m'a fait faire un scanner euh a rapidement quand même ouais voilà.
- D'accord. Et quelle a été votre observance, vous avez suivi ses conseils ?
- Euh oui, oui.
- Ouais. D'accord. Est-ce que après il vous a introduit un traitement, prescrit quelque chose à prendre ?
- Euh non.
- Non ? Et au niveau de la surveillance il, comment vous vous comportez vis-à-vis des, de ce qu'on peut vous recommander : repos, arrêt de travail ou autres éléments de surveillance ?
- Je sais pas je me suis jamais mis en arrêt de travail (rires) donc je sais pas en fait non, j'ai jamais eu besoin hein donc je j'ai jamais eu besoin j'ai jamais eu besoin de me reposer ni de me mettre en arrêt de travail donc euh j'ai je peux pas dire, ouais.
- D'accord. Pensez-vous avoir fait l'objet à ce moment là d'un courrier médical ?
- Euh ff ouais ben j'ai mon compte rendu de scanner quoi ouais m qui a été euh envoyé aussi au neurologue oui.
- D'accord. Donc vous en avez reçu une copie ?
- Voilà, mm.
- Pensez-vous être un patient comme les autres ?
- Ff comme les autres bon aucun patient n'est comme les autres hein, chaque patient est différent donc euh, non je suis pas un patient comme les autres.
- Est-ce que vous soignez des médecins dans votre patientèle ?
- Ça arrive, oui.
- Et vous en pensez quoi, ça se passe comment avec eux ?
- Off ben dans l'ensemble on essaye de, moi j'essaye de pas penser au fait qu'ils sont médecins, voilà. C'est le meilleur moyen de de continuer à avoir une attitude habituelle et euh voilà la plus efficace possible quoi et puis en fait c'est ce qu'ils attendent de toute façon hein. Moi c'est ce que j'attends aussi si je vois un confrère donc je pense que c'est réciproque.
- D'accord. Donc maintenant quels vont être les critères qui vont euh vous faire décider ou pas d'aller voir un autre médecin ?
- Les critères ? Donc là enfin bon j'ai j'ai pas 50 cas hein. Donc l'ORL j'ai des bouchons de cérumen donc quand j'arrive plus à ausculter les patients c'est embêtant donc faut que j'aïlle le voir parce que se faire soi-même des lavages d'oreille c'est ça ça va bien 5 minutes, ça marche pas toujours et puis euh ben là euh en fait le neurologue je l'ai pas vu je l'ai eu au téléphone mais euh voilà là j'étais quand même un petit peu ennuyé parce que j'arrivais plus trop à parler, je voyais plus trop clair, j'arrivais plus à écrire (rires) ouais donc euh. Et en fait c'est en en discutant avec lui au téléphone qu'il qu'il il a fait le diagnostic quoi parce que j'avais un débit assez particulier. Mais j'ai eu de la chance parce que en fait je venais de terminer mes consult' du matin et euh j'ai eu du mal pour finir là, ça m'a marqué, je m'en souviens bien quand même, j'ai eu du mal, j'arrivais plus à écrire donc euh, j'ai réussi à faire quand même une ordonnance avec l'imprimante et voilà.
- D'accord. Et pour vous est ce qu'il y a pas d'autres barrières d'autres freins en étant médecin qui vous rendraient difficile de consulter un autre médecin en fin de compte ?
- Euh non.
- Non ? Du au caractère libéral de votre profession et à ses contraintes ?

- Oh ben non si il faut euh non si j'ai besoin euh je prends les moyens quoi. Ah oui si j'ai eu, oui ben j'ai vu aussi un en prévention quand même je je fais aussi du préventif, une coloscopie préventive compte tenu d'antécédents familiaux donc là ben c'est tout quoi je prends un remplaçant pour une journée et c'est bon.
- D'accord. En cas de difficultés psychologiques est-ce que vous sauriez euh quoi faire, vers qui vous orienter ?
- Euh ff non (rires).
- Vous y avez déjà réfléchi ?
- Non.
- Pas vraiment ?
- Non.
- D'accord donc euh pour terminer quelles sont les raisons qui vous ont conduit à participer à cette étude ?
- Oh ben parce que bon a priori euh je, en général j'accepte de répondre comme ça quand c'est des études euh pour des futurs jeunes confrères pour des thèses, des trucs comme ça oui.
- Avez-vous des questions ou des remarques ?
- Non c'est ça ça a l'air pas mal ouais comme questionnaire, c'est simple mais ouais ça ça permet de cibler les choses ouais, non c'est bien .
- Très bien et bien je vous remercie de m'avoir accueillie et d'avoir accepté de participer ;
- Voilà.

Entretien avec le Dr M le 09/12/2011 à son cabinet (29 '00)

- Donc je viens de finir mon internat de médecine générale, je réalise ma thèse sur les modalités de prise en charge spécifiques aux médecins généralistes vis-à-vis de leur propre santé. Je vous remercie de m'accueillir et d'avoir accepté de participer. Je vous poserai pas de questions sur votre état de santé mais sur la façon dont vous vous prenez en charge. Les entretiens sont enregistrés par un dictaphone, les données seront rendues bien-sûr anonymes et les entretiens seront détruits après retranscription.

- D'accord.
- En retour si vous le souhaitez je vous adresserai une copie de mon travail.
- Ben ça peut être intéressant (rires).
- Donc ben je vais vous laisser vous présenter : votre âge, votre lieu d'exercice, date d'installation, mode d'exercice particulier ?
- Et ben j'ai 53 ans je suis installée depuis 15 ans (sonnerie de téléphone) et ben voilà (rires). C'est reparti alors oui ben je je depuis 15 ans j'ai remplacé longtemps et voilà je ben je je fais que enfin je fais que oui du libéral j'ai pas d'autres sources de revenus, je fais d'autres choses mais sinon pas voilà.
- Pas de mode d'exercice particulier : homéopathie, acupuncture ?
- Non, ben j'en fais mais j'ai pas de diplôme donc j'en ai j'ai fait la formation mais j'ai pas passé le diplôme donc euh.
- Très bien, et c'est un exercice semi-rural ici je crois ?
- Oui, oui on va dire comme ça. Enfin on se sent plutôt rural enfin on se sent plutôt urbain mais euh bon c'est il y a 10000 habitants donc euh c'est ça rentre dans les catégories semi-rurales en fait mais bon on fait rien en campagne parce qu'en plus on est entouré de de villes, de petites villes donc euh on va pas, enfin on peut pas dire que ce soit la campagne quoi voilà.
- Très bien alors sur le plan médical est-ce que vous avez un suivi, est-ce que vous en ressentez le besoin ?
- Be j'ai p pas de suivi (rires). Est-ce que j'en ressens le besoin ? Non, non enfin je me s euh oui, non (rires). Non des fois je me dis que c'est pas très sérieux mais voilà c'est tout c'est pas, on est pas, les cordonniers sont les plus mal chaussés c'est (rires) voilà. Euh un suivi ben un suivi gynéco oui enfin c'est au coup par coup c'est comme je ferais pour euh un de mes patients je pense, c'est-à-dire que j'ai bon on va on va quand même donner des exemples parce que sinon on s'en sortira pas mais non rien de coordonné on va dire à part par moi ce qui n'est pas forcément très très honnête enfin très oui on va dire très honnête (rires) voilà. Euh bon j'ai des antécédents de cancers coliques dans ma famille donc euh voilà ben je fais ma

coloscopie euh régulièrement euh je et puis on voit en en fonction des signes je vais passer une radio un machin, voir un cardiologue euh voilà, j'ai de la tension j'ai (rires) voilà, au coup par coup euh voilà.

- Est-ce que vous avez déclaré un médecin traitant ?
- Oui, moi (rires).
- Pourquoi ?
- Pourquoi ? Parce que j'ai pas je enfin je veux dire j'ai pas je j'ai pas assez confiance dans mes dans les collègues euh sur place pour euh pour leur confier ma santé enfin c'est pas ma santé c'est ma vie privée on va dire voilà. J'ai j'ai cherché, j'ai des enfants donc je me suis demandée ce qu'on quand ils sont arrivés vers qui je les les en les enverrais et et je je vais dire que personne sur le secteur ne méritait cette confiance alors je les je les ai, je les ai emmenés, enfin je les ai beaucoup soignés, et je les soigne toujours et quand ils ont été un peu plus grands, je leur ai proposé d'avoir un médecin traitant, bon je les ai aiguillés chacun vers euh vers quelqu'un mais euh bon on a bien choisi quoi enfin voilà. Mais en même temps c'est moi qui continue à les soigner mais au moins ils ont, ils sont ils ont pas 16 ans donc ils n'ont pas de médecin traitant officiel mais ils ont ils ont quand même, je peux quand même leur proposer un un référent, on va dire euh voilà médical, autre que moi.
- D'accord. Qu'est ce que vous avez-vous mis en place en matière de prévoyance et complémentaire santé pour vous ?
- Et ben tout ce qu'il faut, tout ce qu'on propose alors euh complémentaire santé oui ça fait ça fait euh 25 ans euh prévoyance euh euh c'est fait aussi ben je suis auprès de auprès auprès des je sais pas si c'est des assureurs ou des mutuelles complémentaires euh alors vous voulez des noms ?
- Non .
- Non ? (rires) En fait vous êtes pas sponsorisée ?
- Non, non !
- Euh si si c'est fait c'est c'est d'ailleurs régulièrement changé et c'est et là c'est à jour parce que parce que j'ai tout euh ben

j'ai tout changé donc euh voilà c'est je suis je suis sûre que tout est tout a été fait alors est ce que c'est bien fait ou pas, ça revient cher donc euh (rires) on bon on va on veut toujours payer moins de cotisations et en avoir plus donc euh je ne sais pas si c'est correctement fait mais euh au moins on je jette, j'ai jeté un œil dedans dans l'année 2011 c'est sûr.

- D'accord. Vous avez recours aux spécialistes en première intention donc ?
- Oui. Je fais pas ça pour mes patients hein enfin je mais en même temps euh bon euh oui j'ai recours aux spécialistes en première intention c'est clair.
- Est-ce que vous avez l'impression que vous êtes privilégiée par le fait d'être médecin pour avoir des rendez-vous rapidement et facilement auprès des spécialistes ?
- Oh oui, (rires) oh oui. Ben c'est-à-dire que oui oui oui non c'est clair, c'est net hein ouais c'est net euh chez l'ophtalmo je l'ai eu en 15 jours alors que je voulais une prescription de lunettes quoi donc euh bon ça va ça va quoi (rires).
- Oui c'est pas mal !
- Et encore j'avais dit que je voulais bien l'avoir dans 6 mois hein enfin bon chez l'ophtalmo c'est une chose euh mais chez les chez les autres aussi j'ai été faire une consult cardio l'année dernière euh ben je l'ai eu, je sais plus le délai mais bon enfin c'était pas une c'était y avait pas d'urgence mais je les ai eu oui non si si c'est c'est net euh c'est euh « passe tout à l'heure ou machin » enfin c'était, c'est jamais à ce point là mais c'est souvent oui ben oui parce que on va chez des gens qu'on connaît quand même alors ça va (rires). Bon c'est enfin je veux dire en même temps on a je pense que j'abuse pas enfin c'est pas, mais euh oui on est privilégié, c'est sûr.
- D'accord.
- Euh auprès des auprès des gens qu'on connaît hein. Alors après quand vous allez à l'hôpital ou à c'est pas tout à fait pareil (rires). C'est pas tout à fait pareil pour après. Enfin après on parle que de nous nous mais notre famille, enfin je veux dire moi j'ai fait beaucoup l'hôpital pour ma famille euh c'est bon je sais comment ça

se passe pour tout le monde, pis c'est pour tout le monde pareil mais pis en même temps c'est norm enfin c'est normal, même pour moi je trouve que c'est normal mais euh on ben au moins on a on a vu comment c'était quoi hein.

- D'accord. Et vous attendez quoi des spécialistes ?
- Ben je je pense surtout des examens complémentaires. Oui enfin je c'est au niveau des examens complémentaires après le pour leur avis éventuellement enfin je je pense des des fois je me dis que effectivement ce serait bien d'avoir un médecin traitant euh ben qui fasse ce que je fais pour mes patients enfin c'est-à-dire je veux dire euh euh faudrait ça peut...
- Qu'il coordonne ?
- Qu'il coordonne un petit peu tout ça et qui et qui euh sur sur lequel on puisse aussi ff (rires) se laisser porter quoi parce que ben parce que pour aider à prendre des décisions quoi enfin. Bon en même temps je suis en bonne santé y a pas enfin y a pas c'est pas des choses euh dramatiques mais euh le jour où y a un truc je sais pas (rires), le jour où y a un truc je sais pas. J'ai j'ai fait des épisodes de vertiges il y a, je sais pas, ben il y a 1 an et demi je pense à peu près. Euh je suis allée voir un de mes collègues sur le secteur enfin pas mon médecin traitant mais j'ai quand même demandé son avis parce je trouvais que c'était c'était trop difficile à gérer quoi ça voilà. Donc j'ai, sur son conseil, j'ai fait un scan j'ai fait, été voir le cardiologue, j'ai fait mais bon j'avais quand même pris, j'avais besoin que parce que moi j'aurais remonté retourné la terre entière pour moi et puis je me disais mais si c'était quelqu'un d'autre je ferais pas tout ça quoi, j'avais besoin de prendre un peu de de recul quand même, voilà.
- Voilà donc dans quel délai vous avez euh vous avez pris contact avec euh avec ce médecin, rapidement ?
- Non parce que ben je pense que j'ai eu des des je veux dire à peu près des vertiges pendant pendant je pense qu'au bout d'un mois j'ai du enfin autour au moins 3 semaines quoi quand ça a commencé à durer un peu longtemps j'ai je lui ai téléphoné et puis il m'a dit ben passez à

midi quoi et puis il m'a examinée un peu enfin comme je pense comme j'aurais fait et pis euh il m'a dit bon faut faut, j'ai dit je pensais passer un scan non non machin, il m'a dit oui il faut que tu fasses comme ça et il m'a confirmé ce que je pensais quoi.

- D'accord. Vous avez, vous pensez que vous avez fait preuve d'objectivité pur interpréter les symptômes ? Ou à les exagérer, les minimiser ?
- Ben je pense qu'au départ on minimise et pis euh quand quand ça dure après on a envie on bon on après ça c'est c'est plus ça devient plus enfin quand ça dure on ben on voit le on voit le mal partout quoi enfin oui (rires). C'est c'est au début on se dit ça va passer et puis quand ça quand ça dure on on exagère un peu je pense oui.
- Et vous avez réalisé des auto-prescriptions initialement, que ce soit d'exams ou de médicaments ?
- Tout, tout.
- Tout ?
- M, j'ai tout, j'ai tout prescrit (rires).
- Et suite à ce que vous a dit votre confrère vous avez euh, votre observance elle a été comment par rapport à ce qu'il vous a dit ?
- Ben je pense que j'ai fait je pense que j'ai fait ce qu'il m'a dit enfin euh comme ça euh enfin ça concordait avec ce que je pensais, et ça m'a un peu confortée dans ce que je je pensais faire alors je sais pas alors je sais pas lui comment il a vécu ça hein , ça ça peut être intéressant aussi parce que parce que un de mes confrères viendrait peut-être que je c'est pareil peut-être que j'en ferais un peu plus pour lui que que pour, on essaye oui j'ai j'ai eu ouais j'ai j'ai eu des confrères je me souviens d'une d'une consoeur que j'ai eue euh c'était une grosse charge hein enfin pis c'était voilà.
- Oui, ça s'est, ça se passait comment ?
- Ben c'était euh samu tout le temps euh voilà enfin c'est c'est elle qui gérait ça tout le temps comme ça et je trouvais ça lourd enfin voilà et bon on a pas ça a pas duré très très longtemps mais ça a duré un petit peu mais euh mais c'était euh , moi j'ai trouvé ça enfin je je alors peut-être que moi je minore mais euh elle c'était c'était samu en permanence quoi donc euh, j'essayais moi de temporiser un petit peu

et et ça n'allait pas dans le même sens. Bon on avait pas, enfin c'est une après c'est une question de caractère je pense qu'en fait au final elle avait pas grand-chose, beaucoup d'angoisse et de d'obsess de, c'était un peu difficile à gérer et à à mettre en euh lui faire euh, l'aiguiller par-dessus quoi.

- Et donc suite à ce que ce médecin là vous a prescrit vous avez euh vous avez eu établi les éléments de surveillance qu'il vous avait recommandés ou pas ?
- Oui.
- En termes de repos, de consultations de contrôle ou de choses comme ça ?
- Ben oui enfin oui. Je je pense que j'ai suivi euh plus enfin plus sur les examens complémentaires dans la mesure après où on a rien trouvé ou hypertension euh, bon hypertension je peux je suis bon j'ai fait mon ECG et pis euh et pis j'ai mon traitement et je me le renouvelle toute seule quoi hein y a pas et j'ai jamais repris ma tension depuis (rires). Mais euh voilà donc euh je l'ai plus je l'ai plus revu euh je l'ai plus revu mais je pense que ses prescriptions étaient plus dans le diagnostic que dans la surveillance quoi ouais.
- Et euh est ce que vous avez fait l'objet d'un courrier médical à ce moment-là ?
- Ah ben de mes confrères euh dans quel sens, est ce que lui ?
- Est-ce que vous vous avez reçu un courrier, vous ?
- Ben du cardiologue oui euh du scan aussi mais je pense je ne suis pas sûre que le le médecin traitant enfin qui était pas traitant mais mon co, collègue je pense pas qu'il ait eu tout ça parce que lui ne m'a pas fait de courrier lui il m'a il m'a laissée gérer ça, voilà.
- D'accord. Et d'une manière générale vous pensez que vous vous prenez en charge dans les mêmes délais que vous le faites pour vos patients ?
- Ben je pense que euh je je je dirais oui mais je sais pas comment vous dire le je pense qu'on ne connaît pas le temps euh le temps de prise en charge du patient entre le moment où y a les signes et le moment où il vient et nous ce temps-là il est aussi variable c'est-à-dire que je pense qu'on a

tendance à dire « bon euh c'est rien ça va passer » (rires) et puis alors mais je pense comme tous les patients quoi après est ce qu'il est différent des autres euh, c'est difficile à dire, ça dépend des symptômes.

- Et quand quand vous avez quand vous allez consultez ça se passe de manière classique au cabinet ou quand c'est vos amis c'est un petit peu plus informel ? C'est chez eux dans ou vraiment sur un coin de table une ordonnance rapide euh ?
- Ah non c'est non non quand je enfin quand je veux voir quelqu'un c'est pour du vrai (rires). Non mais je me souviens de je me souviens de quand j'étais remplaçante et avoir été voir un médecin parce que j'avais une bronchite et puis je je prescrivais pas à l'époque enfin j'avais pas d'ordonnances, je fumais enfin bon à l'époque on prenait des antibiotiques machin et tout et je je me souviens être arrivée avant le médecin sur le parking de son cabinet, c'est quelqu'un que j'avais remplacé je crois enfin je sais plus et euh il est arrivé après moi et quand je suis descendue de voiture je lui ai dit « bonjour », il m'a dit « ah ouais qu'est-ce que tu fais là ? » ben je dis « je viens consulter parce que je suis malade » et il m'a dit « ouais ben t'inquiète je vais te donner des échantillons d'antibiotiques et tout » j'ai dit « non, non moi je veux un coup de stétho je voudrais, je voudrais un avis quoi » enfin voilà. Non, si si non si j'y vais c'est en c'est en consult classique enfin je j'attends dans la salle d'attente je s'il le faut enfin j'ai j'ai pas de soucis par rapport à ça, voilà.
- Et la structure de la consultation elle est identique, elle est ?
- Ben c'est ce que je disais tout à l'heure je je pense je pense euh de de ce que j'ai vécu avec euh je me souviens bon du cardiologue que j'ai été voir la la première fois, il m'a dit euh « bon je vais te demander de te mettre torse nu machin » ça l'embêtait enfin ça le enfin ça l'embêtait ça il a eu un petit air gêné de me demander ça, je lui ai dit « mais bien sûr y a pas de souci » donc faut c'est euh oui je pense que chacun on est tous tous, tous les 2 enfin en en position un petit peu particulière je dirais mais euh en même temps euh en même temps euh ben quand

si on y va pour demander un avis faut que ça se passe comme ça. Mais c'est comme je disais, si moi je recevais un un confrère je pense qu'on est pas forcément à l'aise quoi hein mais ben je crois qu'il faut passer au-delà pis pis celui qui vient il a besoin d'un conseil de patient, il a pas besoin d'un conseil de de de de ben un conseil d'ami, c'est pas c'est pas la même chose. Enfin en tous cas moi quand j'y vais c'est vraiment un conseil de de de de de médecin enfin de peu importe qu'on se qu'on se connaisse ou qu'on se croise ailleurs, je peux soigner mon boulanger hein aussi ! (sonnerie téléphone).

- Et concernant les honoraires, ça se passe comment ?
- Ah ben alors moi si un de mes confrères vient, je le fais payer enfin je parce que je bon je pense que je pense que je le ferais payer voilà je pense, y a en pas beaucoup qui sont venus, mais euh chez les autres il me font jamais payer mais je demande , souvent je demande quand même je je parce que je pense que ça ben ça permet de garder une distance mais c'est c'est rare que je paye, chez le cardio j'ai jamais payé, chez les ophtalmos j'ai jamais payé, et chez le mon confrère je je je pense que j'ai insisté pour payer, et je suis pas sûre que j'ai pu payer enfin voilà (rires).
- D'accord. Est-ce que vous pensez que vos connaissances et votre statut influent sur la qualité de votre suivi ?
- Oui, oui enfin oui euh oui dans tous les sens parce que en bien en en plus de suivi ou en moins de suivi enfin c'est-à-dire que euh si je décide de pas prendre de traitement je sais pourquoi et si je décide d'en prendre un je sais pourquoi et je prendrai celui enfin celui que j'ai décidé même enfin je veux dire dans dans la pour un antihypertenseur je sais pourquoi je prendrai un tel et pas l'autre ou ben si on a une information enfin éclairée oui on comme comme on ferait pour nos patients mais c'est nous qui choisissons donc eux on peut leur dire, « on peut faire comme si ou comme ça ou comme ça » nous on sait qu'on peut faire comme si comme ça ou comme ça mais on choisit ce qui nous convient le mieux donc, enfin ce qui nous

convient le mieux et ce qui nous semble nous semble le mieux quoi, je pense.

- Donc vous vous sentez actrice de votre santé, de votre prise en charge médicale ?
- Ah oui, ben oui.
- Et euh votre suivi vous le qualifieriez comment par rapport à celui de vos patients : meilleur, pareil, moins bon ?
- Je dirais pas mal mais je pense qu'on occulte un certain nombre de choses quand même (rires). Euh je pense qu'on occulte un certain nombre de choses, euh euh je fais pas une prise de sang par an par exemple hein voilà. Ben j'en fais pas forcément pour mes patients non plus d'ailleurs mais euh moi je sais pourquoi je veux pas les faire quoi enfin (rires). Euh ouais c'est non je pense que c'est pas mal, je pense que c'est pas mal, c'est honnête, c'est pas complètement négligé mais c'est plus euh c'est je pense que c'est plus enfin c'est plus symptomatique mais sur les symptômes on est pas mauvais je pense, sur les symptômes on est pas mauvais, enfin je suis pas mauvaise (rires).
- Et par rapport aux médecins que vous pouvez côtoyer vous trouvez que votre suivi il est le même que le leur ou ?
- Euh je suis pas trop capable de dire, j'en fréquente pas beaucoup des docteurs (rires), non je sais pas.
- D'accord.
- Ça reste un un ça reste privé ça enfin oui j'ai jamais causé de ça avec avec ceux que je vois j'ai jamais trop causé de ça (rires).
- Pensez-vous être une patiente comme les autres ?
- Alors dans mes rapports avec les médecins ou dans mon ? Je, moi je suis très moi je suis, je suis très amusée par les par les stagiaires que je reçois parce que euh ils ont toutes les maladies hein enfin mais j'étais pareille quand j'étais étudiante, donc ça c'est, je suis plus comme ça enfin je je j'ai pris du recul par rapport à ça, heureusement mais euh est-ce que je suis une patiente comme les autres euh? Par rapport à la maladie je pense qu'on a, on est plus je suis moi, je suis plus attentiste enfin je suis plus à attendre de voir si ça passe et de de de prendre une décision après mais des fois euh après une patiente comme les autres je veux dire évidemment

si on peut discuter avec son médecin de dire « tu crois pas qu'il faudrait mieux faire ça que ça ou que » ben on est pas tout à fait une patiente comme les autres. Mais euh mais je suis quand même assez euh je suis quand même les recommandations de de ceux qui me disent quelque chose, je discute pas de trop, enfin je je non je pense que et pis quand je vais leur demander leur avis c'est quand même pour le pour le suivre donc euh non peut-être pas. Après avant de consulter je pense que ben y a une, avant de consulter y a y a quand même un temps différent de quelqu'un qui sait pas du tout si c'est grave, si c'est pas grave si voilà. Peut-être un temps de latence différent ou ou ça passe hein ou en fin de compte on a pas besoin de consulter quoi, on consulte peut-être moins souvent, sûrement moins souvent (rires).

- D'accord. Selon vous quels sont les critères qui vont vous permettre de vous décider d'aller voir quelqu'un ou pas, quelqu'un d'autre, qu'est ce qui va peser dans votre balance ?
- (Silence) Ben, c'est euh soit avoir pris des traitements qui sont pas suffisants enfin de pas passer à des trucs trop sans savoir euh ce qu'on fait enfin bon. J'ai passé une gastro au mois de juillet euh ça faisait un moment que j'avais vraiment mal à l'estomac je me disais bon d'habitude ça dure une journée là ça fait 3 semaines que c'est tous les 2 jours euh ça va quoi, enfin voilà donc c'est pas pas en venir à bout ou trouver des symptômes un peu un peu différents, les vertiges qui durent un mois euh ça va bien quoi ! Donc euh ben c'est quand euh c'est un peu comme tous les patients c'est quand on a, quand on juge que c'est plus c'est plus dans l'ordre des choses et que c'est plus normal enfin que c'est plus, que ça va pas passer tout seul quoi enfin ou tout seul ou avec quelque chose de basique quoi, ouais.
- D'accord. Y a, y aurait pas d'autres freins euh du à votre statut libéral, à votre profession, à ses contraintes qui vous créeraient des difficultés pour aller voir un autre médecin ?
- Pour aller consulter quelqu'un ?
- Oui.

- Non, enfin non moi j'ai du temps libre donc je peux, je peux . Enfin au niveau du du timing enfin, ou de freins de de ?
- Au niveau du timing, de la confiance de ?
- De la confiance ben si enfin si si c'est vrai le le coup d'avoir un médecin euh sur place traitant euh, bon je suis je suis quand même allée en voir un, y en a un en qui j'ai plus, sur le plan médical qui me semble euh quelqu'un de enfin de réservé, de compétent, enfin on était un peu à la fac ensemble, enfin voilà j'aurais j'aurais pas fait ça vers tout le monde. En même temps j'aurais été en vacances j'aurais été voir euh quelqu'un euh, ça aurait pas, j'aurais pas choisi quoi hein mais euh. Je crois que si j'étais en vacances euh je me ferais plus confiance à moi qu'à quelqu'un d'autre oui (rires). Non un frein, un frein du fait qu'on se connaît ou que et et ya quand même un ouais ouais y a quand même alors il y a soit ceux qu'on connaît, pour pas avoir l'air bête par exemple hein enfin on on pourrait c'est c'est peut-être un, ben moi je suis assez je suis assez nature, ça me ça me gêne pas c'est ouais, mais c'est vrai que je pense que quand on quand quand on va voir un confrère on est euh ça permet enfin de présenter les choses comme ça c'est de dire effectivement j'ai besoin de déléguer pour pas avoir l'air bête enfin pour pas pour pas qu'on me demande de m'impliquer dans ce que j'ai euh parce que c'est c'est, y a des choses qu'on sait pas, y a des choses que qu'on veut pas voir qu'on occulte ou voilà et donc c'est bien de d'avoir un un regard extérieur quoi hein, ça c'est clair. Non mais c'est pas vraiment c'est pas vraiment un frein avec des gens ben quand on a des gens de confiance et qu'on apprécie c'est pas, on oublie ça je pense. Ça fait un peu de retenue et puis après après on se lâche quoi, une fois que la décision est prise on se lâche (rires), voilà.
- Est-ce que en cas de difficultés psychologiques, vous sauriez vers qui vous orienter ?
- Euh oui, enfin oui (rires). Oui je l'ai déjà fait donc euh j'ai su, je l'ai fait donc je je sais pas comment dire je sais pas, je savais pas comment faire mais je j'ai trouvé quoi voilà donc euh j'avais pas envie de me

retrouver avec mes patients donc euh c'était un peu compliqué et j'ai j'ai pu bénéficier d'une prise en charge différente de celle de mes patients euh de part mon statut. Voilà parce que bon je suis allée en CMP mais pas, mais pas celui de mon quartier quoi (rires) parce que les gens ont bien compris que je pouvais pas être dans la même salle d'attente que mes patients voilà. Donc euh donc euh la question était euh est-ce que je sais où me tourner ? J'ai bon j'ai posé les questions pour euh pour pouvoir me tourner euh voilà.

- Très bien, quelles sont les raisons qui vous ont conduit à participer à cette étude ?
- Parce que je suis une bonne pâte et que je veux bien rendre service ! (rires) . Voilà non euh bon un intérêt particulier non mais bon après euh vous avez un travail à faire si personne répond, vous avancerez pas, euh je refuse jamais de répondre à une enquête de mes confrères et encore plus consoeur mais (rires) mais voilà. C'est pas forcément c'est pas forcément le sujet, y a des enquêtes sur lesquelles je refuse de répondre mais c'est euh ça dépend du coordonnateur de la thèse enfin je sais pas comment ça s'appelle mais...
- Directeur.
- Directeur de thèse mais j'ai pas entendu de noms qui me qui me m'importunaient (rires).
- Avez-vous des questions ou des remarques ?
- Euh ben a priori ils répondent tous comme moi ou (rires)?
- C'est variable, bon y a quand même des un socle commun quand même hein. Je vous remercie d'avoir participé.

Entretien avec le Dr N le 12/12/2011 à son cabinet (14'27)

- Voilà donc Julie Chapusot, je viens de terminer mon internat de médecine générale et dans le cadre de ma thèse je réalise une étude sur les modalités de prise en charge spécifiques aux médecins généralistes vis-à-vis de leur propre santé. Voilà donc je vous remercie de d'avoir accepté de participer et de m'accorder un entretien pour parler d'un sujet aussi

personnel que votre santé. Je vous poserai pas de questions sur votre état de santé mais sur la façon dont vous vous prenez en charge sur le plan médical. Les entretiens sont enregistrés par un dictaphone mais les données seront anonymes et les enregistrements seront détruits après retranscription. En retour si vous le souhaitez je vous adresserai une copie de mon travail. Donc tout d'abord je vais vous laisser euh vous présenter : votre âge, votre date d'installation, lieu d'exercice, mode d'exercice.

- Alors, alors mon âge j'ai 60 ans, ma date d'installation 1981, je suis désolée hein je suis un peu aphone, mon lieu d'exercice bon ben c'est semi-rural quand même ici, je travaille aussi à l'hôpital et je suis médecin coordonnateur de la maison de retraite d'ici, donc j'ai trois activités, voilà.
- D'accord.
- Maître de stage, je vois là. Non mais je voulais faire une formation qui n'a pas encore été proposée parce-que y en a plus en ce moment qui sont proposées, voilà. Avez-vous voilà je vois là...
- (je cache le questionnaire) Alors sur le plan médical est-ce que vous avez un suivi est-ce que vous en ressentez le besoin ?
- Ah ben je fais toutes les, tout ce qui est dépistage à savoir euh mammo, coloscopie enfin hémodult euh je fais aussi le tout ce qui est examen gynéco euh les les comment les vaccinations et de toute façon je suis suivie en médecine du travail par le par le fait que je travaille en maison de retraite voilà.
- D'accord. Est-ce que vous avez déclaré un médecin traitant ?
- Oui, moi (rires).
- Pourquoi ce choix ?
- Ben parce que, pourquoi ce choix ? Ben parce que c'est le plus simple.
- Est-ce que vous soignez votre famille, vos proches ?
- Oui, sur leur demande, à leur demande.
- Qu'avez-vous mis en place en matière de prévoyance et complémentaire santé ?
- Qu'est-ce que j'ai mis ? Ben j'ai une mutuelle j'ai des, des comment des indemnités journalières privées, voilà en matière santé ce que j'ai.

- D'accord. Est-ce que vous avez recours aux spécialistes en première ou deuxième intention ?
- Deuxième intention sauf pour certains bon par exemple ce qui est gynéco je peux pas faire moi-même donc c'est sûr que là je j'irai oui, voilà. J'ai recours aux spécialistes ou quand j'ai un souci que je n'arrive pas bien à déterminer après avoir euh passé un, avec mon collègue on en parle, s'il y a quelque chose de particulier, voilà je vais voir un spécialiste.
- D'accord.
- Là je suis aphone mais c'est un coup de froid hein, c'est pas c'est pas du tout euh (rires), vous tombez mal !
- Oui. Est-ce que vous avez l'impression d'être privilégiée par le fait d'être médecin pour avoir des rendez-vous facilement et rapidement ?
- Oui, oui mais je privilégie mes patients aussi hein quand il y a des, quelque chose de difficile de difficile, c'est moi qui prends les rendez-vous hein.
- Vous attendez quoi des spécialistes, quand vous allez les voir ?
- Des spécialistes et ben qu'ils me donnent leur avis sur un problème que je n'arrive pas à résoudre (rires), qu'ils voient leur euh comment leur vision de spécialiste, voilà c'est tout. Des conseils voilà et peut-être des examens que moi-même je ne peux pas faire.
- Comme la gynéco.
- Exactement.
- Comment et où se passent les consultations quand vous allez voir un spécialiste ? Est-ce que c'est de manière classique au cabinet comme euh avec tout autre patient.
- Ah ben oui ah oui oui oui oui ah oui oui tout à fait alors là je, pour moi je suis un patient à ce moment-là.
- Vous avez aussi l'impression que la consultation se déroule de manière classique avec les différents temps à respecter ?
- Oui ouais je pense oui. C'est c'est sa propre attitude en fait qui génère qui génère euh l'attitude de l'autre en fait. Si vous avez une attitude où effectivement vous restez euh à votre place ben c'est sûr que ça génère une attitude de conseil, je pense.
- Comment se passe le règlement des honoraires ?
- En général ils me font pas payer, sauf la gynéco.
- Est-ce que vous pensez que votre statut et vos connaissances influent sur la qualité de votre suivi médical ?
- Non. Ben le fait de connaître les choses de d'observer, bon vous avez si, là je suis aphone, j'ai essayé d'analyser ce qui a pu se passer et bon et pis après vous vous traitez mais c'est vrai que peut-être je connaîtrais rien, c'est sûr que ça joue quand même, ouais moi je dis oui quand même.
- Est-ce que vous vous sentez actrice de votre santé ?
- Ah oui, tout à fait. Ah oui oui, oui je pense.
- Vous pensez vous prendre en charge dans les mêmes délais que vous le faites pour vos patients ?
- Euh non non, non, non.
- Et donc c'est long ?
- Plus long oui quand même, plus attentiste.
- Et comment vous qualifiez votre suivi par rapport à celui de vos patients : identique, meilleur, moins bon ?
- Pff mon suivi moi je trouve qu'il est acceptable (rires), moins bon, peut-être un petit peu moins bon quand même parce que oui oh quoique parce que moi je me vis moi je me vis au quotidien donc je sais ce qui va pas, on ressent ce qui va pas donc euh on analyse soi-même donc le suivi vous le faites en fonction de ça donc on a pas la même position donc je pense que en tous cas sur tout ce qui est prévention, il est aussi bon.
- Et par rapport aux confrères médecins que vous pouvez côtoyer vous avez l'impression qu'ils, que leur suivi est un peu comme le vôtre ?
- Je sais pas, j'ai pas des, y en a qui ont l'air que de de s'en foutre, y en a d'autres qui ont l'air de se suivre aussi, donc je, on ne parle rare... enfin j'ai pas de, non je pense que je pense chacun est chacun, je pense qu'il y a autant de médecins qui sont qui laissent un petit peu aller que de patients qui laissent aller aussi, je pense

que c'est pas c'est pas euh c'est pas la profession qui... on dit la moins mal chaussée quand même ! (rires)

- D'accord. Maintenant face à un évènement de santé qui vous a marqué, euh qui a établi le diagnostic et dans quel délai ?
- Euh pour tout vous avouer j'ai jamais eu d'évène...d'évènement de santé.
- Mais même un petit truc qui vous a marqué ?
- Ah euh oui ouais peut-être il y a 4 ans, j'ai eu une tachycardie donc euh qui a persisté donc là j'ai consulté un cardiologue, bon ben assez rapidement dans les 2 jours j'ai fait quand même parce que ça passait pas, mais autrement j'ai jamais eu d'évènement de santé mis à part des petites choses comme vous avez là.
- Est-ce que vous pensez avoir fait preuve d'objectivité pour interpréter les symptômes ou les exagérer ou les minimiser, par rapport à cet épisode de tachycardie là par exemple ?
- Euh au départ j'ai minimisé et mais comme ça durait euh je me suis posée des questions (rires).
- Est-ce que vous avez d'emblée réalisé une auto-prescription d'examens ou de médicaments ?
- Non, non, non non, oh sur une tachycardie c'est pas euh...
- Et suite à la consultation du cardiologue quelle a été votre observance par rapport à ce qu'il vous a recommandé ?
- Y avait rien à faire ! (rires). C'était un coup de stress c'est tout ! J'avais fait, y avait eu un gros coup de stress euh et donc ça avait déclenché mais comme ça passait pas si vous voulez euh ça venait ça repartait ça venait avec des douleurs un petit peu atypiques donc euh je me suis plus paniquée qu'autre chose en fait là, vous voyez je suis quand même à l'écoute, je suis un quidam ! (rires)
- Et donc euh il vous a prescrit peut-être une surveillance particulière, non ?
- Non, rien du tout, rien du tout.
- Pas de repos pas d'arrêt de travail euh ?
- Ah oui oui ben il m'a si ça par contre il a dit qu'il fallait que je lève le pied si c'est ça mais comme euh ah c'est le gros problème oui ça c'était pas dans la dans la

santé comme on dit mais c'est vrai faudrait lever le pied de temps en temps.

- Et vous avez écouté ses conseils à ce niveau-là ?
- Non.
- Pas vraiment ?
- Ah non, sur ça c'est trop difficile.
- Est-ce que vous pensez avoir fait l'objet d'un courrier médical et si oui, est-ce que vous en avez reçu une copie, de la part du cardio ?
- Non.
- Non, ok. Pensez-vous être une patiente comme les autres ?
- Pff oui je pense oui. Tout peut m'arriver, oui je pense. Quand je me mets dans l'état de malade euh enfin malade, pseudo-malade euh ouais je pense que je suis comme les autres, mais je pose peut-être euh plus de questions, je vais peut-être euh voilà un petit peu plus euh ouais j'ai peut-être plus de questions par rapport aux spécialistes, par rapport à moi-même (rires).
- Est-ce que vous soignez des médecins dans votre patientèle ?
- Non.
- Non. Ça vous est jamais arrivé ?
- Non.
- Non, d'accord.
Ça vous dérangerait d'en soigner, vous pensez qu'il y aurait des difficultés particulières ?
- Non, ça me, non non non, ben des fois entre collègues on, comme je vous dis on se demande quand il y a un truc euh à faire entre nous on fait quoi et puis voilà, ça me dérange pas du tout.
- D'accord, alors maintenant quels sont selon vous les facteurs qui vous influencent dans le fait de décider d'aller voir un autre médecin ou pas ?
- Ben une pathologie que, un symptôme une pathologie qui m'interpelle et dont j'ai pas trouvé la solution, donc c'est surtout pour un conseil, voilà c'est surtout ça, ouais.
- Est-ce que du fait d'être médecin vous ressentez pas certains freins, certaines difficultés, à aller consulter un autre médecin ?
- D'être médecin avec euh ? Non pas du tout, non.

- Non, vous avez pas de blocages pas de... ?
- Alors là, ah non pas du tout alors là euh pas du tout du tout du tout !
- Et par rapport aux contraintes de votre métier, contraintes horaires ?
- Ah si ça par contre euh, vous vous parlez euh oui parce que y a 2, 2...
- Ouais le manque de temps est-ce que ça vous ?
- Voilà le temps oui ça c'est sûr que le temps pour moi c'est quelque chose de rare et de précieux donc sur ça si mais si par exemple y a quelque chose à faire j'arrive à dire stop et je vais le faire si. Pour tout vous dire ça m'est jamais beaucoup arrivé donc c'est, peut-être que si ça m'arrivait euh de façon plus, je changerais mon mode d'exercice (rires).
- D'accord. En cas de difficultés psychologiques est-ce que vous sauriez vers qui vous orienter, quoi faire ?
- A vrai dire, je me suis jamais posée la question. J'ai un environnement familial qui est très favorable donc euh très à l'écoute donc euh, il y a une osmose qui se fait dans les difficultés de chacun donc j'ai jamais, je me suis jamais posée de questions mais des fois on est un peu saturé quand même hein (rires), plus que saturé mais bon c'est aussi le mode d'exercice hein je veux dire tellement de contraintes et de... mais psychologiquement ça va, à mon avis.
- D'accord. Pour terminer quelles sont les raisons qui vous ont conduit à participer à cette étude ?
- Ben parce que je trouve qu'il faut, ben hein parce-que vous avez eu la gentillesse déjà de m'appeler. Vous avez un travail à faire et si personne ne répond ça va pas, si faut participer un petit peu à à au fait que les euh ben qu'on avance dans dans tout dans tout métier hein je trouve ça important et pis de rencontrer un petit peu, je sais pas quels ont été les rapports avec les autres médecins, ce qu'ils vous ont dit mais c'est sûr que qu'en général ce qui avait été, ce qui ressortait des études c'était que on s'occupait mal de notre santé hein qu'on était un petit peu pas très à l'écoute mais pour ma part je pense que je fais quand même attention relativement parce que je veux aller loin (rires). Donc

c'est surtout parce que je trouve que c'est normal de répondre à à quelqu'un qui fait un travail important pour pour vous c'était important aussi et donc je trouve qu'il fallait le faire.

- Très bien, merci. Avez-vous des questions ou des remarques ?
- Non, je sais pas, et vous avez-vous des questions, des remarques ?
- Pas spécialement, non.
- Pas spécialement, y a des choses euh...
- Vous avez répondu à à ma demande.
- Bon ben c'est bien.
- Merci, et bien je vous remercie de m'avoir accueillie et consacré du temps.
- Et ben voilà et ben j'espère que votre thèse se passera bien.
- Merci.

Entretien avec le Dr O à son cabinet le 15/12/2011 (23'21)

- Voilà donc je m'appelle Julie Chapusot, je viens de terminer mon internat de médecine générale. Je réalise dans le cadre de ma thèse une étude sur les modalités de prise en charge médicale spécifiques aux médecins généralistes vis-à-vis de leur propre santé. Je vous remercie d'avoir accepté de participer et de m'accueillir à votre cabinet. Je ne vous poserai pas de questions sur votre état de santé mais sur la façon dont vous vous prenez en charge sur le plan médical. Les entretiens sont enregistrés par un dictaphone mais les données seront anonymes et les entretiens seront détruits après retranscription. En retour si vous le souhaitez je vous adresserai une copie de mon travail.
- Ah oui, volontiers.
- Alors tout d'abord je vais vous laisser vous présenter : votre âge, votre date d'installation, euh lieu d'exercice (rural, semi-rural), euh si vous êtes maître de stage... (irruption d'un chien)
- Voilà donc là j'ai un chien qui est pas à moi mais qui est très utile pour mon état de santé parce que c'est ça remonte tout à fait le moral voilà c'est voilà (rires), non allez le chien dehors, file ! Euh c'est très très bon. Voilà donc je suis née en 1949 euh donc de la fin de la première moitié du siècle dernier, je me suis installée en 1975,

je suis généraliste depuis cette époque-là à la campagne, je suis maître de stage depuis euh ça doit faire pas loin de 25 ans, je suis maître de stage euh stagiaire deuxième cycle, troisième cycle voilà. Que puis-je dire d'autre euh? Mon état, comment je prends mon état de santé, je vous raconte tout de suite, non ? Comment je prends en charge mon état de santé ?

- Je vous écoute.
- Euh vraiment en cas d'urgence sinon j'attends que ça passe, alors quand ça passe c'est bien et quand ça passe pas euh c'est moins bien. Voilà je dirons-nous que je je fais vraiment l'inverse de ce que je propose à mes patients parce que bon euh d'abord je me sens un peu différente des patients, j'ai pas envie de me plaindre toutes les cinq minutes pour des choses sans importance, quand j'ai vu une série de patients se plaignant pour rien, je masque mes pa mes maux parce que je veux pas être pareille. Et puis bon quand vraiment ben il se passe vraiment quelque chose euh bon par exemple c'est y a les les soins dentaires ben je les fais pas régulièrement et quand j'y vais j'en arrive soit à l'abcès avec parfois obligation d'extraction, c'est pas très bien, voilà. Quelque fois je me, je tombe et je me casse un membre là je suis aussi obligée d'être hospitalisée et de me soigner mais euh bon... mes mammographies alors que je suis d'une famille de cancers du sein sont, au début étaient faites régulièrement tous les ans et puis maintenant c'est tous les 2 ans et là cette année ça faisait 3 ans que j'en avais pas fait donc euh un grand laisser aller dans la, dans la prévention, voilà. Si vous voulez vous me posez des questions plus précises mais sinon je peux dire que c'est pas bien que je ne me prends pas euh en charge comme je prendrais en charge un patient, voilà, voilà. Autre question ?
- Vous avez déclaré un médecin traitant ?
- Non, je je suis mon médecin traitant, non j'ai même pas déclaré de médecin traitant autre que moi parce que sinon ben c'est un peu compliqué. Je vais euh quand même quelque fois prendre conseil auprès du Dr X, mon confrère, mon confrère voisin ça m'arrive de lui exposer mes problèmes c'est, ça ne me gêne pas d'ailleurs mais

c'est une question de temps, voilà, bon quand je me fais rattraper par l'urgence j'ai perdu mon temps mais c'est comme ça.

- C'est une question de temps c'est-à-dire ?
- Hum oui. Et ben je prends pas le temps d'aller consulter voilà. Et puis bon j'ai des problèmes, j'ai des problèmes de santé avec ma vue donc euh depuis longtemps je dois me faire suivre par un ophtalmo aussi bien des lasers enfin j'ai donc euh je trouve que ça me suffit comme soins donc le reste c'est vrai que je néglige, voilà. Donc j'ai eu des comment dire des kystes pédiculés à la rétine qui entraînaient des souffrances rétiniennes enfin j'ai eu pas mal de choses, voilà euh, comment dire un, au fond d'œil j'avais un givrage rétinien donc il fallait, fallait comment dire laseriser et là j'essayais quand même de me faire remplacer pour mes séances, voilà. Alors ça prend déjà beaucoup de temps après ben on peut pas se faire remplacer comme on veut donc le reste et ben on attend que ça passe quand ça peut, voilà.
- D'accord. Est-ce que vous soignez votre famille ?
- Parfois. Pareil aussi parce que ça va plus vite mais moi j'aime bien les envoyer voir ailleurs aussi. Mais bon c'est vrai que quand il y a un rhume ou ou une angine à strepto enfin un strepto-test à faire dans la famille bon on me dit « tu peux me le faire » je le fais et puis une fois qu'il est positif je le traite oui.
- C'est du dépannage pour des petites pathologies ?
- C'est du dépannage oui, beaucoup de dépannage pour les petites pathologies, pour les pathologies plus importantes et ben ils vont voir quand même des médecins euh ils vont voir d'autres médecins, ce que je préfère, voilà.
- D'accord. Qu'est ce vous avez mis en place en matière de prévoyance et complémentaire santé ?
- Et ben j'ai pas fait grand-chose quand même il y a 3 ans non il y a 2 ans à la suite d'une fracture d'un poignet euh j'ai quand même pris une assurance accident de travail à la CPAM, à la caisse primaire d'assurance maladie. J'avais fait

ça il y a, j'avais commencé à faire les papiers il y a fort longtemps, c'était mon mari qui avait commencé, il est décédé sur les entrefaits et à ce moment là j'ai laissé tomber pas mal de choses, voilà. Oui sinon ben comme complémentaire oui ben j'ai une j'ai une assurance complémentaire comme tout le monde et sinon comme assurance je dois avoir une assurance oui j'ai quand même une assurance complémentaire pour mes demi-journées carence santé quand même oui mais à mon avis ça doit pas être très suffisant mais ça coûte quand même relativement cher donc on a essayé de moyenner entre ce qui était ... (sonnerie téléphone).

- Parler moi un petit peu de vos consultations auprès des spécialistes, comment ça se passe quand vous y allez, en première intention ?
- Ben je prends un rendez-vous j'essaye d'être à l'heure, ça va en général je j'explique quand même mon motif de consultation, je pense que là-dessus c'est peut-être un peu mieux que les patients, euh j'explique sans rien cacher et voilà hein comment ça se passe ? Les spécialistes, ben quelque fois les spécialistes veulent gagner du temps parce que je suis médecin, je me rappelle d'un œil qui a été laserisé, beaucoup trop laserisé, j'ai failli, en trop peu de temps, normalement c'est des séances qui se faisaient toutes les semaines, et pour gagner du temps il m'a dit oh ben on va en faire 2 à la fois et puis en faire tous les jours, résultat pratique j'ai eu un tel œdème du pôle postérieur de l'œil que c'était pas sûr que que j'aurais pas un glaucome donc euh et là j'avais pas réclamé mais quelque fois les spécialistes veulent faire trop vite trop bien et c'est pas toujours le rêve ! Voilà ça ça s'est même passé à Nancy en fait donc pas toujours terrible. Bon sinon, bon gynéco je fais quand même normalement euh, ophtalmo ben j'essaye quand même normalement mais c'est vrai que si je loupe un rendez-vous je tarde à le, bon je préviens en temps utile pis je tarde à le reprendre après ça c'est vrai j'oublie que je l'ai pas pris que je m'y suis pas rendue, je je reprends pas de rendez-vous. Mais j'ai prévenu le

spécialiste quand même hein. Voilà non sinon je pense que ça se passe euh ça se passe bien sauf que quand même en général les spés n'ont pas tout à fait la même attitude envers un médecin qu'avec un non-médecin qu'envers un non-médecin.

- Pas la même attitude...
- Non, non. Ils veulent faire comme si c'étaient eux je crois euh, plus vite et plus vite. Par exemple quand je me suis cassée le poignet euh le le chirurgien m'a dit « Oh ben vous allez pouvoir travailler ». Là j'ai quand même répondu « Non je peux pas prendre la tension ». C'était rien rien que le poignet gauche mais en fait bon je crois que le poignet droit avait aussi eu quelque chose mais comme j'en ai pas parlé personne ne l'a regardé et maintenant plus ça va plus je suis bloquée mais le, je pense qu'avec une fracture du poignet on met les gens en arrêt, il m'a dit « oh ben non vous vous ferez conduire » voilà j'ai quand même demandé un à être arrêtée parce que je pouvais pas travailler. En plus j'ai dû être opérée secondairement peut être aussi avec un peu de de retard parce que le chirurgien avait voulu aussi que tout se passe rapidement et donc l'anesthésie s'est pas passée très bien, j'ai fait une poussée d'hypertension j'ai dû rester à l'hôpital un peu plus longtemps et voilà quoi. Et là j'ai vraiment été obligée d'être arrêtée quand même quelque temps. Mais non je pense que les les confrères agissent pas tout à fait de la même manière envers un médecin qu'envers un non-médecin, involontairement mais c'est comme ça.
- Et vous vous soignez des médecins ?
- Ça m'arrive oui oui, bon en général je j'envoie quand même voir le spécialiste oui euh, oui oui ça m'arrive de soigner des médecins mais je je me couvre tout à fait euh vis-à-vis d'un spécialiste mais ce que je fais je motive le confrère pour aller voir un spécialiste, je réussis à l'y envoyer, voilà. Parce que sans sans trop passer par la phase d'évolution parce que je sais que si jamais ça se passe bien la surveillance, la phase de surveillance aura pas lieu et et que si ça va bien et ben il reverra plus de médecins donc j'envoie toujours dans la

foulée, j'envoie plus vite que si c'était un non-médecin, voilà, oui.

- D'accord.
- Parce que les fois où je suis allée voir des confrères c'était habituellement en urgence la nuit ou quelque chose comme ça mais je me suis dépêchée de battre le fer pendant qu'il était chaud, appelée par le conjoint du médecin d'ailleurs, pas par le médecin lui-même hein, appelée par le conjoint (rires), voilà. Mais généralement je faisais arrêt de travail, lettre pour le spé, et le matin je téléphonais et donc il était obligé de suivre la bonne filière très vite en sachant très bien que sinon il ferait comme moi.
- Vous avez l'impression que les délais sont différents pour avoir accès aux spécialistes ?
- Ça dépend pour quel spécialiste. Bon ça peut être plus rapide pour l'ophtalmo pour diverses choses urgentes mais pour des choses non urgentes non, non.
- D'accord. Les consultations auprès des spécialistes ça se passe de manière classique comme avec un autre patient vous avez l'impression ?
- Euh, oui et non hein donc je vous disais c'est le fait de souvent vouloir vouloir euh sauter des étapes voilà parce que, parce qu'on est le médecin, sinon ben ça se passe bien bon euh ben faut changer de peau quoi, faut plus être le médecin faut être le patient mais je pense qu'on doit pouvoir faire enfin j'essaie de faire.
- D'accord. Donc au niveau des délais de prise en charge vous me disiez que c'était plutôt plus tardif hein que vos que vos patients ?
- Euh oui à cause de à cause de moi mais pas à cause des spés, les spés habituellement essayent de essayer d'abrèger, oui.
- Et comment ça se passe pour le règlement des honoraires ?
- Ben en général on leur, on dit aux spés que bon on a une sécu et une mutuelle et que on tient à régler comme tout le monde. La plupart du temps euh la plupart du temps on règle normalement voilà. Quand ils veulent pas qu'on paye c'est plus embêtant euh parce qu'on est obligé, on se sent un peu redevable, on est obligé de de penser

à envoyer un petit quelque chose à l'occasion euh donc voilà et si on le fait pas on se sent très gêné donc euh le plus simple est de régler normalement.

- C'est plus clair de régler ?
- C'est beaucoup plus clair, oui.
- D'accord. Votre suivi médical, comment vous le qualifieriez par rapport à celui de vos patients ?
- Euh irrégulier, pas très régulier par exemple les les cholestérols les choses comme ça sont pas suivis très très régulièrement parce que je je ne sens pas le temps passer, voilà.
- Et par rapport aux médecins que vous pouvez côtoyer dans votre entourage, vous avez l'impression qu'ils sont un peu comme vous ou pas ?
- Ça dépend lesquels, je pense à un en particulier euh que j'ai eu l'occasion de voir euh plusieurs fois en urgence, je pense que lui il se soigne bien, oui. Bon d'autres euh d'autres ça peut-être fantaisiste comme moi, oui.
- D'accord euh donc ça on a un petit peu parlé déjà, face à un évènement qui vous a marqué, qui a établi le diagnostic et dans quel délai ?
- Euh, voilà par exemple ce qui m'a comment comme vrai problème de santé pour l'instant j'ai la chance en dehors de mes problèmes de de grande myope qui sont donc connus donc problème de rétine tout ça chez un grand myope bon je suis je crois en relativement bonne santé euh j'ai eu une chose grave mais là c'est vrai que j'ai consulté tardivement une fois que j'étais remise. J'ai fait une réaction immunologique immuno-allergique mais plutôt immunologique à un anti-inflammatoire non stéroïdien. J'ai consulté personne, j'ai consulté qu'après quand ça a été passé. Je je me suis retrouvée avec avec des gros problèmes de prurit d'œdème d'oligurie euh j'ai eu l'idée de demander à l'infirmière de me faire une prise de sang et là j'avais plus beaucoup de plaquettes j'avais j'avais une bilirubinémie élevée enfin j'étais pas bien mais j'ai pas réagi, j'ai pas consulté j'ai continué à travailler jusqu'à ce que ça se passe. Et à l'occasion d'une semaine médicale de Lorraine j'ai emmené mes analyses à un

allergologue j'ai expliqué ce qui s'était passé et j'ai dit que bon depuis je ne prenais plus d'AINS il m'a dit « ben vous avez raison parce que la prochaine fois vous y restez ». Mais c'est vrai que le diagnostic a été posé 6 mois 6 mois 1 an plus tard. Moi j'avais pensé qu'il fallait plus que je prenne d'AINS quand même ! Mais je savais pas que je connaissais pas très bien ce type de réaction immuno-allergique aux AINS, je savais pas si je pourrais prendre d'une autre classe, je savais pas donc euh l'allergologue à qui j'ai parlé de la chose m'a dit « faut vraiment plus y toucher » depuis j'y touche plus, j'en prescris beaucoup moins et ça ne manque pas à ma pharmacopée en fin de compte, voilà. Sinon ben ya les problèmes de migraines je suis migraineuse bon ça sert pas à grand-chose de voir des spés donc euh moi je fais je fais euh à la demande, voilà.

- Les symptômes vous les, vous les vivez comment ?
- Les symptômes de migraines ? Ben ça ça fait depuis que j'ai 7 ans que j'ai des migraines ophtalmiques avec des symptômes avec une aura avec tout donc euh ben j'essaye, je prends ça comme une fatalité c'est pas très bien mais un peu comme une fatalité, peut-être que si j'étais pas médecin, je je ferais ce qui faut pour essayer de m'en débarrasser mais je me dis « bon ça va peut-être passer, ça va peut-être passer avec l'âge » mais en général ça passe pas (sourire).
- Donc vous avez tendance à les minimiser plutôt les symptômes ou ?
- Oui, oui oui oui, oui oui, oui, oui. J'ai essayé d'expliquer à mes enfants que les migraines ça s'apprend ça s'apprenait qu'ils étaient pas obligés d'être migraineux comme moi, que j'étais moi migraineuse comme mes parents mais que on m'avait pas dit que ça s'apprenait, bon j'en avais discuté avec un psy quand même et c'est lui qui m'a dit « surtout laisse pas tes enfants devenir comme toi » donc euh quand ils avaient des migraines je leur disais que ça se passait, enfin ils avaient des migraines avec une avec des auras aussi c'étaient des vraies migraines. Je pense qu'il doit rester l'aîné qui en fait de

temps en temps, le petit dernier donc qui de temps en temps passe aussi des nuits de garde et de boulot et de préparation aux examens et tout qui fait de temps en temps une migraine mais je pense moins souvent que moi, voilà.

- Et vous avez recours à l'auto-prescription ?
- Pour les migraines oui, oui je me prescris des triptans puisque je peux pas prendre d'AINS, y a que pour ça que ça m'a gênée mais c'est vrai que j'en avais pris beaucoup, ça marchait, oui ?
- Quand vous voyez des spécialistes vous recevez un courrier après ?
- Oui, pas tous mais oui. J'ai eu des problèmes de rectorragies en revenant de vacances au Moyen Orient donc je suis quand même ça c'est quand même un un maître symptôme qu'il faut pas négliger donc euh j'ai reçu un compte rendu de ma coloscopie avec un courrier oui, oui oui, ça arrive que je reçoive des courriers, oui.
- Pensez-vous être un patient comme les autres, une patiente ?
- Euh ben oui quand même oui peut-être un peu plus chiant mais oui comme les autres oui, oui.
- Plus chiant...
- Oui ben parce que j'essaye quand même de comprendre plus, oui et puis je je suis moins disciplinée donc voilà, voilà.
- Face à un problème de santé qu'est-ce qui qu'est-ce qui rentre dans votre balance pour décider d'aller voir un autre médecin ou pas ?
- Ben de savoir si c'est important ou pas, si ça risque de passer tout seul ou pas. Bon euh si je peux pas le régler toute seule bon par exemple les rectorragies euh là y avait pas de problème c'était c'était le gastro-entérologue je je peux pas me permettre d'avoir euh d'avoir un cancer colique donc euh autant quand même s'en apercevoir en cas de polypes en plus là c'était même pas ça mais euh ben quand c'est un symptôme qui peut évoquer quelque chose de grave là je je fais vite quand même, voilà. Mais si je pense que c'est pas grave ben je j'espère que ça va passer tout seul.
- Est-ce que du fait d'être médecin y aurait pas des freins qui vous qui vous rendraient difficile d'aller voir quelqu'un d'autre ?

- Ben, je pense que ça rend plutôt plus facile, moi ça me freine pas sauf ben quand c'est euh bon pas, bon quand je pense que c'est de la « totocherie » là effectivement je vais pas y aller c'est-à-dire quand je pense que c'est, que que c'est plus euh euh psy, « bebe » là non effectivement j'y vais pas quoi (sourire).
- Vous voulez pas les déranger pour quelque chose qui ne vous semble pas important ?
- Ouais ouais, oui oui, oui, oui oui. Moi je suis même allée voir un psy hein je suis non non je me sens pas pas freinée, je me suis dit « bon faut que j'aille parler de telle chose », je l'ai fait et sans difficulté majeure. Mais bon sur le plan somatique je vais pas consulter toutes les 5 minutes pour pas grand-chose.
- Et sur le plan de la confiance et de la confidentialité ça pose pas de problèmes ?
- Non, non, non euh c'est peut-être plus facile justement parce que je suis médecin donc euh je sais que c'est un médecin, y a pas lieu que le confrère il fasse pas avec moi comme je fais avec les patients donc euh non ça me gêne pas. Non c'est plutôt je sais pas bon des des symptômes des symptômes vraiment bâtarde et bon type fatigué tout ça ben j'attends que ça passe hein voilà je me dis « faut bien que ça passe » parce que parce que je vois pas bien ce qu'il y a à faire donc voilà (sourire).
- Le temps.
- Oui.
- Très bien. Donc pour terminer quelles sont les raisons qui vous ont conduit à participer à cette étude ?
- Ben je pense que, la raison, la raison première c'est que je pouvais répondre à une collègue euh sans avoir euh comme vous passiez et que vous faisiez l'interrogatoire en direct, j'avais pas à répondre à des tas de questions euh ça c'était la raison principale ça a été la facilité de la chose parce que vous passiez et que vous posiez les questions. Et puis sinon que je pense que je ne fais pas exactement ce qu'il faut sur le plan de ma santé et que vaudrait peut-être mieux que mes jeunes confrères fassent un peu

mieux, soient un peu prévenus de ce qui les attend et que bon on est un patient comme un autre et plus on traite vite quand même et de manière adaptée mieux ça va et que y a pas euh y a pas euh à avoir honte de consulter pour des petites choses quoi, ça peut permettre d'aller mieux et d'avoir une vie plus agréable, il faut pas être gêné pour ça, voilà.

- Vaut mieux anticiper et être acteur des choses plutôt que de les subir.
- Ben oui, ouais oui oui, oui oui et puis bon savoir que avoir recours aux autres acteurs pour nous exactement comme pour les comme pour les patients, voilà.
- Avez-vous des questions ou des remarques ?
- Je vois pas trop de questions ni de remarques je trouve que c'est un bon sujet de thèse, voilà j'espère simplement que que vous ferez ce que, que vous suivrez vos conclusions, que vous vous laisserez pas prendre par le temps ou par le manque, d'imaginer que notre santé a moins d'importance que celle des autres, voilà faut faire pareil, mais faites très attention à garder du temps pour vous, voilà un conseil.
- Merci.
- Voilà.

ANNEXE 3 : CD : RAPPORT ALCESTE ET TABLEAU EXCEL

Rapport détaillé

(Vendredi 06 Juillet 2012 à 10 h 49)

Résultats généraux

Paramétrage utilisé

? Etape A: Analyse du vocabulaire

- ? Lemmatisation
- ? Calcul automatique de la taille des u.c.e
- ? Prendre les paragraphes du texte comme u.c.e

? Etape C: Définition des classes et A.F.C

Seuil minimal d'u.c.e pour retenir
une classe: calculé par Alceste

? Etape B: Définition des u.c.e et classification

- ? Classification double sur les u.c
- ? Classification simple sur les u.c.i
- ? Classification simple sur les u.c.e

Nombre de classes terminales par classification

? Etape D: Calculs complémentaires

- ? Liste des u.c.e significatives
- ? Recherche des segments répétés
- ? Classification ascendante hiérarchique

A propos du traitement

Nom du corpus	entretiens julie chapusot
Date du traitement	06 Juillet 2012 à 10 h 49
Taille du corpus	259 Ko
Dernière modification du corpus	06 Juillet 2012 à 10 h 26
Type de traitement (et son code)	Classification double (121)
Réduction du vocabulaire	Oui
Nombre de mots par unité de contexte pour la première classification	16
Nombre de mots par unité de contexte pour la seconde classification	18
Nombre de classes demandées par classification	10 (valeur par défaut)
Nombre de classes stables retenues	3

Informations préliminaires

Nombre d'entretiens ou d'unités de contexte initiales (u.c.i.)	1
Nombre total de formes contenues dans le corpus	48401
Nombre de formes distinctes	3055
Effectif moyen d'une forme	16
Effectif maximum d'une forme	1384
Nombre de hapax (formes présentes une seule fois dans le corpus)	1426
Nombre de formes prises en compte dans l'analyse après réduction	590
Nombre de formes supplémentaires (articles, pronoms, etc.)	260
Nombre de modalités de variables ou mots étoilés	1
Nombre d'unités textuelles ou unités de contexte élémentaires (u.c.e)	1052
Nombre d'occurrences pour définir une u.c.e	29
Pourcentage de richesse du vocabulaire	98.63 %
Fréquence minimum d'un mot pris en compte dans l'analyse	4
Nombre moyen de mots analysés par u.c.e	10.61
Nombre de couples de mots	36173

Catégories grammaticales

Ce tableau représente les catégories grammaticales et leur statut dans l'analyse. Ces catégories peuvent être soit analysées (prises en compte dans l'analyse), soit supplémentaires (présentes uniquement dans la description du profil des classes, non prises en compte dans l'analyse), soit rejetées. Ces catégories sont affectées a priori aux formes reconnues du corpus. Par défaut, seuls les noms, les verbes (mis à part les auxiliaires être, avoir et les verbes modaux), les adjectifs, les adverbes et les formes non reconnues sont analysés, dans la mesure où ces formes sont présentes au moins 4 fois dans le corpus.

Liste des catégories grammaticales	Valeur d'analyse
Adjectifs et adverbes	Analysée
Adverbes en "ment"	Analysée
Couleurs	Analysée
Mois/jour	Analysée
Epoques/ Mesures	Analysée
Famille	Analysée
Lieux, pays	Analysée
Interjections	Supplémentaire
Nombres	Supplémentaire
Nombres en chiffre	Éliminée
Mots en majuscules	Supplémentaire
Noms	Analysée
Mots non trouvés dans DICIN (si existe)	Analysée
Verbes	Analysée
Prénoms	Supplémentaire
Formes non reconnues et fréquentes	Supplémentaire
Formes reconnues mais non codées	Analysée
Mots outils non classés	Supplémentaire
Verbes modaux (ou susceptibles de l'être)	Supplémentaire
Marqueurs d'une modalisation (mots outils)	Supplémentaire
Marqueurs d'une relation spatiale (mots outils)	Supplémentaire
Marqueurs d'une relation temporelle (mots outils)	Supplémentaire
Marqueurs d'une intensité (mots outils)	Supplémentaire
Marqueurs d'une relation discursive (mots outils)	Supplémentaire
Marqueurs de la personne (mots outils)	Supplémentaire
Démonstratifs, indéfinis et relatifs (mots outils)	Supplémentaire
Auxiliaires être et avoir (mots outils)	Supplémentaire
Formes non reconnues	Analysée

Dictionnaire des formes après réduction

Pendant la phase préliminaire, Alceste, après avoir constitué le dictionnaires des formes du corpus, procède à la réduction de ces mots afin de constituer un dictionnaire des formes réduites. Ces formes sont classées en fonction de leur effectif dans le corpus.

Forme réduite	Effectif	Catégorie Grammaticale
medecin	371	Formes reconnues mais non codées
faire	345	Verbes
aller	333	Verbes
fait	264	Formes reconnues mais non codées
voir	184	Verbes
patient	177	Formes reconnues mais non codées
sante	146	Noms
dire	144	Noms
accord	135	Noms
specialiste	134	Noms
prendre	132	Verbes
temps	129	Noms
suivre	124	Verbes
chose	112	Noms
rire	107	Noms
problem	102	Formes reconnues mais non codées
penser	100	Verbes
medica	94	Formes reconnues mais non codées
consulter	86	Verbes
petit	85	Formes reconnues mais non codées
soigner	84	Verbes
confrere	79	Noms
an	78	Noms
passe	73	Formes reconnues mais non codées
consultatif	72	Adjectifs et adverbess
charge	69	Noms
arriver	67	Verbes
question	67	Noms
travail	66	Formes reconnues mais non codées
diagnostic	66	Noms
besoin	59	Noms
passer	54	Verbes
prise	53	Noms
demander	51	Verbes
vraiment	51	Adverbes en "ment"
fois	50	Noms
delai	50	Noms
complementa	50	Formes reconnues mais non codées
venir	48	Verbes
trouver	48	Verbes

exercice	48	Noms
particulier	48	Adjectifs et adverbes
general	47	Noms
traiter	47	Verbes
vrai	46	Adjectifs et adverbes
poser	46	Verbes
action	46	Formes reconnues mais non codées
symptom	46	Formes reconnues mais non codées
connaître	46	Verbes
famille	45	Noms
attendre	45	Verbes
examen	42	Noms
essayer	41	Verbes
different	38	Formes reconnues mais non codées
entretien	37	Noms
connaissance	37	Noms
mettre	36	Verbes
statut	36	Noms
prevoyant	36	Formes reconnues mais non codées
impression	36	Noms
rapide	35	Formes reconnues mais non codées
prescri	34	Formes reconnues mais non codées
generalis	34	Formes reconnues mais non codées
truc	33	Noms
façon	33	Noms
forcement	33	Adverbes en "ment"
participer	33	Verbes
cardiologue	33	Formes non reconnues
payer	32	Verbes
normal	32	Adjectifs et adverbes
courrier	32	Noms
age	31	Adjectifs et adverbes
jour	31	Noms
parler	31	Verbes
rester	31	Verbes
cabinet	31	Noms
sourire	31	Noms
realiser	31	Verbes
patholog16	31	Formes reconnues mais non codées
avis	30	Noms
seul	30	Adjectifs et adverbes
these	30	Noms
difficulte	30	Noms
traitement	30	Noms
premier	29	Adjectifs et adverbes
cas	28	Noms
bonne	28	Formes reconnues mais non codées

donner	28	Verbes
moment	27	Noms
pareil	27	Adjectifs et adverbess
sentir	27	Verbes
laisser	27	Verbes
recours	27	Noms
effectivement	27	Adverbess en "ment"
etat	26	Noms
mois	26	Noms
sang	26	Noms
raison	26	Noms
collegue	26	Noms
difficile	26	Adjectifs et adverbess
evenement	26	Noms
gens	25	Noms
etude	25	Noms
intention	25	Noms
surveillance	25	Noms
mode	24	Noms
plan	24	Adjectifs et adverbess
arret	24	Noms
grave	24	Adjectifs et adverbess
maitre	24	Adjectifs et adverbess
qualite	24	Noms
minimiser	24	Verbes
monde	23	Noms
stage	23	Noms
facile	23	Adjectifs et adverbess
malade	23	Adjectifs et adverbess
objectiv	23	Formes reconnues mais non codées
enregistrer	23	Verbes
psycholog16	23	Formes reconnues mais non codées

Informations techniques

Après l'analyse du vocabulaire, Alceste procède au découpage du texte et à la classification. Lors de cette opération, les différentes techniques spécifiques d'Alceste sont utilisées, comme le découpage en unités de contexte et la classification descendante hiérarchique. Rappelons que dans une analyse standard, les paramètres sont prédéfinis par le logiciel, et Alceste procède à deux classifications successives afin de retenir les classes les plus stables, alors que dans une analyse paramétrée, l'utilisateur définit ses propres paramètres ainsi que le type de classification (simple ou double). En règle générale, on utilise une classification simple lorsque le corpus est de petite taille, par exemple pour le traitement de réponses à des questions ouvertes, etc. En revanche, une classification double devient très intéressante lorsque le corpus est de grande taille (voir les différentes techniques d'optimisation et de paramétrage). Nous vous rappelons par ailleurs qu'un mot est analysé lorsqu'il est présent dans au moins 4 u.c.e.

Valeurs	1ère classification	2ème classification
Nombre minimum de mots par unité de contexte	16 mots analysés	18 mots analysés
Nombre d'unités de contexte (regroupement des u.c.e.)	525 unités de contexte	486 unités de contexte
Nombre de formes analysées différentes	590 formes analysées	590 formes analysées

Liste des formes analysées

medecin, faire, aller, fait, voir, patient, sante, dire, accord, spécialiste, prendre, temps, suivre, chose, rire, problem, penser, medica, consulter, petit, soigner, confrere, an, passe, consultatif, charge, question, arriver, diagnostic, travail, besoin, passer, prise, vraiment, demander, fois, delai, complementa, particulier, exercice, venir, trouver, general, traiter, vrai, poser, connaitre, action, symptom, famille, attendre, examen, essayer, different, entretien, connaissance, statut, impression, mettre, prevoyant, rapide, prescri, generalis, cardiologue, forcement, truc, facon, participer, normal, courrier, payer, age, jour, cabinet, sourire, parler, rester, realiser, patholog16, seul, avis, these, difficulte, traitement, premier, cas, donner, bonne, pareil, effectivement, moment, recours, sentir, laisser, difficile, etat, mois, sang, raison, collegue, evenement, gens, etude, intention, surveillance, plan, grave, maitre, mode, arret, qualite, minimiser, facile, malade, monde, stage, enregistrer, objectiv, psycholog16, honoraire, preventif, privilege, deuxieme, part, niveau, rendez-vous, installation, adresser, remercier, ressentir, assur, rural, copie, class16, specifique, coup, heure, etabli, dependre, sujet, propre, liberal, date, lieu, cadre, compte, donnee, envoyer, ff, observance, meilleur, abord, cancer, savoir, matiere, respect, accepter, terminer, commencer, remarquer, mutuel, gyneco, modal, personnel, sens, acces, choix, suite, facteur, maladie, etudiant, rendre, declarer, installer, confiant, important, pff, anonyme, interessant, facilement, auto, influencer, conduire, recevoir, repondre, qualifier, conseil, souhait, techn16, decision, simple, detruit, face, marque, internat, indemnite, profession, appeler, discuter, presenter, accueillir, jeune, evident, dictaphone, retranscription, banal, regulier, vie, retour, rare, enfant, objectif, rdv, nancy, ophtalmo, clair, ami, preuve, reglement, ecouter, entendre, remplacer, confronter, cote, envie, habitude, telefon16, semi, gros, global, precis, serieux, journalier, autrement, frein, associe, migraine, changer, present, eventuel, emblee, lambda, grand, mauvais, certainement, annee, bilan, femme, merci, maison, manque, semaine, silence, cotoyer, esperer, exagerer, proposer, permettre, risque, recu, aigue, proche, dernier, vue, acte, soin, moyen, objet, copain, epoque, douleur, tendance, gerer, regarder, urgent, vill23, ident16, hospitali, professionnel, spe, cardio, dur, neutre, evidemment, finalement, fin, nombre, critere, epreuve, hopital, relation, accorder, orienter, resoudre, influencer, interpreter, reel, honnete, chirurgi, coloscopie, attentif, exterieur, justement, actuellement, air, idee, peur, sein,allee, debut, fille, regle, effort, contrat, exemple, tension, attitude, demarche, personne, ordonnance, decider, obliger, occuper, rentrer, importer, reflechir, comprendre, hygien16, standard, disponible, ya, psy, faire-part, patientele, grand-chose, matin, inquiet, completement, gene, cycle, genre, radio, repos, terme, boulot, retard, traite, interet, pouvoir, accident, ensemble, histoire, occasion, retraite, experience, questionnaire, aimer, perdre, regler, embeter, trainer, souvenir, expliquer, interesser, arrete, chroniqu, formation, antecedent, psychiatr16, scanner, sciatique, dietetique, homeopathie, mammographie, autoprescription, majeur, partie, strict, relatif, nom, aide, coin, main, epoux, porte, souci, pedale, analyse, attente, bricole, episode, journee, rapport, vacance, clinique, facilite, fonction, majorite, sonnerie, population, servir, sembler, tourner, analyser, apporter, imaginer, negliger, preferer, compliquer, preconiser, chance, oublie, context, biolog16, gastro, machin, rhumato, il

Croisement des classifications

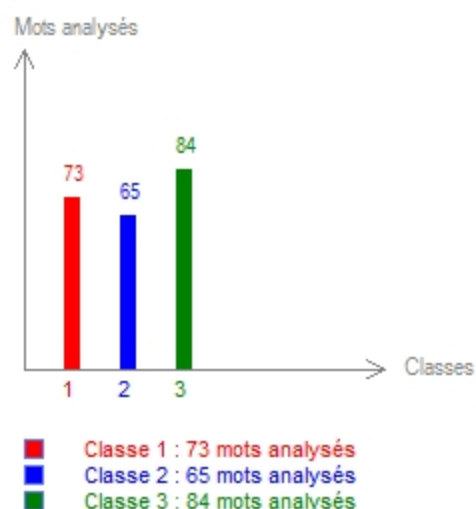
Après la phase de classification, voici les résultats retenus par Alceste:

Nombre de classes stables	3
Nombre minimum d'u.c.e pour retenir une classe	53
Pourcentage d'unités de contexte élémentaires (u.c.e) classées	72 %

Répartition des u.c.e classées

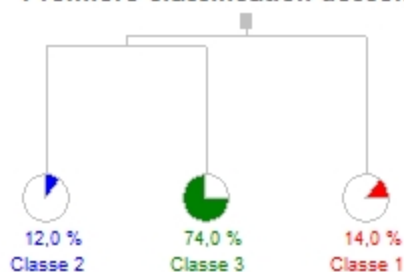


Nombre de mots analysés par classe

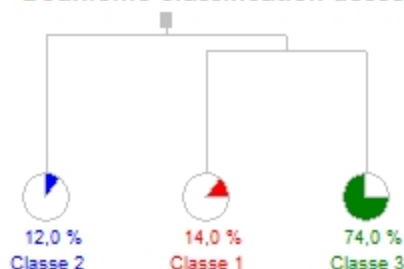


Arbre de classification descendante

Première classification descendante



Deuxième classification descendante



Analyse factorielle des correspondances en coordonnées

Analyse factorielle des correspondances en corrélations

Analyse factorielle des correspondances en contributions

Classification ascendante hiérarchique sur le corpus

Tableau croisant classes et catégories

Ce tableau à double entrée représente les catégories grammaticales en fonction des classes. Les valeurs dans le tableau indiquent les valeurs de khi2 d'association d'une catégorie grammaticale par rapport à une classe donnée. Les valeurs de khi2 positives correspondent à une forte présence, en revanche, les valeurs de khi2 négatives montrent une absence significative.

Catégories grammaticales	Classe 1	Classe 2	Classe 3
Adiectifs et adverbess	15	-3	-3
Adverbes en "ment"	0	0	0
Couleurs	0	1	0
Mois/jour	Absent	Absent	Absent
Epoques/ Mesures	33	-2	-12
Famille	0	0	0
Lieux, pays	Absent	Absent	Absent
Interjections	0	0	0
Nombres	1	0	0
Nombres en chiffre	Absent	Absent	Absent
Mots en majuscules	8	43	-51
Noms	4	18	-23
Mots non trouvés dans DICIN	Absent	Absent	Absent
Verbes	-14	-7	25
Prénoms	Absent	Absent	Absent
Mots non reconnus et fréquents	Absent	Absent	Absent
Mots reconnus mais non codés	3	0	-1
Mots outils non classés	0	-1	2
Verbes modaux	-6	-5	14
Marqueurs d'1 modalisation	-1	0	1
Marqueurs d'1 relation spatiale	0	0	0
Marqueurs d'1 relation temporelle	0	0	0
Marqueurs d'1 intensité	0	-6	3
Marqueurs d'1 relation discursive	3	-5	0
Marqueurs de la personne	-1	-1	3
Démonstratifs, indéfinis et relatifs	-15	0	14
Auxiliaires être et avoir	0	9	-8
Formes non reconnues	Absent	Absent	Absent

Résultats de la classe n°1

Présences significatives

Voici le vocabulaire caractéristique (formes réduites) de la classe 1 en fonction du coefficient Phi.

Effectif 1 : effectif réel du mot dans la classe ;

Effectif 2 : nombre d'unités textuelles de la classe contenant le mot ;

Total : nombre total d'unités textuelles classées contenant le mot ;

Percent : pourcentage du nombre d'unités textuelles de la classe contenant le mot.

Vocabulaire	Phi	Effectif 1	Effectif 2	Total	Percent	Catégorie Grammaticale
specialiste	0,48	74	56	93	60%	Noms
impression	0,36	24	24	32	75%	Noms
honoraire	0,35	18	16	16	100%	Adjectifs et adverbess
intention	0,34	22	15	15	100%	Noms
privilegie	0,34	17	15	15	100%	Adjectifs et adverbess
recours	0,34	23	17	19	89%	Noms
rapide	0,33	22	20	26	77%	Formes reconnues mais non
rendez-vous	0,30	18	15	18	83%	Noms
consultatif	0,29	38	27	52	52%	Adjectifs et adverbess
reglement	0,27	12	11	12	92%	Noms
de-maniere	0,26	13	11	13	85%	Marqueurs d'une relation
cabinet	0,25	15	12	16	75%	Noms
premier	0,24	18	14	22	64%	Adjectifs et adverbess
class16	0,23	10	10	13	77%	Formes reconnues mais non
facilement	0,23	10	10	13	77%	Adverbess en "ment"
passse	0,23	25	23	52	44%	Formes reconnues mais non
precis	0,21	9	8	10	80%	Adjectifs et adverbess
deuxieme	0,21	13	11	17	65%	Epoques/ Mesures
statut	0,20	14	14	27	52%	Noms
comment	0,20	27	27	75	36%	Marqueurs d'une relation
acte	0,19	8	6	7	86%	Noms
accéder	0,19	5	5	5	100%	Verbes
couloir	0,19	5	5	5	100%	Noms
café	0,17	4	4	4	100%	Noms
motif	0,17	4	4	4	100%	Noms
ophtalmo	0,17	8	6	8	75%	Formes non reconnues
interrogatoire	0,17	4	4	4	100%	Noms
se	0,16	37	32	112	29%	Marqueurs de la personne
avez	0,16	34	34	123	28%	Auxiliaires être et avoir (mots
en-general	0,16	10	10	20	50%	Marqueurs d'une relation
payer	0,15	12	7	12	58%	Verbes
techn16	0,15	10	7	12	58%	Formes reconnues mais non
attendre	0,15	14	13	32	41%	Verbes
maison	0,15	4	4	5	80%	Noms
mutuel	0,15	4	3	3	100%	Formes reconnues mais non
colloque	0,15	4	4	5	80%	Formes non reconnues

informelle	0,15	3	3	3	100%	Formes non reconnues
acces	0,14	7	7	13	54%	Noms
present	0,15	6	6	10	60%	Formes reconnues mais non
I_J	0,14	70	70	357	20%	Mots en majuscules
different	0,14	13	12	31	39%	Formes reconnues mais non
oui	0,14	77	45	200	23%	Marqueurs d'une modalisation
par	0,13	20	19	64	30%	Marqueurs d'une relation
spe	0,13	6	4	6	67%	Formes non reconnues
autour	0,13	4	4	6	67%	Marqueurs d'une relation
standard	0,13	4	4	6	67%	Formes reconnues mais non
nancy	0,12	3	3	4	75%	Formes non reconnues
œil	0,12	3	3	4	75%	Formes non reconnues
resoudre	0,12	4	3	4	75%	Verbes
singulier	0,12	3	3	4	75%	Adjectifs et adverbess
souvent	0,12	6	6	13	46%	Marqueurs d'une relation
etre	0,11	24	20	77	26%	Auxiliaires être et avoir (mots
I	0,10	42	42	206	20%	Formes non reconnues
I_P	0,10	68	68	376	18%	Mots en majuscules
sauf	0,10	5	5	11	45%	Marqueurs d'une relation
propre	0,10	3	3	5	60%	Adjectifs et adverbess
gyneco	0,09	5	5	12	42%	Formes non reconnues
plutot	0,10	9	7	19	37%	Marqueurs d'une relation
ou	0,09	46	35	171	20%	Marqueurs d'une relation
influer	0,09	4	4	9	44%	Verbes
plupart	0,09	2	2	3	67%	Démonstratifs, indéfinis et
preferer	0,09	3	2	3	67%	Verbes
solliciter	0,09	2	2	3	67%	Verbes
generalement	0,09	2	2	3	67%	Adverbess en "ment"
clair	0,08	4	4	10	40%	Adjectifs et adverbess
temps	0,08	18	16	66	24%	Noms
aupres	0,08	4	4	10	40%	Marqueurs d'une relation
est-ce	0,09	30	25	115	22%	Démonstratifs, indéfinis et
normal	0,08	8	6	18	33%	Adjectifs et adverbess
passer	0,08	12	11	40	28%	Verbes
rester	0,09	6	6	17	35%	Verbes
hopital	0,09	4	3	6	50%	Noms
a-present	0,09	3	3	6	50%	Marqueurs d'une relation
chirurgi	0,07	4	3	7	43%	Formes reconnues mais non
dependre	0,07	5	5	15	33%	Verbes
proposer	0,07	3	3	7	43%	Verbes
evidemment	0,07	3	3	7	43%	Adverbess en "ment"
connaissance	0,07	9	7	24	29%	Noms
fff	0,07	2	2	4	50%	Formes non reconnues
etes	0,06	3	3	8	38%	Auxiliaires être et avoir (mots
sous	0,07	2	2	4	50%	Marqueurs d'une relation
avoir	0,07	19	16	71	23%	Auxiliaires être et avoir (mots

dedans	0,07	2	2	4	50%	Marqueurs d'une relation
oublie	0,07	2	2	4	50%	Formes reconnues mais non
tarder	0,07	2	2	4	50%	Verbes
respect	0,06	4	4	12	33%	Noms
attitude	0,07	5	2	4	50%	Noms
pratique	0,07	2	2	4	50%	Adjectifs et adverbess
expliquer	0,07	2	2	4	50%	Verbes
d	0,05	41	41	236	17%	Formes non reconnues
ah	0,05	9	9	39	23%	Interjections
et	0,06	64	64	389	16%	Marqueurs d'une relation
bah	0,05	2	2	5	40%	Interjections
sur	0,06	16	16	78	21%	Marqueurs d'une relation
ton	0,05	2	2	5	40%	Marqueurs de la personne
quand	0,05	20	20	103	19%	Marqueurs d'une relation
facile	0,06	5	5	18	28%	Adjectifs et adverbess
on-dit	0,05	2	2	5	40%	Démonstratifs, indéfinis et
regler	0,05	2	2	5	40%	Verbes
appeler	0,05	3	3	9	33%	Verbes
vouloir	0,05	12	12	56	21%	Verbes modaux (ou
entendre	0,05	2	2	5	40%	Verbes
exterieur	0,05	2	2	5	40%	Adjectifs et adverbess
personnel	0,05	3	3	9	33%	Adjectifs et adverbess
oh	0,05	4	4	14	29%	Interjections
si	0,05	25	25	138	18%	Marqueurs d'une relation
chez	0,05	6	6	24	25%	Marqueurs d'une relation
leur	0,05	7	7	29	24%	Marqueurs de la personne
pour	0,05	36	36	209	17%	Marqueurs d'une relation
essayer	0,05	6	6	25	24%	Verbes
qualite	0,05	4	4	14	29%	Noms
*ALC	0,67	109	109	204	0	Formes non reconnues

Détail des présences significatives

Le tableau ci-dessous donne pour chaque forme réduite les formes complètes associées, ainsi que leur effectif dans la classe 1.

Forme réduite	Formes complètes associées
specialiste	specialiste(17) specialistes(57)
impression	impression(24)
honoraire	honoraires(18)
intention	intention(22)
privilegie	privilegie(11) privilegiee(6)
recours	recours(23)
rapide	rapide(6) rapidement(15) rapides(1)
rendez-vous	rendez-vous(18)
consultatif	consultation(22) consultations(16)
reglement	reglement(12)
de-maniere	de-maniere(13)
cabinet	cabinet(15)
premier	premier(2) premiere(16)
class16	classique(10)
facilement	facilement(10)
passe	passe(25)
precis	precis(8) precise(1)
deuxieme	deuxieme(13)
statut	statut(14)
comment	comment(27)
acte	acte(8)
accéder	accéder(5)
couloir	couloir(5)
cafe	cafe(4)
motif	motif(4)
ophtalmo	ophtalmo(6) ophtalmos(2)
interrogatoire	interrogatoire(4)
se	se(37)
avez	avez(39)
en-general	en-general(10)
payer	paye(1) payer(11)
techn16	technique(10)
attendre	attendant(1) attendez(10) attendre(2) attends(1)
maison	maison(4)
mutuel	mutuelle(4)
colloque	colloque(4)
informelle	informelle(3)
acces	acces(7)

present	presente(1) presents(5)
I_J	I_J(97)
different	differents(13)
oui	oui(77)
par	par(20)
spe	spe(2) spes(4)
autour	autour(4)
standard	standard(2) standardise(1) standards(1)
nancy	nancy(3)
œil	œil(3)
resoudre	resolvent(2) resoudre(2)
singulier	singulier(3)
souvent	souvent(6)
etre	etre(24)
I	I(51)
I_P	I_P(95)
sauf	sauf(5)
propre	propre(3)
gyneco	gyneco(5)
plutot	plutot(9)
ou	ou(46)
influer	influent(4)
plupart	plupart(2)
preferer	prefere(1) preferent(2)
solliciter	sollicite(2)
generalement	generalement(2)
clair	clair(4)
temps	temps(18)
aupres	aupres(4)
est-ce	est-ce(1) est-ce-que(28) est-ce-qui(1)
normal	normal(1) normale(1) normalement(6)
passer	passaient(1) passee(2) passent(9)
rester	reste(3) rester(2) restez(1)
hopital	hopital(4)
a-present	a-present(3)
chirurgi	chirurgicalement(1) chirurgie(2) chirurgien(1)
dependre	depend(5)
proposer	propose(1) proposent(1) proposez(1)
evidemment	evidemment(3)
connaissance	connaissance(2) connaissances(7)
fff	fff(2)
sous	sous(2)
avoir	avoir(19)
dedans	dedans(2)
oublie	oublie(2)

tarder	tarde(2)
respect	respecte(6) respectes(1)
attitude	attitude(5)
pratique	pratique(2)
expliquer	explique(2)
ah	ah(10)

Absences significatives

Voici le vocabulaire significativement absent de la classe 1 en fonction du coefficient Phi.

Effectif : nombre d'unités textuelles de la classe contenant le mot ;

Total : nombre total d'unités textuelles classées contenant le mot ;

Percent : pourcentage du nombre d'unités textuelles de la classe contenant le mot.

Vocabulaire	Phi	Effectif	Total	Percent	Catégorie Grammaticale
qui	-0,11	18	223	8%	Démonstratifs, indéfinis et relatifs
me	-0,10	10	146	7%	Marqueurs de la personne (mots
il	-0,08	11	141	8%	Marqueurs de la personne (mots
lui	-0,08	0	32	0%	Marqueurs de la personne (mots
dans	-0,08	12	150	8%	Marqueurs d'une relation spatiale
faire	-0,09	19	209	9%	Verbes
medica	-0,08	2	58	3%	Formes reconnues mais non
savoir	-0,09	6	100	6%	Verbes modaux (ou susceptibles
parce-qu	-0,08	10	130	8%	Marqueurs d'une relation
par-rapport	-0,08	2	56	4%	Marqueurs d'une relation
a	-0,08	53	448	12%	Formes non reconnues
cette	-0,07	0	27	0%	Démonstratifs, indéfinis et relatifs
question	-0,08	1	41	2%	Noms
pas	-0,06	53	436	12%	Marqueurs d'une modalisation
truc	-0,07	0	26	0%	Noms
il-y-a	-0,06	4	64	6%	Démonstratifs, indéfinis et relatifs
jamais	-0,07	1	37	3%	Marqueurs d'une modalisation
pareil	-0,06	0	21	0%	Adjectifs et adverbes
penser	-0,06	4	63	6%	Verbes
pouvoir	-0,07	6	83	7%	Verbes modaux (ou susceptibles
soigner	-0,07	2	49	4%	Verbes
trouver	-0,07	1	35	3%	Verbes
je-crois	-0,07	0	25	0%	Marqueurs d'une modalisation
difficulte	-0,07	0	23	0%	Noms
on	-0,06	25	228	11%	Démonstratifs, indéfinis et relatifs
ont	-0,05	3	48	6%	Auxiliaires être et avoir (mots
dire	-0,06	8	97	8%	Noms
mais	-0,05	28	248	11%	Marqueurs d'une relation
suis	-0,05	11	117	9%	Auxiliaires être et avoir (mots
vers	-0,06	0	17	0%	Marqueurs d'une relation
celui	-0,06	0	17	0%	Démonstratifs, indéfinis et relatifs
chose	-0,06	5	72	7%	Noms
etude	-0,05	0	15	0%	Noms
grave	-0,06	0	20	0%	Adjectifs et adverbes
memes	-0,05	0	15	0%	Marqueurs d'une relation
quels	-0,05	0	15	0%	Démonstratifs, indéfinis et relatifs
sante	-0,06	5	68	7%	Noms

venir	-0,06	1	31	3%	Verbes
action	-0,06	1	31	3%	Formes reconnues mais non
en-cas	-0,06	0	17	0%	Marqueurs d'une relation
raison	-0,06	0	17	0%	Noms
etablir	-0,05	0	16	0%	Verbes
general	-0,06	0	19	0%	Noms
traiter	-0,05	1	27	4%	Verbes
confiant	-0,05	0	16	0%	Formes reconnues mais non
courrier	-0,06	0	18	0%	Noms
evenement	-0,06	0	18	0%	Noms
qualifier	-0,05	0	15	0%	Verbes
ressentir	-0,06	0	18	0%	Verbes
observance	-0,05	0	16	0%	Formes non reconnues
patholog16	-0,06	0	18	0%	Formes reconnues mais non
psycholog16	-0,06	0	18	0%	Formes reconnues mais non
t	-0,05	0	12	0%	Formes non reconnues
pff	-0,05	0	14	0%	Formes non reconnues
face	-0,05	0	14	0%	Noms
part	-0,05	0	12	0%	Noms
plan	-0,05	0	13	0%	Adjectifs et adverbes
sens	-0,05	0	14	0%	Noms
avant	-0,05	0	13	0%	Marqueurs d'une relation
ce-qu	-0,05	6	70	9%	Démonstratifs, indéfinis et relatifs
etait	-0,05	5	64	8%	Auxiliaires être et avoir (mots
suite	-0,05	0	12	0%	Noms
sujet	-0,05	0	13	0%	Adjectifs et adverbes
cancer	-0,05	0	14	0%	Noms
compte	-0,05	0	14	0%	Noms
malade	-0,05	0	14	0%	Adjectifs et adverbes
marque	-0,05	0	12	0%	Noms
quelle	-0,05	0	13	0%	Démonstratifs, indéfinis et relatifs
sentir	-0,05	1	24	4%	Verbes
ecouter	-0,05	0	12	0%	Verbes
famille	-0,05	1	25	4%	Noms
problem	-0,05	6	71	8%	Formes reconnues mais non
quelles	-0,05	0	13	0%	Démonstratifs, indéfinis et relatifs
symptom	-0,05	0	14	0%	Formes reconnues mais non
conduire	-0,05	0	12	0%	Verbes
decision	-0,05	0	14	0%	Formes reconnues mais non
etudiant	-0,05	0	14	0%	Noms
pourquoi	-0,05	1	24	4%	Marqueurs d'une relation
recevoir	-0,05	0	12	0%	Verbes
forcement	-0,05	1	25	4%	Adverbes en "ment"
confronter	-0,05	0	12	0%	Verbes
maintenant	-0,05	1	25	4%	Marqueurs d'une relation
participer	-0,05	0	14	0%	Verbes
surveillance	-0,05	0	14	0%	Noms

Catégories grammaticales

Voici la liste des catégories grammaticales en fonction de leur khi2 et leur effectif dans la classe 1.

Khi2 > 0 signifie une présence relative de la catégorie.

Khi2 < 0 signifie une absence relative de la catégorie.

Khi2 = 0 signifie que la présence de la catégorie dans la classe n'est pas significative.

Catégorie Grammaticale	Khi2	Effectif
Epoques/ Mesures	33	11
Adjectifs et adverbes	15	129
Mots en majuscules	8	168
Noms	4	402
Marqueurs d'une relation discursive (mots outils)	3	413
Formes reconnues mais non codées	3	217
Nombres	1	4
Mots outils non classés	0	37
Marqueurs d'une relation spatiale (mots outils)	0	50
Marqueurs d'une relation temporelle (mots outils)	0	47
Marqueurs d'une intensité (mots outils)	0	84
Auxiliaires être et avoir (mots outils)	0	248
Adverbes en "ment"	0	28
Couleurs	0	0
Famille	0	0
Interjections	0	133
Marqueurs d'une modalisation (mots outils)	-1	179
Marqueurs de la personne (mots outils)	-1	269
Verbes modaux (ou susceptibles de l'être)	-6	47
Verbes	-14	227
Démonstratifs, indéfinis et relatifs (mots outils)	-15	337

Unités textuelles de la classe 1

Ci-dessous la liste des unités textuelles (u.c.e) caractéristiques de la classe 1, triées par ordre d'importance (Phi) dans la classe et précédées de leur unité de contexte initiale (u.c.i) associée. On observe ainsi les formes les plus caractéristiques de la classe marquées par des parenthèses.

uce n° 320 Phi = 0,07 uci n° 1

I_J (comment) (et) (ou) (se) (passent) les (consultations) (chez) les (specialistes), euh un (colloque) (singulier) au (cabinet) (ou) une (consultation) de (couloir) euh, a la (maison), a l (exterieur) euh (ou)?

uce n° 552 Phi = 0,06

I_P (oui), (oui), (oui) ca m a l air assez (standardise) ouais. I_J (et) (comment) (se) (passe) le (reglement) des (honoraires)? I_P alors euh la (plupart) du (temps) euh le medecin ne (souhaite) pas (etre) euh (etre) (regle) euh j (ai) je (propose) le (reglement) (evidemment) euh (apres) (se) pose le probleme a l (hopital), (moi) je consulte plus a l (hopital) (ou) (meme) (si) le medecin ne (veut),

uce n° 990 Phi = 0,06

I_J parler (moi) un petit peu de vos (consultations) (aupres) des (specialistes), (comment) ca (se) (passe) (quand) vous y allez, en (premiere) (intention)? I_P ben je prends un (rendez-vous) j (essaye) (d) (etre) a l heure, ca va (en-general) je j (explique) quand-meme mon (motif) de (consultation), je-pense que la-dessus c est peut-etre un peu mieux que les patients,

uce n° 87 Phi = 0,06

I_J avez vous l (impression) (d) (etre) (privilege) (par) votre (statut) de medecin (pour) (avoir) un (acces) (rapide) aux (specialistes)? I_P honnetement (oui), (oui) ca (depend) quel (specialiste), je dirais en (ophtalmo:) non;

uce n° 474 Phi = 0,06

I_J (as) tu l (impression) que les (differentes) (temps) de la (consultation) sont (presentes)? I_P (oui) (oui) (sur) euh (oui) ouais. I_J (comment) (se) (passe) le (reglement) des (honoraires)? I_P, rires, je (regle) pas les (honoraires).

uce n° 777 Phi = 0,06

(est-ce-que) vous avez l (impression) (d) (etre) (privilege) (par) votre (statut) de medecin (pour) (avoir) des (rendez-vous) (rapidement), (facilement) (aupres) des (specialistes)? I_P hum ff, plus (ou) moins ouais, c est (variable).

uce n° 86 Phi = 0,06

I_J (comment) (et) (ou) (se) (passent) les (consultations)? euh au (cabinet) (de-maniere) (classique), (consultations) de (couloir), (autour) (d) un (cafe), a la (maison)? I_P de quoi, avec les (specialistes)? I_J avec les (specialistes). I_P ah non au (cabinet), non non, (quand) j y vais c est au (cabinet).

uce n° 212 Phi = 0,06

I_J (comment) (se) (passent) les (consultations)? (chez) votre generaliste? (chez) votre (specialiste)? I_P ah c est cool. I_J donc (est-ce-que) c est un (colloque) (classique) au (cabinet), une (consultation) de (couloir), (autour) (d) un (cafe)?

uce n° 370 Phi = 0,06

I_J (comment) (et) (ou) (se) (passent) les (consultations)? (est-ce-que) ca (se) (passe) (de-maniere) (classique) au (cabinet) avec un (colloque) (singulier) (ou) (est-ce-que) c est une (consultation) de (couloir), (ou) (autour) (d) un (cafe) (ou) a la (maison) (si) c est des (amis) medecins?

uce n° 726 Phi = 0,06

I_J M, (d) accord. donc vous m aviez dit que vous avez (plutot) (recours) aux (specialistes) en (premiere) (intention). I_P (oui). I_J euh (est-ce-que) vous avez l (impression) que euh vous (etes) (privilege) (par) votre (statut) de medecin (pour) (avoir) des (rendez-vous) (rapides) euh (rapidement), (facilement).

uce n° 318 Phi = 0,06

I_J tres (bien). avez vous (recours) aux (specialistes) en (premiere) (ou) (deuxieme) (intention)? I_P euh j (ai) (recours) aux (specialistes) parfois en (deuxieme) (intention). I_J (est-ce-que) vous avez l (impression) (d) (etre) (privilee) (par) votre (statut) de medecin (pour) (avoir) un (recours) (facile) (et) (rapide) aux (specialistes)?

uce n° 548 Phi = 0,06

I_J euh donc vous avez (recours) aux (specialistes) (d) emblee (ou) (plutot) en (deuxieme) (intention)? I_P D emblee. I_J (est-ce-que) vous avez l (impression) (d) (etre) (privilee) (par) votre (statut) de medecin (pour) (accéder) (facilement) (et) (rapidement) aux (consultations) de (specialistes)?

uce n° 672 Phi = 0,05

I_J D accord. (est-ce-que) donc vous avez (recours) aux (specialistes) en (premiere) (intention)? I_P ben (si) j (ai) (recours) a un medecin (oui) ce sera un (specialiste) en (premiere) (intention) parce-que, (moi) j (ai) fait ben prise de sang (et) puis je vous dis (gyneco) euh qui est je dirais le systematique de toute femme jeune (apres) le (reste),

uce n° 319 Phi = 0,05

I_P (en-general) (oui), (oui), nos confreres nous nous prennent non pas avec des horaires particuliers mais peut-etre un peu plus (rapidement). I_J D accord, qu (attendez) vous des (specialistes:) un diagnostic (precis), un (acte) (technique)? I_P euh la c est, dans le cas auquel je-pense c etait un (acte) (technique).

uce n° 159 Phi = 0,05

I_J avez vous l (impression) que les (differentes) (temps) de la (consultation) sont respectes? I_P absolument, (oui) (oui). I_J donc on l a (deja) un petit peu (evoque) tout a l heure euh (comment) (se) (passe) le (reglement) des (honoraires)? I_P (et) (bien) (jusqu) (a-present) mes confreres ne m ont pas demande (d) (honoraires).

uce n° 378 Phi = 0,05

I_J (et) (comment) (se) (passe) le (reglement) des (honoraires)? I_P ben ca (depend) (en-general) (moi) je demande a (payer), (souvent) on me fait pas (payer) bon ben j (insiste) pas plus que ca mais enfin (si) on me fait (payer),

uce n° 549 Phi = 0,05

I_P (evidemment) (oui), c est beaucoup plus (rapide)! I_J (et) qu (est-ce-que) vous (attendez) des (consultations) (specialistes)? I_P ben qu elles (resolvent) un probleme que je n arrive pas a (resoudre) (moi) (meme) (ou) un suivi euh (essentiellement) gynecologique par-exemple c est actuellement le seul (recours) aux (specialistes) en fait.

uce n° 832 Phi = 0,05

j (ai) jete un (œil) (dedans) dans l annee 2011 c est (sur). I_J D accord. vous avez (recours) aux (specialistes) en (premiere) (intention) donc? I_P (oui). je fais pas ca (pour) mes patients (hein) enfin je mais en-meme-temps euh bon euh (oui) j (ai) (recours) aux (specialistes) en (premiere) (intention) c est (clair).

uce n° 1010 Phi = 0,05

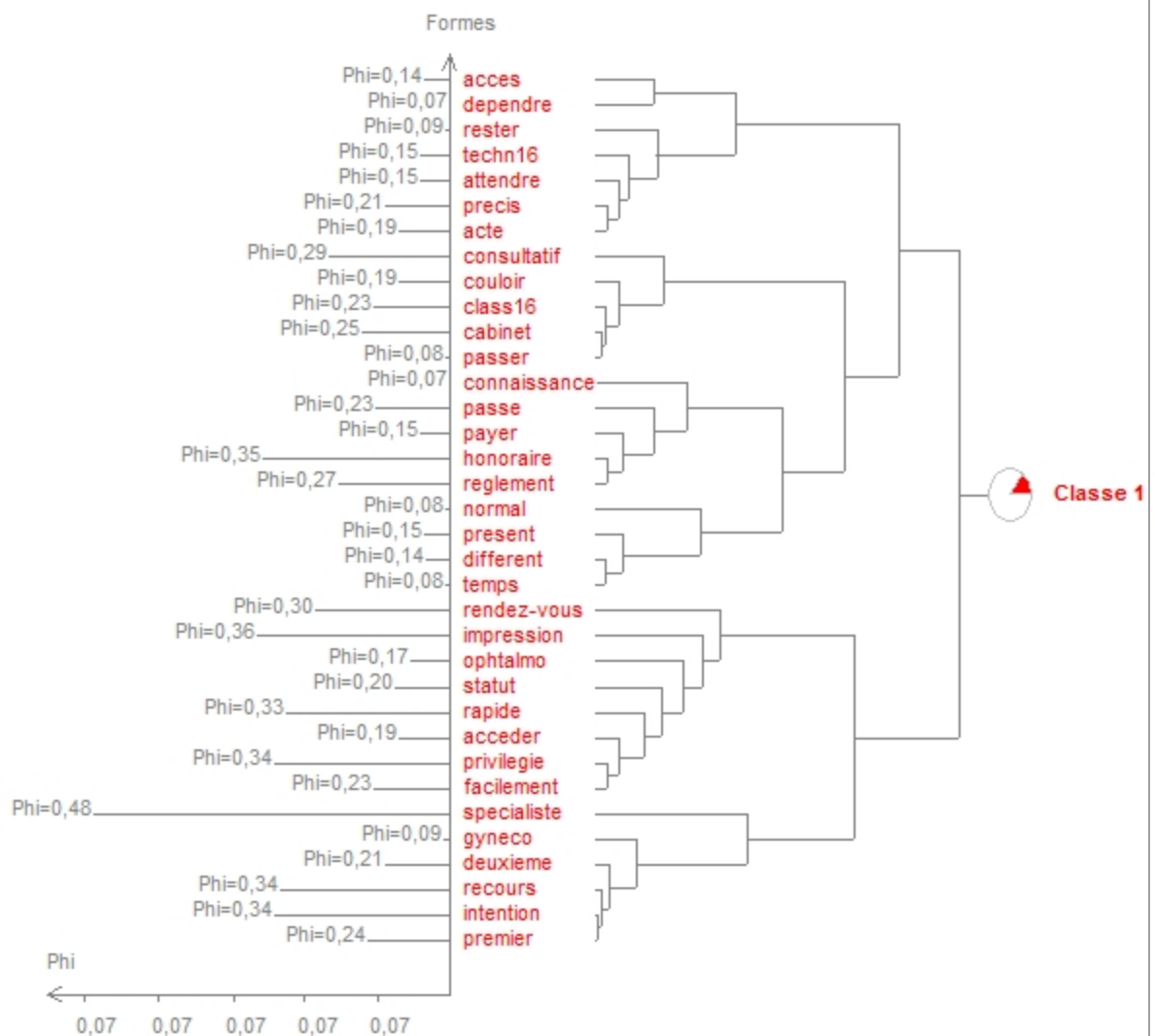
I_P euh (oui) a-cause de a-cause de (moi) mais pas a-cause des (spes), les (spes) habituellement (essayent) de (essayent) (d) abreger, (oui). I_J (et) (comment) ca (se) (passe) (pour) le (reglement) des (honoraires)? I_P ben (en-general) on (leur), (on-dit) aux (spes) que bon on a une secu (et) une (mutuelle) (et) que on tient a (regler) comme tout le monde.

uce n° 735 Phi = 0,05

I_J mm, (d) accord. (et) donc vous avez l (impression) que les (differentes) (temps) de la (consultation) sont (presents)? I_P (oui), (oui), (oui). je-pense que c est une (consultation) enfin a chaque fois que j (ai) (sollicite) une un confrere (specialiste) c etait une (consultation) comme elle doit (se) faire euh (normalement) avec n importe quel patient lambda.

Classification Ascendante Hiérarchique

La classification ascendante est un résultat complémentaire et une aide à la représentation des relations locales entre formes d'une même classe. Vous trouverez ci-dessous l'arbre de la classification ascendante pour la classe 1 ; on observe les paquets d'aggrégation de formes ainsi que le Phi de chaque forme dans la classe.



Remarque : Cette classification est obtenue à partir de 50 formes analysées, elle ne peut pas être comparée avec un arbre obtenu avec un nombre de mots différent.

Résultats de la classe n°2

Présences significatives

Voici le vocabulaire caractéristique (formes réduites) de la classe 2 en fonction du coefficient Phi.
 Effectif 1 : effectif réel du mot dans la classe ;
 Effectif 2 : nombre d'unités textuelles de la classe contenant le mot ;
 Total : nombre total d'unités textuelles classées contenant le mot ;
 Percent : pourcentage du nombre d'unités textuelles de la classe contenant le mot.

Vocabulaire	Phi	Effectif 1	Effectif 2	Total	Percent	Catégorie Grammaticale
evenement	0,41	24	18	18	100%	Noms
etablir	0,38	16	16	16	100%	Verbes
observance	0,38	17	16	16	100%	Formes non reconnues
prescri	0,33	20	17	22	77%	Formes reconnues mais non
quel	0,31	23	17	24	71%	Démonstratifs, indéfinis et
ete	0,31	41	32	71	45%	Auxiliaires être et avoir (mots
objet	0,30	10	10	10	100%	Noms
face	0,30	12	12	14	86%	Noms
suite	0,30	11	11	12	92%	Noms
marque	0,30	12	11	12	92%	Noms
surveillance	0,30	14	12	14	86%	Noms
auquel	0,28	11	10	11	91%	Démonstratifs, indéfinis et
recu	0,27	9	8	8	100%	Adjectifs et adverbes
realiser	0,27	9	9	10	90%	Verbes
confronter	0,27	10	10	12	83%	Verbes
courrier	0,25	17	12	18	67%	Noms
delai	0,25	21	18	36	50%	Noms
preconiser	0,23	6	6	6	100%	Verbes
traitement	0,23	15	12	20	60%	Noms
auto	0,23	9	7	8	88%	Noms
quelle	0,22	9	9	13	69%	Démonstratifs, indéfinis et
diagnostic	0,20	21	18	46	39%	Noms
I P	0,20	95	72	376	19%	Mots en majuscules
avez	0,19	39	33	123	27%	Auxiliaires être et avoir (mots
copie	0,19	5	5	6	83%	Noms
emblee	0,19	5	5	6	83%	Formes non reconnues
scanner	0,19	4	4	4	100%	Formes non reconnues
concernant	0,18	7	7	11	64%	Marqueurs d'une relation
I J	0,18	97	67	357	19%	Mots en majuscules
arret	0,16	4	3	3	100%	Noms
autoprescriptio	0,16	4	3	3	100%	Formes non reconnues
medica	0,16	19	18	58	31%	Formes reconnues mais non
maintenant	0,15	10	10	25	40%	Marqueurs d'une relation
vous	0,14	99	59	326	18%	Marqueurs de la personne
sante	0,14	24	19	68	28%	Noms
aigue	0,14	4	4	6	67%	Adjectifs et adverbes

respect	0,14	7	6	12	50%	Noms
L	0,13	3	3	4	75%	Mots en majuscules
rendu	0,13	3	3	4	75%	Noms
respecter	0,13	3	3	4	75%	Verbes
neurologue	0,13	3	3	4	75%	Formes non reconnues
diverticulose	0,13	3	3	4	75%	Formes non reconnues
examen	0,12	11	10	31	32%	Noms
l	0,11	51	39	206	19%	Formes non reconnues
eu	0,11	19	18	74	24%	Auxiliaires être et avoir (mots
avait	0,12	11	9	27	33%	Auxiliaires être et avoir (mots
epoque	0,11	4	4	8	50%	Noms
repos	0,11	3	3	5	60%	Noms
cardio	0,11	4	3	5	60%	Formes non reconnues
non	0,10	56	33	177	19%	Marqueurs d'une modalisation
observer	0,10	2	2	3	67%	Verbes
quasiment	0,10	2	2	3	67%	Adverbes en "ment"
intéresser	0,10	2	2	3	67%	Verbes
mm	0,09	8	5	14	36%	Mots outils non classés
compte	0,09	5	5	14	36%	Noms
a	0,09	148	67	448	15%	Formes non reconnues
donc	0,08	43	34	196	17%	Marqueurs d'une relation
ORL	0,08	2	2	4	50%	Mots en majuscules
ses	0,07	4	3	8	38%	Marqueurs de la personne
echo	0,08	2	2	4	50%	Noms
moyen	0,07	3	3	8	38%	Noms
gastro	0,08	2	2	4	50%	Formes non reconnues
sortir	0,08	2	2	4	50%	Verbes
écouter	0,08	4	4	12	33%	Verbes
ensuite	0,08	2	2	4	50%	Marqueurs d'une relation
migraine	0,08	3	2	4	50%	Noms
recevoir	0,08	5	4	12	33%	Verbes
hypertension	0,08	2	2	4	50%	Formes non reconnues
m	0,07	15	15	77	19%	Formes non reconnues
ah	0,07	10	9	39	23%	Interjections
oui	0,07	33	33	200	17%	Marqueurs d'une modalisation
elle	0,06	6	6	24	25%	Marqueurs de la personne
gros	0,06	3	3	9	33%	Adjectifs et adverbes
avant	0,07	4	4	13	31%	Marqueurs d'une relation
début	0,06	2	2	5	40%	Noms
chaque	0,06	2	2	5	40%	Démonstratifs, indéfinis et
habitu	0,06	3	3	9	33%	Formes reconnues mais non
quoiqu	0,06	2	2	5	40%	Marqueurs d'une relation
retard	0,06	2	2	5	40%	Noms
pendant	0,06	3	3	9	33%	Marqueurs d'une relation
chroniqu	0,06	2	2	5	40%	Formes reconnues mais non
hospitali	0,06	3	3	9	33%	Formes reconnues mais non

minimiser	0,06	2	2	5	40%	Verbes
D	0,05	16	16	91	18%	Mots en majuscules
jour	0,06	5	5	20	25%	Noms
avoir	0,05	13	13	71	18%	Auxiliaires être et avoir (mots
accord	0,05	16	16	91	18%	Noms
jamais	0,06	8	8	37	22%	Marqueurs d'une modalisation
penser	0,06	12	12	63	19%	Verbes
complementa	0,06	3	3	10	30%	Formes reconnues mais non
A	0,05	2	2	6	33%	Mots en majuscules
et	0,05	55	55	389	14%	Marqueurs d'une relation
il	0,05	23	23	141	16%	Marqueurs de la personne
dur	0,05	2	2	6	33%	Adjectifs et adverbes
dans	0,05	24	24	150	16%	Marqueurs d'une relation
mois	0,05	3	3	11	27%	Noms
avais	0,05	7	7	34	21%	Auxiliaires être et avoir (mots
bonne	0,05	5	5	22	23%	Formes reconnues mais non
cadre	0,05	3	3	11	27%	Noms
pedale	0,05	2	2	6	33%	Noms
proche	0,05	2	2	6	33%	Adjectifs et adverbes
histoire	0,05	2	2	6	33%	Noms

Détail des présences significatives

Le tableau ci-dessous donne pour chaque forme réduite les formes complètes associées, ainsi que leur effectif dans la classe 2.

Forme réduite	Formes complètes associées
evenement	evenement(20) evenements(4)
etablir	etabli(16)
observance	observance(17)
prescri	prescription(7) prescriptions(2) prescrire(1) prescrits(1) prescrit(9)
quel	quel(23)
ete	ete(41)
objet	objet(10)
face	face(12)
suite	suite(11)
marque	marque(12)
surveillance	surveillance(14)
auquel	auquel(11)
recu	recu(8) recus(1)
realiser	realise(9)
confronter	confronte(6) confrontee(4)
courrier	courrier(17)
delai	delai(20) delais(1)
preconiser	preconisee(6)
traitement	traitement(13) traitements(2)
auto	auto(9)
quelle	quelle(9)
diagnostic	diagnostic(21)
I_P	I_P(95)
avez	avez(39)
copie	copie(5)
emblem	emblem(5)
scanner	scanner(4)
concernant	concernant(7)
I_J	I_J(97)
arret	arret(2) arrêts(2)
autoprescription	autoprescription(4)
medica	medical(12) medicamentuse(1) médicaments(6)
maintenant	maintenant(10)
vous	vous(99)
sante	sante(24)
aigue	aigue(4)
respect	respecte(6) respectes(1)
L	L(3)

rendu	rendu(3)
respecter	respectee(1) respectez(2)
neurologue	neurologue(3)
diverticulose	diverticulose(3)
examen	examens(11)
l	l(51)
eu	eu(19)
avait	avait(11)
epoque	epoque(4)
repos	repos(3)
cardio	cardio(4)
non	non(56)
observer	observant(1) observe(1)
quasiment	quasiment(2)
interessier	interesse(2)
mm	mm(8)
compte	compte(5)
a	a(148)
donc	donc(43)
ORL	ORL(2)
ses	ses(4)
echo	echo(2)
moyen	moyen(1) moyenne(2)
gastro	gastro(2)
sortir	sortais(2)
ecouter	ecoute(3) ecoutez(1)
ensuite	ensuite(2)
migraine	migraine(2) migraines(1)
recevoir	recevez(2) recois(3)
hypertension	hypertension(2)
m	m(15)
ah	ah(10)
oui	oui(77)
avant	avant(4)
avoir	avoir(19)

Absences significatives

Voici le vocabulaire significativement absent de la classe 2 en fonction du coefficient Phi.

Effectif : nombre d'unités textuelles de la classe contenant le mot ;

Total : nombre total d'unités textuelles classées contenant le mot ;

Percent : pourcentage du nombre d'unités textuelles de la classe contenant le mot.

Vocabulaire	Phi	Effectif	Total	Percent	Catégorie Grammaticale
est	-0,16	34	437	8%	Auxiliaires être et avoir (mots
medecin	-0,16	7	203	3%	Formes reconnues mais non
aller	-0,14	9	202	4%	Verbes
parce-qu	-0,12	4	130	3%	Marqueurs d'une relation
mais	-0,12	16	248	6%	Marqueurs d'une relation
pas	-0,12	39	436	9%	Marqueurs d'une modalisation
ne	-0,11	1	77	1%	Marqueurs d'une modalisation
si	-0,11	6	138	4%	Marqueurs d'une relation
faire	-0,11	13	209	6%	Verbes
c	-0,10	35	389	9%	Formes non reconnues
ou	-0,10	10	171	6%	Marqueurs d'une relation
se	-0,11	4	112	4%	Marqueurs de la personne (mots
sont	-0,09	2	74	3%	Auxiliaires être et avoir (mots
plus	-0,08	10	150	7%	Marqueurs d'une intensité (mots
voir	-0,08	8	133	6%	Verbes
besoin	-0,08	0	38	0%	Noms
quelqu	-0,09	0	42	0%	Démonstratifs, indéfinis et relatifs
qu	-0,07	48	465	10%	Démonstratifs, indéfinis et relatifs
nous	-0,08	0	34	0%	Marqueurs de la personne (mots
action	-0,07	0	31	0%	Formes reconnues mais non
specialiste	-0,07	5	93	5%	Noms
je	-0,07	44	428	10%	Marqueurs de la personne (mots
dire	-0,07	6	97	6%	Noms
fois	-0,07	1	41	2%	Noms
leur	-0,07	0	29	0%	Marqueurs de la personne (mots
enfin	-0,07	6	101	6%	Marqueurs d'une relation
temps	-0,07	3	66	5%	Noms
voila	-0,07	16	192	8%	Démonstratifs, indéfinis et relatifs
devoir	-0,07	0	27	0%	Verbes modaux (ou susceptibles
sentir	-0,06	0	24	0%	Verbes
statut	-0,07	0	27	0%	Noms
arriver	-0,07	2	55	4%	Verbes
traiter	-0,07	0	27	0%	Verbes
s	-0,06	3	58	5%	Formes non reconnues
ils	-0,06	2	48	4%	Marqueurs de la personne (mots
lui	-0,05	1	32	3%	Marqueurs de la personne (mots

moi	-0,06	10	131	8%	Marqueurs de la personne (mots
avis	-0,06	0	21	0%	Noms
etre	-0,06	5	77	6%	Auxiliaires être et avoir (mots
hein	-0,05	10	125	8%	Interjections
grave	-0,06	0	20	0%	Adjectifs et adverbess
moins	-0,06	1	34	3%	Marqueurs d'une intensité (mots
donner	-0,06	0	23	0%	Verbes
savoir	-0,06	7	100	7%	Verbes modaux (ou susceptibles
vouloir	-0,06	3	56	5%	Verbes modaux (ou susceptibles
peut-etre	-0,06	5	81	6%	Marqueurs d'une modalisation
ressentir	-0,05	0	18	0%	Verbes
difficulte	-0,06	0	23	0%	Noms
impression	-0,05	1	32	3%	Noms
quand-meme	-0,06	5	80	6%	Marqueurs d'une modalisation
psycholog16	-0,05	0	18	0%	Formes reconnues mais non
rendez-vous	-0,05	0	18	0%	Noms
en	-0,05	26	264	10%	Démonstratifs, indéfinis et relatifs
on	-0,05	22	228	10%	Démonstratifs, indéfinis et relatifs
bon	-0,05	13	150	9%	Mots outils non classés
mon	-0,05	5	73	7%	Marqueurs de la personne (mots
par	-0,05	4	64	6%	Marqueurs d'une relation
avec	-0,05	6	81	7%	Mots outils non classés
puis	-0,05	6	84	7%	Marqueurs d'une relation
quoi	-0,05	11	128	9%	Démonstratifs, indéfinis et relatifs
vers	-0,05	0	17	0%	Marqueurs d'une relation
etude	-0,05	0	15	0%	Noms
memes	-0,05	0	15	0%	Marqueurs d'une relation
quels	-0,05	0	15	0%	Démonstratifs, indéfinis et relatifs
cancer	-0,05	0	14	0%	Noms
charge	-0,05	1	28	4%	Noms
en-cas	-0,05	0	17	0%	Marqueurs d'une relation
malade	-0,05	0	14	0%	Adjectifs et adverbess
mettre	-0,05	0	15	0%	Verbes
passer	-0,05	2	40	5%	Verbes
raison	-0,05	0	17	0%	Noms
savoir	-0,05	0	14	0%	Noms
suivre	-0,05	5	73	7%	Verbes
cabinet	-0,05	0	16	0%	Noms
facteur	-0,05	0	15	0%	Noms
falloir	-0,05	4	63	6%	Verbes modaux (ou susceptibles
qualite	-0,05	0	14	0%	Noms
confiant	-0,05	0	16	0%	Formes reconnues mais non
decision	-0,05	0	14	0%	Formes reconnues mais non
deuxieme	-0,05	0	17	0%	Epoques/ Mesures
meilleur	-0,05	0	14	0%	Adjectifs et adverbess
generalis	-0,05	0	16	0%	Formes reconnues mais non

honoraire	-0,05	0	16	0%	Adjectifs et adverbes
intention	-0,05	0	15	0%	Noms
participer	-0,05	0	14	0%	Verbes
privilege	-0,05	0	15	0%	Adjectifs et adverbes
tout-a-fait	-0,05	0	15	0%	Marqueurs d'une modalisation

Catégories grammaticales

Voici la liste des catégories grammaticales en fonction de leur khi2 et leur effectif dans la classe 2.
 Khi2 > 0 signifie une présence relative de la catégorie.
 Khi2 < 0 signifie une absence relative de la catégorie.
 Khi2 = 0 signifie que la présence de la catégorie dans la classe n'est pas significative.

Catégorie Grammaticale	Khi2	Effectif
Mots en majuscules	43	172
Noms	18	356
Auxiliaires être et avoir (mots outils)	9	228
Couleurs	1	1
Marqueurs d'une modalisation (mots outils)	0	151
Marqueurs d'une relation spatiale (mots outils)	0	36
Marqueurs d'une relation temporelle (mots outils)	0	39
Démonstratifs, indéfinis et relatifs (mots outils)	0	309
Adverbes en "ment"	0	20
Famille	0	1
Interjections	0	110
Nombres	0	1
Formes reconnues mais non codées	0	147
Mots outils non classés	-1	26
Marqueurs de la personne (mots outils)	-1	212
Epoques/ Mesures	-2	0
Adjectifs et adverbes	-3	61
Verbes modaux (ou susceptibles de l'être)	-5	37
Marqueurs d'une relation discursive (mots outils)	-5	269
Marqueurs d'une intensité (mots outils)	-6	49
Verbes	-7	188

Unités textuelles de la classe 2

Ci-dessous la liste des unités textuelles (u.c.e) caractéristiques de la classe 2, triées par ordre d'importance (Phi) dans la classe et précédées de leur unité de contexte initiale (u.c.i) associée. On observe ainsi les formes les plus caractéristiques de la classe marquées par des parenthèses.

uce n° 791 Phi = 0,08 uci n° 1

(maintenant) (face) (a) un (evenement) de (sante) (auquel) (vous) (avez) (ete) (confronte) et qui (vous) (a) (marque), (euh) qui (a) (etabli) le (diagnostic) et (dans) (quel) (delai)? (I_P) (euh) (donc) (euh) (l) (evenement) qui (m) (a) (marque) (euh) le (diagnostic) (euh) c (etait) un (neurologue) voila pour une (migraine) accompagnee et c (etait) (euh) le (diagnostic) (il) (etait) (pendant) (euh) une crise de (migraine) accompagnee en (fait), c (etait) au telephone, rires, oui.

uce n° 336 Phi = 0,08

(I_J) et (vous) (avez) (respecte) la (surveillance) aussi (preconisee)? (I_P) oui oui (il) (m) (avait) demande de repasser 15 (jours) apres, j ai (respecte), voila oui oui. (I_J) (pensez) (vous) avoir (fait) (l) (objet) d un (courrier) (medical) et en (avez) (vous) (recu) une (copie)?

uce n° 167 Phi = 0,07

(maintenant) (face) (a) un (evenement) de (sante) (auquel) (vous) (avez) (ete) (confronte) et qui (vous) (a) (marque) qui (a) (etabli) le (diagnostic) et (dans) (quel) (delai)? (I_P) en (fait) (euh) je (euh) la (seule) chose que j ai (eu) de particulier ca (avait) (ete) une pousse de (diverticulose) (colique) avec une (douleur), depuis que je (suis) installe, avec une (douleur) (relativement) intense,

uce n° 241 Phi = 0,07

(I_J) (D) (accord), (donc) (maintenant) (face) (a) un (evenement) de (sante) (auquel) (vous) (avez) (ete) (confronte) et qui (vous) (a) (marque), qui (a) (etabli) le (diagnostic) et (dans) (quel) (delai)?

uce n° 330 Phi = 0,07

(euh) (maintenant) (face) (a) un (evenement) de (sante) (auquel) (vous) (avez) (ete) (confrontee) et qui (vous) (a) (marque), qui (a) (etabli) le (diagnostic) et (dans) (quel) (delai)? (I_P), (blanc), alors en-general, enfin la pour pour (l) (evenement) (auquel) je-pense, (euh) c (etait) (donc) des sinusites (chroniques) sur une deviation septale avec (euh) (euh) une hypertrophie (euh) des cornets (euh) bon j (avais) pose le (diagnostic),

uce n° 562 Phi = 0,07

en rendre (compte). (I_J) (maintenant) (donc) (face) (a) un (evenement) de (sante) (auquel) (vous) (avez) (ete) (confrontee) et qui (vous) (a) (marque), comment ca s est passe, qui (a) (etabli) le (diagnostic), (dans) (quel) (delai)?

uce n° 395 Phi = 0,07

voila, c est tout? (I_J) (maintenant) (donc) (face) (a) un (evenement) de (sante) (auquel) (vous) (avez) (ete) (confrontee) et qui (vous) (a) (marquee), qui (a) (etabli) le (diagnostic) et (dans) (quel) (delai)?

uce n° 491 Phi = 0,07

(I_J) tres bien (maintenant) (face) (a) un (evenement) de (sante) (auquel) tu as (ete) (confronte) et qui t (a) (marque), qui (a) (etabli) le (diagnostic) et (dans) (quel) (delai), (quel) stade?

uce n° 798 Phi = 0,07

(I_J) (D) (accord). (pensez) (vous) avoir (fait) (l) (objet) (a) (ce) moment la d un (courrier) (medical)? (I_P) (euh) (ff) (ouais) ben j ai mon (compte) (rendu) de (scanner) quoi (ouais) (m) qui (a) (ete) (euh) envoye aussi au (neurologue) oui.

uce n° 945 Phi = 0,07

(I_P) (euh) au depart j ai (minimise) et mais (comme) ca durait (euh) je me (suis) posee des-questions, rires. (I_J) est-ce-que (vous) (avez) d (emilee) (realise) une (auto) (prescription) d (examens) ou de (medicaments)?

uce n° 108 Phi = 0,07

(I_J) (avez) (vous) (realise) la (surveillance) (preconisee)? (I_P) oui. (I_J) (pensez) (vous) avoir (fait) (l) (objet) d un (courrier) (medical)? (I_P) oui puisque que je (l) ai (recu), je-pense puisque je (l) ai (recu), rires, (I_J) (pensez) (vous) etre un patient (comme) les autres?

uce n° 745 Phi = 0,07

je-pense qu (il) est (dans) la (moyenne) (non) honnetement on en (a) (jamais) vraiment trop (discute).

(I_J) (D) (accord). (maintenant) (face) (a) un (evenement) de (sante) (auquel) (vous) (avez) (ete) (confronte) et qui (vous) (a) (marque), qui (a) (etabli) le (diagnostic) et (dans) (quel) (delai)? (I_P) pour moi meme?

uce n° 942 Phi = 0,07

(maintenant) (face) (a) un (evenement) de (sante) qui (vous) (a) (marque), (euh) qui (a) (etabli) le (diagnostic) et (dans) (quel) (delai)? (I_P) (euh) pour tout (vous) avouer j ai (jamais) (eu) d evene d (evenement) de (sante).

uce n° 37 Phi = 0,06

(I_J) (ensuite) (par-rapport) (a) un (evenement) de (sante) (auquel) (vous) (avez) (ete) (confronte) et qui (vous) (a) (marque) qui (a) (etabli) le (diagnostic) et (dans) (quel) (delai)? (I_P) alors le dernier (evenement) de (sante) vraiment un petit peu embetant que j ai (eu) ca (remonte) (justement) (a) la premiere annee d (installation), j ai (fait), j en (avais) deja (fait) un (episode) un petit peu (avant), j ai (fait) un probleme de (pericardite) recidivante,

uce n° 45 Phi = 0,06

(comme) je (n) ai (jamais) (eu) de probleme vraiment tres (mechant), (donc) on peut pas dire, mais (non) je-pense que je (suis) assez objectif. (I_J) (avez) (vous) (realise) d (emblée) une (auto) (prescription), que (ce) soit des (examens) (complementaires), des (medicaments)? (I_P) pour (l) (histoire) d il-y-a 20 ans la?

uce n° 634 Phi = 0,06

(I_J) (face) (a) un (evenement) de (sante) qui (vous) (a) (marque), qui (a) (etabli) le (diagnostic) et (dans) (quel) (delai)? (I_P) pour moi ou pour ma famille? (I_J) pour (vous). (I_P) pour moi. (euh) je (vous) dis j ai pas (eu) (euh) de probleme de de (sante) (euh) qui ont (necessite) des (examens) (specialises), (a) part les (examens) de medecine preventive, (quoique) (l) exemple est pas bon hein, (ouais).

uce n° 950 Phi = 0,06

en temps. (I_J) et (vous) (avez) (ecoute) (ses) (conseils) (a) (ce) niveau la? (I_P) (non). (I_J) pas vraiment? (I_P) (ah) (non), sur ca c est trop difficile. (I_J) est-ce-que (vous) (pensez) avoir (fait) (l) (objet) d un (courrier) (medical) et si oui, est-ce-que (vous) en (avez) (recu) une (copie), de la part du (cardio)?

uce n° 1016 Phi = 0,06

bon d autres (euh) d autres ca peut-etre fantaisiste (comme) moi, oui. (I_J) (D) (accord) (euh) (donc) ca on (a) un petit peu parle deja, (face) (a) un (evenement) qui (vous) (a) (marque), qui (a) (etabli) le (diagnostic) et (dans) (quel) (delai)?

uce n° 572 Phi = 0,06

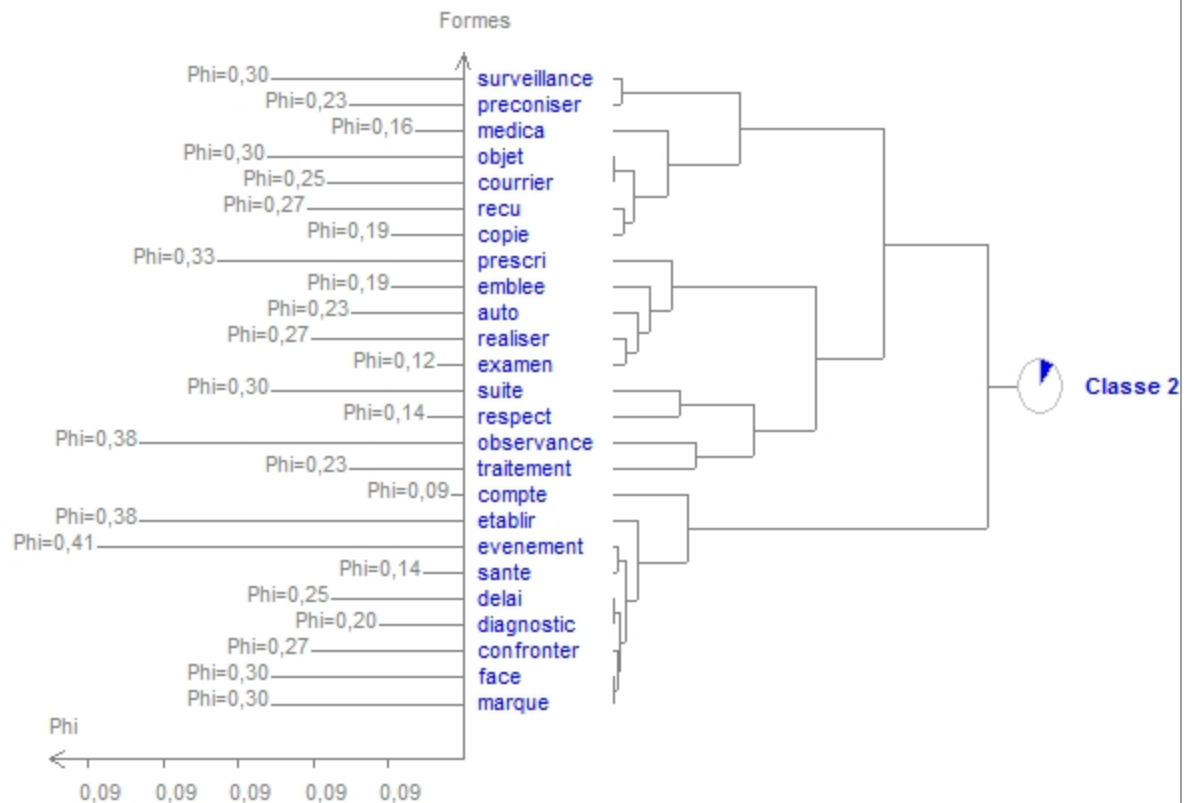
(I_J) (D) (accord). est-ce-que (vous) (pensez) avoir (fait) (l) (objet) d un (courrier) (medical)? et si oui est-ce-que (vous) en (recevez) une (copie)? (I_P) (non) pas pour ca (non).

uce n° 686 Phi = 0,06

mon autre collegue je sais qu (il) (a) deja (eu) des problemes de (sante) mais voila. (I_J) (D) (accord), (maintenant) (face) (a) un (evenement) de (sante) (auquel) (vous) (avez) (ete) (confrontee) et qui (vous) (a) (marquee) (euh) qui (a) e (etabli) le (diagnostic) et (dans) (quel) (delai)? (I_P) un (evenement) de (sante) pour moi personnellement?

Classification Ascendante Hiérarchique

La classification ascendante est un résultat complémentaire et une aide à la représentation des relations locales entre formes d'une même classe. Vous trouverez ci-dessous l'arbre de la classification ascendante pour la classe 2 ; on observe les paquets d'aggrégation de formes ainsi que le Phi de chaque forme dans la classe.



Remarque : Cette classification est obtenue à partir de 50 formes analysées, elle ne peut pas être comparée avec un arbre obtenu avec un nombre de mots différent.

Résultats de la classe n°3

Présences significatives

Voici le vocabulaire caractéristique (formes réduites) de la classe 3 en fonction du coefficient Phi.

Effectif 1 : effectif réel du mot dans la classe ;

Effectif 2 : nombre d'unités textuelles de la classe contenant le mot ;

Total : nombre total d'unités textuelles classées contenant le mot ;

Percent : pourcentage du nombre d'unités textuelles de la classe contenant le mot.

Vocabulaire	Phi	Effectif 1	Effectif 2	Total	Percent	Catégorie Grammaticale
parce-qu	0,16	135	116	130	89%	Marqueurs d'une relation
faire	0,15	250	177	209	85%	Verbes
pas	0,14	592	344	436	79%	Marqueurs d'une modalisation
mais	0,13	268	204	248	82%	Marqueurs d'une relation
aller	0,12	227	167	202	83%	Verbes
savoir	0,11	104	87	100	87%	Verbes modaux (ou
est	0,11	639	339	437	78%	Auxiliaires être et avoir (mots
lui	0,11	42	31	32	97%	Marqueurs de la personne
qui	0,10	254	180	223	81%	Démonstratifs, indéfinis et
dire	0,10	94	83	97	86%	Noms
action	0,10	39	30	31	97%	Formes reconnues mais non
difficulte	0,10	27	23	23	100%	Noms
me	0,10	157	121	146	83%	Marqueurs de la personne
voir	0,10	129	111	133	83%	Verbes
medecin	0,10	239	164	203	81%	Formes reconnues mais non
traiter	0,09	34	26	27	96%	Verbes
ne	0,09	72	66	77	86%	Marqueurs d'une modalisation
grave	0,09	22	20	20	100%	Adjectifs et adverbess
besoin	0,09	41	35	38	92%	Noms
soigner	0,09	57	44	49	90%	Verbes
ressentir	0,09	18	18	18	100%	Verbes
psycholog16	0,09	22	18	18	100%	Formes reconnues mais non
c	0,08	537	300	389	77%	Formes non reconnues
on	0,08	347	181	228	79%	Démonstratifs, indéfinis et
vers	0,09	19	17	17	100%	Marqueurs d'une relation
enfin	0,08	109	84	101	83%	Marqueurs d'une relation
etude	0,08	15	15	15	100%	Noms
memes	0,08	15	15	15	100%	Marqueurs d'une relation
quels	0,08	16	15	15	100%	Démonstratifs, indéfinis et
en-cas	0,09	20	17	17	100%	Marqueurs d'une relation
il-y-a	0,08	64	55	64	86%	Démonstratifs, indéfinis et
raison	0,09	18	17	17	100%	Noms
sentir	0,09	23	23	24	96%	Verbes
trouver	0,08	38	32	35	91%	Verbes
confiant	0,08	17	16	16	100%	Formes reconnues mais non
je	0,08	688	328	428	77%	Marqueurs de la personne

avis	0,08	20	20	21	95%	Noms
fois	0,07	39	36	41	88%	Noms
plan	0,07	14	13	13	100%	Adjectifs et adverbess
truc	0,08	26	24	26	92%	Noms
sujet	0,07	13	13	13	100%	Adjectifs et adverbess
venir	0,07	31	28	31	90%	Verbes
cancer	0,08	17	14	14	100%	Noms
malade	0,08	22	14	14	100%	Adjectifs et adverbess
quelqu	0,08	37	37	42	88%	Démonstratifs, indéfinis et
famille	0,07	32	23	25	92%	Noms
general	0,07	21	18	19	95%	Noms
quelles	0,07	13	13	13	100%	Démonstratifs, indéfinis et
decision	0,08	15	14	14	100%	Formes reconnues mais non
je-crois	0,07	23	23	25	92%	Marqueurs d'une modalisation
question	0,07	42	36	41	88%	Noms
participer	0,08	14	14	14	100%	Verbes
ont	0,07	41	41	48	85%	Auxiliaires être et avoir (mots
soi	0,07	12	11	11	100%	Marqueurs de la personne
dire	0,06	94	95	118	81%	Verbes modaux (ou
puis	0,06	69	69	84	82%	Marqueurs d'une relation
celui	0,07	19	16	17	94%	Démonstratifs, indéfinis et
chose	0,07	67	60	72	83%	Noms
frein	0,07	12	11	11	100%	Noms
moins	0,07	37	30	34	88%	Marqueurs d'une intensité
notre	0,07	11	11	11	100%	Marqueurs de la personne
these	0,07	11	11	11	100%	Noms
voila	0,06	151	151	192	79%	Démonstratifs, indéfinis et
charge	0,07	25	25	28	89%	Noms
manque	0,06	10	10	10	100%	Noms
suivre	0,07	88	61	73	84%	Verbes
maladie	0,06	10	10	10	100%	Noms
conduire	0,07	12	12	12	100%	Verbes
declarer	0,07	13	11	11	100%	Verbes
personne	0,06	10	10	10	100%	Démonstratifs, indéfinis et
pourquoi	0,07	25	22	24	92%	Marqueurs d'une relation
peut-etre	0,07	79	67	81	83%	Marqueurs d'une modalisation
remarquer	0,06	10	10	10	100%	Verbes
profession	0,06	10	10	10	100%	Noms
qu	0,06	352	352	465	76%	Démonstratifs, indéfinis et
bon	0,05	118	118	150	79%	Mots outils non classés
etc	0,06	19	19	21	90%	Formes non reconnues
aura	0,06	8	8	8	100%	Auxiliaires être et avoir (mots
ceux	0,05	7	7	7	100%	Démonstratifs, indéfinis et
gene	0,05	7	7	7	100%	Noms
peur	0,05	7	7	7	100%	Noms
pres	0,06	8	8	8	100%	Marqueurs d'une relation

sein	0,05	7	7	7	100%	Noms
sens	0,06	13	13	14	93%	Noms
sont	0,05	60	60	74	81%	Auxiliaires être et avoir (mots
autre	0,06	94	94	118	80%	Démonstratifs, indéfinis et
bilan	0,05	7	7	7	100%	Noms
ce-qu	0,05	57	57	70	81%	Démonstratifs, indéfinis et
étant	0,05	7	7	7	100%	Auxiliaires être et avoir (mots
selon	0,06	9	9	9	100%	Marqueurs d'une relation
stage	0,06	9	9	9	100%	Noms
pareil	0,06	19	19	21	90%	Adjectifs et adverbess
savoir	0,06	104	13	14	93%	Noms
associe	0,06	9	9	9	100%	Noms
critere	0,06	8	8	8	100%	Noms
decider	0,06	8	8	8	100%	Verbes
facteur	0,06	14	14	15	93%	Noms
falloir	0,06	52	52	63	83%	Verbes modaux (ou
ident16	0,05	7	7	7	100%	Formes reconnues mais non
laisser	0,06	9	9	9	100%	Verbes
liberal	0,06	9	9	9	100%	Adjectifs et adverbess
mauvais	0,06	8	8	8	100%	Adjectifs et adverbess
rentrer	0,05	7	7	7	100%	Verbes
silence	0,06	9	9	9	100%	Noms
attentif	0,06	8	8	8	100%	Adjectifs et adverbess
au-moins	0,06	8	8	8	100%	Marqueurs d'une relation
demarche	0,05	7	7	7	100%	Noms
etudiant	0,06	13	13	14	93%	Noms
hygien16	0,06	8	8	8	100%	Formes reconnues mais non
meilleur	0,06	13	13	14	93%	Adjectifs et adverbess
orienter	0,06	8	8	8	100%	Verbes
repondre	0,06	8	8	8	100%	Verbes
difficile	0,06	18	18	20	90%	Adjectifs et adverbess
permettre	0,05	7	7	7	100%	Verbes
influencer	0,06	8	8	8	100%	Verbes
patientele	0,05	7	7	7	100%	Formes non reconnues
an	0,05	34	34	41	83%	Noms
ma	0,05	42	42	51	82%	Marqueurs de la personne
mon	0,05	59	59	73	81%	Marqueurs de la personne
main	0,05	6	6	6	100%	Noms
aimer	0,05	6	6	6	100%	Verbes
allee	0,05	6	6	6	100%	Noms
tiens	0,05	6	6	6	100%	Marqueurs de la personne
des-qu	0,05	16	16	18	89%	Démonstratifs, indéfinis et
devoir	0,05	23	23	27	85%	Verbes modaux (ou
donner	0,05	20	20	23	87%	Verbes
serait	0,05	6	6	6	100%	Auxiliaires être et avoir (mots
vill23	0,05	6	6	6	100%	Formes reconnues mais non

certain	0,05	11	11	12	92%	Démonstratifs, indéfinis et
patient	0,05	98	98	124	79%	Formes reconnues mais non
serieux	0,05	6	6	6	100%	Adjectifs et adverbes
adresser	0,05	6	6	6	100%	Verbes
ensemble	0,05	6	6	6	100%	Noms
antecedent	0,05	6	6	6	100%	Formes reconnues mais non
dietetique	0,05	6	6	6	100%	Formes non reconnues
faire-part	0,05	6	6	6	100%	Formes non reconnues
quand-meme	0,05	64	64	80	80%	Marqueurs d'une modalisation

Détail des présences significatives

Le tableau ci-dessous donne pour chaque forme réduite les formes complètes associées, ainsi que leur effectif dans la classe 3.

Forme réduite	Formes complètes associées
parce-qu	parce-que(135)
faire	faire(122) fais(64) faisait(4) faites(19) fasse(5) fassent(1) fasses(2) fera(3)
pas	pas(592)
mais	mais(268)
aller	aille(4) allaient(1) allais(2) allait(3) alle(5) aller(60) allez(11) alliez(1) irai(1)
savoir	sachant(1) sais(68) sait(9) saurais(3) sauriez(11) savais(10) savez(1) su(1)
est	est(639)
lui	lui(42)
qui	qui(254)
dire	dire(94)
action	acteur(17) acteurs(1) actif(2) action(2) activite(5) activites(3) actrice(9)
difficulte	difficulte(5) difficultes(22)
me	me(157)
voir	verras(1) verrez(1) voient(1) voir(88) vois(12) voit(11) voyais(1) voyez(4) vu(10)
medecin	medecin(131) medecine(27) medecins(81)
traiter	traitant(33) traitants(1)
ne	ne(72)
grave	grave(15) graves(7)
besoin	besoin(41)
soigner	soigne(15) soignent(2) soigner(21) soignes(5) soignez(14)
ressentir	ressens(3) ressent(1) ressentez(13) ressentis(1)
psycholog16	psychologie(1) psychologique(10) psychologiquement(1) psychologiques(8)
c	c(537)
on	on(347)
vers	vers(19)
enfin	enfin(109)
etude	etude(12) etudes(3)
memes	memes(15)
quels	quels(16)
en-cas	en-cas(20)
il-y-a	il-y-a(64)
raison	raison(6) raisons(12)
sentir	sent(2) sentais(1) sentez(14) sentir(5) sentiriez(1)
trouver	trouvais(2) trouve(26) trouvent(1) trouver(7) trouvez(2)
confiant	confiance(17)
je	je(688)
avis	avis(20)
fois	fois(39)

plan	plan(14)
truc	truc(21) trucs(5)
sujet	sujet(13)
venir	venais(1) venait(2) veniez(1) venir(1) venu(2) viendra(1) viendrait(1) viennent(7)
cancer	cancer(13) cancers(4)
malade	malade(20) malades(2)
famille	famille(32)
general	general(1) generale(18) generales(1) generaux(1)
quelles	quelles(13)
decision	decision(13) decisions(2)
je-crois	je-crois(23)
question	question(26) questions(16)
participer	participent(1) participer(13)
soi	soi(12)
dire	dire(94)
celui	celui(19)
chose	chose(10) choses(57)
frein	frein(4) freins(8)
moins	moins(37)
notre	notre(11)
these	these(8) theses(3)
suivre	suit(3) suivait(1) suivent(1) suivi(70) suivie(2) suivis(3) suivre(7) suivrez(1)
conduire	conduisent(1) conduit(11)
declarer	declare(13)
pourquoi	pourquoi(25)
peut-etre	peut-etre(79)
savoir	sachant(1) sais(68) sait(9) saurais(3) sauriez(11) savais(10) savez(1) su(1)

Absences significatives

Voici le vocabulaire significativement absent de la classe 3 en fonction du coefficient Phi.

Effectif : nombre d'unités textuelles de la classe contenant le mot ;

Total : nombre total d'unités textuelles classées contenant le mot ;

Percent : pourcentage du nombre d'unités textuelles de la classe contenant le mot.

Vocabulaire	Phi	Effectif	Total	Percent	Catégorie Grammaticale
specialiste	-0,32	32	93	34%	Noms
avez	-0,27	56	123	46%	Auxiliaires être et avoir (mots
consultatif	-0,25	16	52	31%	Adjectifs et adverbes
evenement	-0,25	0	18	0%	Noms
prescri	-0,24	2	22	9%	Formes reconnues mais non
I_J	-0,24	220	357	62%	Mots en majuscules
quel	-0,24	3	24	13%	Démonstratifs, indéfinis et relatifs
rapide	-0,24	4	26	15%	Formes reconnues mais non
recours	-0,24	1	19	5%	Noms
etablir	-0,24	0	16	0%	Verbes
honoraire	-0,24	0	16	0%	Adjectifs et adverbes
impression	-0,24	7	32	22%	Noms
observance	-0,24	0	16	0%	Formes non reconnues
I_P	-0,23	236	376	63%	Mots en majuscules
intention	-0,23	0	15	0%	Noms
privilegie	-0,23	0	15	0%	Adjectifs et adverbes
ete	-0,21	31	71	44%	Auxiliaires être et avoir (mots
auquel	-0,20	0	11	0%	Démonstratifs, indéfinis et relatifs
rendez-vous	-0,19	3	18	17%	Noms
objet	-0,19	0	10	0%	Noms
suite	-0,18	1	12	8%	Noms
marque	-0,18	1	12	8%	Noms
reglement	-0,18	1	12	8%	Noms
face	-0,18	2	14	14%	Noms
premier	-0,17	6	22	27%	Adjectifs et adverbes
traitement	-0,17	5	20	25%	Noms
surveillance	-0,18	2	14	14%	Noms
I	-0,17	125	206	61%	Formes non reconnues
delai	-0,17	14	36	39%	Noms
de-maniere	-0,17	2	13	15%	Marqueurs d'une relation
recu	-0,17	0	8	0%	Adjectifs et adverbes
diagnostic	-0,17	20	46	43%	Noms
oui	-0,16	122	200	61%	Marqueurs d'une modalisation
passe	-0,16	24	52	46%	Formes reconnues mais non
realiser	-0,16	1	10	10%	Verbes
cabinet	-0,15	4	16	25%	Noms

respect	-0,16	2	12	17%	Noms
confronter	-0,16	2	12	17%	Verbes
vous	-0,14	214	326	66%	Marqueurs de la personne (mots
emblee	-0,14	0	6	0%	Formes non reconnues
class16	-0,14	3	13	23%	Formes reconnues mais non
comment	-0,14	40	75	53%	Marqueurs d'une relation
facilement	-0,14	3	13	23%	Adverbes en "ment"
preconiser	-0,14	0	6	0%	Verbes
auto	-0,14	1	8	13%	Noms
precis	-0,13	2	10	20%	Adjectifs et adverbes
courrier	-0,14	6	18	33%	Noms
ophtalmo	-0,14	1	8	13%	Formes non reconnues
en-general	-0,14	7	20	35%	Marqueurs d'une relation
accéder	-0,13	0	5	0%	Verbes
couloir	-0,13	0	5	0%	Noms
acte	-0,12	1	7	14%	Noms
deuxieme	-0,12	6	17	35%	Epoques/ Mesures
quelle	-0,12	4	13	31%	Démonstratifs, indéfinis et relatifs
concernant	-0,12	3	11	27%	Marqueurs d'une relation
café	-0,12	0	4	0%	Noms
motif	-0,12	0	4	0%	Noms
scanner	-0,12	0	4	0%	Formes non reconnues
respecter	-0,12	0	4	0%	Verbes
diverticulose	-0,12	0	4	0%	Formes non reconnues
interrogatoire	-0,12	0	4	0%	Noms
copie	-0,11	1	6	17%	Noms
techn16	-0,11	4	12	33%	Formes reconnues mais non
statut	-0,10	13	27	48%	Noms
ah	-0,10	21	39	54%	Interjections
accès	-0,10	5	13	38%	Noms
arrêt	-0,10	0	3	0%	Noms
avoir	-0,10	42	71	59%	Auxiliaires être et avoir (mots
mutuel	-0,10	0	3	0%	Formes reconnues mais non
quasiment	-0,10	0	3	0%	Adverbes en "ment"
informelle	-0,10	0	3	0%	Formes non reconnues
solliciter	-0,10	0	3	0%	Verbes
autoprescription	-0,10	0	3	0%	Formes non reconnues
mm	-0,09	6	14	43%	Mots outils non classés
cardio	-0,09	1	5	20%	Formes non reconnues
maison	-0,09	1	5	20%	Noms
attendre	-0,09	17	32	53%	Verbes
colloque	-0,09	1	5	20%	Formes non reconnues
evidemment	-0,09	2	7	29%	Adverbes en "ment"
et	-0,09	270	389	69%	Marqueurs d'une relation
payer	-0,09	5	12	42%	Verbes
present	-0,08	4	10	40%	Formes reconnues mais non

different	-0,08	17	31	55%	Formes reconnues mais non
A	-0,08	2	6	33%	Mots en majuscules
L	-0,07	1	4	25%	Mots en majuscules
eu	-0,08	46	74	62%	Auxiliaires être et avoir (mots
ORL	-0,07	1	4	25%	Mots en majuscules
spe	-0,08	2	6	33%	Formes non reconnues
aigue	-0,08	2	6	33%	Adjectifs et adverbes
nancy	-0,07	1	4	25%	Formes non reconnues
rendu	-0,07	1	4	25%	Noms
autour	-0,08	2	6	33%	Marqueurs d'une relation spatiale
normal	-0,08	9	18	50%	Adjectifs et adverbes
oublie	-0,07	1	4	25%	Formes reconnues mais non
œil	-0,07	1	4	25%	Formes non reconnues
resoudre	-0,07	1	4	25%	Verbes
standard	-0,08	2	6	33%	Formes reconnues mais non
singulier	-0,07	1	4	25%	Adjectifs et adverbes
neurologue	-0,07	1	4	25%	Formes non reconnues
hypertension	-0,07	1	4	25%	Formes non reconnues
mois	-0,07	5	11	45%	Noms
examen	-0,07	18	31	58%	Noms
habitu	-0,07	4	9	44%	Formes reconnues mais non
rester	-0,06	9	17	53%	Verbes
maintenant	-0,07	14	25	56%	Marqueurs d'une relation
D	-0,06	60	91	66%	Mots en majuscules
m	-0,06	50	77	65%	Formes non reconnues
par	-0,06	41	64	64%	Marqueurs d'une relation
donc	-0,06	134	196	68%	Marqueurs d'une relation
apres	-0,05	38	59	64%	Marqueurs d'une relation
avait	-0,06	16	27	59%	Auxiliaires être et avoir (mots
repos	-0,06	2	5	40%	Noms
sante	-0,06	44	68	65%	Noms
accord	-0,06	60	91	66%	Noms
chaque	-0,06	2	5	40%	Démonstratifs, indéfinis et relatifs
on-dit	-0,06	2	5	40%	Démonstratifs, indéfinis et relatifs
propre	-0,06	2	5	40%	Adjectifs et adverbes
quoiqu	-0,06	2	5	40%	Marqueurs d'une relation
retard	-0,06	2	5	40%	Noms
conseil	-0,06	6	12	50%	Formes reconnues mais non
sourire	-0,06	15	26	58%	Noms
souvent	-0,05	7	13	54%	Marqueurs d'une relation
chirurgi	-0,06	3	7	43%	Formes reconnues mais non
chroniqu	-0,06	2	5	40%	Formes reconnues mais non
importer	-0,06	3	7	43%	Verbes
connaissance	-0,06	14	24	58%	Noms
se	-0,05	76	112	68%	Marqueurs de la personne (mots
sauf	-0,05	6	11	55%	Marqueurs d'une relation

avais	-0,05	21	34	62%	Auxiliaires être et avoir (mots
aviez	-0,05	1	3	33%	Auxiliaires être et avoir (mots
tenir	-0,05	1	3	33%	Verbes
epoque	-0,05	4	8	50%	Noms
est-ce	-0,05	78	115	68%	Démonstratifs, indéfinis et relatifs
plutot	-0,05	11	19	58%	Marqueurs d'une relation
strict	-0,05	1	3	33%	Adjectifs et adverbes
episode	-0,05	1	3	33%	Noms
plupart	-0,05	1	3	33%	Démonstratifs, indéfinis et relatifs
observer	-0,05	1	3	33%	Verbes
preferer	-0,05	1	3	33%	Verbes
remonter	-0,05	1	3	33%	Verbes
a-la-fois	-0,05	1	3	33%	Marqueurs d'une relation
necessite	-0,05	1	3	33%	Noms
interesser	-0,05	1	3	33%	Verbes
generalement	-0,05	1	3	33%	Adverbes en "ment"
correspondant	-0,05	1	3	33%	Noms
*ALC	-1,00	0	204	0	Formes non reconnues

Catégories grammaticales

Voici la liste des catégories grammaticales en fonction de leur khi2 et leur effectif dans la classe 3.
 Khi2 > 0 signifie une présence relative de la catégorie.
 Khi2 < 0 signifie une absence relative de la catégorie.
 Khi2 = 0 signifie que la présence de la catégorie dans la classe n'est pas significative.

Catégorie Grammaticale	Khi2	Effectif
Verbes	25	1499
Verbes modaux (ou susceptibles de l'être)	14	363
Démonstratifs, indéfinis et relatifs (mots outils)	14	2093
Marqueurs d'une intensité (mots outils)	3	443
Marqueurs de la personne (mots outils)	3	1464
Mots outils non classés	2	216
Marqueurs d'une modalisation (mots outils)	1	985
Marqueurs d'une relation spatiale (mots outils)	0	228
Marqueurs d'une relation temporelle (mots outils)	0	251
Marqueurs d'une relation discursive (mots outils)	0	1907
Adverbes en "ment"	0	127
Couleurs	0	2
Famille	0	4
Interjections	0	638
Nombres	0	12
Formes reconnues mais non codées	-1	938
Adjectifs et adverbes	-3	448
Auxiliaires être et avoir (mots outils)	-8	1130
Epoques/ Mesures	-12	6
Noms	-23	1721
Mots en majuscules	-51	586

Unités textuelles de la classe 3

Ci-dessous la liste des unités textuelles (u.c.e) caractéristiques de la classe 3, triées par ordre d'importance (Phi) dans la classe et précédées de leur unité de contexte initiale (u.c.i) associée. On observe ainsi les formes les plus caractéristiques de la classe marquées par des parenthèses.

uce n° 190 Phi = 0,03 uci n° 1

I_P (nom/) 1962, (je) vous (laisse) (faire) le calcul ca fait 49 malheureusement. euh (liberal) (en) (ville), (associe) depuis 1995, sonnerie. (voila) donc euh (these) (en) 1992, un (chien), une (femme), 3enfants. I_J rires. vous etes (maitre) de (stage)? I_P ouais, pour euh deux, les 4eme et 5eme annees.

uce n° 210 Phi = 0,03

(je) (ferais) (avec) vous ou (avec) n importe quel (patient) (qui) (vient). (je) (vais), (je) l (envoie) chez le cardiologue, (je) (me) suis (envoye) chez le cardiologue, j (en) ai (quand-meme) parle a (mon) (medecin) (traitant), hein, (qui) (est) au (courant).

uce n° 267 Phi = 0,03

(vais) (faire) (c) (est) tres simple, (je) (traverse) la (porte), (je) (vais) (en) parler a (mon) (associe) et (c) (est) (lui) (qui) prend la (decision) (parce-que) ca ca se (sent), (je) l ai fait, j avais un (truc) (qui) m inquietait a un (moment) (donne) (je) l ai fait,

uce n° 431 Phi = 0,03

(tout) (va) bien pour eux (mais) apres (ma) (fille) euh quand elle a (appris) ca (pff) euh (c) (est) (vraiment) le (truc) horrible (quoi). deja des condylomes (on) (en) (voit) (pas) souvent (en) (medecine) (generale) donc j (etais) (pas) (certaine) a 100%que (c) etait ca (mais) pour moi (c) etait (pas) des (hemorroides) hein (c) etait (evident) (que) (c) (en) etait.

uce n° 597 Phi = 0,03

(c) etait pour une assurance donc euh j ai un check up (voila) (mais) (autrement) (c) (est) assez aleatoire. (je) (fais) (pas) de (suivi) euh (particulier) sauf a un (moment) (donne) ou j ai eu un (suivi) par la (medecine) preventive pour (ma) (famille) donc (ils) (me) convoquaient et (on) y (allait) et (puis) a un (moment) (donne) euh euh j y suis (plus) (alle).

uce n° 702 Phi = 0,03

I_J D accord. (en-cas) de (difficultes) (psychologiques) est-ce-que vous (sauriez) (vers) (qui) vous (adresser)? I_P euh ff (psychologique) euh ben j (irais) (voir) un (psy) hein si (c) (est) (psychologique), sourire, ou un (psychologue) euh (voila) (mais) (bon) (c) (est) (pareil) hein j (irais) (pas) (voir) un (generaliste) hein (parce-que) je-pense (pas) (qu) il (qu) il (apportera) de l eau a (mon) moulin.

uce n° 962 Phi = 0,03

vous avez un (travail) a (faire) et si (personne) (ne) (repond) ca (va) (pas), si (faut) (participer) un (petit) (peu) a a au fait (que) les euh ben (qu) (on) (avance) dans dans (tout) dans (tout) (metier) hein (je) (trouve) ca important et pis de rencontrer un (petit) (peu),

uce n° 6 Phi = 0,03

I_J avez vous (declare) un (medecin) (traitant)? I_P oui, moi meme. I_J D accord, (pourquoi) ce (choix)? I_P C etait (plus) simple, rire. I_J est-ce le meme (medecin) (qui) (soigne) votre (famille)? I_P oui. ben actuellement la (famille) ca se reduit a (mon) epouse puisque tous les enfants (sont) (grands).

uce n° 906 Phi = 0,03

ben moi (je) suis assez (je) suis assez nature, ca (me) ca (me) (gene) (pas) (c) (est) ouais, (mais) (c) (est) (vrai) (que) je-pense (que) quand (on) quand quand (on) (va) (voir) un confrere (on) (est) euh ca (permet) (enfin) de presenter les (choses) comme ca (c) (est) de (dire) effectivement j ai (besoin) de deleguer pour (pas) avoir l air (bete) (enfin) pour (pas) pour (pas/)

uce n° 132 Phi = 0,03

I_J D accord, (quelles) (sont) les (raisons) (qui) vous (ont) (conduit) a (participer) a cette (etude)? I_P (parce-que) (je) (trouve) le theme (pas) ininteressant et je-pense (que) ca a (pas) ete trop trop (visite) et revisite et (puis) (que) ben ca a ete amene de (facon) sympathique, rires.

uce n° 164 Phi = 0,03

I_J comment vous (qualifiez) votre (suivi) par-rapport a (celui) de (vos) (patients) et par-rapport a (celui) de (vos) amis (medecins)? I_P alors (je) n ai (pas) de references quant-a mes amis (medecins), les euh (je) (soigne) (quelques) (medecins) (mais) (qui) euh de la meme (maniere) euh (font) le (courant) (c) (est) quand (il-y-a) (besoin) de (choses) un (petit) (peu) (particulieres) (que) (je) les rencontre.

uce n° 183 Phi = 0,03

I_J (quelles) (sont) les (raisons) (qui) vous (ont) (conduit) a (participer) a cette (etude)? I_P ben votre coup de telephone et (puis) euh comme j ai ete (maitre) de (stage) et (que) j ai (gere), (pas) induit, (mais) (gere) un (certain) (nombre) de (theses) quand j avais des (stagiaires), euh ca (me) parait (quand-meme) (interessant) et (puis) (je-crois) (que),

uce n° 230 Phi = 0,03

euh (hygiene) (dietetique), perte de poids, (activite) physique (etc). j ai aucune (demande) (je) (me) suis rien (demande) (c) (est) (pas) comme quand vous avez un (patient) (qui) (va) vous (poser) la (question), (qui) (vient) (parce) (qu) il a une (pathologie) et vous etes oblige de (repondre) a cette (pathologie) et (lui) (donner) les consignes,

uce n° 536 Phi = 0,03

a (dire) (t) as (quand-meme) (tout) un panel de (professions) (qui) (que) tu (vas) (beaucoup) (moins) (voir) (que) d (autres) hein euh les (professions) artisanales, les les agriculteurs (etc) (sont) des gens (qui) se plaignent absolument (pas) et (qui) (viennent) rarement consulter (parce-que) (de-toute-facon) euh I_J (ils) (ne) (peuvent) (pas) (s) arreter.

uce n° 602 Phi = 0,03

I_J est-ce-que vous (soignez) votre (famille), (vos) proches? I_P non sauf quand (c) (est) un une bricole (mais) (autrement) (des-qu) (il-y-a) (quelque-chose) d un (petit) (peu) (serieux) (je) (je) les invite a (aller) (voir) un un (medecin),

uce n° 648 Phi = 0,03

(c) (est) a (dire) (qu) (on) (ne) connaisse (pas) trop non (plus) (parce) (qu) (il-y-a) le (probleme) de confidentialite, (probleme) euh euh de se (sentir) a l (aise) (avec) (quelqu) un euh (qui) euh (qui) (nous) connaît par-ailleurs hein (qui) (nous) connaît (en) (tant-que) (medecin) euh ou (en) (tant-que) (personne) (mais) (qui) a un (moment) (donne) (va) (nous) connaître (en) (tant-que) (malade) hein,

uce n° 1040 Phi = 0,03

moi (je) suis meme (allee) (voir) un (psy) hein (je) suis non non (je) (me) (sens) (pas) (pas) freinee, (je) (me) suis (dit) (bon) (faut) (que) j (aille) parler de telle (chose), (je) l ai fait et (sans) (difficulte) (majeure).

uce n° 587 Phi = 0,03

essayer de (faire) des regroupements, ou est-ce (qu) (il-y-a) des (choses) (qui) (s) opposent (etc), (quoi).

I_P ca a deja ete fait comme (sujet)? I_J euh (il-y-a) eu (beaucoup) effectivement de (questionnaires), euh de quantitatif, d (etudes) quantitatives, au niveau qualitatif (il-y-a) une (etudiante) sur lyon (qui) a interrogee elle des (medecins) (qui) (sont) devenus (patients),

uce n° 642 Phi = 0,03

I_J est-ce-que vous (soignez) des (medecins) dans votre (patientele), est-ce-que ca vous (est) (arrive) d (en) (soigner)? I_P euh ca m (est) (arrive) une (fois) (mais) (il-y-a) tres longtemps, un (medecin) (qui) avait (qui) avait une colique nephretique et (c) etait un (collegue), (je) suis (alle) le (voir) pour (lui) (soigner) sa colique nephretique.

uce n° 960 Phi = 0,03

(je) (me) suis jamais (posee) de (questions) (mais) des (fois) (on) (est) un (peu) sature (quand-meme) hein, rires, (plus) (que) sature (mais) (bon) (c) (est) (aussi) le mode d (exercice) hein (je) veux (dire) (tellement) de (contraintes) et de (mais) (psychologiquement) ca (va), a (mon) (avis).

uce n° 844 Phi = 0,03

euh (je) suis (allee) (voir) un de mes (collegues) sur le secteur (enfin) (pas) (mon) (medecin) (traitant) (mais) j ai (quand-meme) (demande) son (avis) (parce) (je) (trouvais) (que) (c) etait (c) etait trop (difficile) a (gerer) (quoi) ca (voila).

uce n° 984 Phi = 0,03

I_J D accord. est-ce-que vous (soignez) votre (famille)? I_P parfois. (pareil) (aussi) (parce-que) ca (va) (plus) vite (mais) moi j (aime) bien les (envoyer) (voir) (ailleurs) (aussi). (mais) (bon) (c) (est) (vrai) (que) quand (il-y-a) un rhume ou ou une angine a strepto (enfin) un strepto test a (faire) dans la (famille) (bon) (on) (me) (dit) tu (peux) (me) le (faire) (je) le (fais) et (puis) une (fois) (qu) il (est) positif (je) (je) (traite) oui.

uce n° 125 Phi = 0,03

(mais) (je) (peux) (pas) (aller) (me) (faire) (faire) une coloscopie, un (truc) comme ca, (enfin) (besoin) d (autres) personnes. (mais) un (truc) tres (bete) (en) (medecine) (generale) euh (quelque-chose) comme une otite ou euh une douleur auriculaire a (part) (aller) (voir) (quelqu) un (qui) (sait) (regarder) dans une (oreille) (c) (est) a (peu) (pres) (tout) ce (qu) (on) (peut) (faire), (on) (peut) (pas) (faire) (autre) (chose),

uce n° 295 Phi = 0,03

(mais) euh comme (c) (est) (mon) (medecin) (traitant) euh, je-pense (qu) il (faudra) les deux, le (vrai) et le faux, (voila). (mais) ouais (je) (saurais) (vers) (qui) (aller) (en-cas) de (probleme) (psychologique) ouais, ouais (pas) precisement (mais) j (irais) (voir) un (psychiatre), rires, (difficile).

uce n° 645 Phi = 0,03

I_J il n y a (pas) eu de (difficultes) (particulieres)? I_P non, aucune (difficulte), aucune (difficulte). I_J euh, (quels) (seraient), (selon) vous les (criteres) decisionnels (qui) vous pousseraient a (aller) (voir) un (autre) (medecin) ou (pas), (qu) est-ce-qui (rentretrait) dans la (balance) pour euh?

uce n° 909 Phi = 0,03

ca fait un (peu) de retenue et (puis) apres apres (on) se lache (quoi), une/ (fois) (que) la (decision) (est) prise (on) se lache, rires, (voila). I_J est-ce-que (en-cas) de (difficultes) (psychologiques), vous (sauriez) (vers) (qui) vous (orienter)? I_P euh oui, (enfin) oui, rires.

uce n° 766 Phi = 0,03

I_J D accord. (en-cas) de (difficultes) (psychologiques) est-ce-que vous (sauriez) (vers) (qui) vous (orienter), (quoi) (faire)? I_P oui, oui oui (on) (irait) (voir) un confrere euh (psychiatre). la (question) (ne) (s)

(est) jamais (posee) (en) fait (mais) oui bien sur, bien sur. I_J tres bien.

uce n° 954 Phi = 0,03

I_J D accord, alors maintenant (quels) (sont) (selon) vous les (facteurs) (qui) vous (influencent) dans le fait de (decider) d (aller) (voir) un (autre) (medecin) ou (pas)? I_P ben une (pathologie) (que), un (symptome) une (pathologie) (qui) m interpellent et dont j ai (pas) (trouve) la solution, donc (c) (est) (surtout) pour un conseil, (voila) (c) (est) (surtout) ca, ouais.

uce n° 303 Phi = 0,03

(parce-que) ce (sont) des copains a moi (qui) (sont) des responsables de de (theses) et (que) (je) (trouve) (que) (c) (est) (bien-que) des (medecins) (generalistes), moi (je) le (fais) (pas) (parce-que) ca (me) tente (pas) d etre responsable de de thesards euh (mais) j ai des copains (qui) le (font) et (je-crois) (que) (c) (est) tres (bien-que) des (medecins) (generalistes) soient a l origine de de (vos) travaux et y (participent) et a/

uce n° 417 Phi = 0,03

I_J alors (quels) (sont) (selon) vous les les (facteurs) (qui) (vont) (influencer) ou (pas) votre (decision) d (aller) (voir) un (autre) (medecin)? I_P les (memes) (facteurs) (qui) (pourraient) (influencer) ou (pas) (que) j (envoie) (mon) (patient) (voir) un (autre) (medecin), (tout) simplement, (c) (est) (tout).

uce n° 515 Phi = 0,03

I_P (mais) (c) (est) (c) (est) (pas) (beaucoup) de (patients) hein, (c) (est) (pas) (beaucoup) de (medecins) (qui) (viennent) euh te (voir) (je) (ne) (sais) (pas) comment (font) hein les, (mais) (c) etaient deux (medecins) (qui) etaient (qui) etaient (pas) (en) (exercice) hein (que) j ai (suivis) hein,

uce n° 516 Phi = 0,03

(c) etaient des (medecins) (qui) etaient a la (retraite). I_J D accord. I_P J ai jamais (suivi) de (medecins) (en) (exercice), (je) (ne) (sais) (pas) (s) (ils) se (font) (suivre)? I_J euh donc (quels) (sont) (selon) (toi) les (facteurs) (qui) (vont) (jouer) dans (ta) (decision) d (aller) (voir) un (autre) (medecin) ou (pas)?

uce n° 527 Phi = 0,03

C (est), j ai (repondu) a la (question) ou (pas)? I_J oui, oui oui. I_P (parce-que) (voila), ouais ouais je-pense (que) et donc je-pense (que) (c) (est) (quand-meme) (interessant) de (savoir) par-rapport a une population (generale), (c) (est) la (question) (que) (je) (me) (posais) avant (que) tu (viennes) (me) (voir),

uce n° 582 Phi = 0,03

I_J D accord. (quelles) (sont) les (raisons) (qui) vous (ont) (conduit) a (participer) a cette (etude)? I_P D etre sympa (avec) les les (jeunes) (medecins), rires. et (puis) (c) (est) un (sujet) original.

uce n° 955 Phi = 0,03

I_J est-ce-que du fait d etre (medecin) vous (ressentez) (pas) certains (freins), (certaines) (difficultes), a (aller) consulter un (autre) (medecin)? I_P D etre (medecin) (avec) euh? non (pas) du (tout), non.

uce n° 772 Phi = 0,03

euh sur le (plan) medical est-ce-que vous avez un (suivi), est-ce-que vous (en) (ressentez) le (besoin)?

I_P euh non. I_J avez vous (declare) un (medecin) (traitant)? I_P euh oui moi oui, rires. I_J (pourquoi) ce (choix)? I_P (pff) (parce) j ai (pas) (voila) bah (pff), (je) (me) considere euh, j ai (pas) (envie) de (faire) appel a (quelqu) un d (autre) hein, (enfin) j (en) eprouve (pas) le (besoin).

uce n° 583 Phi = 0,03

I_J est-ce-que vous avez (des-questions), des (remarques)? I_P comment (va) se derouler la la l analyse des euh (des-questions)? (parce-que) (c) (est) (des-questions) ouvertes (c) (est) (difficile) je-pense I_J alors euh alors pour l analyse de contenu (je) (vais) etre, (je) (vais) (travailler) (en) (collaboration) (avec) une (etudiante) (en) master de (psychologie) (qui) (va) (faire) son memoire sur le meme (sujet).

uce n° 576 Phi = 0,03

I_J des (etudiants) (en) (medecine) ou, non (plus), non? I_P non. I_J D accord. donc a votre (avis) (qu) est-ce-qui (va) vous (influencer) pour (aller) consulter un (autre) (medecin) ou (pas)? (quels) (sont) les (facteurs) (qui) (vont) etre determinants pour (decider) de consulter?

uce n° 700 Phi = 0,03

I_J (Y) a (pas) d (autres) d (autres) (facteurs) (qui) (influenceraient) (dus) a votre euh (profession), au statut de (medecin), au au caractere (liberal) de votre (profession)? I_P ah pour etre (sure) de (pas) tomber (malade) et (voila), non? I_J non des (je) (sais) (pas) des (barrieres) des (freins) (qui) vous empecheraient d (aller) (voir) (quelqu) un euh?

uce n° 1050 Phi = 0,03

I_J avez vous (des-questions) ou des (remarques)? I_P (je) (vois) (pas) trop de (questions) ni de (remarques) (je) (trouve) (que) (c) (est) un (bon) (sujet) de (these), (voila) j (espere) simplement (que) (que) vous (ferez) (ce-que), (que) vous (suivrez) (vos) conclusions, (que) vous vous (laissez) (pas) prendre par le temps ou par le (manque),

uce n° 23 Phi = 0,02

ca (c) (est) important. ca (met) un (peu) dans une (position) a-la-fois de (patient) et d expert, donc (c) (est) un (certain) confort dans un (certain) (sens). (bon) d un (autre) cote (je) n ai jamais ete (vraiment) (malade) (malade) (malade) (quoi) (en) (etant) (medecin) (je) (dis),

uce n° 79 Phi = 0,02

I_J vous avez un mode d (exercice) (particulier)? I_P non (medecine) (generale), (bon) un (petit) (peu) d

(homeopathie), (voir) un (peu) de (medecine) esthetique (enfin) (voila) (mais) (c) (est) essentiellement de la (medecine) (generale).

uce n° 82 Phi = 0,02

I_J vous avez (declare) un (medecin) (traitant)? I_P oui, moi. I_J (pourquoi) ce (choix)? I_P (parce-que) (c) (est) (plus) simple, sourire, (parce-que) pour la (petite) (pathologie) (c) (est) moi (qui) regle les (problemes) (quoi).

uce n° 236 Phi = 0,02

de (patient) (medecin) et non (pas) (medecin) (medecin) donc (voila) donc (je) (dirais) je-pense (me) (suivre) (aussi-bien-que) les confreres (que) (je) connais. apres je-pense (qu) (il-y-a) d (autres) confreres (qui) euh (qui) (ont) jamais fait une prise de sang (parce-que) (ils) (ont) trop (peur) de (trouver) une connerie dessus ou (ils) (ont) (pas) (envie) de (s) emmerder ou, (silence), par opposition euh j (en) (sais) rien, par crainte,

uce n° 260 Phi = 0,02

donc, maintenant si vous vous avez une douleur la vous (aurez) (pas) une (coronaro) dans la (demi) (heure), deja (parce-que) vous avez (pas) l (age) de (faire) un, euh, rire, (mais) (bon) (mais) un (patient) lambda euh il l (aura) (peut-etre) (aussi) (mais) moi j ai juste un coup de fil a passer a (mon) cardiologue et j y (vais) directement j ai (pas) (besoin) d (aller) (voir) un (medecin) (etc).

uce n° 277 Phi = 0,02

(je) (me) prends par la (main) et (je) (traverse) la (porte). et (c) (est) (lui) (qui) le (fera) et (c) (est) (lui) (qui) (me) poussera (parce-que) (s) il (me) (met) sur la (table) une (ordonnance), (je) le (ferai) (parce-que) (c) (est) (mon) (medecin), (mais) les (facteurs) (voila) ce (sont) (ceux) la,

uce n° 428 Phi = 0,02

J ai eu une (experience) tres douloureuse l annee derniere euh de de soins d un d un proche puisque (c) etait le le fiance de (ma) (fille) et (qui) (est) (venu) (me) (voir) une (fois) pour des (hemorroides) et (que) (c) etait (pas) des (hemorroides), (c) etaient des condylomes.

uce n° 430 Phi = 0,02

(mais) moi j avais bien (vu) (que) (c) etaient des condylomes hein et (puis) (je) voulais (pas) (je) voulais (pas) le (dire) a (ma) (fille), (je) (ne) voulais (pas) (ne) (pas) le (dire) euh (c) (est) un (truc) (mais) (vraiment) (c) (est) (c) (est) (vraiment) l (experience) la (plus) horrible (que) j ai eu de (ma) (vie), (c) etait l annee derniere et (bon) ben ca (s) (est) denoue (ils) se (sont) separees,

uce n° 681 Phi = 0,02

I_J ca veut (dire) prendre les (choses) (en) (main), anticiper et (pas) (pas) subir les (choses) euh I_P oh ben oui (parce-que) la (je) (vois) j ai (quand-meme) (que) 46 (ans) j ai j ai deja fait 2 (mammos) a titre systematique (quoi), (sans) point d appel (particulier),

uce n° 760 Phi = 0,02

(c) (est) (toujours) tres tres surprenant et (on) se (demande) (pourquoi) et comment? (mais) euh donc elle etait (pas) la seule puisque la la (famille) euh (vient) (avec), (bon) (c) (est) une (demarche) un (petit) (peu) (particuliere) (qui) fait (que) (on) a (pas) (envie) (que) ce soit la soeu la (famille) (qui) (soigne).

uce n° 803 Phi = 0,02

donc la (enfin) (bon) j ai j ai (pas) 50 (cas) hein. donc l ORL j ai des bouchons de cerumen donc quand j (arrive) (plus) a ausculter les (patients) (c) (est) embetant donc (faut) (que) j (aille) le (voir) (parce-que) se (faire) (soi) meme des lavages d (oreille) (c) (est) ca ca (va) bien 5 (minutes),

uce n° 823 Phi = 0,02

honnete, rires, (voila). euh (bon) j ai des (antecedents) de (cancers) coliques dans (ma) (famille) donc euh (voila) ben (je) (fais) (ma) coloscopie euh regulierement euh (je) et (puis) (on) (voit) (en) (en) (fonction) des signes (je) (vais) passer une radio un (machin), (voir) un cardiologue euh (voila),

uce n° 905 Phi = 0,02

(je-crois) (que) si j (etais) (en) vacances euh (je) (me) (ferais) (plus) (confiance) a moi (qu) a (quelqu) un d (autre) oui, rires. non un (frein), un (frein) du fait (qu) (on) se connait ou (que) et et ya (quand-meme) un ouais ouais y a (quand-meme) alors (il-y-a) soit (ceux) (qu) (on) connait, pour (pas) avoir l air (bete) (par-exemple) hein (enfin) (on) (on) (pourrait) (c) (est) (c) (est) (peut-etre) un,

uce n° 32 Phi = 0,02

I_J et par-rapport a (vos) confreres vous (qualifiez) votre (suivi) medical similaire, (meilleur), (moins) (bon)? I_P par-rapport a mes confreres (c) (est) a (dire)? I_J par-rapport a (vos) confreres (medecins) (que) vous (cotoyez)? I_P ah j (en) (sais) rien du (tout), rires, honnetement, (je) (ne) (sais) (pas) comment eux (vivent) les (choses)?

uce n° 123 Phi = 0,02

sonnette I_J (quels) (sont) (selon) vous les (facteurs) (qui) (influencent) votre (decision) de consulter ou (pas) un confrere? I_P ben d (abord) (quelque-chose) (que) (je) (ne) (peux) (pas) prendre (en) (charge) moi, ca (c) (est) clair alors ensuite eventuellement (quelque-chose) (que) (je) (peux) (pas) (enfin) des des (choses) (evidentes) (que) (je) (ne) (peux) (pas) (faire) (tout) seul (quoi),

uce n° 143 Phi = 0,02

I_J tres bien, concernant les (modalites) de votre (suivi) medical, avez vous un (suivi), (en) (ressentez) vous le (besoin)? I_P (je) n ai (pas) de (suivi) euh par un confrere, (ma) (femme) (est) (medecin) (ce-qui)

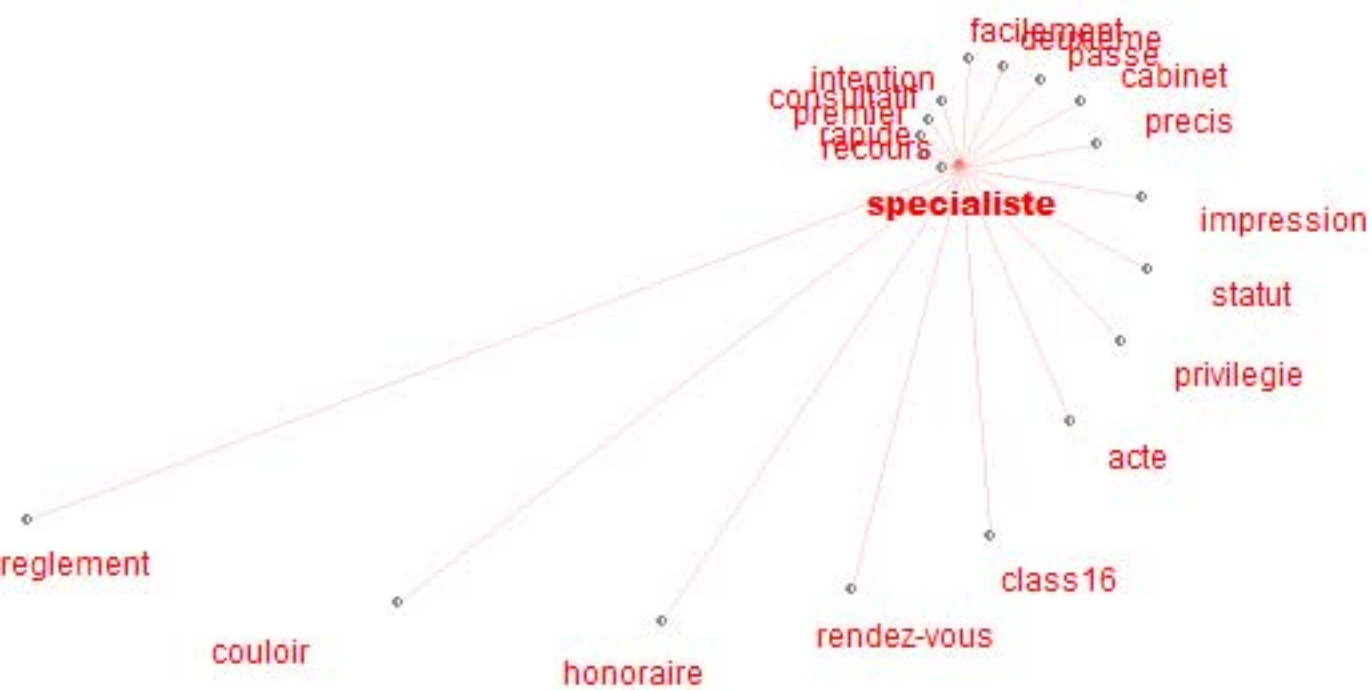
(me) (facilite) les (choses) et (ce-qui) (me) (permet) de preciser ou d (orienter) eventuellement des (bilans) si (c) etait (necessaire).

Classification Ascendante Hiérarchique

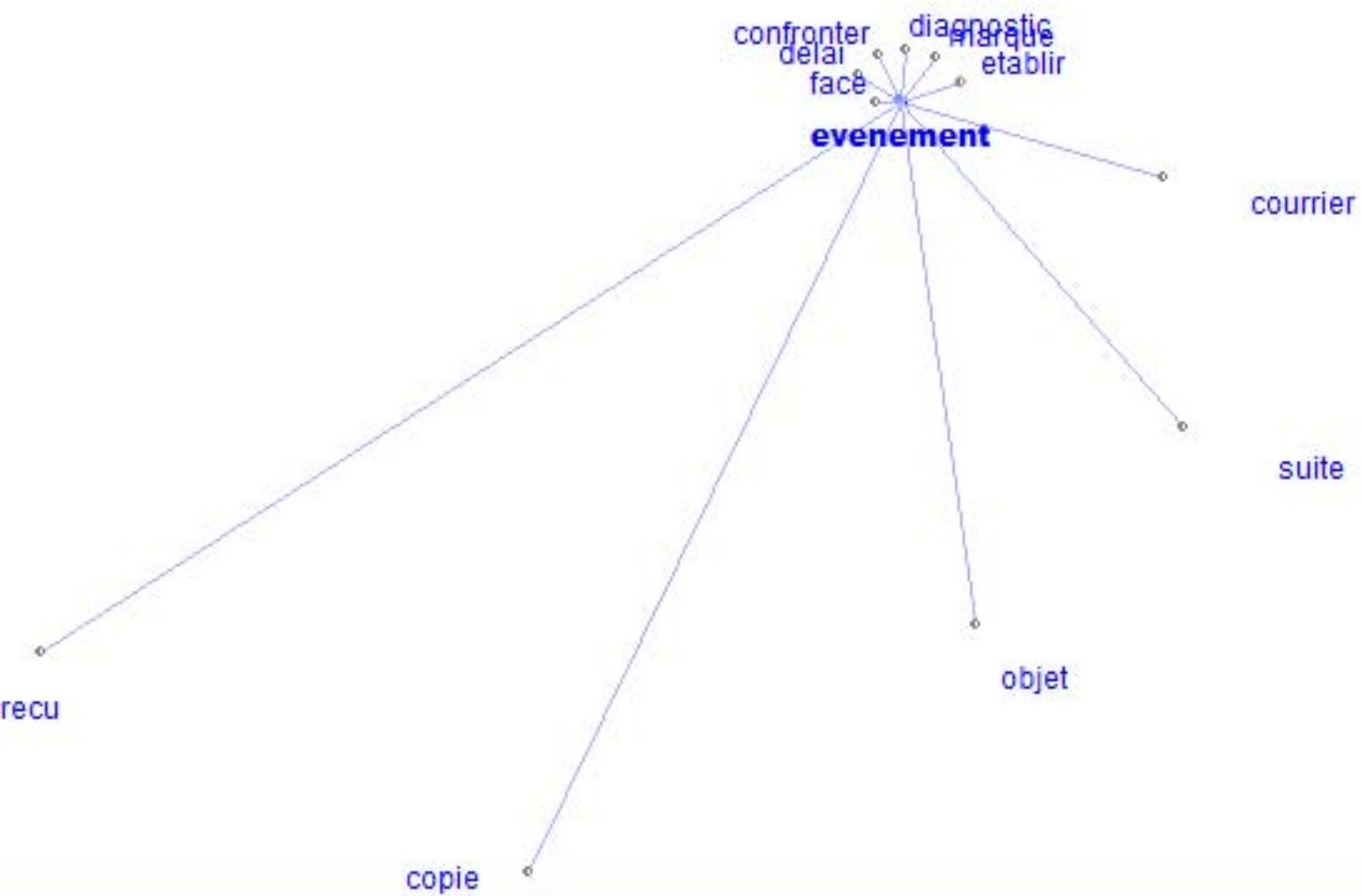
La classification ascendante est un résultat complémentaire et une aide à la représentation des relations locales entre formes d'une même classe. Vous trouverez ci-dessous l'arbre de la classification ascendante pour la classe 3 ; on observe les paquets d'aggrégation de formes ainsi que le Phi de chaque forme dans la classe.

Pas de classification ascendante représentée.

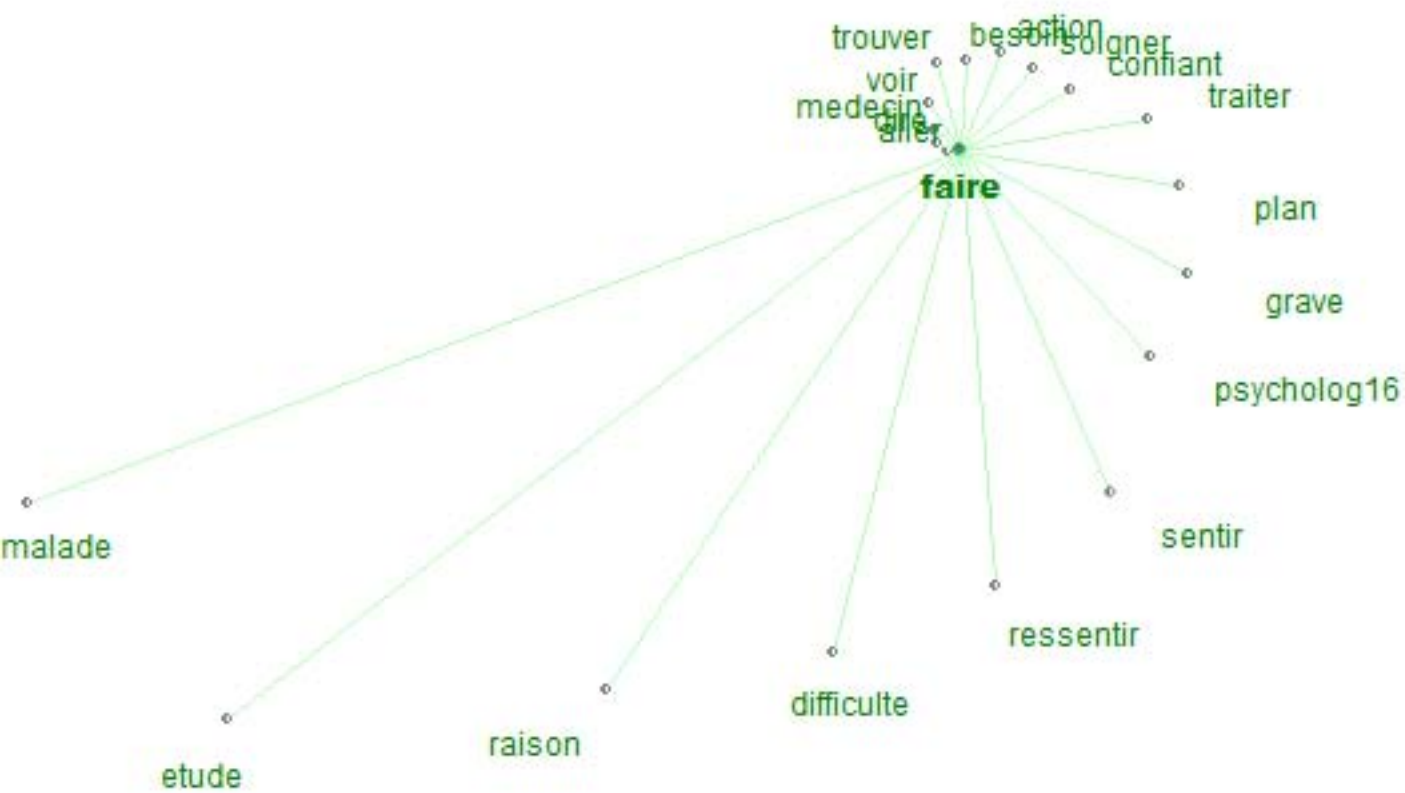
Réseau de la forme 'specialiste' dans la classe 1



Réseau de la forme 'evenement' dans la classe 2



Réseau de la forme 'faire' dans la classe 3



	I	M	TOTAL	POURCENTAGE I	POURCENTAGE M
énoncé	53	374	427	12.41%	87.58%
68 tours de parole			100,00%		

acte de langage direct					
directif	46	2	48	86.79%	0.53%
assertif	1	362	363	1.89%	96.52%
expressif	6	7	13	11.32%	1.87%

acte de langage indirect					
directif	1	0	1	1.89%	0%

marqueurs de structurations	0	63	63	0%	16.84%
------------------------------------	----------	----	----	-----------	---------------

foncteurs et connecteurs logiques					
et	7	25	32	13.21%	6.68%
ou	4	12	16	7.55%	3.21%
si	1	11	12	1.89%	2.94%
total	12	48	60		

connecteurs consécutifs	3	30	33	5.66%	8.02%
connecteurs argumentatifs	0	29	29	0%	7.75%
connecteurs contre-argumentatifs	1	31	32	1.89%	8.29%
connecteurs réévaluatifs	0	9	9	0%	2.41%
total	4	99	103		

modalité ontique					
peut être	0	6	6	0%	1.60%
pouvoir	0	14	14	0%	3.74%
total	0	20	20	0%	5.35%

modalité déontique					
devoir	0	0	0	0%	0%
il faut que	0	6	6	0%	1.60%
total	0	6	6	0%	1.60%

modalité épistémique					
-----------------------------	--	--	--	--	--

penser que	6	11	17	11.32%	2.94%
savoir	0	10	10	0%	2.67%
croire	0	1	1	0%	0.27%
total	6	22	28	11.32%	5.88%

modalité intentionnelle					
vouloir	0	5	5	0%	1.34%
total	0	5	5	0%	1.34%

négation	2	86	88	3.77%	22.99%
-----------------	----------	-----------	-----------	--------------	---------------

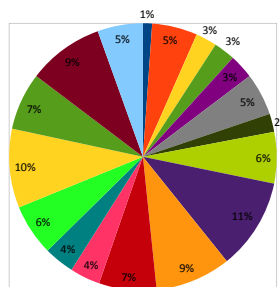
question/réponse					
qo	26	1	27	49.06%	0.27%
qp	8	0	8	15.09%	0%
qwh	12	1	13	22.64%	0.27%
ro	0	173	173	0%	46.26%
rp	0	77	77	0%	20.59%
rwh	0	117	116	0%	31.02%

fonction dans la conversation					
complément de réponse	0	160	160	0%	42.78%
conclusion	0	24	24	0%	6.42%
interprétation	1	0	1	1.89%	0%
justification	0	27	27	0%	7.22%
opposition	0	28	28	0%	7.49%
phatique	5	1	6	9.43%	0.27%
politesse	1	1	2	1.88%	0.27%
réponse information	0	127	127	0%	33.96%
requête d'information	46	2	48	86.79%	0.53%

	I	M	TOTAL	POURCENTAGE I	POURCENTAGE M
FACTIFS	18	211	229	33.96%	56.42%
STATIFS	17	89	106	32.08%	23.80%
PSYCHOLOGIQUES	4	14	18	7.55%	3.74%
DECLARATIFS	1	28	29	1.89%	7.49%

A	ÊTRE MAÎTRE DE STAGE			I	M	TOTAL
	A1	4,5	ÊTRE MAÎTRE DE STAGE	1	1	2
	A2	6	AVOIR EXERCÉ BEAUCOUP DE RESPONSABILITÉS DANS LA FORMATION CONTINUE	1	1	2
						3
B	ÊTRE MEDECIN/ TRAITANT					
	B1	13	AVOIR DÉCLARÉ UN MÉDECIN TRAITANT	1	1	2
	B2	15	MOI-MÊME		1	1
	B3	61	ÊTRE UN CONFRÈRE MÉDECIN		1	1
	B4	118	DIRE EN ÉTANT MÉDECIN		1	1
	B5	120	EN TANT QUE MÉDECIN		1	1
	B6	145	ÊTRE DANS LE FEU DE L'ACTION		1	1
	B7	159	ÊTRE EN MÉDECINE LIBÉRALE		1	1
	B8	160	ÊTRE UN CERTAIN ESPRIT		1	1
	B9	336	MERCI DOCTEUR		1	1
	B10	371	NE PAS DISPOSER EN MÉDECINE GÉNÉRALE		1	1
	B11	381	AVOIR TRAVAILÉ TROIS ANS À L'HÔPITAL		1	1
	B12	398	ÊTRE DANS UN MÉTIER		1	1
	B13	410	ÊTRE DANS LE CADRE DU CONTEXTE DU TRAVAIL		1	1
	B14	418	NE PAS ÊTRE FORCÉMENT PERÇU PAR LE MÉDECIN		1	1
	B15	422	SE SENTIR BIEN DANS LE BOULOT		1	1
						15
C	SOINS					
	C1	20	SOIGNER LA FAMILLE	1		1
	C2	30	SOIGNER LES DEUX AUTRES (LES ENFANTS)		1	1
	C3	65	NE PAS AVOIR BESOIN DE FAIRE DES EXAMENS, DES SOINS		1	1
	C4	138	SE PRENDRE EN CHARGE DANS LES MÊMES DÉLAIS	1		1
	C5	178	AVOIR ÉTÉ LE DERNIER À FAIRE (LES EXAMENS)		1	1
	C6	298	SOIGNER BEAUCOUP DE MÉDECINS	1		1
	C7	308	SOIGNER DE MÉDECINS	1	1	2
						7
D	FAMILLE					
	D1	22	LA FAMILLE SE RÉDUIRE À MON ÉPOUSE		1	1
	D2	23	TOUS LES ENFANTS SONT GRANDS		1	1
	D3	25	AVOIR LE DEUXIÈME (ENFANT)		1	1
	D4	26	NE PAS ÊTRE INSTALLÉ LE DEUXIÈME (ENFANT)		1	1
	D5	28	ÊTRE PARTI LES 2 AUTRES (ENFANTS)		1	1
	D6	130	AVOIR DES HISTOIRES DANS LA FAMILLE		1	1
	D7	175	AVOIR UNE HISTOIRE DANS LA FAMILLE		1	1
						7
E	RECOURS AUX SPÉCIALISTES					
	E1	34	AVOIR RECOURS AUX SPÉCIALISTES	1		1
	E2	35	ÊTRE EN GÉNÉRAL EN 2ÈME INTENTION (LE RECOURS AUX SPÉCIALISTES)		1	1
	E3	38	NE PAS ENCORE AVOIR EU BESOIN (DU RECOURS AUX SPÉCIALISTES)		1	1
	E4	40	AVOIR BESOIN D'UN EXAMEN CLINIQUE		1	1
	E5	45	AVOIR BESOIN D'UN SPÉCIALISTE POUR UN EXAMEN CARDIOLOGIQUE		1	1
	E6	108	INDÉPENDamment DU DISCOURS DU SPÉCIALISTE		1	1
	E7	211	AVOIR DEMANDER L'AVIS D'UN CARDIOLOGUE EXTÉRIEUR		1	1
	E8	353	UNE CONSULTATION AUPRÈS D'UN GÉNÉRALISTE, SPÉCIALISTE	1		1
						8
F	DIAGNOSTIC					
	F1	81	ÊTRE FACILE À FAIRE LE DIAGNOSTIC		1	1
	F2	87	ÊTRE POSITIF LE DIAGNOSTIC		1	1
	F3	191	AVOIR MARQUÉ (LE DIAGNOSTIC)	1		1
	F4	192	AVOIR ÉTABLI LE DIAGNOSTIC	1		1
	F5	204	LE DIAGNOSTIC AVOIR ÉTÉ FAIT RAPIDEMENT		1	1
	F6	259	FAIRE UN COUP D'ÉCHO		1	1
	F7	207	NE PAS AVOIR REFAIT D'ÉCHO		1	1
	F8	360	AVOIR DES PROBLÈMES À L'ÉCHO		1	1
	F9	365	FAIRE LE PRÉLEVEMENT		1	1
	F10	367	FAIRE LE GESTE		1	1
	F11	198, 199, 358, 361	FAIRE LE DIAGNOSTIC		4	4
						14
G	AUTO-DIAGNOSTIC/ AUTO-PRESCRIPTION					
	G1	82	AVOIR FAIT DES AUTO-DIAGNOSTICS		1	1
	G2	251	AVOIR RÉALISÉ UNE AUTO-PRESCRIPTION	1		1
	G3	252	ÊTRE DES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES, DES MÉDICAMENTS	1		1
	G4	357	RÉSOLUDRE PAR UNE AUTO-OBSERVATION		1	1
	G5	362	L'ASCLUTATION ÊTRE FACILE À FAIRE		1	1
	G6	363	AVOIR BESOIN DE REGARDER LE FONDE DE LA GORGE		1	1
						6
H	ÊTRE PRIVILÉGIÉ PAR RAPPORT AU STATUT DE MÉDECIN					
	H1	55	ÊTRE PRIVILÉGIÉ PAR LE STATUT DE MÉDECIN	1		1
	H2	59	BÉNÉFICIER D'UN ACCÈS RAPIDE AUX SPÉCIALISTES	1		1
	H3	57	NE PAS Y AVOIR PHOTO		1	1
	H4	58	OUI		1	1
	H5	59,64	ÊTRE CLAIR		2	2

A. ÊTRE MAÎTRE DE STAGE	3
B.ÊTRE MEDECIN/ TRAITANT	15
C. SOINS	7
D. FAMILLE	7
E. RECOURS AUX SPECIALISTES	8
F. DIAGNOSTIC	14
G. AUTO-DIAGNOSTIC/ AUTO-PRESCRIPTION 6	6
H. ÊTRE PRIVILEGIE PAR RAPPORT AU STATUT DE MEDECIN	17
I. PROBLEME	30
J. MALADIE/ PATHOLOGIE	25
K. CONNAISSANCES	19
L. ACTEUR DE SANTE	10
M. DISPONIBILITE	10
N. TEMPS	17
O. SUIVI MEDICAL	26
P. L'INTERPRETATION	19
Q. CONFRERE	25
R. PATIENT	15



- A. ÊTRE MAÎTRE DE STAGE
- B.ÊTRE MEDECIN/ TRAITANT
- C. SOINS
- D. FAMILLE
- E. RECOURS AUX SPECIALISTES
- F. DIAGNOSTIC
- G. AUTO-DIAGNOSTIC/ AUTO-PRESCRIPTION 6
- H. ÊTRE PRIVILEGIE PAR RAPPORT AU STATUT DE MEDECIN

	H6	61	LE FAIT D'ÊTRE UN CONFRERE MEDECIN		1	1
	H7	65	DONNER UN ACCES BEAUCOUP PLUS FACILE AUX SOINS DE DEUXIEME NIVEAU		1	1
	H8	66	ÊTRE SÛR		1	1
	H9	84	FAIRE PARTIE DU RESEAU GROG		1	1
	H10	85	AVOIR LES KITS DE PRELEVEMENTS		1	1
	H11	89	LE STATUT INFLUER SUR LA QUALITE DE SUIVI	1		1
	H12	100	ÊTRE UN FACTEUR DE QUALITE		1	1
	H13	101	ÊTRE UN FACTEUR DANS L'AUTRE SENS		1	1
	H14	256	AVOIR DES ENTREES FACILES		1	1
	H15	347	CHERCHER A AVOIR LE MAXIMUM D'ARGUMENTS (LE PATIENT- MEDECIN)		1	1
	H16	348	POUVOIR PRENDRE LA DECISION EN CONNAISSANCE DE CAUSE		1	1
						17

I	PROBLEME					
	I1	11,134	NE PAS AVOIR DE PROBLEME		2	2
	I2	78	NE PAS AVOIR EU DE SOUCIS MAJEURS		1	1
	I3	94,104	NE PAS ÊTRE GRAVE		2	2
	I4	95	AVOIR UN SIGNE D'ALERTE		1	1
	I5	115	AVOIR EU DES PROBLEMES		1	1
	I6	129	SE FAIRE DES CHEVEAUX		1	1
	I7	150	ÊTRE UN PEU PARADOXAL		1	1
	I8	154	NE PAS AVOIR EU D'INCIDENT		1	1
	I9	155	ÊTRE UN RISQUE POTENTIEL		1	1
	I10	204	DES ENNUIS AVEC LES ASSUREURS		1	1
	I11	216	N'AVOIR AUCUN PROBLEME		1	1
	I12	244	ÊTRE MECHANT		1	1
	I13	245,246	NE PAS ÊTRE MECHANT		2	2
	I14	247	NE PAS AVOIR EU DE PROBLEME TRES MECHANT		1	1
	I15	312	NE PAS POSER UN PROBLEME MAJEUR		1	1
	I16	318	POUVOIR ÊTRE MAL A L'AISE		1	1
	I17	321	ÊTRE UN PEU EMBÊTE		1	1
	I18	355	ÊTRE MON PROBLEME		1	1
	I19	356,417	ÊTRE UN PROBLEME		2	2
	I20	364	ÊTRE UN PEU PLUS COMPLIQUE		1	1
	I21	385	ALLER VOIR SANS RETICENCES, SANS PROBLEME		1	1
	I22	412	ÊTRE LA QUESTION DU BURN OUT		1	1
	I23	418	NE PAS ÊTRE FORCEMENT PERCU PAR LE MEDECIN (LE PROBLEME)		1	1
	I24	419	DERAPER (LE PROBLEME)		1	1
	I25	423	AVOIR DES DIFFICULTES		1	1
	I26	428	EVOQUER LE PROBLEME DE LA PROTECTION SOCIALE, DES COMPLEMENTAIRES		1	1
						30

J	MALADIE/ PATHOLOGIE					
	J1	33	AVOIR DES PETITES BRICOLES		1	1
	J2	36	RESOUDRE LES PETITES BRICOLES GENTIMENT		1	1
	J3	47	NE PAS AVOIR AUCUNE AFFECTION EN COURS		1	1
	J4	80	ÊTRE GRIPPE		1	1
	J5	83	PARLER DE GRIPPE		1	1
	J6	117	JAMAIS AVOIR ETE VRAIMENT MALADE		1	1
	J7	120	NE PAS AVOIR EU DE PATHOLOGIES MECHANTES		1	1
	J8	122	SE METTRE DANS UNE POSITION DE REGRESSION		1	1
	J9	133	AVOIR QUELQUES ANTECEDENTS DE PATHOLOGIES REPUTEEES FAMILIALES		1	1
	J10	158	ÊTRE MALADE EN GROS		1	1
	J11	190	AVOIR ETE CONFRONTE A UN EVENEMENT DE SANTE	1		1
	J12	193	AVOIR EU LE DERNIER EVENEMENT DE SANTE VRAIMENT UN PETIT PEU EMBÊTANT		1	1
	J13	195	AVOIR FAIT UN EPISODE PEU AVANT		1	1
	J14	196	AVOIR FAIT UN PROBLEME DE PERICARDITE RECIDIVANTE		1	1
	J15	200	AVOIR FAIT UN PREMIER EPISODE		1	1
	J16	203	AVOIR PRESENTE DEUX, TROIS EPISODES		1	1
	J17	218	ÊTRE VRAIMENT LE DERNIER EPISODE UN PETIT PEU CHAUD		1	1
	J18	224	FAIRE MAL UNE PERICARDITE		1	1
	J19	225	AVOIR TOUS LES SYMPTÔMES CLASSIQUES DE LA PERICARDITE		1	1
	J20	226	CONTEXTE VIRAL, NE PAS AVOIR EU DE DIFFICULTES		1	1
	J21	314	AVOIR UNE ANGINE		1	1
	J22	316	AVOIR UNE SYMTÔMATOLOGIE UN PETIT PEU BÂTARDE		1	1
	J23	324	ÊTRE UNE HISTOIRE DE PROSTATE		1	1
	J24	393	ÊTRE BENIN		1	1
						25

K	CONNAISSANCES					
	K1	73	NE PAS SAVOIR FAIRE UNE COLOSCOPIE		1	1
	K2	89	LES CONNAISSANCES INFLUENT LA QUALITE DE SUIVI	1		1
	K3	92	ÊTRE PAR LES CONNAISSANCES		1	1
	K4	93	SAVOIR UN CERTAIN NOMBRE DE CHOSES		1	1
	K5	106	UNE MEILLEURE ADAPTATION, LES CONNAISSANCES EPIDEMIOLOGIQUES		1	1
	K6	107	POUVOIR ATTENDRE D'UNE TECHNIQUE LES CONNAISSANCES		1	1
	K7	109	AVOIR ACCES A LA CONNAISSANCES		1	1
	K8	111	NE PAS ÊTRE TOUT D'AVOIR DE LA CONNAISSANCE		1	1
	K9	112	SAVOIR LA METTRE DANS SON CONTEXTE (LES CONNAISSANCES)		1	1
	K10	113	L'INTERPRETER EN QUELQUE SORTE (LES CONNAISSANCES)		1	1
	K11	182	NE PAS FORCEMENT AVOIR ACCES A LA CONNAISSANCE (EUX=LA FAMILLE)		1	1
	K12	202	CONNAÎTRE UN PEU L'AFFAIRE		1	1
	K12	261	CONNAÎTRE LE TRAITEMENT		1	1
	K13	295	AVOIR ACCES A LA SCIENCE		1	1

	K14	296	(AVOIR ACCES) A LA SCIENCE CONTEXTUALISE		1	1
	K15	317,331	NE PAS SAVOIR TROP		2	2
	K16	326	AVOIR LE BAGAGE TECHNIQUE		1	1
	K17	348	PRENDRE SA DECISION EN CONNAISSANCE DE CAUSE		1	1
						19
L	ACTEUR DE SANTE					
	L1	125	SE SENTIR ACTEUR DE SANTE	1		1
	L2	126	OUI, OUI, OUI		1	1
	L3	127	DIRE HYGIENE DE VIE, ALIMENTATION, IMPREGNATION DES CONNAISSANCES		1	1
	L4	135	PENSER AVOIR PRIS LA DECISION		1	1
	L5	136	ÊTRE ACTEUR EFFECTIVEMENT		1	1
	L6	151	ÊTRE ACTIF		1	1
	L7	152	ÊTRE ATTENTIF		1	1
	L8	394	NE PAS RESSENTIR COMME QUELQUE CHOSE		1	1
	L9	395	SE PASSER QUELQUE CHOSE		1	1
	L10	396	FALLOIR ALLER VOIR		1	1
						10
M	DISPONIBILITE					
	M1	157	NE PAS ÊTRE DISPONIBLE		1	1
	M2	162	ÊTRE DISPONIBLE POUR LES AUTRES		1	1
	M3	143,397	ÊTRE UNE QUESTION DE DISPONIBILITE (PLUS LA QUESTION)		2	2
	M4	149	ÊTRE OCCUPE A AUTRE CHOSE		1	1
	M5	153	RISQUER EFFECTIVEMENT DE TARDER POUR CERTAINES CHOSES		1	1
	M6	161	ÊTRE TOUJOURS PRÊT		1	1
	M7	378	DE DIRE LA DISPONIBILITE		1	1
	M8	399	ÊTRE EN DISPONIBILITE		1	1
	M9	400	SE METTRE EN SITUATION DE DISPONIBILITE HAUTE		1	1
						10
N	TEMPS					
	N1	128	POUVOIR AGIR AU BON MOMENT, NI TROP TÔT, NI TROP TARD		1	1
	N2	147	UNE SEMAINE SE PASSER, 2 SEMAINES SE PASSER, 3 SEMAINES SE PASSER		1	1
	N3	148	TOUJOURS NE PAS FAIT		1	1
	N4	179	DIRE PAR RAPPORT A UN RETARD EVENTUEL		1	1
	N5	180,187	NE PAS AVOIR D'URGENCE (VRAIMENT)		2	2
	N6	194	REMONTER A LA PREMIERE ANNEE D'INSTALLATION		1	1
	N7	197	REMONTER A PLUS DE 20 ANS		1	1
	N8	206	ÊTRE EN DEBUT D'INSTALLATION		1	1
	N9	377,392	ÊTRE UNE QUESTION DE TEMPS		2	2
	N10	401	AVOIR ORGANISE LE TEMPS		1	1
	N11	102	ARRIVER A AVOIR LE TEMPS		1	1
	N12	403	AVOIR LE TEMPS		1	1
	N13	404	NE PAS AVOIR LE TEMPS		1	1
	N14	210	AVOIR TRAÎNE TOUT LE BATACLAN PENDANT UN AN ET DEMI		1	1
	N15	257	NE PAS ÊTRE TROP A LA BOURRE		1	1
						17
O	SUIVI MEDICAL					
	O1	8	AVOIR UN SUIVI SUR LE PLAN MEDICAL	1		1
	O2	9	EN RESSENTIR LE BESOIN (D'UN SUIVI MEDICAL)	1		1
	O3	10	PAS DE SUIVI PARTICULIER		1	1
	O4	46	ÊTRE DANS LE CADRE DU DEPISTAGE		1	1
	O5	48	ÊTRE PLUS PAR NECESSITE QUE PAR BESOIN		1	1
	O6	49	SE PASSER LES CONSULTATIONS	1		1
	O7	51	ÊTRE AU CABINET DU MEDECIN		1	1
	O8	52	DE MANIERE TRADITIONNELLE	1		1
	O9	53	OUI, COMPLETEMENT		1	1
	O10	105	BESOIN DE FAIRE DES EXAMENS OU DE SOINS		1	1
	O11	164	QUALIFIER LE SUIVI MEDICAL PAR RAPPORT AUX CONFRERES	1		1
	O12	172	D'UN POINT DE VUE DU SUIVI AUSSI BIEN, MÊME MIEUX		1	1
	O13	177	ALLER VOIR FAIRE SES EXAMENS		1	1
	O14	207	FAIRE LES CONTRATS D'ASSURANCE		1	1
	O15	208	AVOIR UN CONTRAT D'ASSURANCE		1	1
	O16	268	AVOIR FAIT LA SURVEILLANCE PRECONISEE	1		1
	O17	269	NE PAS AVOIR LA SURVEILLANCE POUR CE CAS LA		1	1
	O18	330	ALLER PLUS LOIN DANS LES EXPLORATIONS		1	1
	O19	342	AVOIR FAIT LA SUITE		1	1
	O20	334	AVOIR FAIT CHAQUE FOIS APRES LES CONSULTATIONS		1	1
	O21	341	APRES LA SURVEILLANCE AVOIR BOUGE		1	1
	O22	370	DEMANDER UNE TECHNIQUE PLUS SPECIFIQUE		1	1
	O23	371	LA TECHNIQUE PLUS SPECIFIQUE, NE PAS DISPOSER EN MEDECIN GENERALE		1	1
	O24	374,375	AVOIR CETTE CHANCE D'ÊTRE EN BONNE SANTE		1	1
	O25	390	SE DECIDER A CONSULTER	1		1
	O26	426,427	POUVOIR IMPACTER LA FACON DE SE PRENDRE EN CHARGE		1	1
						26
P	L'INTERPRETATION					
	P1	229	PENSER AVOIR TENDANCE A EXAGERER, MINIMISER LES SYMPTÔMES	1		1
	P2	230	DIFFICILE A DIRE		1	1
	P3	231	NE PAS PENSER LES MAJORER (LES SYMPTÔMES)		1	1
	P4	233,25	ÊTRE ASSEZ OBJECTIF		2	2
	P5	234	SE POSER DES QUESTIONS		1	1

	P6	235	ÊTRE NORMAL (DE SE POSER DES QUESTIONS)		1	1
	P7	236	ÊTRE LA VALEUR DU JUGEMENT		1	1
	P8	237	PORTER SUR SOI-MÊME (LA VALEUR DU JUGEMENT)		1	1
	P9	240	NE PAS ÊTRE TRES OBJECTIF		1	1
	P10	241	AVOIR UN CÔTE INTUITIF DANS LA PERCEPTION		1	1
	P11	242	AVOIR UNE PERCEPTION DE CE QUI SE PASSE		1	1
	P12	248	NE PAS POUVOIR DIRE (ÊTRE OBJECTIFOU NON)		1	1
	P13	264	AVOIR ETE L'OBSERVANCE	1		1
	P14	265	ASSEZ BONNE (L'OBSERVANCE)		1	1
	P15	311	ÊTRE PAREIL		1	1
	P16	313	VERIFIER		1	1
	P17	359	VOULOIR SEULEMENT VERIFIER		1	1
	P18	220	PENSER AVOIR FAIT PREUVE D'OBJECTIVITE	1		1
						19

Q	CONFRERE					
	Q1	39	DEMANDER AUX CONFRERES		1	1
	Q2	41	ÊTRE SEPT (ON= LE MEDECIN+ LES CONFRERES)		1	1
	Q3	43	SE PASSER ENTRE NOUS (LE MEDECIN + LES CONFRERES)		1	1
	Q4	62	ÊTRE PAS TROP MAL PERCU PAR LES CONFRERES		1	1
	Q5	165	PAR RAPPORT AUX CONFRERES		1	1
	Q6	166	PAR RAPPORT AUX CONFRERES CÔTOYEIS		1	1
	Q7	170	EUX VIVRE LES CHOSES (EUX= LES CONFRERES)	1		1
	Q8	258	PASSER VOIR LE CONFRERE CARDIO		1	1
	Q9	284	AVOIR EU LE CAS D'UN CONFRERE MEDECIN		1	1
	Q10	287	RAMENER A LA SCIENCE (IL= LE CONFRERE)		1	1
	Q11	288	AVOIR RAISON (IL= LE CONFRERE)		1	1
	Q12	289	DISCUTER (AVEC LE CONFRERE)		1	1
	Q13	291	LA RELATION ÊTRE BIEN ETABLIE (AVEC LE CONFRERE)		1	1
	Q14	292	BIEN SE PASSER (LA RELATION AVEC LE CONFRERE)		1	1
	Q15	293	ÊTRE INTERESSANT (LA RELATION AVEC LE CONFRERE)		1	1
	Q16	304	AVOIR DES COLLEGUES		1	1
	Q17	305	DEMANDER UN TRUC POUR EUX (EUX= LES CONFRERES)		1	1
	Q18	320	ÊTRE UN CONFRERE		1	1
	Q19	366	DEMANDER LE CONCOURS D'UN COLLEUE		1	1
	Q20	372,385	ALLER VOIR LE CONFRERE		2	2
	Q21	379,38	CONNAÎTRE LES CONFRERES		2	2
	Q22	383	AVOIR DE BONNES RELATIONS AVEC LES CONFRERES		1	1
	Q23	405	AVOIR A VOIR LE COLLEUE		1	1
						25

R	PATIENT					
	R1	115	SE METTRE UN PEU DANS UNE POSITION DE PATIENT		1	1
	R2	124	ÊTRE A L'EXTERIEUR DU PATIENT		1	1
	R3	139	FAIRE POUR LES PATIENTS	1		1
	R4	171,172	PAR RAPPORT AUX PATIENTS	1	1	2
	R5	275	PENSER ÊTRE UN PATIENT COMME LES AUTRES	1		1
	R6	276,294	NE PAS ÊTRE UN PATIENT COMME LES AUTRES		2	2
	R7	299	AVOIR UN PATIENT		1	1
	R8	300, 301, 302	LE PATIENT ÊTRE UN MEDECIN (RETRAITE, HOSPITALIER)		3	3
	R9	322	REPARLER DU PATIENT		1	1
	R10	345	NE PAS SE COMPORTEER COMME UN PATIENT HABITUEL (LE PATIENT -MEDECIN)		1	1
	Q11	350	UN PATIENT LAMBDA NE PAS POUVOIR FAIRE CA		1	1
						15

être maître de stage	S
être maître de stage	S
avoir exercé	F
avoir un suivi	S
ressentir le besoin	P
avoir de problème	S
justifier	D
avoir déclarer	D
être simple	S
soigner	F
se réduire à	F
être grand	S
croire	P
avoir	S
être installé	S
être médecin traitant	S
être parti	F
soigner	F
être petit	S
avoir	S
avoir recours à	S
être en général en	S
résoudre	F
dire	D
avoir besoin	S
demander à	D
avoir besoin	S
être sept	S
avoir	S
se passer	F
arriver	F
avoir besoin pour	S
être dans le dépistage	S
avoir	S
être par nécessité	S
se passer	F
être au cabinet du médecin	S
avoir	S
être privilégié	S
bénéficiaire	S
avoir	S
être clair	S
demander	D
être un confrère médecin	S

Page 1

percevoir	P
penser	P
être clair	S
donner	F
être sûr	P
attendre	S
dépendre	S
être	S
avoir	S
savoir faire	F
être petit	S
faire	F
pouvoir être	S
être installé	S
avoir	S
avoir	S
être grippé	S
être facile à faire	S
avoir fait	F
parler	D
faire partie	S
avoir	S
être arrivé	S
être positif	S
influencer	P
être par les connaissances	S
savoir	S
être grave	S
avoir	S
faire	F
prendre	S
vérifier	F
être clair	S
être un facteur de qualité	S
être un facteur	S
dire	D
avoir besoin	S
être grave	S
avoir besoin	S
attendre de	S
avoir accès à	S
apprécier	P
avoir	S
savoir	S
Prédicat	catégorisation

être maître de stage	S
être maître de stage	S
avoir exercé	F
avoir un suivi	S
ressentir le besoin	P

	I	M	TOTAL	POURCENTAGE I	POURCENTAGE M
FACTIFS	-6	-70,5	-76,5	134%	56.41%
STATIFS	-12,4	-132,9	-145,3	32.07%	23.79%
PSYCHOLOGIQUES	-18,8	-195,3	-214,1	7.54%	3.74%
DISCURSIFS	-25,2	-257,7	-282,9	1.88%	7.48%

avoir de problème	S
justifier	D
avoir déclarer	D
être simple	S
soigner	F
se réduire à	F
être grand	S
croire	P
avoir	S
être installé	S
être médecin traitant	S
être parti	F
soigner	F
être petit	S
avoir	S
avoir recours à	S
être en général en	S
résoudre	F
dire	D
avoir besoin	S
demandeur à	D
avoir besoin	S
être sept	S
avoir	S
se passer	F
arriver	F
avoir besoin pour	S
être dans le dépistage	S
avoir	S
être par nécessité	S
se passer	F
être au cabinet du médecin	S
avoir	S
être privilégié	S
bénéficiaire	S
avoir	S
dire	D
penser	S
avoir	S
avoir dit	S
aller faire	F
avoir été le dernier à faire	S
savoir	S
avoir	S
avoir appuyé	F
avoir accès à	S
avoir dit	D

aller	F
attendre	S
être la peine	S
avoir	S
être peu nombreux	S
être sûr d'y passer	S
avoir été confronté	S
avoir marqué	F
avoir établi	F
avoir eu	S
remonter	F
avoir fait	F
avoir fait	F
remonter	F
avoir fait	F
avoir fait	F
avoir fait	F
avoir fait	F
connaître	S
avoir présenté	F
avoir été fait	F
être en début d'installation	S
avoir fait	F
avoir	S
prendre	F
avoir entraîné	S
avoir demandé	D
savoir	S
avoir fait	F
avoir présenté	F
être moi	S
avoir	S
être arrangé	S
être vraiment	S
avoir fait	F
interpréter	S
être facile	S
faire mal	F
avoir	S
avoir eu	S
avoir	S
exagérer, minimiser	P
penser	S
penser	S
être objectif	P
se poser	F
être normal	S
être la valeur	S
porter	F
penser	S
avoir	S
être objectif	P
avoir	S
avoir	S
dire	D

être méchant	S
être méchant	S
être méchant	S
avoir	S
dire	D
penser	S
être objectif	P
avoir réalisé	F
être des examens	S
avoir	S
être allé voir	F
sortir	F
avoir	S
être à la bourre	S
être passé voir	F
avoir fait	F
être tout	S
connaître	S
être fait	F
avoir fait	F
être l'observance	S
faire	F
oublier	S
prendre	F
avoir fait	F
avoir	S
avoir refait	F
se souvenir	S
avoir fait	F
être un patient	S
être un patient	S
pouvoir	S
vouloir	S
penser	S
penser	S
être évident	S
être en mesure	S
être dans une situation	S
avoir eu	S
être un médecin clinique	S
être pareil	S
ramener	S
avoir raison	S
discuter	D
avoir	S
être bien établie	S
se passer	F
être intéressant	S
être des patients	S
avoir	S
dire	D
s'avérer	F
soigner	F
avoir	S
être médecin	S
être médecin	S
être médecin hospitalier	S
avoir	S
avoir	S

demander	D
arriver	S
soigner	F
gêner	P
être parfois	S
être pareil	S
poser	F
vérifier	F
avoir	S
être rien	S
avoir	S
savoir	S
être mal à l'aise	P
avoir loupé	S
être un confrère	S
être embêté	P
reparler	D
évoquer	D
être une histoire	S
s'être dit	D
avoir	S
vouloir	S
prendre	F
faire	F
aller	F
savoir	S
allait se passer	F
être rigolo	S
avoir fait	F
faire	F
avoir discuté	D
avoir	S
être rigolo	S
se passer	F
avoir bougé	F
avoir fait	F
avoir discuté	D
avoir pris	F
se comporter	F
chercher à avoir	F
prendre	F
être légitime	S
faire	F
être les critères	S
conduire	F
dépendre	S
être le problème	S
être un problème	S
résoudre	F
avoir fait	F
vérifier	F
avoir	S
avoir fait	F
être facile à faire	F
avoir	S
être compliqué	S

faire	F
aller demander	D
faire	F
faire	F
faire	F
demander	D
disposer	S
aller voir	F
disposer	S
avoir	S
être en bonne santé	S
être une question	S
dire	D
connaître	S
connaître	S
avoir travaillé	F
connaître	S
avoir	S
avoir	S
aller voir	F
penser	S
avoir	S
être les difficultés	S
à se décider	F
penser	S
être une question	S
être bénin	S
ressentir	P
se passer	F
aller voir	F
être la question	S
être dans un métier	S
être disponible	S
se mettre	F
avoir organisé	F
arriver à avoir	S
avoir	S
avoir	S
avoir à voir	S
avoir	S
avoir	S
avoir part	F
être dans le cadre	S
être un sujet	S
être la question	S
être bien	S
mettre	F
être le sujet	S
lire	F
être un problème	S
être perçu	S
déraper	P
se rendre compte	S
savoir	S
se sentir	P
avoir	S
savoir	S

voir	S
impacter	F
se prendre en charge	F
évoquer	D

Temps de verbe

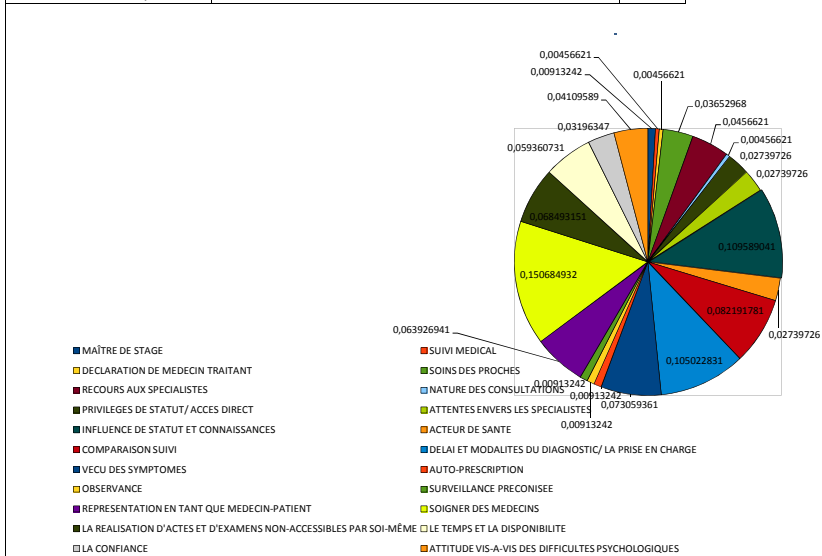
N° énoncé

Plus que parfait	198,199	2	0,61%
Futur simple	369,403	2	0,61%
Futur proche	131,279,363,382,393	4	1,22%
Participe passé	268	1	0,30%
Passé composé	6,38,45,78,79,82,86,116,118,119, 152,174,176,179,181,191,193,194,197,201,202 205,208,209,211,212,215,224,252,257,260,261 263,281,316,322,331,334,338,340,355,398,	42	12,80%
Imparfait	18,33,80,81,87,126,171,172,177,178,185,200,204,207,210 213,221,223,253,254,255,258,259,282,299,320,328,329,330 332,344,356,357,358,375,377,402,413	38	11,59%
Présent	5,11,12,22,23,24,25,26,27,28,35,36,37,39,40,41,42,43,44,46,47,48	239	72,87%
	51,57,59,60,61,62,63,64,65,66,69,70,72,73,74,75,76,77 83,84,85,91,92,93,94,95,96,97,98,99,100,101,102,103,104, 106,108,109,110,111,112,113,114,115,117,120,121,122 123,127,128,129,130,132,134,135,138,139,140,141,142, 143,144,145,146,147,148,149,150,151,153,155,156,157, 158,159,160,161,165,167,168,173,175,180,182,183,184 185,186,187,192,195,206,214,216,222,229,230,231,232 233,234,235,236,237,238,239,240,241,242,243,244,246, 247,248,251,264,265,267,273,275,276,277,278,280,283, 284,285,286,287,288,289,290,291,292,293,294,296,297 293,300,301,302,303,306,307,308,309,310,311,312,313, 314,315,317,318,319,321,323,324,325,326,327,335,336 337,345,346,347,351,352,353,354,359,361,362,364,365 366,367,368,370,371,372,374,376,379,380,381,383,384 388,390,391,932,394,395,396,397,399,400,401,407,408 409,140,411,412,415,416,417,419,420,421,423,424,425		

T= 328

N°	Thèmes spécifiques	Verbatim	
I	MODALITES DE SUIVI MEDICAL		
1	Maître de stage	Je suis maître de stage J'ai exercé beaucoup de responsabilités	T= 2
2	Suivi médical	Pas de suivi médical	T=1
3	Déclaration de médecin traitant	Moi-même	
4	Soins des proches	je suis toujours son médecin traitant il y a une histoire dans la famille par rapport au colon, j'ai dit à tout le monde « attention allez faire vos examens, j'ai un peu appuyé la pédale pour les frères et sœurs eux n'ont pas forcément accès à la connaissance comme ça comme ils sont un peu nombreux c'est sûr que tout le monde y passe quoi.	T= 8
5	Recours aux spécialistes	C'est en général en 2ème intention je n'ai pas encore eu besoin ces dernières de temps en temps je demande aux confrères au-dessus en spécialité oui ça arrive de temps en temps, j'en ai eu besoin d'un aujourd'hui pour un examen cardiologique qui est c'est dans le cadre du dépistage hein, C'est plus par nécessité que par besoin. J'avais encore mes entrées faciles je suis passé voir le confrère cardio au centre hospitalier, on a fait un coup d'écho	T=10
6	Nature des consultations	c'est au cabinet du médecin qui est consulté.	T=1
7	Privilèges de statut, accès direct	Ah ben ça, y a pas photo c'est clair même même si je ne demande rien de particulier Le fait que je sois un confrère médecin que ça me donne un accès beaucoup plus facile aux soins de deuxième niveau ça c'est sûr,	T=6
8	Attentes envers les spécialistes	Ça dépend enfin c'est plutôt souvent de la technique que je n'ai pas à disposition, une coloscopie je ne sais pas faire autrement ça peut être un avis	T= 5
9	Influence de statut et connaissances	de savoir un certain nombre de choses soit dans le sens de « bon c'est pas grave » soit c'est dans le sens « attention il y a un signe d'alerte, faut faire quelque chose ou prendre un avis ou vérifier un certain nombre de choses », c'est un facteur de qualité, de meilleure qualité, de potentiellement meilleure qualité. C'est aussi un facteur dans l'autre sens il n'y a pas besoin de faire des examens ou des soins une meilleure adaptation et puis les connaissances épidémiologiques aussi, les connaissances sur ce que l'on peut attendre d'une technique ou d'un traitement, Avoir un accès à la connaissance de pouvoir l'apprécier, c'est pas tout d'avoir de la connaissance faut savoir la mettre dans son contexte et l'interpréter en quelque sorte. Ça met un peu dans une position à la fois de patient et d'expert, c'est un certain confort dans un certain sens. comme un expert peut l'être à l'extérieur quoi, à l'extérieur du patient,	T=24

I.MODALITES DE SUIVI	CATEGORIES THEMATIQUES	VERBATIM
	MAÎTRE DE STAGE	2
	SUIVI MEDICAL	1
	DECLARATION DE MEDECIN TRAITANT	1
	SOINS DES PROCHES	8
	RECOURS AUX SPECIALISTES	10
	NATURE DES CONSULTATIONS	1
	PRIVILEGES DE STATUT/ ACCES DIRECT	6
	ATTENTES ENVERS LES SPECIALISTES	6
	INFLUENCE DE STATUT ET CONNAISSANCES	24
	ACTEUR DE SANTE	6
	COMPARAISON SUIVI	18
	DELAI ET MODALITES DU DIAGNOSTIC/ LA PRISE EN CHARGE	23
	VECU DES SYMPTOMES	16
	AUTO-PRESCRIPTION	2
	OBSERVANCE	2
	SURVEILLANCE PRECONISEE	2
	REPRESENTATION EN TANT QUE MEDECIN-PATIENT	14
	SOIGNER DES MEDECINS	33
	LA REALISATION D'ACTES ET D'EXAMENS NON-ACCESSIBLES PAR SOI-MÊME	15
	LE TEMPS ET LA DISPONIBILITE	13
	LA CONFIANCE	7
	ATTITUDE VIS-A-VIS DES DIFFICULTES PSYCHOLOGIQUES	9
		219



10	Acteur de santé	Moi oui, oui oui	T= 6
		notamment par le côté je dirais hygiène de vie, alimentation, imprégnation des connaissances sur les pathologies	
		de pouvoir agir au bon moment ni trop tôt ni trop tard.	
		jusqu'à présent pas de problèmes.	
		je pense avoir pris la décision	
11	Comparaison de suivi	et être acteur effectivement de tout ça.	T= 18
		c'est aussi une question de disponibilité.	
		quand on est dans le feu de l'action, (on= valeur commune)	
		dans le feu de l'activité professionnelle « ah tiens au fait faudrait que je fasse ça »	
		une semaine passe, deux semaines passent, trois semaines passent	
		toujours pas fait	
		on est occupé à autre chose (on= valeur commune)	
		Ça c'est un peu paradoxal	
		tout en étant actif,	
		en étant attentif tout au moins,	
		on risque effectivement de tarder un peu pour certaines choses (on= valeur commune)	
		du fait d'être pas disponible	
		pour être malade en gros,	
		c'est ça en étant en médecine libérale	
		c'est un certain d'esprit	
		d'être toujours prêt	
II	PARCOURS DU PATIENT FACE A UN EVENEMENT DE SANTE	à être disponible pour les autres	T= 23
		et peut être un petit peu moins pour soi même.	
12	Délai et modalités du diagnostic et la prise en charge	Par rapport à mes patients, d'un point de vue du suivi aussi bien peut être même mieux	T= 23
		le dernier événement de santé vraiment un petit peu embêtant que j'ai eu	
		ça remonte justement à la première année d'installation,	
		j'ai fait, j'en avais déjà fait un épisode un petit peu avant,	
		j'ai fait un problème de péricardite récidivante,	
		ça remonte à plus de 20 ans hein.	
		Non le diagnostic moi je l'ai fait en fait,	
		c'est moi qui ai fait le diagnostic	
		en plus j'avais fait de la cardio pendant un an	
		je connaissais un peu l'affaire	
		j'ai présenté deux trois épisodes en l'espace d'un an,	
		le diagnostic a été fait rapidement sans conséquence autre que des ennuis avec les assureurs	
		quand j'ai fait mes contrats d'assurance	
		il y en a un	
		qui voulait pas prendre enfin surprime	
		et tout le bataclan bon ça a traîné pendant un an et demi.	
		Au bout du compte j'ai demandé l'avis d'un cardiologue extérieur loin	
		J'ai fait comme si,	
13	Vécu des symptômes	j'ai présenté comme un cas	T=16
		qui n'était pas moi	
		c'est vraiment le dernier épisode un petit peu chaud entre guillemet	
		vraiment sans conséquence au bout du compte.	
		le coup de la péricardite j'ai fait le diagnostic	
		j'avais fait le diagnostic avant,	
		une péricardite ça fait mal,	
		il y avait tous les symptômes classiques de la péricardite,	
		contexte viral et tout, il n'y a pas eu de difficultés.	
		je pense pas que je les majeure non,	
		je suis assez objectif	
		on se pose des questions	
		quelle est la valeur du jugement	
		qu'on porte sur soi-même.	
		il y a un côté intuitif dans la perception	
		je n'ai jamais eu de problème vraiment très méchant,	
		je suis assez objectif.	
		je n'ai jamais été vraiment malade malade malade	
		en tant que médecin je n'ai pas eu de pathologies méchantes	

	qui seraient susceptibles de me mettre en position de régression de ne plus être objectif	
14	Auto-prescription Le traitement je le connaissais, Je l'ai fait moi-même.	T= 2
15	Observance assez bonne car ça fait assez mal pour qu'on n'oublie pas de le prendre !	T= 2
16	Surveillance préconisée il n'y a pas de surveillance pour le cas là. On n'a pas refait d'écho	T= 2
17	Représentation en tant que médecin - patient Un médecin c'est jamais un patient comme les autres ça peut pas à cause justement de son bagage technique, la discussion va être dans la mesure où on n'est pas dans une situation de danger j'ai eu le cas dernièrement avec un confrère médecin il ramène évidemment à la science et il a raison, il cherchait à avoir le maximum d'arguments pour prendre sa décision en connaissance de cause, un patient lambda ne peut pas faire ça, ça a un certain intérêt quand la relation est bien établie on n'est quand même pas des patients comme les autres, dans la mesure où on a encore une fois accès à la science	T= 14
18	Soigner des médecins l'ai un patient actuellement qui est médecin retraité J'en ai pas d'autres. de temps en temps j'ai des collègues qui me demandent un truc pour eux ça ne me gêne pas. quand la situation ne pose pas un problème majeur, bon vérifier qu'il y a une angine des choses comme ça c'est rien quand on a une symptomatologie un petit peu bâtarde, où on sait pas trop on peut être mal à l'aise « est ce que j'ai pas loupé un truc c'est un confrère quand même » on est un peu embêté. pour reparler du patient dont j'évoquais tout à l'heure c'est une histoire de prostate, je me suis dit il a le bagage technique, intellectuel et tout ce qu'on veut pour pouvoir prendre la décision aller plus loin dans les explorations, je savais pas trop comment ça allait se passer au départ c'était rigolo il m'a fait chaque fois après les consultations il me faisait un petit mot « merci Docteur pour l'entretien on a bien discuté » . c'est rigolo. ça se passe très bien	T= 33
III	CRITERES DECISIONNELS CONDUISANT	

	A UNE CONSULTATION		
19	La réalisation d'actes et d'examen non accessibles par soi-même	ça dépend de quel est mon problème si c'est un problème que je peux résoudre tout seul par une auto-observation, s'il y a besoin de regarder le fond de la gorge c'est un peu plus compliqué s'il faut faire un prélèvement je vais demander le concours d'un collègue si ça demande une technique plus spécifique qu'on ne dispose pas en médecine générale j'irai voir le confrère pour autant que ce soit bénin, tant que je le ressens pas comme quelque chose il se passe quelque chose il faut que j'aille voir » .	T= 15
20	Le temps et la disponibilité	Ce serait plus une question de temps effectivement, la disponibilité comme je disais c'est une question de temps c'est plus la question de la disponibilité on on est dans un métier où on est en disponibilité on se met en situation de disponibilité haute même si j'ai organisé mon temps pour arriver à avoir au moins de temps en temps du temps quand moi j'ai le temps peut être que les autres ne l'ont pas. Le collègue qui aurait à me voir ne l'aura pas forcément...	T= 13
21	La confiance	La confiance je les connais tous Avant de m'installer je les connaissais pour la plupart je connais bien les confrères soit hospitaliers soit en ville. J'ai de bonnes relations avec eux s'il y a un souci je vais les voir sans réticences, sans problème, il y a la confiance	T= 7
IV	ATTITUDES VIS-A-VIS DES DIFFICULTES PSYCHOLOGIQUES		
22		c'est un sujet qui est particulier c'est la question dit du burn out. qui n'est pas forcément perçu par le médecin. A un moment donné ça dérape il ne s'en rend pas compte. « Est ce que vous vous sentez bien dans votre boulot ? " Est ce qu'il y a des difficultés ? » ça peut impacter aussi la façon de se prendre en charge.	T= 9

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Différentes études sur la santé des médecins ont montré une discordance entre un niveau satisfaisant de prévention et une mauvaise perception de la prise en charge de leur santé. Nous avons réalisé une étude qualitative concernant l'attitude du médecin généraliste vis à vis de la prise en charge de sa santé dont l'objectif était de comprendre les particularités de son parcours de soins. Quinze médecins lorrains ont été interviewés à partir d'un guide d'entretien selon un mode directif. Les entretiens ont été intégralement retranscrits puis analysés selon plusieurs méthodes complémentaires : une analyse manuelle thématique, une analyse automatique informatique par le logiciel Alceste, une analyse manuelle détaillée d'un cas. Les résultats montrent que le médecin généraliste est un patient atypique qui appréhende sa santé de manière active principalement sur un mode organisationnel. Il se rend davantage disponible pour la santé de ses patients et de sa famille que pour sa propre santé. L'attitude du médecin-patient révèle une grande ambivalence. L'attitude du médecin-soignant accroît les difficultés du médecin-patient à se comporter comme un patient standard. La complexité de la relation thérapeutique entre médecins, la crainte d'un manque de confidentialité et la peur de déranger encouragent le médecin à se replier sur lui-même pour gérer sa santé sans pouvoir se confier à autrui. Afin de rompre avec cet isolement, il semble nécessaire de proposer au médecin généraliste des solutions de soins adaptées spécifiquement à ses besoins.

TITRE EN ANGLAIS

General practioner's attitude towards their own health: qualitative study among 15 general practitioners in Lorraine.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2012

MOTS CLEFS : médecine générale, attitude envers la santé, santé des médecins, étude qualitative

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
