

# Sommaire :

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>15</b>
I. PRESENTATION ET ETAT DES LIEUX.....	15
II. DEFINITIONS.....	16
III. QUELQUES CHIFFRES .....	17
IV. PUBLICATION DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE .....	19
V. LES ETUDIANTS, INTERNES EN MEDECINE .....	21
a) <i>Aux ÉTATS-UNIS</i> .....	21
i. Les chiffres .....	21
ii. Déclaration de son handicap .....	22
iii. Association .....	23
b) <i>En France</i> .....	23
i. Les facultés .....	23
ii. Les associations .....	24
iii. Document officiel .....	24
<b>MATÉRIEL ET MÉTHODE .....</b>	<b>27</b>
I. OBJECTIF DE L'ETUDE .....	27
II. TYPE D'ETUDE.....	27
III. METHODOLOGIE.....	27
a) <i>Critères d'éligibilité</i> .....	27
b) <i>Recrutement</i> .....	28
c) <i>Effectif</i> .....	28
d) <i>Questionnaire</i> .....	28
IV. ENTRETIEN .....	29
a) <i>Préparation des entretiens</i> .....	29
b) <i>Déroulement</i> .....	29
c) <i>Matériel</i> .....	29
V. RETRANSCRIPTION .....	30
a) <i>Données</i> .....	30
b) <i>Mise en place d'un tableau</i> .....	30
<b>RÉSULTATS .....</b>	<b>31</b>
I. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON .....	31
a) <i>Recrutement</i> .....	31
b) <i>Sexe et âge</i> .....	31
c) <i>Mode d'exercice</i> .....	32
d) <i>Lieu de l'entretien et kilométrage</i> .....	33
e) <i>Tableau de synthèse</i> .....	33
II. LA PATHOLOGIE.....	34
a) <i>Les différents types de maladie</i> .....	34
b) <i>Date diagnostique et retard diagnostique</i> .....	34
c) <i>Symptômes et difficultés</i> .....	35
d) <i>Prise en charge</i> .....	38

e) Observance .....	41
III. LES ADAPTATIONS.....	41
a) Scolarité, stage et cabinet.....	41
b) Choix ECN.....	43
c) Ergonomie matérielle mise en place.....	43
IV. ASPECTS FINANCIERS .....	45
a) Les coûts.....	45
b) Mutuelle.....	47
c) Prévoyance.....	47
d) Remplaçant .....	47
e) Assurance facultative.....	48
V. ASPECT RELATIONNEL .....	48
a) Avec les médecins.....	48
b) Regard des autres/ des patients .....	49
c) Prise en charge de confrère ou de patients avec la même atteinte.....	51
VI. VISION ET MESSAGES CLES DES MEDECINS.....	51
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>53</b>
I. FAITS PRINCIPAUX.....	53
a) Objectif principal .....	53
II. FORCE ET BIAIS DE L'ETUDE .....	53
a) Sujet.....	53
b) Sélection .....	54
c) La population.....	54
d) L'entretien .....	55
e) Mesure .....	55
III. LITTERATURE .....	56
a) L'adaptation.....	56
b) La concordance .....	56
c) La relation.....	57
d) Grand public.....	58
IV. PERSPECTIVES.....	60
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>62</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>64</b>
<b>ANNEXE 1 .....</b>	<b>68</b>
<b>ABREVIATIONS.....</b>	<b>70</b>
<b>LISTE DES GRAPHIQUES .....</b>	<b>71</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>72</b>
<b>SERMENT D'HIPPOCRATE .....</b>	<b>73</b>
<b>RÉSUMÉ .....</b>	<b>74</b>

# INTRODUCTION

## I. Présentation et état des lieux

Le sujet de la santé est omniprésent dans la société actuelle. Elle concerne aussi bien le caractère physique, mental que social. Elle est considérée comme un droit fondamental de l'être humain quel que soit ses caractéristiques ou différences. La santé relève bien souvent de nombreuses questions en termes de financement. Contrairement à la majorité des pays, la prise en charge de la santé en France via la sécurité sociale est un véritable luxe.

Ce système de santé repose sur la sécurité sociale, ainsi que des complémentaires contractées par les patients eux-mêmes afin d'améliorer leur remboursement de soins. Les arrêts maladies sont indemnisés par l'assurance maladie.

Les médecins lorsqu'ils sont malades et qu'ils nécessitent des soins bénéficient également de l'assurance maladie et d'une complémentaire. Seulement il est préférable d'avoir en parallèle une prévoyance leur permettant de percevoir une rémunération pendant un arrêt de travail car l'assurance maladie ne prend pas en charge ce type de régime libéral.

En effet les prévoyances permettent de compenser les pertes de revenus de la personne assurée ou du foyer dans certaines circonstances (décès, incapacité, invalidité).

La prévoyance est une protection sociale qui complète donc celle du régime obligatoire permettant d'éviter des drames financiers comme une liquidation de cabinet médical en ce qui concerne cette profession.

En 2010 on comptait 11 000 étudiants universitaires tous confondus atteint d'un handicap (1).

Par ailleurs en 2017 d'après les chiffres de l'assurance maladie, on recensait 20 millions de patients souffrants d'une maladie chronique et plus de 30 millions de patients bénéficiant de soins courants (2).

On peut alors imaginer que parmi ces étudiants il y avait un certain pourcentage d'étudiants en médecine ayant besoin eu aussi de soins.

En effet le médecin peut à son tour devenir patient. Il peut être atteint d'un problème de santé, suite à l'évolution d'une pathologie chronique ou bien après un événement aigu mais aussi être face à la progression d'un handicap inné.

On peut alors se demander comment les médecins s'occupent-ils de leur propre santé ? Comment se mettent-ils en sécurité au préalable ? Comment gèrent-ils cette perturbation de l'autre côté du « miroir » ?

De surcroît, il paraît évident de se demander comment la société peut-elle prendre soins de ses médecins, que ce soit dès le début de leur formation mais aussi tout au long de leur exercice ?

## II. Définitions

- D'après le dictionnaire LAROUSSE en ligne : infirmité ou déficience, congénitale ou acquise.
- D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2015 : « Le handicap n'est pas simplement un problème de santé. Il s'agit d'un phénomène complexe qui découle de l'interaction entre les caractéristiques corporelles d'une personne et les caractéristiques de la société où elle vit. Pour surmonter les difficultés auxquelles les personnes handicapées sont confrontées, des interventions destinées à lever les obstacles environnementaux et sociaux sont nécessaires ».
- Traduction de l'anglais : hand in cap : main dans le chapeau initialement ; l'expression signifiait répartir l'équité lors d'échange de bien de valeur différente en monnayant une somme d'argent.
- D'après la loi française (3) : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société

subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

On mentionnera par conséquent, brièvement, la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) (4) : une équipe pluridisciplinaire dont les missions sont l'accueil, l'information, l'accompagnement et les conseils aux personnes handicapées et leur entourage.

Enfin en matière de scolarité la loi stipule également (5) au TITRE IV, chapitre 1<sup>er</sup> article 19 ; que l'éducation est une priorité nationale avec une égalité des chances. Il existe également des aménagements d'épreuves (orales, écrites, pratiques...) comme bénéficier d'un temps supplémentaire, de la présence d'un assistant ou d'un dispositif de communication adapté etc.

A la suite dans l'article 20 (5), il est mentionné que « les établissements d'enseignement supérieur inscrivent les étudiants handicapés ou présentant un trouble de santé invalidant, dans le cadre des dispositions réglementant leur accès au même titre que les autres étudiants, et assurent leur formation en mettant en œuvre les aménagements nécessaires à leur situation dans l'organisation, le déroulement et l'accompagnement de leurs études ».

### III. Quelques chiffres

Il a été réalisé en 2008 une enquête sur la santé des médecins libéraux en Haute-Normandie (6) où 50% des médecins s'attendaient à ce que leur santé se dégrade. Parmi ces libéraux 64 % avaient une pathologie ostéoarticulaire, 11% des problèmes post traumatisme, 4 % des cancers et 2 % des handicap. Les auteurs notaient également que 14 % avaient dû soit changer de méthode de travail, soit diminuer leur temps horaire voire arrêter de travailler.

Seulement 20 % avaient déclaré un médecin traitant.

Par ailleurs 87 % d'entre eux avaient contracté une prévoyance.

Ils avaient rapporté des propos de médecins assez marquants :

*« J'ai des problèmes articulaires qui m'angoissent quant à la possibilité de pouvoir travailler encore longtemps. »*

*« Il est toujours difficile pour un médecin d'avouer sa propre fragilité. »*

On recensait en 2015, plus de 300 internes de médecine générale en formation et 1616 médecins généralistes en haute Normandie (7), en partant du principe que quasiment un tiers de la population générale est atteinte d'une maladie chronique on peut extrapoler et dire qu'environ 600 médecins en haute Normandie sont atteints d'un problème de santé.

En effet le médecin peut devenir malade à son tour comme tout un chacun. En revanche on remarque qu'il est loin d'être le premier à consulter et qu'il a tendance à négliger sa propre santé.

Étant médecin on connaît la maladie et ses évolutions potentielles. L'accès à l'auto-prescription de médicament ou d'examen complémentaire est plus facile, tout comme le sont les consultations spécialisées. Malgré tout notre jugement est perturbé et nous ne sommes pas objectifs quant à notre propre santé (exagération, ou bien désintérêt, déni...).

Le risque est que la pathologie soit trop évoluée au moment de la prise en charge. Il peut y avoir un retard diagnostique du fait du déni par non consultation ou bien par automédication qui aurait dissimulé certains symptômes ayant donc minimiser la maladie.

#### IV. Publication du Conseil National de l'Ordre

Le conseil national de l'ordre a lui aussi publié des rapports.

L'un en 2004, avec le Dr DELGA qui insistait sur la nécessité d'une évaluation de l'aptitude des étudiants avant d'entrer dans le 3<sup>e</sup> cycle ainsi que de l'intérêt d'un suivi médical lors de l'exercice et d'une prise en charge similaire à tout autre patient.

Ce nouveau rapport s'élargi au-delà de la santé mentale du médecin c'est-à-dire aux pathologies organiques, traumatologiques ou non, s'intégrant bien dans le cadre de cette thèse.

Le point de vue dans ce rapport du MÉDECIN MALADE avec le Dr LERICHE (8) :

Il liste des points essentiels concernant le médecin malade :

- Les dangers de l'automédication
- Le professionnalisme du médecin consultant
- La confraternité
- La survie du cabinet (remplacement, prévoyance, nécessité de réévaluation régulière des contrats)
- La reprise d'activité qui est une épreuve elle aussi (capacité physique, jugement de la patientèle)

C'est de ces items qu'apparaît le terme de confraternité solidaire et de « veille confraternelle ».

La Commission Nationale Permanente (CNP) après avoir étudié des modèles étrangers propose une nouvelle imagination ordinaire pour aider le professionnel de santé à faire face à de nombreuses difficultés telles que : gérer sa couverture sociale, accepter son manque d'objectivité personnelle, faire face à la peur du non-respect du secret médical. Ainsi il conclue que le médecin devrait pouvoir s'appuyer sur un Ordre au meilleur rôle informatif et incitatif.

Les propositions du Dr BIENCOURT sont :

- Avoir un service d'information ordinaire en matière de prévoyance
- Mise en place au niveau départemental d'une commission de dépistages du médecin en difficulté.
- Instauration de visites médicales de prévention régulières et obligatoires.
- Forte incitation à ce que les médecins ne soient pas leurs propres médecins traitants en raison des risques majeurs de l'auto-prescription.

Et selon le Dr BOUET ; la confraternité consiste à :

- Accompagner le médecin dans sa vie professionnelle
- Dépister précocement les situations et les comportements à risque
- Prévenir les ruptures d'activité
- Informer sur les risques de l'exercice autres que ceux liés à la responsabilité professionnelle
- Éduquer à la prévoyance
- Mettre en place tous les moyens liés à l'institution, humains et matériels, pour apporter des solutions individualisées à toute situation de crise.

Les objectifs à terme seraient d'obtenir des passerelles qualifiantes avec des reconversions acceptables afin de pouvoir garder son statut de médecin même lorsqu'on est atteint d'un handicap.

En effet malgré que ce sujet soit un peu considéré comme tabou, la qualité de vie du médecin a évolué avec les années, il a autant le droit qu'une autre personne aux soins mais également à un épanouissement au travail et une retraite en bonne santé.

On voit par ailleurs des dispositifs avec des associations telle que l'APSS (Association pour la Promotion des Soins aux Soignants) aidant les médecins ayant des problèmes mentaux ou d'addiction.

On est en droit de se demander pourquoi il n'existe pas encore des associations pour pathologie organique plus ou moins chronique.



## V. Les étudiants, internes en médecine

En médecine, les étudiants s'investissent de façon majeure et parfois inconsidérée au détriment de leur vie privée et parfois de leur santé dans cette période de formation rigoureuse. Le médecin est considéré comme une élite, certains étudiants pensent que le docteur n'a pas besoin d'un pair, ne fait jamais d'erreur, n'est jamais malade. On se rend compte par ailleurs que pendant le premier cycle des études médicales, certaines caractéristiques sont souvent récompensées comme le fait d'être autonome, d'avoir un jugement indépendant et le sacrifice de soi, cependant ceci peut amener à l'isolement, à la concurrence et parfois à la mise en danger des étudiants.

### a) Aux ÉTATS-UNIS

#### i. Les chiffres

Nous ne pouvons estimer de façon exacte le nombre d'étudiants handicapés. Une étude aux États-Unis publiée dans le JAMA Network (9) a été menée afin de s'en rapprocher. Cette étude s'intéressait à la prévalence de l'auto-déclaration d'un handicap des étudiants en médecine et les capacités des facultés à mettre en place des aménagements.

Il en résultait que parmi les 89 écoles répondantes, 1547 étudiants handicapés avaient été identifiés, ce qui représente 2,7% des étudiants inscrits en médecine. On retrouvait que plus de 70% des difficultés étaient liés à des problèmes psychiatriques et le reste aux problèmes sensitivomoteur.

Ce pourcentage est supérieur aux estimations précédentes de 0,3% mais reste inférieur à celui de la population général de 19% (10) en effet devant la peur d'une certaine stigmatisation, les auteurs envisageaient fortement une sous déclaration de la part des étudiants.

## ii. Déclaration de son handicap

Au cours d'un autre travail américain, les auteurs mettaient en évidence la préoccupation des étudiants quant à la confidentialité de leur santé (11). Ceci pouvait être un obstacle à la mise en place de soins lorsque la maladie était stigmatisante en termes de capacité médicale. Une certaine « culture du silence » était mise en évidence.

Le danger à terme était la non-reconnaissance de trouble en début de carrière et ainsi la mise en jeu de la santé de nombreux patients à qui ils étaient confiés.

Ils concluaient à mettre en place un défi professionnel difficile entre préserver la confidentialité des informations médicales et une obligation déontologique de signaler des pairs atteints de symptômes graves pouvant avoir des préjudices.

Dans U.S NEWS, une étude américaine (12) affirmait que les étudiants étaient plutôt atteint de troubles mentaux que de déficit sensorimoteur.

Ils insistaient sur le fait que dissimuler son handicap représentait plutôt un inconvénient malgré qu'il existait des discriminations au décours de certaines déclarations.

Ils montraient l'intérêt du choix d'une école adaptée au besoin propre à chacun afin de bénéficier d'avantages (temps supplémentaire, stéthoscope adapté, aide motrice...) en termes d'accès à la formation au même titre qu'un étudiant sans atteinte, et l'intérêt de réévaluer la situation afin d'être au plus près des besoins.

Ils pointaient du doigt le piège de non déclarer, malgré la stigmatisation potentielle au décours, du fait qu'il n'y avait pas d'adaptation rétrospective possible et que certains aménagements nécessitent un temps de mise en place.

Afin d'éviter ce genre de situation de sous déclaration il existe aux USA une loi datant de 1990 : Americans with Disabilities Act (ADA) qui consiste à interdire la discrimination des personnes handicapées (13) , d'autant plus pour les établissements faisant parti d'un programme recevant des fonds fédéraux pour la recherche comme les universités.

Aux états unis il existe des critères d'éligibilités avec des normes standardisées permettant l'acceptation des étudiants au programme ; cependant certains critères d'admission peuvent être discriminant et faire invalider une inscription si le handicap ne rentre pas dans les catégories « acceptables ».

Ainsi il a été réalisé dans une étude aux USA un recensement de l'application de cette loi ADA par les écoles avec la mise en place d'aménagements raisonnables en faveur de l'étudiant handicapé afin de se conformer à la loi pour l'accès de tous à la formation. (14)

Il en résultait une faible participation des écoles aux aménagements avec pour conséquence une violation de la loi. Le principal frein à se conformer à cette loi était le coût de ces agencements spécifiques.

### iii. Association

L'UCSF (University of California San Francisco) aux états unis est le principal défenseur des étudiants en situations de handicap (10)

L'AAMC ( Association of American Medical College) en partenariat avec l'UCSF, soutient l'accès des étudiants handicapés aux sciences médicales dans les cycles supérieurs. Ils mettent en place des services s'adaptant aux besoins spécifiques des étudiants (15) . Leur permettant d'accéder aux études médicales et par conséquent diminuer la pénurie de médecin. Par ailleurs on se rend compte que la communication et la prise en charge sont facilitées avec les patients eux-mêmes handicapés. Un ancien président de l'association AAMC avait mis en avant le fait que les médecins devaient ressembler à leurs patients pour une meilleure prise en charge et adhésion de soins (sexe, langage, ethnie mais aussi en termes de handicap). Il semblait que les patients se sentaient mieux compris.

### b) En France

#### Comment un étudiant peut-il étudier la médecine avec un handicap ?

#### i. Les facultés

Il existe une obligation d'information publique par communication électronique.

Prenons en exemple l'université de Rouen qui a mis en accès libre sur son site, une rubrique dédiée au handicap permettant d'accueillir et d'accompagner les

étudiants concernés ou secondairement atteints afin qu'ils puissent poursuivre leur exercice. (16)

A noter que l'on peut trouver le même dispositif outre-mer avec le Royaume-Uni qui s'adapte aux étudiants afin de pouvoir les former dans les meilleures conditions. Au moment de l'élaboration du dossier d'inscription UCAS (Universities and Colleges Admissions Services) on peut décrire son handicap afin que des aides spécifiques et ajustées (financière et matérielle) soient mise en place au profit de l'étudiant. (17) (18)

## ii. Les associations

Il existe des associations d'étudiants qui accompagnent ces derniers :

- Le site HANDISUP (19) de Haute-Normandie permet lui-aussi d'aiguiller l'étudiant de façon appropriée vers divers référents.
- L'ISNAR IMG (InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale) (20) présente de son côté les droits des étudiants et aide les internes en situation de handicap à la mise en place de bourse, de PCH calculée par la MDPH, la mise à disposition d'outils pédagogiques tels que la prise de note en braille, traduction... Cet organisme met en avant le fait que l'interne est considéré comme un agent public et qu'il doit être en mesure d'accéder ou de conserver son emploi avec des formations et mesures adaptées.

## iii. Document officiel

Enfin, il existe un guide de l'accompagnement de l'étudiant handicapé à l'université rédigé par les présidents d'université (1) ; il est accessible de tous et est destiné aux personnels des établissements universitaires afin de guider les étudiants handicapés.

- On y retrouve les missions d'accueil et d'accompagnements personnalisés avec des compensations adaptées à chaque spécificité de handicap et leur conséquence.
- Des Plans personnalisés d'Accompagnement de l'Étudiant Handicapé (PAEH) sont mis en place notamment avec la MDPH.
- L'équipe plurielle propose des aides pédagogiques humaines mais aussi techniques ainsi que des aménagements d'épreuve...
- Le CROUS pour la proposition de logement et la médecine préventive sont également concernés.
- L'accès à la vie étudiante est favorisé.

En effet un certain nombre d'étudiants ont sûrement déjà fini un examen de médecine et dû quitter l'amphithéâtre alors qu'il restait quelques élèves. Intérieurement le « ça va ils leur restent du temps » qu'ils ont pu se dire ; mais à quel prix ?

Qui s'est soucié de la raison pour laquelle ils avaient ce droit et les conséquences au quotidien qu'ils vivaient ?

On se rend compte qu'avec ses lois et dispositifs mis en place, on permet l'accès aux études de médecines à des candidats qui jusqu'à l'heure avaient des difficultés.

Ainsi au cours de différentes recherches on se rend compte que le handicap est souvent abordé mais en termes de patient que le médecin reçoit à son cabinet ; jamais vécu de façon personnelle par le médecin lui-même.

C'est à partir de toutes ses questions que l'idée de ce thème est née.

Je me suis concentrée sur le problème de santé plus ou moins sévère rencontré par les médecins, son vécu, les aspects qualitatifs des adaptations tant bien matérielles que financières afin de pouvoir poursuivre leur exercice sereinement ; en effet une véritable cascade de conséquence en découle.

Le but étant de former des futurs médecins dans de bonnes conditions malgré une différence et de conserver nos médecins actuels victimes d'un handicap.

Mon travail de thèse cherche donc à répondre à la question suivante :

**QUELLES SONT LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES PAR LES MÉDECINS  
GÉNÉRALISTES PORTEUR D'UN HANDICAP AU COURS DE LEUR ÉTUDES ET  
DE LEUR PRATIQUE QUOTIDIENNE EN HAUTE-NORMANDIE ET QUELLE EST  
LA VISION DE LEUR CONFRÈRE ?**

# MATÉRIEL ET MÉTHODE

## I. Objectif de l'étude

Ce travail de thèse a comme objectif principal la mise en avant des difficultés médicales rencontrées par le médecin généraliste en formation ou au cabinet au cours de son exercice et les adaptations qui en découlent.

## II. Type d'étude

Le travail réalisé s'inscrit dans une démarche qualitative de type descriptive. Il a été conçu à l'aide d'entretiens volontaires effectués auprès de médecins généralistes thésés ou non, et étant concernés par un problème de santé sensorimoteur.

## III. Méthodologie

### a) Critères d'éligibilité

Le recueil de données a été effectué auprès de médecins généralistes qu'ils soient installés, remplaçant ou bien internes en médecine générale.

Le sujet portait sur les problèmes de santé avec retentissement physique ou sensoriel, quels qu'ils soient sans distinction sur l'importance du retentissement ou leur date d'apparition.

Les troubles mentaux étaient exclus compte tenu de la prise en charge fondamentalement différente et de ses fluctuations importantes.

## b) Recrutement

Le recrutement des médecins a été effectué par différents moyens mis en place. Un message type a été rédigé et diffusé à différentes parties.

- L'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) de Normandie
- Le Syndicat Indépendant Régional Haut Normand des Internes de Médecine Générale (SIREHN IMG) de Rouen ont été contacté afin de le diffuser de façon plus large à l'ensemble de leurs adhérents.
- L'ordre des médecins a également été contacté mais m'a redirigé vers l'URML.
- Le syndicat des Remplaçants Généralistes et Jeunes Installés de Normandie (REGJIN) ne m'a jamais répondu.
- L'utilisation des réseaux sociaux a également permis de véhiculer le message.

Une relance a été effectuée vers l'URML sans réponse favorable de leur part.

Dans ce message mes coordonnées étaient transmises, ainsi qu'un lien internet permettant de s'inscrire avec ses coordonnées si des médecins se portaient volontaires ; l'information m'était transmise et je pouvais les recontacter.

Par ailleurs il y a également eu le bouche-à-oreille qui a permis certains recueils.

Le recrutement se faisait sur la base du volontariat.

## c) Effectif

Je souhaitais obtenir des réponses d'une quinzaine de personnes afin d'avoir diverses données. Cependant il n'y avait aucun impératif à respecter.

## d) Questionnaire

Afin de mener un entretien cohérent et similaire pour chaque personne interrogée une trame de questions ouvertes a été réalisée. Elle permettait d'avoir les informations clés importantes au recueil mais permettant également l'ouverture à d'autres questions en parallèle lorsque la discussion était ouverte.



#### IV. Entretien

##### a) Préparation des entretiens

Je recontactais les volontaires et nous fixions ensemble une date et un lieu de rencontre afin de pouvoir échanger.

Les entretiens se déroulaient à l'endroit choisi par le médecin (bureau, domicile, stage...).

##### b) Déroulement

Il y avait un premier temps de présentation mutuelle. Je présentais également l'objectif de ma thèse et le travail effectué.

Je précisais que mis à part le sexe, l'âge et ce que la personne me racontait de son handicap, aucune autre donnée pouvant l'identifier ne serait révélée.

Puis nous abordions le problème de santé concernant le médecin. Les échanges se déroulaient spontanément ; je laissais dans un premier temps la personne me décrire sa pathologie et son vécu puis à l'aide de mon questionnaire, j'orientais certaines questions plus précises.

Je demandais pour finir si la personne avait un message particulier à faire passer.

##### c) Matériel

Il était prévu au départ que j'enregistre les entretiens, mais au premier rendez-vous suite à un problème logistique, cela n'a pas été possible.

J'ai donc décidé de ne pas en parler aux médecins et de n'enregistrer personne afin que la méthode soit la même pour tous.

Pour le recueil de donnée, je prenais soit des notes directement sur ordinateur avec ma trame de question ouvertes, soit j'imprimais le questionnaire que je remplissais au fur et à mesure manuellement.

## V. Retranscription

### a) Données

Une mise au propre des entretiens a été réalisé afin de retenir les grandes idées, cependant certaines tournures de phrases ont été transcrite telles quelles compte tenu de l'importance de leur sens.

### b) Mise en place d'un tableau

Un tableau résumant l'ensemble des données a été mis en place pour une lecture facile de la synthèse.

# RÉSULTATS

## I. Description de l'échantillon

### a) Recrutement

Pour la réalisation de ce travail, 11 entretiens ont été effectués entre février 2019 et août 2019.

Je n'ai pu réaliser de diagramme de flux compte tenu du fait que je ne connaissais pas le nombre de médecins contactés. Le mail envoyé par l'URML était général et la diffusion par les réseaux sociaux ne permet pas d'obtenir ce renseignement.

Grâce au lien indiqué dans les mails, j'ai pu recueillir 4 participants, en effet 2 des autres réponses étaient des erreurs, 1 était une réponse favorable puis un refus dans un deuxième temps.

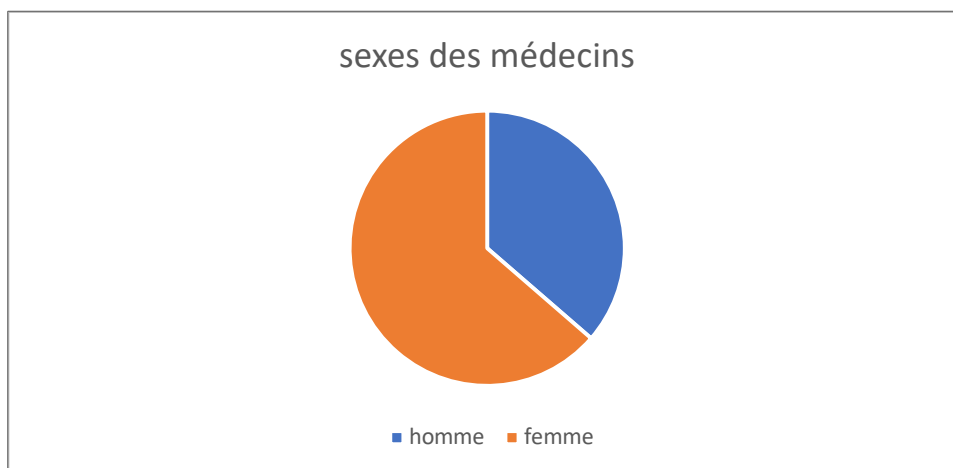
Le bouche-à-oreille m'a permis de recruter 7 médecins et plus particulièrement des internes qui avaient également vu l'information sur les réseaux sociaux. Parmi le bouche-à-oreille, 2 médecins ont catégoriquement refusé les entretiens suite aux appels téléphoniques pour présenter le travail, une lettre explicative avait également été laissée à l'un d'entre eux. Il n'est pas impossible que l'importance de leur handicap ait engendré des réticences, en plus de leur emploi du temps chargé.

### b) Sexe et âge

J'ai recruté plus de femmes dans ce travail. Au total, il y avait 7 femmes pour 4 hommes.

La moyenne d'âge était de 40,4 ans, il faut seulement se rappeler que l'étude portait à la fois sur les médecins installés et les internes ; ce qui diminue fortement la moyenne d'âge.

Le plus jeune ayant 26 ans et le plus âgé 63 ans.

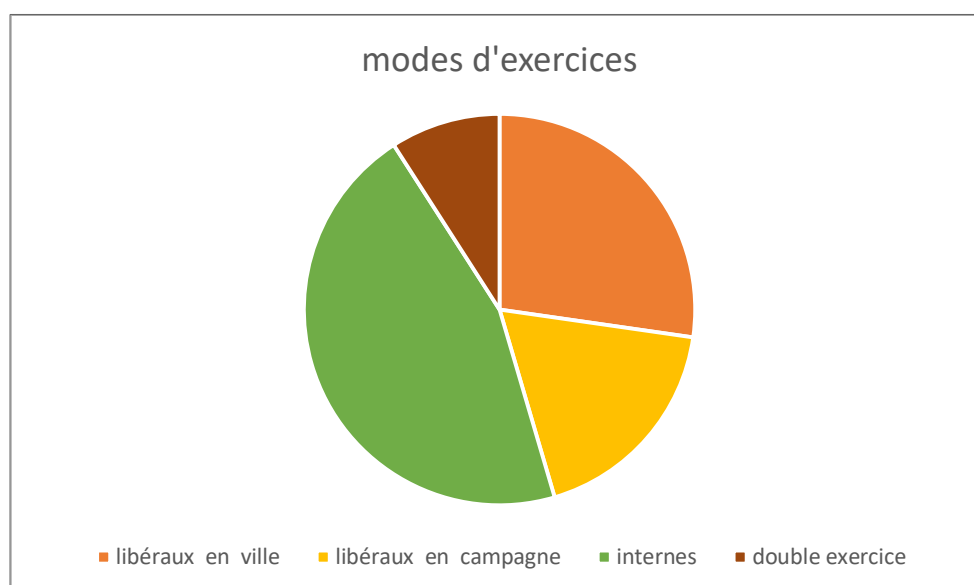


### c) Mode d'exercice

Un des médecin E1 exerce seule mais combine une activité avec les consultations en EHPAD et SSR. E2 E3 E5 exerce en maison médicale, E4 combine exercice de groupe avec les visites en Maison d'Accueil Spécialisée (MAS). E11 a conservé sa double qualité de médecin généraliste hospitalier et médecin urgentiste.

E6 E7 E8 E9 E10 sont des internes effectuant leur stage dans divers lieux (E6, E9 et E10 effectuant une formation d'urgentiste en parallèle).

3 des médecins libéraux sont installés en ville, 1 à l'hôpital et 2 en campagne.



#### d) Lieu de l'entretien et kilométrage

Les entretiens ont eu lieu principalement sur les lieux de travail, soit au cabinet ou en stage pour les internes. Seulement E3 et E9 ont eu lieu à domicile.

Le total des kilomètres parcourus afin de réaliser tous ces entretiens est de 946 km.

#### e) Tableau de synthèse

	sexe	age	statut	lieu de l'entretien	mode d'exercice	nombre de KM A/R	pathologie
E1	femme	56	médecin libéral	cabinet	seule/EHPAD/SSR	102	surdité
E2	homme	52	médecin libéral	cabinet	maison médicale	66	poliomyélite
E3	femme	40	médecin libéral	domicile	maison médicale	60	brides amniotiques
E4	homme	63	médecin libéral	cabinet	groupe /MAS	184	arthrogrypose
E5	femme	63	médecin libéral	cabinet	maison médicale	146	AVP
E6	homme	28	interne	lieu de stage	étudiant	96	SPA
E7	femme	28	interne	lieu de stage	étudiant	96	surdité
E8	femme	26	interne	lieu de stage	étudiant	96	maladie de crohn
E9	femme	28	interne	domicile	étudiant	28	surdité
E10	femme	28	interne	stage	étudiant	30	SPA
E11	homme	32	médecin hospitalier	bureau	médecine polyvalente	42	hémangiome médulaire

## II. La pathologie

### a) Les différents types de maladie

Au cours de ce travail, les médecins recrutés présentaient divers problèmes de santé.

- Il y a eu plusieurs cas de surdité. Évolutive pour E1 sans étiologie retrouvée ; post méningite pour E7 ; stable sans étiologie retrouvée également pour E9.
- E7 a la particularité en revanche de présenter deux séquelles post infection à méningocoque ; la surdité et une vessie neurologique.
- Un cas de poliomyélite est présenté par E2 compliquée d'atrophie musculaire.
- Une des médecins, E3, présentait des brides amniotiques au niveau des mains compliquées d'amputation multiples.
- Un confrère, E4, était atteint d'une forme sévère d'arthrogrypose, une arthrogrypose multiple congénitale des quatre membres. L'arthrogrypose est une pathologie qui atteint les articulations et les muscles avec pour conséquence une attitude figée en l'absence de prise en charge.
- Une autre consœur, E5, avait des séquelles motrices suite à un Accident de la Voie Publique (AVP) compliqué d'une luxation des vertèbres C6C7 retentissant sur les racines nerveuses des extenseurs et fléchisseurs des membres supérieurs avec des amyotrophies ; ainsi que des douleurs neuropathiques.
- Deux des internes présentaient une spondylarthrite ankylosante (SPA) sévère pour E6 accompagnée de psoriasis et de complications liées à la prise d'AINS, légère pour E10.
- Une interne, E8 présentait elle, une maladie de Crohn.
- E11 a présenté un hémangiome médullaire compliqué d'une monoparésie du membre inférieur gauche.

### b) Date diagnostique et retard diagnostique

Chaque présentation d'entrée dans la pathologie est différente. Elles sont présentées ici de façon chronologique.

- Le diagnostic a été posé à la naissance sans retard diagnostic pour **E3**, ainsi que pour **E4** à quelques jours de vie en Afrique (à l'époque territoire Français) respectivement les brides amniotiques et l'arthrogrypose congénitale multiple.

- **E2** a contracté la poliomyélite à l'âge de 3 ans au Vietnam dans un contexte de réticence à la vaccination de la part de ses parents.
- Les surdités sont de présentations plus insidieuses. Pour **E1** le diagnostic a été posé il y a 5 ans alors qu'elle se rappelait lire déjà sur les lèvres étant petite. Chez **E9** l'ORL a diagnostiqué une surdité à l'âge de 6 ans. Les retards diagnostiques sont donc fréquents sans possibilité d'estimations exactes. Pour **E7** en revanche, le diagnostic a eu lieu au décours de l'infection à méningocoque sans retard diagnostic à l'âge de 16 ans.
- Les spondylarthrites ankylosantes ont été diagnostiquées à l'âge de 21 ans pour **E6** avec un retard diagnostique d'une dizaine d'années et à l'âge de 24 ans pour **E10** avec un retard diagnostique de 6 ans.
- La maladie de Crohn a été identifiée chez l'interne **E8** à l'âge de 20 ans soit 2 ans après le début des symptômes.
- L'AVP avec luxation C6C7 a eu lieu lorsque le médecin **E5** avait l'âge de 55 ans, il n'y a pas eu de retard diagnostique compte tenu de la rapidité des examens effectués au décours.
- Le diagnostic pour **E11** a été posé à l'âge de 6 ans sans retard.

### c) Symptômes et difficultés

Chaque médecin a ressenti ses symptômes différemment avec une apparition plus ou moins brutale.

Pour la surdité, trois des médecins étaient concernés :

- **E1** se trouvait face à une gêne qui était progressivement croissante, dans sa pratique quotidienne notamment elle avait des craintes de manquer une information à l'interrogatoire ou à l'examen clinique, ainsi qu'une difficulté de communication par téléphone avec ses patients.
- Chez **E9** la surdité s'est révélée à l'âge de 6 ans quand les places dans la classe étaient attribuées par ordre alphabétique et qu'elle s'est retrouvée au fond. Un suivi annuel était initialement effectué puis à l'entrée en faculté de médecine

une négligence s'est mise en place car aucune prise en charge n'améliorait les symptômes.

Cependant plus tard l'inquiétude de négliger une information lors de staff ou de transmission et d'avoir un retard sur une prise en charge du fait du manque d'information au moment voulu, ainsi que de perdre une information à l'examen clinique l'ont poussé à reprendre les examens. En effet E9 souffre d'une surdité mixte prédominance à droite, en parallèle du fait que ses réflexes stapédiens soient très diminués.

- **E7** présentait à la fois une cophose brutale bilatérale mais aussi une vessie pathologique : une vessie stable mais de faible compliance avec une hypertonie urétrale de repos rendant les mictions impossibles malgré une sensibilité normale. Par ailleurs elle présente une fatigabilité plus rapidement atteinte.

Voici la clinique pour les autres médecins :

- **E2** présentait une atrophie de la jambe gauche post poliomyélite qui constitue donc une boiterie à la marche. Il expliquait aussi avoir des lombalgies mais considérait qu'elles n'étaient pas plus importantes que la population générale et régresaient sous antalgique simple.
- **E3** présentait à la naissance des brides amniotiques au niveau des mains réduisant la mobilité de ces dernières malgré une sensibilité conservée. Actuellement elle présente diverses amputations de phalanges permettant tout de même une dextérité satisfaisante.
- **E4** avec l'arthrogrypose présentait des raideurs avec des articulations figées à la naissance. Actuellement après une prise en charge en continue, il persiste une boiterie et une baisse de la force musculaire, sa dextérité étant elle intègre.
- **E5** a présenté un déficit moteur des membres supérieurs principalement après l'accident. Le membre supérieur droit était plus atteint que le gauche en notant que la praticienne est droitère. Cette atteinte se compliquant évidemment d'amyotrophie et de douleurs neuropathiques résiduelles. Ainsi malgré une



stabilité clinique et l'absence d'évolution, sa dextérité et motricité fine reste diminuée.

- **E8** présentait initialement une fatigabilité importante accompagnée de douleur abdominale et de trouble du transit récurrents dans sa présentation initiale de la maladie de Crohn. Ces symptômes se sont atténués grâce à la prise en charge.
- **E11** a présenté à l'âge de 6 ans une boiterie. Actuellement il persiste un trouble de la marche associé à un fauchage secondaire à un syndrome pyramidal séquellaire. Il n'est pas douloureux et n'a aucun retentissement dorsal. Du fait d'une croissance modifiée, il doit porter une talonnette gauche et ne porte par conséquent que des chaussures montantes.

Comme pour la surdité, j'ai regroupé les spondylarthrites ankylosantes :

- **E6** présentait des douleurs dorsales qui avaient été mis sur le compte : « il grandit trop vite ». Cependant les douleurs ont persisté avec un dérouillage matinal et l'apparition de psoriasis. A ce jour il persiste une sacro iliaque partiellement fusionnée avec une boiterie au moment des accès douloureux.
- **E10** présentait depuis l'âge de 18 ans des sciatalgies plutôt gauches plus ou moins liées au sport sans autre retentissement, cédant sous antalgiques simples ou AINS. Actuellement les douleurs sont toujours localisées en sacro-iliaque gauche.

#### d) Prise en charge

Différentes prises en charge de surdité :

- **E1** a consulté l'ORL il y a 5 ans devant l'importance des troubles au quotidien qui a permis de mettre en place un appareillage en 2016 et ceci malgré une consultation 10 ans plus tôt qui ne montrait pas d'indication à la suppléance auditive.
- **E9**, elle, a repris un suivi ORL suite à son passage dans ce terrain de stage en tant qu'interne, en effet elle avait cessé de consulter pendant toutes ses années d'études de médecine. Pour autant l'ORL ne montrait pas de franche évolution contrastant avec les difficultés quotidiennes perçues.

Ainsi, suite à deux nombreux examens complémentaires dont une tomodensitométrie ne retrouvant pas de cause ; un essai d'appareillage pendant 15 jours a été décidé. Après 4 jours d'essai, ce fut un échec puisque l'interne ne découvrait ni ne percevait de nouveaux sons mais était attirée par « des bruits quotidiens inintéressants » « j'entendais mes animaux laper ».

Alors il a été décidé d'un suivi régulier avec un nouvel essai si besoin. Elle me rapporte aussi que dans l'attitude diagnostique une chirurgie lui avait aussi été proposée, notamment pour l'otospongiose mais devant les risques encourus et le peu de possibilité de récupération, elle a refusé.

Pour **E7** qui présente la singularité de présenter deux complications post méningite, je présente à part sa prise en charge :

- La surdité : découverte au cours de son hospitalisation en réanimation, une prise en charge diagnostique a rapidement été mise en place pour arriver au constat d'une cophose brutale bilatérale. Une chirurgie avec mise en place d'implants cochléaires lui a été proposé dans les mois qui ont suivi. Un appareillage spécifique et des séances d'orthophonies régulières ont été nécessaires. Une reprise chirurgicale à un an était indispensable devant un dysfonctionnement interne.
- La vessie neurologique a été détecté à l'aide de Bilan Uro Dynamique, une rééducation a été mise en place initialement mais suivi d'échec. Une prise en charge médicamenteuse à l'aide notamment d'alphabloquant, se sont eux aussi soldés par des échecs. Au final un apprentissage à l'autosondage a été effectué

lui permettant plus d'aisance. Une chirurgie avec de la neurostimulation comportant de nombreux risques, compte tenu de l'absence de certitude de réussite, lui avait été proposée sans réponse favorable de sa part.

Les différentes autres prises en charge :

- **E2** a lui été appareillé à l'âge de 5 ans. Cet appareillage est renouvelé tous les deux ans afin d'être le plus adapté possible
- **E3** a subi de nombreuses interventions chirurgicales afin d'acquérir de plus amples mobilités de ses doigts. Celles-ci au nombre de 6, ont débuté à l'âge de 6 mois avec une intervention tous les semestres, elles comprenaient des ablations de syndactylie et des greffes de peau principalement. Une septième chirurgie a eu lieu à l'âge de 11 ans afin de récupérer une meilleure fonctionnalité d'un pouce.
- **E4** a été rapatrié en France à quelques jours de vie, il a bénéficié de rééducation intensive ainsi que de mise en place d'attelles multiples. Il a reçu à l'âge de 10 ans une chirurgie : une arthrodèse bilatérale au niveau des pieds suivi de rééducation analytique de 13 à 18 ans. Actuellement, il poursuit la kinésithérapie une fois par semaine pour entretenir le tonus. Il me rapporte également avoir fait il y a quelques années une batterie d'examen (IRM, Exploration Fonctionnelle d'Effort (EFR), Consultation Rhumatologique, Kinésithérapie, Consultation orthophonique ainsi que de la rééducation fonctionnelle...) dans le centre de référence à Grenoble durant une semaine.
- **E5** a immédiatement été prise en charge dans un CHU après hélicoptage. Elle a bénéficié d'une chirurgie avec arthrodèse vertébrale. Après son hospitalisation en neuro chirurgie, elle a débuté la rééducation mais en ambulatoire. Cette rééducation intensive était de 6h quotidiennes pendant deux mois puis 3 fois par semaine. C'était de la kinésithérapie globale car un retentissement sur les membres inférieurs était également présent. Au décours de six mois d'arrêt de travail, elle a pu retourner exercer progressivement.

- **E8** a donc entrepris un suivi dans son CHU d'origine avec divers examens comme gastro et coloscopie sans étiologie retrouvée, ce n'est qu'avec une entérolRM que ce diagnostic s'est révélé positif au bout de plusieurs mois d'errance.

Elle est traitée par immunothérapie et corticoïdes actuellement.

- **E11** a bénéficié d'examens complémentaires dès le début des symptômes pour trouver le niveau lésionnel (IRM médullaire et TDM cérébral). Il a ensuite pu être pris en charge en neurochirurgie en 1993, puis a été transféré dans un centre de rééducation pendant un an où il a pu suivre son année de CP comme convenue.

Il a dû au décours porter une orthèse nocturne anti-équin jusqu'à l'âge d'environ 12 ans où l'observance a été difficile, tout comme les séances de kinésithérapies qu'il a arrêtées à l'adolescence. Il a essayé en 2016 l'injection de toxine botulique, sans résultats satisfaisants.

En ce qui concerne la spondylarthrite ankylosante :

- **E6** a pendant ses études été interpellé par ses symptômes. C'est pourquoi pendant son stage en rhumatologie il en a profité pour en parler et se faire examiner. Le diagnostic était posé. Il a été pris en charge par des antalgiques de niveau 1 et 2, ainsi que des paliers 3 étant mal supportés ; puis les biothérapies ont été introduites.
- **E10** a également été interpellé pendant ses études comme précédemment par la présentation des symptômes. Elle a bénéficié de nombreux examens complémentaires (radiographies, 2 IRM, 1 TDM, prise de sang) montrant une sacroiliite gauche avec érosion et condensation, en parallèle d'une discopathie lombo sacrée. Elle a bénéficié d'une infiltration épidurale lombosacrée sous scanner, douloureuse et non efficace. La décision a donc été de poursuivre la prise en charge par antalgique simple à la demande.

## e) Observance

Les médecins hormis E6 et E8 n'avaient pas besoin d'avoir une observance marquée.

Les surdités doivent être suivies de façon annuelle simplement.

Ces deux médecins E6 et E8 ont déjà fait l'erreur de ne pas être assidus car ça allait mieux avec les médicaments et en ont payé les conséquences au décours.

	type de handicap	date de début	symptômes/séquelles	diagnostic / prise en charge (hospit)	objectivité	suivi	retard diagnostique
E1	surdité évolutive	ne sait pas exactement, pendant la scolarité (10 ans ?)	baisse de l'audition progressive, compensait en lisant sur les lèvres ou demandait de respirer plus fort, haut parleur sur téléphone	consultation il y a 5 ans ORL appareillage depuis 3 ans	non initialement	oui	oui
E2	poliomyélite	à l'âge de 3 ans	atrophie de la jambe gauche/ quelques lombalgies	appareillé à l'âge de 5 ans / Renouvellement tous les deux ans	oui	non	non
E3	brides amniotiques aux mains	naissance	amputation de phalange multiples	7 chirurgies	oui	non	non
E4	arthrogrypose multiple congénitale des 4 membres	naissance (rappatriement en France)	boiterie, baisse de la force musculaire, bonne dextérité	rééducation intense, attelles, arthrodèse bilatérale / semaine dans un centre de référence	non	oui	pas d'écho, naissance, rappatriement à J15
E5	AVP luxation C6-C7	01/02/2011 (55 ans)	retentissement moteur (extenseurs et fléchisseurs) des membres supérieurs/ dextérité et motricité fine diminuée/ douleurs neuropathiques	arthrodèse, rééducation ambulatoire intense puis dégressive	oui	si besoin	non, elle-même, hélicoptère CHU
E6	spondylarthrite ankylosante	diagnostic posé à l'âge de 21 ans, mais début dans l'adolescence	SPA avec sacro iliaque partiellement fusionnée, dérouillage important, psoriasis, gastrite compliquant la prise d'AINS	biothérapie + antalgiques	oui	oui	oui (environ 10 ans)
E7	surdité et vessie neurologique (méningite)	à l'âge de 16 ans	cophose brutale bilatérale, vessie neurologique sans vidange naturelle	chirurgie et appareillage/ autosondage	non initialement	oui	non
E8	maladie de Crohn	à l'âge de 20 ans	diarrhées, fatigue, douleur récurrente	réfèrent CHU (divers examens)	non	oui	2 ans
E9	surdité	6 ans	surdité mixte sans cause retrouvée	surveillance après échec d'appareillage	non	annuel	oui
E10	spondylarthrite ankylosante	diagnostic posé à l'âge de 24 ans	sacroiliite gauche	antalgiques simples	non	peu	oui (environ 6 ans)
E11	monoparésie du membre inférieur G post hémangiome médullaire	à l'âge de 6 ans	boiterie, fauchage	neurochirurgie	non	non	non

## III. Les adaptations

### a) Scolarité, stage et cabinet

Les surdités en générale ont mis en place certaines techniques communes comme la lecture labiale, mais aussi l'amplification du son au téléphone, faisaient répéter, demandaient au patient de respirer plus fort à l'auscultation par exemple. On retrouve que pendant leur scolarité le premier rang était leur place favorite ; **E9** par exemple à chaque rentrée annonçait sa surdité pour être sûre d'être au premier rang ; elles empruntaient également des cours et demandait les diapositives.

**E7** a dû photocopier beaucoup de cours afin de rattraper le retard de l'année en cours. Elle n'a pas eu besoin de redoubler l'année grâce à un investissement a posteriori précédant l'année suivante. Elle a pu bénéficier de tiers temps aux épreuves de baccalauréat et rattraper son bac de français de façon aménagée. Plus tard pendant les études de médecine, elle a continué de récupérer au maximum les cours afin de

pouvoir suivre. Lorsqu'il a fallu réviser les items dans les livres c'est devenu plus simple.

Pendant les stages, les staffs sont toujours difficiles et les téléphones peu adaptés (sauf un terrain de stage qui avait adapté un téléphone pour **E7**).

**E9** à la faculté dans les grands amphithéâtres s'arrangeait pour se placer aux endroits où elle percevait le mieux, et bien souvent quand elle n'entendait pas, les autres étudiants non plus. En chirurgie ce qui était difficile c'était qu'elle ne pouvait pas utiliser la lecture labiale et se trouvait souvent en arrière-plan étant étudiante.

Maintenant elle fait en sorte d'arriver dans les premières au staff afin d'être bien placé.

**E2** a conservé son autonomie, donc n'a pas eu de retentissement particulier, à l'école « était content même de pouvoir louper le sport », les stages parfois même plus intenses comme les urgences ne lui ont pas posé de problème (« j'y suis même retourné »)

**E3** a réalisé une scolarité sans difficulté, puisqu'elle a pu acquérir une dextérité normale au cours de son développement naturel. « J'ai même appris à jouer du piano ».

En effet les gestes plus techniques comme les sutures ou pratique de geste gynécologique ne sont pas une limite.

**E4** a pu étudier sans retentissement particulier

**E5** a dû mettre en place des combinaisons afin de combler son manque de dextérité que nous détaillerons plus loin.

**E6** a effectué ses stages comme les autres étudiants, il a pu en revanche bénéficier lors d'un stage en médecine de ville de l'achat d'un fauteuil ergonomique par son praticien référent. De plus lors d'un stage en réanimation, il a perçu une véritable considération avec des chefs et co-internes solidaires (il était par exemple exempté de brancardage, de port de sac et effectuait moins de garde entre autres) Il n'a jamais bénéficié de tiers temps.

**E8** n'a pas été affecté pendant sa scolarité avant la faculté de médecine. Elle n'a jamais eu d'adaptation spécifique de stage non plus, malgré qu'elle ait dû en parler parfois autour d'elle pour que certains comprennent son indisponibilité. Son principal souci mais qui ne peut être adapté spécialement pour elle, c'est l'accès à une toilette un peu isolée. Elle n'a jamais demandé de tiers temps.

Absence d'adaptation particulière au cours de son cursus pour **E10** hormis la demande d'une chaise bien droite lors des Épreuves Classantes Nationales (ECN) plutôt que les chaises d'amphithéâtre légèrement inclinées.

**E11** a simplement dû faire son CP dans une structure spécialisée, mais il a pu faire le reste de sa scolarité sans adaptation particulière.

De même, aucune accommodation n'a dû être mise en place en stage de médecine.

#### b) Choix ECN

A l'unanimité la réponse a été que la pathologie n'avait pas influencé le choix de cette spécialité à l'ECN.

En revanche **E3** et **E4** ont mentionné le fait que leur vision aurait peut-être été différente sans leurs limites physiques. De par ce fait, ils ne se sont jamais projetés chirurgiens par exemple. Il en est de même pour **E8** qui aimait bien la chirurgie.

**E4** ajoute que s'il avait été reçu il aurait pris Médecine Physique et de Réadaptation.

**E5** fatalement était déjà installé au moment de l'accident.

#### c) Ergonomie matérielle mise en place

Pour les surdités, l'adaptation passait par l'appareillage et l'achat de stéthoscope amplifié plus ou moins adapté aux appareils auditifs comme pour **E1**.

**E7** possède un montage particulier avec un système de microphones contralatéraux au niveau de la bifurcation de la tubulure. Bien souvent elle ne branche qu'un seul côté par soucis de rapidité. C'est le seul moyen trouvé pour pouvoir ausculter un patient, les autres systèmes proposés n'étant pas adaptés.

Voici le matériel unilatéral utilisé par E7 possédant des implants cochléaires.



**E9** possède également un stéthoscope électronique lui permettant une meilleure écoute : « ça a changé ma vie »

Pour **E2** la seule adaptation qu'il ait dû effectuer et de façon générale pour sa vie quotidienne, c'est la conduite d'une voiture avec boîte automatique.

La principale difficulté pour **E3** était le port de gant, qu'elle a rapidement pallié avec la mise en place d'une première paire en taille S, puis l'application par-dessus d'une deuxième paire préalablement coupée en mitaine afin de rabattre les doigts pendants.

**E4** pour son exercice ménage ses déplacements. Il possède un fauteuil ergonomique afin de préserver son dos. Il a raccourci sa table d'examen afin de pouvoir faire son interrogatoire et son examen clinique assis sur un tabouret roulant. Par ailleurs, il peut conduire une voiture sans boîte automatique.



Dans sa pratique, il m'a dit pouvoir assurer tout un tas de geste du fait d'une bonne dextérité (frottis, vaccinations, infiltrations...).

**E5** pour faciliter sa pratique a dû investir dans un tensiomètre automatique. En astuce, elle utilise une pince pour réussir à décapuchonner les aiguilles ou ouvrir d'autres matériaux.

Pour vacciner par exemple, elle demande la participation active des parents pour maintenir le membre car elle a besoin de ses deux mains (une pour tenir la seringue, l'autre pour pousser le piston).

Elle a de nouveau pratiqué des gestes type frottis au bout de plusieurs de mois ainsi que des poses d'implants contraceptifs.

En revanche elle a arrêté la pratique de suture.

Pour ce qui est de la conduite, elle a rapidement pu reprendre afin de retrouver son autonomie, elle se sert simplement de sa paume pour passer les vitesses, envisage tout de même l'achat d'une voiture avec boîte automatique.

**E8** n'a pas vraiment de possibilité d'adaptation. Et aucune pour **E11**.

Pour les spondylarthrites, **E6** actuellement en stage aux urgences aurait besoin d'un fauteuil ergonomique, il a été prévu qu'il ne dépasse pas le temps horaire et qu'il puisse au maximum effectuer des gardes coupées.

Il examine debout mais effectue tous ses gestes techniques assis si possible.

Il envisage lui aussi d'investir dans une voiture avec boîte automatique.

**E10** ne nécessite pas d'adaptation actuellement, « je fais avec enfaite » cependant, étant aussi en formation d'urgence en parallèle, un non dépassement de temps horaire lui avait été proposé.

#### IV. Aspects financiers

##### a) Les coûts

Les dépenses associées à la surdité varient, allant de 400 euros par appareil plus l'achat du stéthoscope à 400 euros pour **E1**, à des milliers d'euros.

En effet **E7** possède un équipement (implants cochléaires + processeurs) d'une valeur d'environ 48 000 euros en tout, non totalement à sa charge mais moyennant des assurances facultatives.

Par ailleurs elle bénéficie d'une reconnaissance handicapée avec la MDPH, elle a bien sûr une prise en charge en Affection Longue Durée (ALD) et perçoit l'Allocation Adulte Handicapé (AAH). En sus de ceci elle possède une prise en charge forfaitaire pour des frais annuels. Par exemple le remboursement des piles des processeurs qui se changent à peu près tous les quatre jours se fait par l'ALD. Ce qui représente environ 200 euros en tout annuel. Mais il existe à chaque achat des frais de port eux non inclus, qui se trouvent pris en charge par ce forfait ; ainsi que le matériel pour le stéthoscope.

Pour **E9**, le stéthoscope valait 369 euros neuf, le devis pour les appareils auditifs à l'essai valaient 1500 euros chacun ce qui constituait aussi un frein compte tenu de l'absence d'amélioration.

La valeur de l'appareillage de **E2** s'élève à 5000 euros au total, sachant qu'il le renouvelle tous les deux ans. Il bénéficie d'une prise en charge en ALD avec un remboursement à 100%.

**E4** a des frais de semelles orthopédiques non négligeables. Pour l'instant il se contente d'acheter des chaussures de ville montant en plus. Il est reconnu en ALD, au titre exceptionnel, ce qui permet de prendre en charge les frais de kinésithérapie. Il n'y a pas de reconnaissance MDPH.

**E3**, **E5** et **E10** n'ont pas de frais particulier.

**E6** et **E8** ne nécessitent pas de frais remarquable mais consulte chacun en hôpital public et sont pris en charge au titre de l'ALD.

**E11** n'a pas d'autres dépenses que sa semelle, prise en charge en ALD.

Au total, on note que **E2**, **E4**, **E6**, **E7**, **E8** et **E11** sont reconnus en ALD.

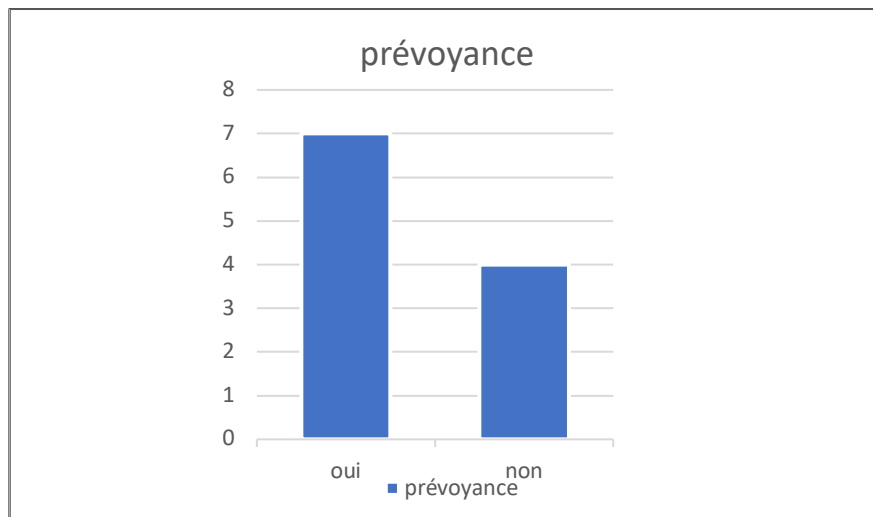
#### b) Mutuelle

**E1**, grâce à sa mutuelle bénéficie d'un remboursement satisfaisant de son appareillage auditif.

**E2, E3, E4, E5, E7, E8, E9, E10 et E11** possède une mutuelle sans particularité.

**E6** possède une mutuelle renforcée sur les spécificités de sa pathologie.

#### c) Prévoyance



**E6** ne possède pas encore de prévoyance car il a des difficultés à en trouver une qui accepte.

**E8** ne possède pas de prévoyance par méconnaissance, elle a déjà dû être arrêté, mais financièrement si besoin ses parents étaient présents.

**E11** a dû réaliser un dossier particulier pour ne pas exclure son problème de santé de sa prévoyance.

#### d) Remplaçant

**E1, E3, E4, E7, E8, E9, E10 et E11** n'ont jamais eu recours à un remplaçant.

**E2** a déjà eu recours à un remplaçant à 50 % qu'il a pu vite recruter mais dans un autre contexte que sa pathologie chronique.

**E5** a eu recours à un remplaçant également, accompagné du fait que son associé avait augmenté considérablement ses heures de travail.

**E6** n'était pas concerné car interne, mais a déjà dû se faire relever ou remplacer par des co-internes au pied levé.

#### e) Assurance facultative

**E1** par exemple assure ses appareils (pour la casse, panne etc.) contre la somme de 100 euros annuels.

**E7**, en revanche, possède une assurance complémentaire de 413,14 euros annuels pour assurer ses deux dispositifs (implants cochléaires et processeurs) en cas de casse ou de dysfonctionnement, sans couvrir le vol. Celle-ci est indispensable quand on sait que l'implant en lui-même vaut plus de 20000 euros sans compter la chirurgie et que le processeur coûte plus de 4000 euros et cela de façon doublée chez ce médecin.

Les implants se changent tous les 20 ans au bloc opératoire et les processeurs tous les cinq ans en fonction de l'évolution du marché.

**E11** de façon personnelle pour son prêt habitat, a dû comme pour sa prévoyance, faire un dossier particulier avec des justificatifs sur l'absence de récidive et d'évolutivité afin justement de ne pas avoir à prendre d'assurance supplémentaire.

### V. Aspect relationnel

#### a) Avec les médecins

De façon globale chaque médecin a rapporté une facilité d'accès au rendez-vous avec une grande disponibilité des différents praticiens. Les délais passant d'un an et demi d'attente à quelques jours.

**E1** ajoutait une « facilité d'entretien et d'interrogatoire »

**E2** n'avait pas de suivi particulier, et se faisait lui-même ses renouvellements d'ordonnance.

Comme **E2**, **E3** n'a pas de suivi particulier. En revanche on peut noter qu'elle s'est retrouvée pointé du doigt lors d'un stage comportant de la chirurgie face à un co interne qui « avait peur que ça se passe mal » en échouant des prises en charge au bloc

opérateur. Il avait par conséquent fait en sorte qu'elle ne fasse plus partie du pôle de garde. Elle a pu obtenir gain de cause après explication auprès de son chef de service.

**E4** possède un médecin traitant par qui il passe pour ses prescriptions de soins de pédicure ou séances de kinésithérapie.

**E5** n'a pas eu de traitement de faveur du fait qu'elle était médecin. Elle a simplement indiqué qu'elle devait être transférée sur un CHU du fait de la gravité, sans privilège au décours.

**E6** a répondu en revanche que « sa relation est probablement différente et que sa prise en charge a possiblement été plus agressive d'emblée »

**E8** avait pour médecin traitant son père. Au départ devant la fatigue, il lui disait de moins sortir, puis il a pu organiser une prise en charge diagnostic rapide avec des spécialistes.

Pour **E9** elle parlait d'un véritable investissement de ses interlocuteurs. Elle sait qu'elle pourra se faire appareiller plus tard si cela se dégrade, et elle est averti que ses enfants devront être suivis et si besoin appareillés dès l'âge de deux ans.

**E10** en voulait à son médecin généraliste de l'époque qui lui disait « c'est dans la tête, on va faire l'examen mais tu verras ce sera normal », « quand on se rend compte que la pathologie peut évoluer ça fait peur quand tu es jeune »

**E11** qui n'était qu'un enfant, a également pu avoir une prise en charge rapide et efficace grâce à sa mère qui était médecin hospitalier. Il devrait poursuivre un suivi avec un médecin de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) mais ne prend pas le temps.

#### b) Regard des autres/ des patients

De façon générale, les médecins sont plutôt préservés et peu pointés du doigt. Ils rapportent parfois quelques anecdotes.

**E1** n'a subi aucune remarque compte tenu que son appareillage est discret, en revanche elle n'hésite pas à les montrer si elle se trouve face à un patient qui est réticent à l'appareillage afin de dédramatiser. L'interrogation « Vous les voyez les miens ? » les prends souvent de court et permet d'engager une certaine réflexion de leur part.

**E2** m'a révélé se voir comme normal et ne se sentait pas affecté si un regard se faisait pesant. Il a déjà eu la question d'un patient « mais vous boitez ? » alors que le patient était suivi depuis quelques temps sans que ce dernier n'y prête attention avant.

**E3** s'est plusieurs fois retrouvé face à des interrogations d'enfants lors des consultations, plutôt par curiosité, rarement des adultes de façon intrusive.

**E4** a mis beaucoup de temps avant de réussir à en parler. Le regard des autres à l'école était très difficile. Il n'arrive à s'ouvrir sur ce sujet que depuis peu.

Il s'exprime en me disant que « c'était un sentiment de honte » ; le handicap : « on le trimbale toute sa vie ». Après une réflexion il se sentait par conséquent coupable d'infliger cela à ses parents (les nombreux soins, le tracasserie...).

**E5** m'a déclaré « en fait les patients sont bienveillants et encourageants » la reprise n'en a été que plus facile.

**E7** évoquait la difficulté d'avoir une étiquette handicapée à l'âge de 16 ans. Elle aurait souhaité a posteriori avoir un suivi psychologique à ce sujet.

**E8** n'a jamais eu de véritables soucis de la part des autres, « parfois j'ai plutôt l'impression qu'ils ont pitié »

**E6, E9 et E10** ne subissent pas le regard des autres et s'en moquent. En général n'en parle pas si ce n'est pas nécessaire.

**E11** en y réfléchissant m'avoue ne pas avoir été moqué à l'école, « je pense que j'ai eu de la chance quand même ». Il savait qu'on le regardait parfois et encore maintenant mais sans jamais d'injure. Il a réussi à en parler que vers 20 ans car avant il existait un véritable frein. Il ajoute que s'il n'avait pas été médecin il aurait aimé être professeur des écoles mais qu'a posteriori le regard des enfants lui aurait peut-être été pesant.

### c) Prise en charge de confrère ou de patients avec la même atteinte

**E1, E2, E3, E4, E5, E7, E9, E10, E11** n'ont pas pris en charge de confrère malade ou atteint du même problème de santé.

**E6** a déjà pris en charge des médecins, ou des patients atteints de SPA où il est forcément attentif à certains aspects de la maladie. De façon général « ça a probablement développé mon empathie envers les autres »

De même **E8** a déjà pris en charge des patients ayant une maladie de Crohn, et quand c'est le cas elle n'oublie jamais le versant moral. Elle sait que la douleur est un fait, mais elle prend toujours soin de savoir comment va le moral qui est très important au long cours dans ce type de pathologie.

## VI. Vision et messages clés des médecins

En demandant aux médecins s'ils avaient des messages à faire passer, j'ai obtenu :

**E1** me rapportait le fait qu'elle s'investissait dans le diagnostic précoce de surdité avec l'achat d'une valise : « sensory babytest » afin de pouvoir prévenir au plus tôt. Elle mettait l'accent aussi sur le fait qu'« une personne atteinte de ce handicap n'était pas un imbécile qui faisait sans cesse répéter, mais quelqu'un en difficulté qui manquait probablement d'une prise en charge adaptée. »

**E3** dans sa vision de la vie me parlait d'une différence et non d'un handicap, elle ne se sent absolument pas diminuée dans la vie quotidienne. Ce médecin m'a même proposé de changer mon titre afin d'enlever ce mot « handicap ».

**E4** n'avait pas de message particulier mais sait que le fait de travailler en MAS n'est pas si anodin, cela renvoie à sa situation personnelle.

**E5** m'a avoué ne pas consommer d'antalgique car « la douleur quand on sait d'où elle vient, on s'y fait. Il n'y a plus d'angoisse autour de celle-ci », mais qu'il fallait garder du temps pour soi pour continuer ses soins (rééducation pour elle).

Par ailleurs les patients l'ont beaucoup aidé à reprendre confiance : « c'est un métier valorisant et motivant » ; « les patients nous disent souvent que l'on est merveilleux pour eux »

**E6** affirmait que « les professions de santé sont peu adaptées quand tu as un handicap. »

**E7** m'a fait part que son envie de devenir médecin venait de ce moment de sa vie où elle a été confronté au milieu médical. « Tu sais, c'est une sacrée leçon de vie ». Les patients la trouvent plus empathique.

**E9** voulait faire passer le message « qu'il ne faut pas essayer de gérer soit même son problème de santé, qu'il fallait déléguer ».

**E10** trouvait dommageable le manque d'investissement de son premier médecin traitant, que probablement le diagnostic aurait été plus tardif si elle n'avait pas fait le rapprochement avec ses études.

**E11** « je suis un peu dans le déni je pense, c'est une véritable introspection que je fais là, je n'y avais jamais vraiment réfléchi » ; « je peux globalement tout faire et quand je ne peux pas, comme le snow, je fais abstraction et j'évite ces situations ».

Ce médecin ne se sentait pas lui non plus handicapé, il sait qu'il porte cette « étiquette », pour autant il se voit différemment.



# DISCUSSION

## I. Faits principaux

### a) Objectif principal

L'objectif de ce travail était de montrer les différentes difficultés que pouvaient rencontrer le médecin généraliste atteint de pathologie plus ou moins chronique selon leur atteinte physique.

Il en résulte un panache de pathologie avec des prises en charge aussi singulières les unes que les autres. Chacune de ses pathologies avaient des degrés de sévérité différentes.

Je retiens que chacun a pu poursuivre sa formation ou son exercice dans de bonnes conditions, en adaptant leur matériel médical à la pratique quotidienne accompagné d'astuces ordinaires pour une ergonomie optimale.

Les appareillages de certains des médecins (auditif ou pour la marche par exemple) sont parfaitement transparents et ne gênent en rien leur pratique.

Quasiment tous les médecins se faisaient suivre de façon régulière.

Par ailleurs aucun des médecins rencontrés ne s'est retrouvé dans une situation financière délicate, soit en l'absence de retentissement sur les ressources simplement, soit grâce à une bonne protection complémentaire.

## II. Force et biais de l'étude

### a) Sujet

Le sujet du handicap est un sujet particulièrement difficile, en effet c'est accepter une différence et réussir à l'évoquer. Le cheminement pour y parvenir peut-être complexe.

Aborder ce thème sur le versant médecin est innovant. Habituellement ce sont les problèmes de santé globaux qui sont abordés tels que le diabète, la tension ou dépression etc. comme dans les travaux de Sandra BONNEAUDEAU (21) et Madeleine LHOTE (22).

Ainsi le handicap parfois considéré comme tabou est présenté comme une différence rencontrée et surmontée avec des adaptations ajustées.

Parallèlement, compte tenu du sujet on peut se retrouver face à un biais déclaratif avec omission volontaire de certains aspects plus ou moins personnels. On peut également noter que les personnes interrogées connaissaient le sujet et ont pu anticiper certaines réponses.

Cependant la plupart des personnes interrogées ne semblaient aucunement réticentes et ne s'opposaient pas au partage des informations dont elles m'avaient fait part.

#### b) Sélection

Le mode de recrutement s'est effectué de diverses manières ce qui a permis d'informer de *nombreux médecins*. Celui-ci a été effectué par mail, réseaux sociaux et bouche-à-oreille.

Cependant malgré ceci et comme souvent dans ce type d'étude, il en résulte peu de participant. On peut évoquer un biais de sélection avec ces divers modes utilisés. Mon étude visait uniquement les *médecins généralistes*, ainsi aucun spécialiste n'a pu être pris en compte.

Par ailleurs le recrutement se faisait sur la base du *volontariat*, ce qui constitue un deuxième biais de sélection. Seuls les médecins atteints d'un problème physique et consentant à en parler ont pu être recrutés. En effet je me suis heurtée à deux refus catégoriques qui montraient probablement une certaine résistance envers leur handicap, ces personnes m'avaient pourtant été recommandé de par le bouche-à-oreille. De plus les médecins ne vivant pas leur handicap comme tel, ont pu ne pas se sentir concernés ou bien trouver cela trop intrusif.

#### c) La population

En 2018 à l'échelle nationale d'après le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), la moyenne d'âge est de 50,6 ans avec 48,2% de femme (23). Ici la moyenne d'âge globale était à 40,4 ans, alors que celle des médecins installés seuls était de 51 ans. Une majorité féminine était présente aussi.

Ainsi mon échantillon se rapproche assez de ces valeurs malgré qu'il soit faible. Une certaine représentativité peut être extrapolée.

#### d) L'entretien

L'entretien était semi dirigé, ce qui permettait d'un côté de laisser libre court au médecin interrogé mais également de cibler certaines questions utiles.

Je n'ai procédé à aucun enregistrement d'entretien par soucis technique initialement, cependant par volonté de procéder de la même manière avec chacun des participants j'ai poursuivi ainsi. Ceci a peut-être permis aux médecins interrogés de ne pas se sentir surveillé dans le moindre détail avec peut être une parole plus libre. Par ailleurs je leurs rappelais à chaque entretien que les données seraient anonymes en dehors du sexe et l'âge et que s'ils m'avaient confié une information qui finalement ne voulaient pas voir apparaître je la supprimerais sans soucis.

Les médecins choisissaient le lieu afin qu'ils préservent le plus leur liberté.

Par ailleurs, mener un entretien est un exercice à part entière, on commence à y être confronté au cours de l'internat avec les interrogatoires ou bien les consultations autonomes de patient, cependant là on se retrouve face à un autre médecin qui a sa propre expérience. On peut donc imaginer qu'entre le premier et dernier entretien mes capacités et timidité compte tenu du sujet se soient modifiées et ressentis quant aux réponses.

#### e) Mesure

Le fait de ne pas enregistrer les entretiens permet une plus ample liberté pour le médecin, cependant on peut penser que certaines informations peuvent ne pas être prises en compte et manquer au recueil final.

### III. Littérature

#### a) L'adaptation

Nous devons garder à l'esprit qu'un handicap n'est pas incompatible avec l'exercice de la médecine. Cependant on remarque dans la littérature que ce n'est pas encore une évidence. Par exemple malgré la loi américaine ADA (13) et les adaptations qui doivent en découler l'objectif est plutôt tourné vers les capacités et leur maintien plutôt que de composer autour des incapacités. Dans une étude outre atlantique, (24) les auteurs avaient pour but de collecter certaines informations afin d'apprendre à mieux soutenir les médecins handicapés en terme de besoins et d'utilisation de nouvelles technologies ; ainsi que d'accroître leur représentation au sein de la profession. Je trouve utile de parler de ce travail se rapprochant de près à mon thème mais évoluant dans un autre système de soins. Ils se rendaient compte qu'un handicap préexistant était moins favorable ; en effet les dossiers des étudiants étaient annotés d'un astérisque pouvant évoquer un possible problème de santé, les postes étaient également moins faciles à obtenir car des critères moteurs intervenaient pour valider les capacités.

Lorsque la défaillance arrivait pendant l'exercice, une véritable volonté d'adaptation se mettait en place avec diverses technologies recensées comme les moyens de transports adaptés, ascenseurs, porte automatisée, table d'examen réglable, robotique etc.

D'un point de vue plus philosophique, diverses questions en ressortaient comme « Apprendre comment un handicap peut constituer un atout dans la gestion de patients handicapés ? »

Une réflexion s'articulait autour des potentiels regrets des médecins et la manière dont ils ont surmonté les obstacles au cours de leur carrière pouvant profiter aux jeunes collègues handicapés, en particulier aux étudiants envisageant une carrière en médecine.

#### b) La concordance

Dans une direction similaire, et issu du même journal précédant (25), les auteurs de cet écrit affirment qu' « on ne peut pas vraiment comprendre les expériences d'une

autre personne tant que l'on a pas été à sa place », en effet bien souvent il existe une disparité d'objectif entre ceux du médecin et ceux du patient. Un médecin en bonne santé va-t-il penser que son patient handicapé aimerait faire du sport ? Un médecin ayant des limitations se projette plus et connaît les limites, il peut ainsi se rapprocher de son patient et l'aiguiller. Tout comme le médecin E8 qui faisait plus attention au versant moral dans ce contexte de maladie chronique, ou bien E6 qui portait une attention particulière à certains symptômes évoquant les siens. Par ailleurs il existe souvent de fausses idées avec des suppositions erronées, dans mon travail j'ai pu remarquer que les médecins ne se considéraient pas comme handicapés finalement mais comme ayant une différence (E2 E3). Par conséquent la concordance d'un point de vue handicap entre le médecin et le patient peut aider à une meilleure prise en charge en termes d'expérience, de décision et même de satisfaction. On précise bien sûr que cet appariement ne peut pas s'effectuer avec des handicaps trop lourds ou parfois des troubles du langage ainsi que certaines maladies mentales.

Par ailleurs les adaptations ergonomiques des médecins peuvent également profiter aux patients avec l'exemple type d'une table d'examen réglable.

### c) La relation

Plusieurs travaux de thèse se sont intéressés à la santé du médecin en général.

-Marie CASTEL a travaillé sur le sujet « le patient médecin en consultation de médecine générale, vécu de la relation médecin-patient, point de vue du médecin soignant » (26)

Elle met en avant le fait que le médecin patient lorsqu'il consulte se positionne en tant que patient lambda et qu'il a besoin d'une prise en charge normale et non pas surdimensionnée.

C'est également de cette manière que je l'ai ressenti dans ma recherche, la seule différence notable se trouvait dans la population d'interne du fait qu'ils obtenaient plus facilement un rendez-vous ou avis avec leur spécialiste compte tenu d'une relation plus proche.

-Sandra BONNEAUDEAU (21) propose à la fin de son travail sur « le MÉDECIN /MALADE : un patient comme les autres ? » quelques conseils pour le médecin malade à savoir : s'accorder du temps pour sa santé, avoir un médecin

généraliste et s'y référer, ne pas abuser de l'auto prescription, savoir devenir malade/médecin et non l'inverse, avoir une complémentaire santé.

Je trouve que ses conseils sont particulièrement adaptés et qu'ils devraient peut-être être rappelés à chaque nouveau médecin puisque nul n'est à l'abri face à la maladie et que mes entretiens m'ont guidé vers des conclusions similaires face aux différentes situations auxquelles j'ai été confronté.

#### d) Grand public

De façon plus général et accessible de tous, on retrouve des livres ou film relatant des faits personnels concernant la vie du médecin. Je citerais ici un de chaque avec quelques extraits permettant la comparaison avec cette thèse.

##### i. Livre

Dans le livre : On peut se dire au revoir plusieurs fois, le Dr SERVAN-SCHREIBER fait face à une rechute de son cancer : une tumeur cérébrale. Médecin de formation puis écrivain avec de nombreuses conférences à donner, il se livre quant à son parcours et ses ressentis. (27)

Il écrit « *j'attribuais ma fatigue à ces vols répétés, au décalage horaire, au stress de la prise de paroles en public* » alors que les résultats au décours annonçaient une récurrence. Il annonce « *j'ai tout de suite su, sans l'ombre d'un doute, que j'allais faire ce qu'il fallait pour lutter* ».

Par ailleurs, il accepte de devenir patient : « *Cette petite aventure m'a fait comprendre une chose : il ne faut pas chercher à jouer au héros à l'hôpital. En tant que médecin, j'avais plutôt tendance à dire : « pas de problème, allez-y, piquez-moi ! », alors que je souffrais autant qu'un autre. Il a fallu que j'atteigne le rivage de mes cinquante ans pour comprendre qu'il valait mieux être modeste et éviter de souffrir* ».

Il reste toujours lucide, réaliste et déterminé. Il a bien eu conscience qu'il avait besoin d'aide médicale d'une part, mais aussi relationnelle avec ses proches d'autre part. Il a écrit ce livre afin de dire au revoir mais en espérant la rémission : « *cet au revoir, j'ai le ferme espoir qu'il ne sera pas le dernier. On peut se dire au revoir plusieurs fois.* »

Enfin dans les dernières pages il décrit la santé comme « *l'intelligence du corps* », « *qu'est d'autre la santé, en effet, que la résultante d'un fonctionnement harmonieux et équilibré de tous les systèmes qui constituent l'organisme ? Quand ce fonctionnement*

*se détraque, il ne sert à rien de s'acharner sur l'organe qui a l'air de flancher, le foie, le sang, le cœur, etc. il faut chercher à restaurer l'équilibre de l'ensemble. »*

## ii. Film

Le film *« Médecin de campagne »* réalisé par Thomas LILTI rapporte le quotidien d'un médecin généraliste atteint d'un cancer avec métastases. Cela nécessite une prise en charge lui imposant de lever le pied au cabinet et de devoir se faire remplacer. Son cancérologue lui annonce *« Faut que tu te fasses remplacer, tu dois arrêter de travailler si tu veux avoir une chance de guérir. »* ce à quoi le malade/médecin répond qu'il a une tâche sur sa blouse comme pour faire diversion. Plus tard suite aux résultats d'un bilan intermédiaire non favorable, son médecin lui verbalise à nouveau *« faut que tu te reposes, tu peux pas continuer sur ce rythme. »* En parallèle, son cancérologue lui avait envoyé une jeune diplômée afin de faire quelques remplacements sans qu'elle n'en connaisse la raison.

*« Pourquoi tu crois que je te l'ai envoyé ? » réponse du patient : « pour m'emmerder parce que j't'ai dit que je ne voulais personne »*

En effet le médecin généraliste initialement contre le fait de lui laisser la main se voit au fil du temps apprécier sa consœur et lui faire confiance, acceptant par la même occasion son diagnostic et les complications physiques qui en découlent (hémignégligence gauche, hallucination olfactives...).

Dans ce cas de figure on se retrouve face à la nécessité de se faire remplacer étant le seul médecin sur ce territoire géographique afin de pouvoir assurer le suivi médical des patients habitants la campagne.

#### IV. Perspectives

Comme évoqué un peu plus haut, il pourrait exister un « guide » d'installation du jeune praticien, avec les conseils cités ci-dessus. Parmi ceux-ci, on évoquait la complémentaire santé ; le conseil de l'ordre (8) évoquait lui « la nécessité d'une organisation incitative pour ne pas dire obligatoire de la prévoyance chez les confrères »

Tout comme il existe un guide de l'accompagnement de l'étudiant dans les facultés (1).

En effet il apparaît que la plupart du temps les professionnels de santé n'arrivent pas à gérer cet aspect. Ainsi avec la création de « banque de données » en listant les contrats existants ou non on pourrait prévenir certains manques et éviter des situations précaires.

Mettre en place un service social pour un soutien professionnel : un médecin du travail, conseillers financiers, assistante sociale, aide au reclassement...ou bien du coaching avec réorganisation des temps de travail afin d'éviter l'épuisement.

Par ailleurs il existe depuis 2004 une association appelée ASALÉE (Action de Santé Libérale en Équipe).(28)

ASALEE est un protocole de coopération qui permet des délégations d'actes ou d'activités des médecins généralistes vers des infirmières de santé publique, en charge de l'éducation thérapeutique, comprenant des dépistages et des suivis de diverses maladies chroniques.

Certains médecins pouvant être limités physiquement dans la réalisation de certains gestes pourraient être intéressés par le fait de déléguer des actes grâce à de la télémédecine. De nombreux objets connectés existent, stéthoscope, thermomètre, ECG. Les connaissances du médecin défaillant physiquement seraient donc utilisées sans le contraindre à des gestes devenus difficiles pour lui.

Il existe dans la même optique, une application nommée IDOMED (29) regroupant de multiples fonctionnalités permettant la télémédecine. Elle met à disposition un moyen



de communication sécurisée ainsi que la connexion d'outils utiles à la pratique médicale.

Par ailleurs, dans le cadre du projet Ma santé 2022 qui est en train de se mettre en place, on voit apparaître le poste d'assistant médical qui permettra au médecin de se libérer du temps médical ou non pour la prise en charge du patient. Pourrait-on envisager que cet assistant puisse aider le praticien dans son exercice quotidien si ce dernier était limité dans ses gestes ?

## CONCLUSION

La maladie peut atteindre tout le monde. Elle ne choisit pas et chaque Homme reste égal à son prochain face aux conséquences possibles avant d'envisager les traitements.

Le recours au médecin, celui qui a le savoir de la maladie est une évidence pour chacun, il en est de même quand on est soi-même médecin et malade. Il est nécessaire de se rappeler qu'on ne peut pas se prendre en charge soi-même sous peine de minimiser ou même de se tromper. Le plus grave étant de se renfermer et de rester seul avec son diagnostic sans aide autour.

Le médecin comme tout autre patient a besoin d'un cadre de prise en charge qui passe par le diagnostic mais aussi l'acceptation et les mesures mises en place. Lui aussi met en œuvre une relation MÉDECIN / MALADE où cette fois-ci il ne sera pas du côté professionnel et savant. Cette situation reste tout même particulière, en effet la communication paraît forcément plus aisée. Cependant le patient reste un médecin de formation et a forcément des arrières pensées plus ou moins verbalisées ainsi que des attentes. Bien souvent la relation établie reste normale sans traitement de faveur et les malades praticiens n'en demandent pas plus.

Enfin à travers ce travail, j'ai pu présenter différents types de pathologies aux conséquences plus ou moins importantes retentissant sur le quotidien des médecins. Cela a permis de mettre en évidence l'importance de l'acceptation de la pathologie ainsi que les conséquences qui en découlent.

Chacun a pu trouver des solutions et adaptations lui permettant de poursuivre son exercice dans des conditions acceptables.

Par ailleurs, chacun des médecins interrogés étaient interpellés par ce choix de sujet de thèse. Ils jugeaient intéressant ce versant souvent mis de côté et étaient contents de pouvoir y participer.

Ainsi cette étude permet de se remettre en question en tant que médecin. Il n'existe pas d'invincibilité. Diverses atteintes peuvent apparaître au cours de la carrière pour lesquelles, chacun, avec l'aide de confrère par exemple, doit développer les adaptations qui lui seront le plus justes et ergonomiques possibles.

Par ailleurs parfois de simple technique d'accommodation permettent d'exercer la médecine de façon plus aisée sans contrainte ajoutée.

Au terme de cette étude, je suis convaincue qu'il faut dédramatiser cette morbidité dérangeante d'un point de vue éthique, afin que la médecine en tant que métier reste accessible à tous et dans les meilleures conditions.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Conférence des présidents d'université. Guide de l'accompagnement de l'étudiant handicapé à l'université : guide pratique [Internet]. CPU; 2012 [cité 2 juin 2019]. Disponible sur : <http://www.cpu.fr/wp-content/uploads/2013/11/Guide-handicap-web2.pdf>
2. Caisse nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs salariés. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : Propositions de l'Assurance Maladie pour 2018 [Internet]. CNAMTS; 2017 [cité 16 sept 2019]. Disponible sur : [https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/rapport-activite-charges-produits-18\\_assurance-maladie.pdf](https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/rapport-activite-charges-produits-18_assurance-maladie.pdf)
3. Code de l'action sociale et des familles - Article L114. Code de l'action sociale et des familles.
4. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Missions et fonctionnement des MDPH [Internet]. CNSA. 2019 [cité 9 juin 2019]. Disponible sur : <https://www.cnsa.fr/vous-etes-une-personne-handicapee-ou-un-proche/missions-et-fonctionnement-des-mdph>
5. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
6. Enquête sur la santé des médecins libéraux de Haute Normandie [Internet]. CDOM Seine-Maritime; 2008 [cité 24 mai 2019]. Disponible sur : [http://www.apima.org/img\\_bronner/enquete\\_HN\\_soigne\\_medecin.pdf](http://www.apima.org/img_bronner/enquete_HN_soigne_medecin.pdf)
7. La démographie médicale en région Haute-Normandie : Situation en 2015 [Internet]. CNOM; 2015 [cité 16 sept 2019]. Disponible sur : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/s953dr/atlas\\_haute\\_normandie\\_2015.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/s953dr/atlas_haute_normandie_2015.pdf)
8. Biencourt DM, Bouet P, Carton M, Cressard P, Lucas J, Montane F, et al. Le médecin malade : synthèse [Internet]. Disponible sur : <http://www.departement-information-medicale.com/wp-content/uploads/2008/10/lemedecinmaladesynthese.pdf>
9. Meeks LM, Herzer KR. Prevalence of Self-disclosed Disability Among Medical Students in US Allopathic Medical Schools. JAMA. 6 déc 2016;316(21):2271-2.
10. Kurtzman L. Percentage of Medical Students with Disabilities Higher than Thought, Study Finds [Internet]. UCSF. 2016 [cité 31 mai 2019]. Disponible sur :

<https://www.ucsf.edu/news/2016/12/405171/percentage-medical-students-disabilities-higher-thought-study-finds>

11. Roberts LW, Warner TD, Rogers M, Horwitz R, Redgrave G. Medical student illness and impairment: a vignette-based survey study involving 955 students at 9 medical schools. *Compr Psychiatry*. mai 2005;46(3):229-37.
12. Franco K. 4 Tips for Medical School Applicants With Disabilities. *US News & World Report* [Internet]. 13 juin 2017 [cité 31 mai 2019]; Disponible sur: <https://www.usnews.com/education/blogs/medical-school-admissions-doctor/articles/2017-06-13/4-tips-for-medical-school-applicants-with-disabilities>
13. Hadadian A, Duncan Malone L. Les droits des handicapés américains : loi pour les Américains avec un handicap (ADA). *Rev eur handicap ment*. 1994;1(1):13-8.
14. Zazove P, Case B, Moreland C, Plegue MA, Hoekstra A, Ouellette A, et al. U.S. Medical Schools' Compliance With the Americans With Disabilities Act: Findings From a National Study. *Acad Med*. 2016;91(7):979-86.
15. Helping Medical Schools Assist Students with Disabilities: An Introduction to The Coalition for Disability Access in Health Science and Medical Education - Learning Opportunities - Group on Student Affairs (GSA) - Member Center - AAMC [Internet]. [cité 31 mai 2019]. Disponible sur : <https://www.aamc.org/members/gsa/pdopportunities/427036/helpingmedicalschooolsassiststudentswithdisabilities.html>
16. Chertier C. Formation et Vie étudiante - Mission pour l'inclusion des étudiants en situation handicap [Internet]. [cité 2 juin 2019]. Disponible sur : <http://formation-ve.univ-rouen.fr/mission-pour-l-inclusion-des-etudiants-en-situation-handicap-16454.kjsp>
17. Studying Medicine With a Disability [Internet]. The Medic Portal. [cité 31 mai 2019]. Disponible sur : <https://www.themedicportal.com/application-guide/ucas/disability/>
18. Disabled students and those who have learning difficulties or mental health concerns [Internet]. UCAS. 2014 [cité 15 juin 2019]. Disponible sur : <https://www.ucas.com/undergraduate/applying-university/individual-needs/disabled-students>
19. Handisup [Internet]. [cité 15 juin 2019]. Disponible sur : <http://www.handisup.asso.fr/>
20. Handicap ISNAR [Internet]. ISNAR-IMG. [cité 31 mai 2019]. Disponible sur : <https://www.isnar-img.com/protection-sociale/handicap/>

21. Bonneaudeau S. Le médecin malade : un patient comme les autres ? [Internet] [Thèse d'exercice médecine générale]. Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2011 [cité 16 sept 2019].  
Disponible sur : [http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3583\\_These\\_Medecin\\_Malade-Bonneaudeau-05juil11.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3583_These_Medecin_Malade-Bonneaudeau-05juil11.pdf)
  
22. Lhote M. Soigner un médecin malade : quelles spécificités ? : étude qualitative auprès de médecins franciliens [Internet] [Thèse d'exercice médecine générale]. Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2011 [cité 16 sept 2019]. Disponible sur : [http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3584\\_These\\_Soin\\_des\\_Medecins-Lhote-05juil11.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3584_These_Soin_des_Medecins-Lhote-05juil11.pdf)
  
23. Mourgues J-M. Atlas de la démographie médicale en France : Situation au 1er janvier 2018 [Internet]. CNOM; 2018 [cité 12 juill 2019]. Disponible sur : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/hb1htw/cnom\\_atlas\\_2018\\_0.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf)
  
24. Learning from Physicians with Disabilities and Their Patients. The AMA Journal of Ethic. 1 oct 2016;18(10):1003-9.
  
25. Why Increasing Numbers of Physicians with Disability Could Improve Care for Patients with Disability. The AMA Journal of Ethic. 1 oct 2016;18(10):1041-9.
  
26. Castel M. Le patient médecin en consultation de médecine générale, vécu de la relation médecin-patient, point de vue médecin soignant : étude qualitative portant sur les médecins des Alpes-Maritimes et du Var. [Internet] [Thèse d'exercice médecine générale]. Université de Nice. UFR de médecine ; 2017 [cité 16 sept 2019].  
Disponible sur : <https://pdfs.semanticscholar.org/68d9/6e6b6e83c3e1013af803861c6388dacd0070.pdf>
  
27. Servan-Schreiber D. On peut se dire au revoir plusieurs fois. Paris: Pocket; 2012. 125 p.
  
28. Derville A. Asalée : à votre service pour être au service de vos patients... [Internet]. Limics (Laboratoire d'Informatique Médicale et d'Ingénierie des Connaissances en e-Santé); 2018.  
Disponible sur :  
[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=2ahUKEwjT7cWY6pDjAhUI-YUKHb6-ACQQFjACegQIABAC&url=http%3A%2F%2Fwww.limics.fr%2Fpages%2Fadministration%2Fgestion\\_evenement%2Fexternal%2Fdownload\\_file.php%3Fevenement\\_id%3D111%26file\\_name%3DASALEE%2520Pre%25CC%2581sentation%2520Ge%25CC%2581ne%25CC%2581rale%2520Limics%2520juin%25202018.pdf&usg=AOvVaw2doA0LPgYGPAiObe-80w-O](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=2ahUKEwjT7cWY6pDjAhUI-YUKHb6-ACQQFjACegQIABAC&url=http%3A%2F%2Fwww.limics.fr%2Fpages%2Fadministration%2Fgestion_evenement%2Fexternal%2Fdownload_file.php%3Fevenement_id%3D111%26file_name%3DASALEE%2520Pre%25CC%2581sentation%2520Ge%25CC%2581ne%25CC%2581rale%2520Limics%2520juin%25202018.pdf&usg=AOvVaw2doA0LPgYGPAiObe-80w-O)

29. Idomed - mieux collaborer pour mieux soigner [Internet]. [cité 13 juill 2019]. Disponible sur : <https://idomed.fr/>

## ANNEXE 1

### Questionnaire de thèse

- Description

Sexe :

Age :

Type d'exercice :

Présentation globale :

Type de handicap (moteur, sensoriel, physique..) :

Age de survenue :

- Retentissement professionnel

Choix ECN :

Adaptation des terrains de stage :

Adaptation des méthodes de travail (ergonomie, temps de travail/partiel/partagé) :

- Handicap au cours de l'exercice

Conséquence financière :

Assurance complémentaire suffisante :

Prévoyance :

Remplaçant :

- Suivi

Médecin traitant/ spécialiste :

Connait-il votre profession ?

Hospitalisation :

Chronicité :

Séquelles :



- Ergonomie :  
Moyen de transport adapté, table d'examen, ordinateur, tiers temps, financement...
- Étiez-vous objectif sur votre propre cas ?
- Retard de prise en charge ?
- Autoprescription ?
- Observance ?
- Le regard des autres ? (Patients ou confrère)
- Pour les étudiants : connaissance CPU, guide de l'accompagnement de l'étudiant handicapé à l'université ?
- Avez-vous déjà soigné un confrère ? expérience ?
- Le handicap a-t-il changé votre vision, façon de pratiquer ?
- Avez-vous un message particulier ?

## ABREVIATIONS

<b>OMS :</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>MDPH :</b>	Maison Départementale des Personnes Handicapées
<b>CNP :</b>	Commission Nationale Permanente
<b>APSS :</b>	Association pour la Promotion des Soins aux Soignants
<b>ADA :</b>	Americans with Disabilities Act
<b>UCSF :</b>	University of California, San Francisco
<b>AAMC :</b>	Association of American Medical College
<b>UCAS :</b>	Universities and Colleges Admissions Services
<b>ISNAR IMG :</b>	InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale
<b>URML :</b>	Union Régionale des Médecins Libéraux
<b>SIREHN IMG :</b>	Syndicat Indépendant Régional Haut Normand des Internes de Médecine Générale
<b>REGJIN :</b>	syndicat des Remplaçants Généralistes et Jeunes Installés de Normandie
<b>MAS :</b>	Maison d'Accueil Spécialisée
<b>AVP :</b>	Accident de la Voie Publique
<b>AINS :</b>	Anti Inflammatoire Non Stéroïdien
<b>ORL :</b>	Oto-Rhino-Laryngologue
<b>IRM :</b>	Imagerie par Résonance Magnétique
<b>EFR :</b>	Exploration Fonctionnelle d'Effort
<b>CHU :</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>TDM :</b>	TomoDensitoMétrie
<b>ECN :</b>	Épreuves Classantes Nationales
<b>CP :</b>	Cours Préparatoire
<b>ALD :</b>	Affection Longue Durée
<b>AAH :</b>	Allocation Adulte Handicapé
<b>MPR :</b>	Médecine Physique et Réadaptation
<b>SPA :</b>	SPondylarthrite Ankylosante
<b>CNOM :</b>	Conseil National de l'Ordre des Médecins
<b>ECG :</b>	ElectroCardioGramme

## LISTE DES GRAPHIQUES

DIAGRAMME EN SECTEUR 1 : <i>sexe des médecins</i> .....	30
DIAGRAMME EN SECTEUR 2 : <i>modes d'exercices</i> .....	30
HISTOGRAMME 1 : <i>prévoyance</i> .....	45

## LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : *La synthèse*.....31

TABLEAU 2 : *La maladie*.....32

# SERMENT D'HIPPOCRATE

UNIVERSITÉ DE ROUEN  
FACULTÉ DE MÉDECINE  
ET DE PHARMACIE



## SERMENT D'HIPPOCRATE

*Au moment d'être admis(e) 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.*

*Admis (e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu (e) 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »*

## RÉSUMÉ

**Introduction :** La maladie est universelle. Elle peut nous affecter en tant que médecin prenant en charge ses patients quels qu'ils soient mais aussi en tant que malade soi-même. Ce travail s'applique à connaître un peu mieux les médecins confrontés à une pathologie plus ou moins sévère et à partager leurs diverses adaptations matérielles ou non pour exercer dans les meilleures conditions.

**Méthodes :** J'ai réalisé une étude qualitative de type descriptive à l'aide d'entretiens individuels. Onze médecins ont pu être recruté en Haute-Normandie. Tous médecins souffrant d'une pathologie avec des retentissements physiques ou sensoriels pouvaient être inclus. Seuls les troubles mentaux étaient exclus.

**Résultats :** Chacun des médecins avait une présentation différente. Il est arrivé que le problème de santé soit une même pathologie mais que l'étiologie, la prise en charge et les retentissements soient distincts. Ainsi un panache de donnée nous montre que les médecins ont pu s'adapter pour poursuivre leur étude ou leur exercice libéral. Que ce soit avec des appareillages externes personnels, du matériel médical adapté acheté par les praticiens ou modifié par leurs soins, ainsi que des astuces quotidiennes particulières ; ils essayent au maximum de travailler en ergonomie.

**Conclusion :** Au total, j'ai pu mettre en avant un versant très peu pris en compte dans notre société, celui qu'un médecin peut être malade et nécessiter des soins. Cela doit inciter à libérer nos préjugés quant à la possibilité de se former en médecine ou poursuivre son exercice malgré une différence et limitations physiques.

**Mots clés :** étude qualitative, entretiens, médecin malade, handicap physique et sensoriel, ergonomie.