

Sommaire

I.	Introduction.....	3
II.	Matériel et méthodes.....	5
1.	Type d'étude.....	5
2.	Recrutement des médecins généralistes diabétiques.....	5
3.	Guide d'entretien.....	6
4.	Déroulement des entretiens.....	6
5.	Retranscription.....	7
6.	Analyse des données.....	7
III.	Résultats.....	8
1.	Caractéristiques de l'échantillon.....	8
2.	Analyse thématique.....	9
2.1	La relation médecin-patient en général.....	9
2.1.1	Une relation de proximité.....	9
2.1.2	Ecoute et compréhension du patient.....	9
2.1.3	Recherche de l'alliance thérapeutique.....	10
2.1.4	L'effet médecin-remède.....	11
2.2	Le médecin généraliste et son diabète.....	11
2.2.1	L'annonce diagnostique.....	11
2.2.2	De l'acceptation d'être diabétique.....	12
2.2.3	Equilibre et complications du diabète.....	13
2.2.4	Les différents traitements du diabète.....	14
2.2.5	« Faire avec » pour mener une vie normale.....	15
2.2.6	Assurer ses fonctions au cabinet.....	15
2.2.7	Vécu négatif du diabète.....	16
2.2.8	Les avantages d'être médecin en tant que diabétique.....	16
2.2.9	Médecin mais diabétique comme un autre.....	17
2.2.10	Une carrière orientée ?.....	18
2.3	La relation médecin généraliste diabétique – patient diabétique.....	18
2.3.1	Diabète de type 1 / diabète de type 2 : deux maladies différentes.....	18
2.3.2	Une proximité augmentée.....	19
2.3.3	Une relation classique.....	19
2.3.4	Un changement de relation dans le temps.....	20
2.3.5	De l'avantage d'avoir la même maladie que son patient.....	20
2.3.5.1	Du vécu partagé à l'empathie.....	21
2.3.5.2	Un intérêt plus grand et une connaissance améliorée.....	22
2.3.5.3	Le savoir expérientiel complémentaire au savoir universitaire.....	23
2.3.5.4	Une meilleure gestion du traitement médicamenteux.....	24
2.3.5.5	L'éducation thérapeutique à portée.....	25
2.3.6	La discrétion.....	26
2.3.7	La confiance.....	28
2.3.7.1	La confiance systématique.....	28
2.3.7.2	La confiance conditionnelle.....	29
2.3.8	Les avantages à parler de son diabète.....	30
2.3.8.1	La dédramatisation – La réassurance.....	30
2.3.8.2	L'adhésion du patient.....	31
2.3.8.3	Le sentiment d'être entendu.....	31

2.8.3.4	Les avantages relatifs	32
2.3.9	Les inconvénients à parler de son diabète	33
2.3.10	Le miroir médecin diabétique – patient diabétique	33
2.3.11	Une exigence ou une indulgence majorées	34
2.3.12	Comparaison aux médecins généralistes non diabétiques.....	36
IV.	Discussion	38
4.1	Biais de sélection	38
4.2	Biais liés aux entretiens	39
4.2.1	L'enquêteur	39
4.2.2	Les entretiens	39
V.	Conclusion	41
VI.	Références bibliographiques.....	45
VII.	Liste des abréviations.....	49
VIII.	Annexes.....	50
Annexe 1 :	Courrier électronique d'appel à participation	50
Annexe 2 :	Courrier électronique d'appel à participation	51
Annexe 3 :	Publication <i>Facebook</i>®	52
Annexe 4 :	Guide d'entretien.....	53
Annexe 5 :	Verbatims	54
Entretien MG1	54	
Entretien MG2	62	
Entretien MG3	71	
Entretien MG4	78	
Entretien MG5	86	
Entretien MG6	92	
Entretien MG7	98	
Entretien MG8	103	
Entretien MG9	115	
Entretien MG10	121	
Entretien MG11	128	

I. Introduction

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

François LAPLANTINE

Anthropologie de la maladie

Face à son patient, le médecin a-t-il également le droit d'être malade, de se présenter comme une personne humaine avant tout ?

La population générale pourrait penser que celui ou celle qui prend en charge sa santé se doit d'être indemne de toute pathologie⁽¹⁾. Pourquoi donc consulteraient-ils un médecin qui lui-même ne semble pas maîtriser sa propre santé ?

Peut-être justement parce que ce médecin en particulier serait plus apte à les entendre, à les comprendre... Et ne serait-ce pas l'un des éléments essentiels de la prise en charge attendue par les patients atteints d'une maladie chronique⁽²⁾ ?

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, une maladie chronique est une affection de longue durée qui, en règle générale, évolue lentement. Le Haut Conseil de la santé publique propose en 2009⁽³⁾ une définition plus transversale de ces états pathologiques d'ordre physique, psychologique ou cognitif appelés à durer qui affectent la vie quotidienne d'un point de vue fonctionnel et social, nécessitant une aide extérieure tant médicamenteuse, que matérielle ou humaine.

Le diabète est une maladie chronique dont le diagnostic est difficile à accepter. Le patient doit récuser un état antérieur pour faire face à de nouvelles conditions de vie contraignantes. Dans le cadre d'un diabète de type 2, le patient parvient ensuite à retrouver une vie « normale », avec une angoisse⁽⁴⁾ permanente de l'évolution naturelle de sa maladie et des possibles complications à venir⁽²⁾.

A l'heure où le diabète en France touche plus de 5 millions de personnes, soit 8% de la population⁽⁵⁾, il toucherait 1 à 3% des médecins généralistes interrogés lors de différentes études^{(6) (7) (8)}. Les patients diabétiques de type 2 seraient 87% à être suivis uniquement par leur omnipraticien, ce qui met en exergue leur rôle essentiel dans la prise en charge de cette pathologie⁽⁹⁾.

Il semble légitime de supposer que les fondements de la relation humaine, et plus particulièrement de la relation médecin-malade, soient affectés par l'atteinte commune du médecin et de son patient par une maladie chronique telle que le diabète. Cette thèse a pour objectif de mettre en évidence la manière dont le praticien utilise cette réciprocité dans sa pratique quotidienne, comment sa connaissance intime du diabète lui permet-elle de se considérer comme meilleur soignant, ou bien au contraire, si celle-ci devient un handicap dans sa relation avec le patient diabétique.

II. Matériel et méthodes

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative réalisée par entretiens semi-dirigés auprès de onze médecins généralistes diabétiques, ayant un mode d'exercice libéral et installés en France. Ce type d'étude semblait le plus approprié pour explorer ces phénomènes relationnels entre patients et médecins, en rapport avec le vécu de la maladie de ces derniers.

2. Recrutement des médecins généralistes diabétiques

Plusieurs méthodes ont été utilisées afin de recruter des médecins généralistes diabétiques. Initialement, un courrier électronique d'appel à participation à l'étude (Annexe 1) a été adressé aux maîtres de stage universitaires de la subdivision marseillaise, également sur la liste de diffusion électronique du syndicat *MG France*TM, ainsi qu'aux membres de l'*Union Régionale des Professionnels de Santé – Médecins libéraux – Provence-Alpes-Côte-d'Azur*TM (2 médecins ont ainsi été recrutés).

Devant ce faible taux de réponse, les 96 Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins (CDOM) de France métropolitaine ont été sollicités par un courrier électronique type (Annexe 2) afin de diffuser l'appel à participation à leurs adhérents. Parmi ces CDOM, onze ont refusé ou ont apporté une réponse infructueuse, neuf ont émis un avis favorable et ont aidé au recrutement soit par diffusion de l'appel dans leur bulletin d'information électronique, par affichage sur leur site internet ou dans leur local, ou encore par la diffusion d'un courrier électronique dédié.

Compte tenu de la difficulté de recrutement des médecins généralistes diabétiques, il a été décidé d'envoyer une publication standardisée (Annexe 3) sur les groupes *Facebook*[®] des internes en médecine des subdivisions de Lyon, Marseille, Montpellier, Nancy, Saint Etienne et Toulouse. Cette méthode a été la plus fructueuse (5 médecins recrutés par ce biais). Le recrutement s'est également fait par transmission orale d'informations sur l'étude et son recrutement auprès de l'entourage de l'enquêteur, selon la technique de la « boule-de-neige »⁽¹⁰⁾. Quatre médecins généralistes diabétiques supplémentaires ont ainsi pu être recrutés.

De manière concomitante, après recherche sur le site internet du Conseil National de l'Ordre des Médecins, une liste aléatoire de noms des médecins généralistes des Alpes-de-Haute-

Provence et de la Loire a été obtenue. Soixante-six d'entre eux ou leur secrétariat, ont été contactés par téléphone, ayant permis d'envoyer 43 courriers électroniques d'appel à participation supplémentaires.

Pour des raisons éthiques, l'enquêteur n'a jamais pris contact directement avec un médecin généraliste diabétique sans avoir eu son accord au préalable, quel que soit son mode de recrutement.

Les médecins exerçant dans le même cabinet depuis moins de 6 mois et les médecins retraités depuis plus de deux ans ont été exclus.

3. Guide d'entretien

Le guide d'entretien était uniquement composé des sujets et des thèmes essentiels à l'étude, sous forme de mots ou de courtes phrases, pour ne pas favoriser la formulation de questions fermées par l'enquêteur. Ces idées émergeaient des débats que l'enquêteur a eus avec son entourage professionnel ou personnel, ainsi que de recherches bibliographiques. Le thème de la relation médecin-patient en général était abordé dans un premier temps, afin que l'interviewé se sente plus en confiance pour parler de son propre diabète puis de sa relation singulière avec les patients diabétiques.

Les idées émergentes des entretiens et pouvant aider à répondre à la question de recherche, ont été ajoutées au guide au fur et à mesure afin d'être abordées lors des interviews suivantes.

4. Déroulement des entretiens

Compte tenu de l'éloignement géographique des médecins généralistes diabétiques recrutés, les onze entretiens se sont déroulés par téléphone, du 11 mai 2017 au 28 juin 2017. Chaque entretien débutait par une présentation standardisée de l'étude et de l'enquêteur, précisant que les conversations seraient enregistrées mais entièrement rendues anonymes dès leur retranscription écrite. Aucune information sur les objectifs de l'étude n'était donnée afin de ne pas influencer les réponses des interviewés, mais ils étaient avisés qu'ils pourraient en savoir davantage dès la fin de l'entretien.

En général, il y avait une nette évolution du rapport enquêtés/enquêteur au cours de l'entretien avec, au fur et à mesure, un accès à l'intime.

Les participants ont systématiquement été remerciés pour leur aide au début et à la fin de chaque interview téléphonique.

Les entretiens ont duré en moyenne 36 minutes avec une durée minimale de 24 minutes et maximale de 61 minutes.

5. Retranscription

Chaque entretien a été dactylographié par l'enquêteur, comptant environ six heures de retranscription pour une heure d'entretien.

Les verbatims ont été rendus anonymes en leur donnant le nom *MG* suivi d'un chiffre attribué par ordre chronologique des entretiens. Exemple : *MG1* pour le premier médecin généraliste diabétique interrogé.

Toute donnée pouvant informer sur l'identité ou le lieu d'exercice du médecin interrogé a été remplacée par le symbole *.

6. Analyse des données

Par un codage ouvert⁽¹¹⁾, les verbatims ont été découpés en unités de sens correspondant à 143 codes, eux même répartis en 45 sous-catégories par codage axial⁽¹²⁾ afin d'obtenir 3 catégories principales. Ce codage a été réalisé avec le logiciel *NVivo 11*[®], sur la même période que les entretiens et que les retranscriptions.

Les données les plus récurrentes ont été analysées eu égard à celles moins fréquemment rencontrées. Dans une étude qualitative, tous les codes sont à considérer avec la même importance, même s'ils n'ont été évoqués qu'une seule fois⁽¹³⁾.

Un second investigateur a également effectué un codage en aveugle de celui de l'enquêteur. Les codes obtenus ont été mis en commun et modifiés pour certains, afin de permettre une triangulation des données.

L'objectif était de décrire et comprendre les comportements des médecins généralistes diabétiques face à leurs patients diabétiques afin de permettre une éventuelle généralisation des pratiques.

III. Résultats

1. Caractéristiques de l'échantillon

La taille de l'échantillon n'était pas fixée a priori et a été déterminée par la saturation théorique des données⁽¹⁴⁾ : lorsque les données obtenues ne participaient plus à de nouvelles conceptualisations des pratiques étudiées⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾.

Les caractéristiques des médecins généralistes interrogés sont présentées dans le Tableau I. Sur les 11 médecins généralistes diabétiques interrogés, 2 étaient de sexe féminin et 9 étaient de sexe masculin.

Quatre étaient âgés de plus de 60 ans alors que 2 avaient entre 50 et 60 ans, 2 entre 40 et 50 ans et 3 entre 30 ans 40 ans.

Ils étaient installés depuis plus de 10 ans pour 7 d'entre eux.

Ils étaient diabétiques depuis plus de 10 ans pour 8 d'entre eux, 3 étaient atteints d'un diabète de type 2 contre 8 par un diabète de type 1.

	Sexe	Âge	Installé depuis	Type de diabète	Diabétique depuis
MGD 1	M	65 ans	37 ans	Type 2	15 ans
MGD 2	M	39 ans	11 ans	Type 1	2 ans
MGD 3	M	31 ans	6 mois	Type 1	17 ans
MGD 4	M	63 ans	36 ans	Type 1	43 ans
MGD 5	M	67 ans	41 ans	Type 2	2 ans
MGD 6	F	40 ans	5 ans	Type 1	26 ans
MGD 7	M	65 ans	27 ans	Type 2	5 ans
MGD 8	M	32 ans	2 ans	Type 1	20 ans
MGD 9	M	44 ans	4 ans	Type 1	18 ans
MGD 10	F	58 ans	15 ans	Type 1	32 ans
MGD 11	M	57 ans	25 ans	Type 1	22 ans

Tableau I – Caractéristiques de l'échantillon

2. Analyse thématique

Pour une plus grande lisibilité des résultats et de leur validité externe, les références bibliographiques seront insérées au cours de la présentation des résultats de l'étude.

2.1 La relation médecin-patient en général

Cette première catégorie principale a pour objectif de présenter les manières de pratiquer qu'avaient les médecins généralistes interrogés et de mettre en exergue les aspects de la relation médecin-patient qu'ils privilégiaient. Il sera ainsi possible de comparer leurs attitudes avec les patients en général et avec les patients porteurs de la même maladie qu'eux.

2.1.1 Une relation de proximité

- « *C'est l'ambiance du cabinet, une ambiance plutôt sympathique. Pas trop professorale.* » MG2

- « *c'est une consultation classique à laquelle je pense rajouter 5 minutes de relation, presque non médicale, en sachant que c'est tellement intriqué.* » MG5

- « *Même si on peut avoir des rapports qui deviennent, je ne dirais pas amicaux, mais de l'intime... (...) on finit par tisser des liens qui ne sont pas uniquement de l'ordre de la relation médecin-malade mais des liens autres...* » MG11

Les médecins généralistes diabétiques interrogés entretenaient avec leurs patients une relation de proximité, « *amicale* » MG3, « *sympathique* » et « *dans la bonne humeur* » MG1. Ils parlaient du « *non médical* » MG5 avec leurs patients, ne portaient pas de « *blouse* » MG2 afin de s'éloigner de l'hôpital, « *cette structure très hiérarchique et très dominatrice des médecins* » MG8. Cette attitude de « *réassurance* », « *chaleureuse* » et « *amicale* » apporterait une plus grande efficacité aux médecins la pratiquant selon une revue systématique de la littérature parue en 2001⁽¹⁷⁾.

2.1.2 Ecoute et compréhension du patient

- « *On est une génération de médecins qui a vraiment baigné dans ça pendant ses études, on nous a sensibilisé à l'écoute active de nos patients et donc moi j'essaie vraiment d'avoir cette attitude-là d'écoute bienveillante, en laissant mes aprioris derrière moi quand j'en ai...* » MG8

- « *Et puis ils me disent pas mal, que je les écoute, que je suis bien à l'écoute des patients.* » MG3

- « *j'accorde beaucoup de place à l'écoute, de manière assez régulière...* » MG11

L'écoute était une priorité dans la relation médecin-malade, permettant ainsi une meilleure compréhension du patient dans sa globalité. Cela permettait aux patients de s'exprimer concernant leur maladie pouvant ainsi les aider à l'accepter et à la conceptualiser⁽¹⁸⁾. Une étude parue en 2003, portant sur les raisons d'un changement de médecin généraliste auprès de 1148 patients en Lorraine, mettait en évidence que le manque d'écoute était une des deux raisons principales motivant cette décision⁽¹⁹⁾.

2.1.3 Recherche de l'alliance thérapeutique

- « *C'est ce que je cherchais avec tous mes diabétiques et avec les autres patients d'ailleurs. Qu'il y ait cette alliance thérapeutique, cette confiance.* » MG4

- « *Il faut arriver à expliquer aux gens pourquoi on leur donne certains traitements, quel que soit la maladie, et essayer de les impliquer dans leur traitement et c'est en expliquant les choses au démarrage que l'adhésion des patients est la meilleure.* » MG10

- « *je pose assez souvent des questions ouvertes et puis en fonction de ce qui m'est répondu, j'essaie d'orienter ma consultation sur ce vers quoi je veux aller, en leur expliquant toujours la direction que je choisis, en essayant de les amener... déjà à se prendre en charge... et de toujours avoir leur ressenti pour prendre en charge leur maladie...* » MG11

Le médecin généraliste apportait son expertise scientifique dans la relation avec son patient afin que soient « *fixés en commun des objectifs et des moyens de les atteindre* »⁽⁴⁾. Il restait ouvert sur ce que savait le patient et sa volonté, puis adaptait sa prise en charge. Il n'était pas ici question de paternalisme mais bien d'une relation informative ou interprétative comme le proposaient Emanuel et Emanuel⁽²⁰⁾, dans laquelle le médecin remplissait respectivement un rôle d'expert technique ou de conseiller.

- « *“Moi je vous explique en tant que médecin que pour moi c'est très important de faire ça, après, la balle est dans votre camp...”* » MG10

- « *Plutôt dans l'acceptation de leur volonté à eux, un peu comme ils veulent...* » MG3

- « *je leur demande bien avant de les prescrire parce que s'ils ne les prennent pas, je ne les prescris même pas.* » MG6

2.1.4 L'effet médecin-remède

- « A partir du moment où les gens ont confiance, quand ils nous voient ils vont mieux. » MG1

- « on fait effectivement office de soignant dans sa plus noble expression, je trouve, dans ces situations-là, parce qu'on prend en compte l'intégralité de la problématique et les gens repartent rassurés, il n'y a pas besoin d'aller à la pharmacie, chez le kiné, d'aller regarder sur internet... » MG8

- « Souvent, le fait de les rassurer, d'être à l'écoute, de prendre de leurs nouvelles, de les accompagner... » MG11

- « c'est déjà de la thérapeutique, c'est déjà un soulagement quelque part. D'être rassuré par rapport à leur mal... » MG9

Le concept de médecin-remède a été introduit par Balint en 1957⁽²¹⁾ : « le médicament de beaucoup le plus fréquemment utilisé en médecine générale était le médecin lui-même. Autrement dit ce n'est pas uniquement la bouteille de médicament ou la boîte de pilules qui importent, mais la manière dont le médecin les prescrit à son malade; en fait l'ensemble de l'atmosphère dans laquelle le médicament est donné et pris ».

Les médecins interrogés exprimaient cet aspect de leur fonction avec une certaine fierté, lorsque seule la consultation était nécessaire pour rassurer et soigner leur patient.

Di Blasi *et al.*⁽¹⁷⁾⁽²²⁾ différencient ce type de soin en : « cognitif » centré sur l'explication de sa maladie au patient, et en soin « émotionnel » où l'attitude du praticien est orientée sur l'écoute active, la réassurance et l'empathie. L'alliance des deux serait la plus efficace puisqu'elle aurait des conséquences objectivables telles qu'une diminution de la pression artérielle diastolique et de l'HbA1c⁽²²⁾.

2.2 Le médecin généraliste et son diabète

Cette deuxième catégorie présente le vécu du diabète par le médecin généraliste lui-même. Pour comprendre leurs relations avec le patient diabétique, il semblait nécessaire de connaître leur ressenti par rapport à leur propre pathologie.

2.2.1 L'annonce diagnostique

- « c'est vraiment catastrophique... C'est vrai que c'était très dur à vivre. » MG2

- « Coup de massue sur la tête, j'ai compris tout de suite. » MG9

- « *J'ai eu un syndrome cardinal et je n'ai pas du tout vu venir la chose donc ça a été un coup de tonnerre dans un ciel qui était à peu près serein.* » MG11

Le mot « *catastrophe* » a été prononcé plusieurs fois pour évoquer l'annonce diagnostique du diabète. Chez les diabétiques de type 1, cette notion de « *choc* » et de « *brutalité* » MG2 liée à l'annonce était plus fréquemment rencontrée.

Comme le présente cette dernière citation du MG11, le diagnostic n'a pas toujours été rendu plus facile par leurs connaissances médicales. On retrouvait cette notion d'immunité des médecins face à la maladie⁽¹⁾ qu'ils devaient alors s'auto-attribuer. Dans ce cadre, on peut imaginer qu'ils se refusaient le droit de présenter de tels symptômes.

- « *J'ai perdu 10 kilos avec un syndrome polyuro-polydipsique et c'est une amie médecin qui m'a suggéré de faire un bilan sanguin.* » MG11

- « *Et après c'est vrai que je me suis dit que j'avais souvent soif, que c'était parce que j'étais un grand bavard ! [Rire]. C'est vrai que tu as une pollakiurie, mais tu te disais que c'était la prostate, arrivé vers 60 ans.* » MG5

- « *Sur un syndrome polyuro-polydipsique classique. Avec le recul, je me suis rendu compte que depuis des semaines avant le diagnostic, j'avais mal à la tête, j'urinais souvent, que je me levais souvent etc.* » MG9

Le MG2 diffère par la relative rapidité de son diagnostic : « *J'ai commencé d'être vraiment malade avec tous les signes que les diabétiques connaissent. (...) Je n'ai pas trop trainé à faire le diagnostic, ce qui est plutôt une bonne nouvelle.* »

2.2.2 De l'acceptation d'être diabétique

- « *il faut quand même avaler, digérer ce diagnostic qui vous colle à la peau et qui est une maladie lourde quand même, ce n'est pas facile franchement...* » MG10

- « *Pour moi c'était très difficile de continuer à être soignant en devant assumer et accepter... (...)*

Je regrette un peu parce qu'à l'époque je n'arrivais pas accepter l'idée d'être malade, il y avait la question "pourquoi ça et pourquoi moi ?" » MG11

- « *C'est vrai que du coup, je le vois plus comme un avantage et à en faire profiter... pour pouvoir mieux l'accepter aussi à mon niveau.* » MG3

- « *Le problème c'était le deuil. Je ne sais pas si vous voyez ce que je veux dire...* »

Quand on a une maladie chronique, il va falloir la prendre en charge tout le temps et accepter de vivre avec. » MG4

Les étapes du processus d'acceptation de la maladie et du deuil de son état antérieur, décrit par Elisabeth Kübler-Ross⁽²³⁾, étaient retrouvés. Après le choc diagnostic, survenaient la colère « *pourquoi ça et pourquoi moi ?* » MG11, le marchandage « *à en faire profiter... pour pouvoir mieux l'accepter* » MG3, puis la dépression « *très difficile de continuer à être soignant en devant assumer et accepter* » MG11.

La période de déni n'est en revanche pas retrouvée chez cette population de médecins ayant déjà une grande connaissance du diabète. À l'âge de 13 ans, le MG8 allègue avoir appris de manière fortuite ce qu'était le diabète, peu de temps avant son diagnostic, ce qui l'a aidé à l'accepter : « *C'est marrant parce que le jour où ma mère m'a dit "on a reçu les résultats du labo, tu as ce qu'on appelle du diabète", j'avais vu un reportage quelques jours ou quelques semaines avant et du coup j'ai perçu d'emblée, enfin c'est ma mère qui me raconte, je n'ai pas trop de souvenir. J'ai tout de suite dit "ah ben voilà, il va falloir que je me fasse des piqûres, ok très bien !" .* »

Parallèlement :

- « *Je ne le vis pas mal, je l'ai accepté dès le départ.* » MG6

- « *Je l'ai "digéré" plutôt facilement.* » MG9

- « *Toujours bien, toujours acceptée.* » MG3

Ces étapes n'ont pas été décrites par plusieurs médecins, soit par leur courte durée, soit parce qu'elles n'ont pas été vécues, ou simplement par l'absence de souvenir de ces périodes.

2.2.3 Equilibre et complications du diabète

- « *Parce qu'encore une fois, je me considère bien équilibré* » MG3

- « *le diabète rêvé des diabétologues où ils n'ont pas grand-chose à faire, où ça roule !* » MG8

- « *Et mon diabète est relativement équilibré, je fais relativement attention, et donc je ne pense pas du tout aux complications...* » MG9

- « *jusqu'à présent je n'ai pas eu de complication, ni au niveau micro, ni au niveau macro angiopathique.* » MG11

- « Les reins semblent fonctionner, il y a un suivi qui est fait, au niveau cardio vasculaire, il n'y a pas de complication. » MG4

- « Je n'ai pas de complication actuellement, je le vis bien donc je n'ai pas plus peur pour moi... » MG7

- « j'ai une micro albuminurie limite et j'ai été mise sous petite dose d'IEC, mais c'est tout. » MG6

- « J'ai un diabète qui est un peu compliqué à équilibrer sauf pendant mes grossesses » MG10

- « Je dirais que j'ai un diabète qui est assez difficile à équilibrer. » MG11

2.2.4 Les différents traitements du diabète

- « j'ai été pendant 10 ans sous multi injections puis sous pompe à insuline. Et là je suis sous pompe à insuline. » MG3

- « Moi j'étais un peu réfractaire à l'idée d'avoir un cathéter qui pendouille de mon corps, et puis finalement je suis passé sous pompe en 2012. » MG8

- « Je suis passé, pour des raisons personnelles et de commodités, avec une pompe à insuline depuis 2005 je pense... Ça aussi, ça a été bien meilleur au niveau de l'équilibre. Je suis parfaitement content de la pompe. » MG9

- « Je me fais 4 injections par jour, 3 injections d'Humalog et une Lantus. Donc ça depuis pratiquement le début. » MG10

- « Par simplement un régime qui est le plus adapté possible, sans me priver, et de l'activité physique qui s'est réduite avec l'âge... Sans recours à l'insuline pour le moment. » MG4

- « J'aurais pu rester à la Metformine parce que j'avais une hémoglobine glyquée autour de 6 – 6,2% maximum... Je me suis dit "autant rester le plus bas possible" donc je me traite par inhibiteurs de la DDP4 avec la Metformine. » MG7

Parmi les médecins généralistes diabétiques interrogés, 5 utilisaient une pompe à insuline, 3 étaient sous schéma d'insuline basal-bolus, 2 se traitaient par antidiabétiques oraux seuls et 1 par des règles hygiéno-diététiques seules.

Ils étaient donc huit à se traiter par un traitement qui, pour les patients, « panique » MG10 et est jugé « contraignant » MG9. « Les gens ont souvent très peur des piqûres, du passage à l'insuline » MG8.

Nous verrons plus tard comment leurs traitements personnels influent sur leur gestion de la prise en charge thérapeutique du diabète de leurs patients (cf. 2.3.5.3).

2.2.5 « Faire avec » pour mener une vie normale

- « On se dit “ben voilà, on va faire avec, c’est un paramètre de plus et puis voilà...” » MG2

- « Quand on a une maladie chronique, il va falloir la prendre en charge tout le temps et accepter de vivre avec. C’est à dire trouver les moyens pour faire avec. » MG4

- « je constate que l’âge venant j’ai parfois du mal à faire avec... » MG11

Pour les médecins interrogés, cette maladie chronique était perçue comme un poids à porter au quotidien et tout au long de leur vie. Une sorte de fatalité pouvait être entendue. Leur objectif étant d’avoir une « vie normale » MG8, MG9, MG10, MG11, et d’être dans la capacité de faire ce qu’ils voulaient faire.

- « Ça ne m’empêche pas de faire de l’humanitaire, de partir dans le désert... » MG1

- « Sinon je vis normalement, je voyage, notamment des voyages lointains, avec des décalages horaires, des conditions de voyage qui ne sont pas forcément simples. J’ai eu 2 grossesses qui se sont très bien passées. » MG10

- « J’ai fait beaucoup d’alpinisme à un moment donné, des cascades de glaces, des choses assez engagées aussi... Moi ça ne m’empêche pas de faire ce que je veux faire. » MG6

2.2.6 Assurer ses fonctions au cabinet

- « Ce n’est pas simple. Quand tu es en hyperglycémie et que tu dois aller pisser toutes les demi-heures... Dans une journée de boulot, ça alourdit la charge émotionnelle et professionnelle. (...) C’est plus difficile de se concentrer dans une activité qui est déjà intellectuelle... Enfin, psychiquement forte... de réfléchir à chaque cas... du coup, d’avoir ce facteur en plus, qui perturbe un peu ta vision des choses... ce n’est pas très simple. » MG3

- « Des hypo, comme tout diabétique ça m’arrive... ça m’arrive même de faire des hypo alors que je suis en train de consulter... » MG9

- « normalement je dois faire un contrôle vers 12h30 – 13h, souvent je suis en visite à ce moment-là donc ça décale à 14h-14h30 et je le fais devant mes patients. » MG1

Malgré les complications dues au traitement insulinique, les médecins se doivent d’être présents à leur cabinet pour leurs patients, ils « font avec » et continuent leurs activités

professionnelles. Le rythme de travail du MGI lui impose même de faire ses contrôles glycémiques et injection d'insuline en consultation au cabinet.

- « *Il y a des moments où j'aurais bien envie de m'accorder un temps de répit et je suis happé par ma fonction...* » MG11

2.2.7 Vécu négatif du diabète

- « *Par moment je n'y fais pas attention, par moment j'ai envie de tout balancer par la fenêtre comme toute personne qui a une maladie chronique...* » MG10

- « *Comme tous les diabétiques, il y a des ras-le-bol, il ne faut pas se le cacher. On en a marre, il y a des phases où on se surveille moins bien, on sent que la glycémie remonte, où on est énervés... On en a marre de se contrôler...* » MG9

« *Comme toute personne* » MG10, « *comme tous les diabétiques* » MG9, les médecins n'étaient pas indemnes d'un vécu négatif de leur maladie qui semblait survenir par périodes. Des discours similaires sont retrouvés dans une étude qualitative de 2006 portant sur le vécu de la maladie chez les diabétiques de type 2⁽²⁾.

- « *Et là où ça pourrait me poser problème, c'est que je connais les répercussions que ça peut avoir notamment par rapport à tout ce qui est problématique d'assurance... (...) En étant diabétique de type 1 sans aucune complication, c'est la croix et la bannière, donc en ayant des complications... je n'imagine même pas.* » MG8

- « *J'avais déjà fait tous mes emprunts professionnels et personnels, on était déjà installés, on venait d'ouvrir une maison de santé... et donc les assurances m'ont posé des problèmes mais pas tant que mes collègues diabétiques qui n'arrivent pas à emprunter avec des assurances...* » MG2

En effet, pour les assureurs, le diabète est considéré comme un risque aggravé lors d'emprunts financiers. Le taux d'assurance du prêt dépend du type de diabète, de son ancienneté et de la présence ou non de complication⁽²⁴⁾.

2.2.8 Les avantages d'être médecin en tant que diabétique

- « *Après il y a plus la question de la santé, mais ça je sais faire, c'est mon job* » MG2

- « *Ce que je dis depuis, c'est que dans mon malheur, c'était une chance : j'étais médecin, j'étais interne donc j'ai compris tout de suite la maladie, j'ai compris ce qu'il m'arrivait, dans quoi je m'embarquais...* » MG9

- « bien équilibré, sans complication... Plutôt bien accepté le diabète... Ma rigueur médicale m'impose... Je n'ai pas de complication, je ne fais pas trop de pépins au niveau de mon diabète. » MG3

Quels sont les avantages d'être médecin lorsqu'on est diabétique ? Ils étaient essentiellement en lien avec leurs connaissances médicales qui leur permettaient de mieux comprendre leur diabète et de mieux le gérer.

Le MG2 décrivait une plus grande simplicité de la prise en charge initiale grâce à ses relations professionnelles : « Je n'ai pas eu besoin de passer par de l'hospitalisation. (...) J'ai deux trois relais parmi des collègues médecins, radiologues ou diabétologues, donc on a quand même fait le bilan initial entre deux, comme on pouvait » MG2

Le MG7 expliquait avoir majoré ses traitements anti diabétiques oraux afin de « compenser les écarts » : « J'aurais pu rester à la Metformine parce que j'avais une hémoglobine glyquée autour de 6 – 6,2% maximum... Je me suis dit, autant rester le plus bas possible donc je me traite par inhibiteurs de la DDP4 avec la Metformine. »

2.2.9 Médecin mais diabétique comme un autre

- « à peu près comme tout malade... On n'est pas différent des autres. Le premier soir on est catastrophé initialement... » MG2

- « On est tous avec les mêmes complications... » MG5

- « Comme tous les diabétiques, il y a des ras-le-bol, il ne faut pas se le cacher. »
MG10

- « — vous faites le bilan systématiquement, comme les recommandations l'exigent ?
— Normalement, comme le font les patients. » MG1

L'utilisation fréquente de la conjonction "comme" indique un certain degré de comparaison ; les médecins interrogés se savaient porteurs de la même pathologie que leurs patients. Cependant, dans le discours des médecins, cette formulation « *comme tout malade* » MG2, « *comme tous les diabétiques* » MG10 permettait de percevoir qu'ils étaient également dans une différenciation des places. Ils demeuraient le soignant face à leur patient. Nous pouvons penser que ce processus de mise à distance, conscient et inconscient, permet à tout soignant de préserver sa fonction.

2.2.10 Une carrière orientée ?

- « J'ai axé ma formation... en tant qu'externe je suis passé dans des services d'endocrino, en tant qu'interne je suis passé en diabéto, donc j'ai aussi acquis cette connaissance de ces traitements à ce moment-là. (...) Après, est ce que c'est lié au fait que j'ai eu une grosse formation en diabéto... Mais peut-être que je l'ai fait parce que j'étais diabétique, il ne faut pas se voiler la face. » MG8

Le MG8, diabétique depuis son adolescence, a axé sa formation médicale en diabétologie et s'interroge sur le rôle de sa maladie dans ce choix. Selon une étude sur les effets des maladies personnelles dans le choix de carrière des étudiants en médecine⁽²⁵⁾, elle n'aurait statistiquement pas d'influence. Cependant, elles ont été un facteur décisif majeur pour une minorité des étudiants interrogés, raison pour laquelle les auteurs préféreraient ne pas conclure à l'absence totale d'influence.

2.3 La relation médecin généraliste diabétique – patient diabétique

2.3.1 Diabète de type 1 / diabète de type 2 : deux maladies différentes

- « Ce sont deux pathologies qui ont le même nom mais qui sont très différentes. (...) ce n'est pas la même rentrée dans la maladie... C'est quelque chose de lentement progressif chez le diabétique de type 2 » MG2

- « De manière générale ? Ou type 1, type 2 ? Parce que je n'ai pas les mêmes relations... (...) Enfin moi je ne les considère pas comme ayant la même pathologie. La prise en charge n'est pas la même, l'âge n'est pas le même... » MG6

- « D'emblée, on va différencier le diabétique de type 2 et le diabétique de type 1. (...) Parce que pour moi ce n'est pas la même maladie. » MG9

Dès lors que le sujet du diabète du patient était abordé, les médecins généralistes diabétiques interrogés faisaient une différence claire entre les diabétiques de type 1 et les diabétiques de type 2. Ils déclaraient même qu'il ne s'agissait pas de la même pathologie. Pour le MG2 et le MG9, la première raison à cela était une entrée différente dans la maladie, sous-entendant également l'âge du diagnostic, retrouvé dans le discours du MG6. Ce dernier précisait également que la prise en charge n'était pas la même, incluant le traitement, ce qui était aussi une raison prédominante pour le MG8 et le MG3 :

- « Je pense qu'il faut vraiment faire le distinguo entre les type 2 non-insulinés d'une part et puis les types 2, éventuellement sous multi injections, et puis les types 1. » MG8

- « Plus ceux qui sont sous Lantus et rapide par exemple, insulino requérants, je les considère un peu plus comme proches de moi (...) Plus qu'un diabétique de type 2 « normal », sans insuline, où je ferais mon boulot « simple » sans aller plus loin. » MG3

Cette distinction influait sur la relation et la manière de pratiquer qui différaient selon qu'il s'agissait d'un diabétique de type 1 ou de type 2.

- « le distinguo je le fais peut-être en passant plus de temps avec les diabétiques de type 1 pour aborder des questions, peut-être en fonction de ma propre expérience... » MG11

2.3.2 Une proximité augmentée

- « Les types 1, c'est vraiment une petite famille. (...) Pour mes types 1, franchement, il y a un aspect très communautaire... Il y a une espèce de grande proximité » MG2

- « C'est vrai qu'on a toujours envie, pas de faire plus mais de... on est un peu plus rapproché de ces patients... » MG3

- « Plus proche oui, je me sens bien avec les diabétiques oui. » MG1

Ces médecins, qui déclaraient déjà avoir une relation « sympathique » MG1 et « amicale » MG3 avec leurs patients en général, affirmaient qu'ils étaient encore plus proches de leurs patients diabétiques. Le ressenti face à la maladie est individuel, mais le diagnostic, les traitements et les éventuelles complications sont vécus par le praticien et son patient. Ce vécu commun pourrait expliquer cette proximité. Une étude qualitative de 2016⁽²⁶⁾ révélait que les médecins généralistes déclaraient avoir des patients préférés qui étaient souvent des personnes suivies depuis une longue période ou pour des pathologies lourdes. Dans notre cas, cette notion de « patients préférés » pourrait-elle s'appliquer vers ceux portant la même maladie que leur médecin ?

2.3.3 Une relation classique

- « Après ça ne change pas grand-chose au niveau de la relation actuellement » MG6

- « Je n'ai pas changé ma manière de faire avec les diabétiques parce que je me suis découvert un diabète. » MG7

- « A partir de là, j'essaie de me conduire de la même façon... » MG4

Pour d'autres médecins interrogés, le fait d'être porteur de la même maladie ne changeait ni leur comportement, ni leur relation avec ces patients.

2.3.4 Un changement de relation dans le temps

- « ça a changé avec le temps parce que je l'ai accepté. Il m'a fallu longtemps pour vraiment accepter. » MG10

- « Les premiers temps, quand on est encore dans l'interrogation, c'est déjà de digérer le fait de comprendre qu'on est malade soi-même. On obtient une fluidité par rapport à ça... (...) j'ai une relation moi-même plus claire avec mon diabète donc... je pense que je ne parle pas comme il y a deux ans. » MG2

- « La prise en charge a beaucoup évolué, j'étais plus fermé au début quand ça a commencé avec des régimes rigoureux, très stricts... » MG4

Le diabète du MG2 avait été diagnostiqué 2 ans plus tôt alors que ceux du MG4 et du MG10 avaient été découverts plus de 30 ans auparavant, pourtant ces trois médecins notaient une évolution de leur relation avec les patients diabétiques ainsi que de leur prise en charge. Ce changement s'était opéré de manière concomitante à l'acceptation de la maladie.

- « Il y a des choses qui évoluent, mais par rapport au diabète je n'ai pas l'impression. » MG6

- « il n'y a pas eu d'évolution. Je n'ai pas retiré de leçon pour m'adapter dans mon discours ou dans ma façon de faire en fonction des patients non... » MG9

Ces évolutions n'étaient pas retrouvées dans les discours de MG6 ou de MG9, tous deux diabétiques depuis plus de 15 ans.

2.3.5 De l'avantage d'avoir la même maladie que son patient

- « le vécu de la maladie, à mon niveau, est plus un avantage. (...) C'est vrai que du coup, je le vois plus comme un avantage et à en faire profiter... » MG3

- « Oui, pour les patients je pense que c'est un avantage. » MG6

- « Là c'est effectivement un avantage » MG2

- « Ça m'a apporté un avantage. Je pense que ça leur apporte aussi un avantage... » MG9

- « *Et c'est peut-être un fardeau pour certains je ne sais pas, en tout cas pour moi, dans ma pratique, ça a clairement été un atout. Mais je pense que ça ne l'est pas pour tout le monde... Et encore, là on parle du diabète, mais des pathologies chroniques il y en a bien d'autres...* » MG8

Les médecins interrogés étaient unanimes en affirmant que le fait d'être diabétique est un avantage pour eux et pour leurs patients diabétiques. Comme nous allons le développer, la compréhension semblait plus importante, la prise en charge médicamenteuse meilleure et l'éducation thérapeutique du patient était facilitée. Lors d'une étude qualitative de 2011⁽²⁷⁾, un médecin généraliste atteint d'un cancer ORL affirmait aussi que face à son patient, sa maladie était un atout. Nous pouvons donc nous questionner sur la généralisation de ce phénomène à toutes les maladies chroniques. En effet, qu'en est-il pour les médecins atteints d'hypertension artérielle, de polyarthrite rhumatoïde ou encore d'un cancer... ?

Concernant les maladies psychiques, Carl Gustav Jung⁽²⁸⁾ affirmait que « *Le docteur n'est efficace que quand lui-même est affecté, seul les physiciens blessés peuvent soigner.* ».

- « *Pour moi, c'est la question qui doit se poser... Leur bien-être, en dehors des problèmes de glycémie, je leur demande toujours "Le diabète, comment vous le vivez ? Comment ça va ?"* » MG3

La maîtrise du traitement combiné à son vécu du diabète permettait au MG3 de dédier un temps de sa consultation au bien-être de ses patients diabétiques et au ressenti de la maladie au quotidien.

2.3.5.1 Du vécu partagé à l'empathie

- « *ils sont rassurés. Parce qu'ils se disent que je vais mieux les comprendre, et que je n'aurais pas ce côté inquisiteur et juge de certains médecins. (...) Vivre les choses, on se met plus à la place des gens et on les comprend beaucoup plus.* » MG10

- « *c'est sûr que je peux les comprendre mieux que ce que je pouvais les comprendre avant (...) le côté analogie, compréhension directe de ce que vivent les patients.* » MG2

- « *Je pense qu'ils ont l'impression que je les comprends mieux, et même leurs difficultés à résister à la part de gâteau d'anniversaire quand c'est l'anniversaire de leur fille...* » MG5

- « *Je pense que l'ado, l'enfant, a conscience que je vis la même chose que lui, en tout cas j'espère... J'essaie de transmettre ce message là même si ce n'est pas le message*

principal. J'essaie de faire en sorte qu'il comprenne que ce qu'il vit, j'en ai pleinement conscience. » MG9

D'être « passés par là », les médecins généralistes avaient « *pleinement conscience* » MG9 des difficultés rencontrées par leurs patients diabétiques, que ce soit des aléas du traitement, à la diététique ou encore aux « *ras-le-bol* » MG10 de la maladie chronique. Ils dépassaient alors même la définition de l'empathie⁽²⁹⁾ : « faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent ». Cette fonction impose une projection mentale dans une situation vécue par un autre, or dans notre contexte, les médecins diabétiques parvenaient à comprendre le patient grâce à leurs ressentis propres de la maladie. Ces données sont en accord avec une étude parue en 2007⁽³⁰⁾ dans laquelle les médecins ayant eu une expérience de la maladie se sentaient plus empathiques et faisant preuve de plus de patience.

2.3.5.2 Un intérêt plus grand et une connaissance améliorée

- « *Ça a largement amélioré ma connaissance du diabète, ça c'est sûr. » MG2*
- « — *un domaine qui m'intéresse bien.*
— *C'est un domaine qui vous intéresse d'autant plus depuis que vous êtes...*
— *Depuis que je le suis. » MG1*
- « *je suis pas mal sur l'association des femmes diabétiques. » MG6*
- « *Je pense que le fait d'être diabétique m'a donné une certaine expertise quelque part. De la même façon que les patients sont experts. » MG8*

L'intérêt et leur connaissance sur le diabète se sont développés parce qu'ils étaient atteints par cette maladie. Le MG8 se demandait si son attrait pour la diabétologie était lié à sa maladie, ou s'il s'agissait d'une coïncidence. « *Après, est-ce que c'est lié au fait que j'ai eu une grosse formation en diabéto... Mais peut-être que je l'ai fait parce que j'étais diabétique, il ne faut pas se voiler la face. Après l'endocrino, on avait un peu de diabète en endocrino, mais... Est-ce que je l'ai fait parce que j'étais diabétique ou est-ce que je l'ai fait parce qu'à chaque fois c'était des bons stages, très demandés... Ce n'était pas forcément parce que j'étais diabétique. Difficile à dire... » MG8.*

Cet intérêt particulier pour la pathologie dont ils étaient porteurs corroborait les résultats de l'étude qualitative suscitée⁽²⁷⁾ portant sur les médecins malades.

2.3.5.3 *Le savoir expérientiel complémentaire au savoir universitaire*

- « *je dis des conseils honnêtes en fonction de mon expérience, de mes connaissances universitaires et post universitaires et mon vécu, mes analogies, etc... Mon vécu sur cette maladie-là domine un peu un autre savoir plus universitaire. (...) j'ai un vécu qui m'a donné un savoir supplémentaire... » MG2*

- « *Je trouve que même si c'est bien appris dans les livres, ça ne remplace pas l'expérience personnelle. (...) c'est l'aspect positif de mon diabète parce que finalement on arrive à avoir des réponses concrètes à des questions qui ne sont pas médicales. De l'ordre de "l'autour", "l'autour du patient" ... » MG3*

- « *Il y a des choses qu'on a pas dans les livres, qu'on apprend soi-même lorsqu'on a été pris en difficulté dans certaines situations qui ne sont pas annoncées, qui ne préviennent pas. » MG4*

- « *On a des connaissances très théoriques qui ne sont pas du tout dans la vie pratique. » MG6*

Les médecins interrogés étaient une nouvelle fois unanimes quant au manque de savoir « pratique » dont ils feraient preuve s'ils n'étaient pas diabétiques. En plus de leur apporter une plus grande compréhension, le vécu de la maladie leur permet de prodiguer des conseils ancrés dans le quotidien du malade. Dans ces citations, nous retrouvons la transformation d'un vécu en savoir expérientiel⁽³¹⁾⁽³²⁾ qui permet aussi de rendre certains patients « experts ». Selon un article au sujet de leur émergence⁽³²⁾, ils accumulent également des savoirs pointus sur leur maladie en devenant ainsi des « hyperspécialistes ».

Les médecins généralistes diabétiques deviendraient-ils alors eux-mêmes des médecins-patients experts ?

- « *Mon expérience médicale est quelque chose, mon expérience de diabétique en est une autre. » MG4*

- « — *à quel moment fais-tu plus parler ton expérience... ?*

— *Surtout lors de la découverte, c'est là où les gens sont perdus et ont besoin d'informations. Surtout la découverte, et pour leur expliquer les fondements du diabète, le traitement... » MG3*

- « — *A quel moment dans votre relation avec le patient, vous pensez le plus utiliser votre propre expérience ? C'est-à-dire, prendre exemple sur vous.*

— *Au départ... peut-être oui au départ... » MG1*

- « là où je pense être le plus utile c'est chez les jeunes diabétiques à qui on vient de découvrir un diabète... » MG10

Pour ces trois médecins, l'utilisation de leur expérience personnelle était la plus utile au moment du diagnostic de diabète. L'annonce doit être accompagnée d'explications physiopathologiques, sur le traitement et les éventuelles complications sans oublier sur les perspectives d'avenir. Selon l'enquête DIABASIS⁽³³⁾ portant sur la perception du traitement et du suivi de 1092 diabétiques de type 2, ce moment est crucial et influence la qualité de la prise en charge ultérieure. Aussi, 85% des patients interrogés auraient souhaité obtenir plus de réponses à leurs questions, auxquelles les médecins généralistes diabétiques de notre étude auraient probablement répondu. Ils pourraient en effet comprendre l'importance de cette annonce et y consacrer le temps nécessaire.

2.3.5.4 Une meilleure gestion du traitement médicamenteux

- « En tout cas l'insuline je n'ai pas du tout peur de la manipuler. Pas du tout peur d'adapter les traitements, les doses... (...) je le fais couramment. » MG8

- « Je le fais sans hésiter s'il y a besoin. Et je gère la mise sous insuline avec les infirmières, c'est quelque chose que je gère facilement. » MG6

- « il n'y a aucun problème avec les malades à l'insuline. » MG1

Les trois médecins généralistes suscités étaient eux-mêmes traités par insulinothérapie et rappelons que sur les 11 médecins interrogés, 8 étaient traités comme tel (3 par injections et 5 sous pompe à insuline). Ceux-là avaient donc une maîtrise quotidienne des changements posologiques d'insuline.

- « l'intéressant pour moi, c'est que les diabétiques, je peux beaucoup mieux les prendre en charge. Les non insulino-dépendants, parce qu'ils ont un exemple devant eux. » MG5

Ce médecin, traité par anti diabétiques oraux (ADO) seuls, précisait bien que ses compétences dans le traitement du diabète sont plus limitées quant à l'insuline puisqu'il n'était pas traité comme tel. A l'inverse, le MG6 avouait ne pas avoir une meilleure gestion des ADO puisqu'il était traité par insuline.

- « Oui, après sur les traitements je ne suis pas plus à l'aise que les autres ! [Rire] Surtout sur les nouveaux traitements, ça c'est sûr. Par contre quand il faut passer sous insuline, ça je le fais. » MG6

Le MG4, sous règles hygiéno-diététiques seules, ne pensait pas en revanche être plus compétent qu'un autre médecin dans la prise en charge thérapeutique du diabète.

- « *Je dois avoir un peu les mêmes qualités que les autres médecins, auxquelles s'ajoute mon expérience personnelle.* » MG4

2.3.5.5 L'éducation thérapeutique à portée

- « *pour les index glycémiques, je leur file des feuilles avec la liste des aliments à manger, à diminuer, à ne pas manger, et voilà, donc on en parle et moi c'est ce que je pratique pour moi donc je leur donne des conseils. (...) Quand on connaît bien la physiologie du diabète, je leur explique l'hémoglobine glyquée, l'intérêt de l'hémoglobine glyquée...* » MG1

- « *Alors le diabète de type 2, j'explique aux gens le mécanisme du diabète, j'explique pourquoi il faut qu'ils maigrissent, parce qu'il y a des tas de diabétiques à qui on dit qu'ils doivent maigrir, qu'ils doivent faire du sport, mais ils ne savent pas pourquoi... (...) Et surtout expliquer aux gens le pourquoi du traitement, ce qu'il faut faire/pas faire.* » MG10

- « *c'est le côté positif. La réponse à certaines de leurs questions sur les hypo, la diététique... Je suis en mesure de leur en parler, de parler de la prise en charge nécessaire de leur pathologie... Ça, ça fait partie de l'éducation thérapeutique.* » MG11

- « *Je suis passé par certaines épreuves, pour lesquelles je me trouvais en difficulté et j'essaie de leur dire "il se peut que vous arriviez dans telle ou telle situation et c'est à vous de faire attention. C'est quelque chose qui fait partie de votre diabète, essayez de l'anticiper ou de le prévenir pour ne pas tomber dans le piège".* » MG4

- « *le fait de beaucoup expliciter, c'est important pour que les gens deviennent plus acteur de leur traitement, notamment sur toutes les pathologies chroniques, c'est quelque chose sur lequel j'appuie beaucoup.* » MG8

Selon la Haute Autorité de Santé⁽³⁴⁾, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) a pour objectif d'améliorer la santé et la qualité de vie du patient en lui permettant d'acquérir des compétences d'autosoins et d'adaptation.

Les compétences d'autosoins selon la HAS ⁽³⁴⁾

- > Soulager les symptômes.
- > Prendre en compte les résultats d'une autosurveillance, d'une automesure.
- > Adapter des doses de médicaments, initier un autotraitement
- > Réaliser des gestes techniques et des soins.
- > Mettre en œuvre des modifications à son mode de vie (équilibre diététique, activité physique, etc.).
- > Prévenir des complications évitables.
- > Faire face aux problèmes occasionnés par la maladie.
- > Impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et des répercussions qui en découlent.

Le médecin généraliste diabétique a les compétences pour enseigner ces principes d'autosoins à son patient, en se basant sur son savoir expérientiel de la maladie. Il peut également lui expliquer les bases scientifiques grâce à son savoir universitaire afin que le diabétique connaisse sa pathologie, la manière de la contrôler et de faire face aux complications aiguës ou chroniques.

Les compétences d'adaptation selon la HAS ⁽³⁴⁾

- > Savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress.
- > Développer un raisonnement créatif et une réflexion critique.
- > Développer des compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles.
- > Prendre des décisions et résoudre un problème.
- > Se fixer des buts à atteindre et faire des choix.
- > S'observer, s'évaluer et se renforcer.

Les compétences d'adaptation sont en revanche orientées sur le travail personnel que doit faire le malade diabétique et pour lequel son médecin peut l'accompagner en comprenant la nécessité de ces changements.

2.3.6 La discrétion

- « je ne parle pas de mon diabète à mes patients. (...) Parce que je pars du principe que les gens ne viennent pas pour ça... J'ai d'autres lieux pour parler de moi, ce n'est pas le lieu... » MG11

- « je n'ai pas envie, déjà qu'ils sachent que je suis diabétique, non pas parce que ça me gêne mais parce que c'est... Je ne sais pas si ça leur apportera quelque chose (...) J'ai envie de garder mon image de médecin et pas de médecin-diabétique devant eux. (...) je ne me

sentirais plus dans mon rôle de médecin généraliste si je leur avouais que moi aussi je suis diabétique » MG3

- « je garde toujours ma position de médecin de famille. Je n'ai pas à exposer ma vie privée... » MG4

- « J'estime que c'est privé et qu'ils n'ont pas à savoir. Après je suis quelques amis qui le savent mais les patients "lambda" j'estime qu'ils n'ont pas à le savoir. » MG6

- « Je pense n'avoir jamais dit à un diabétique de type 2 que j'étais moi-même diabétique. Je n'ai jamais vu l'intérêt de leur dire que j'étais diabétique. » MG9

Les raisons de taire son diabète face aux patients étaient nombreuses. Il est vrai que la consultation médicale est un moment privilégié, dédié au patient mais même si le médecin parle de son diabète à son patient diabétique lors d'une consultation, il n'est pas dans l'obligation de le faire à chacune d'elle. Par ailleurs, « *l'image du médecin* » à laquelle tenaient le *MG3* et le *MG4* aurait été modifiée même en cas de confiance exceptionnelle. L'entière discrétion concernant leur maladie était donc de rigueur.

Les *MG4* et *MG6* ne voulaient pas introduire une part de leur vie privée dans leur vie professionnelle, de la même manière « *qu'ils [les patients] n'ont pas à savoir où [elle] habite* » *MG6*.

L'absence d'intérêt de cette confiance pour le patient était également évoquée. A noter que le *MG9* précisait à quel type de patients il n'en parlait pas (aux diabétiques de type 2), nous appellerons cela la confiance conditionnelle qui sera développée dans la suite de l'étude.

Tant les médecins confiant leur maladie à leurs patients trouvaient des avantages à le faire (cf. 2.3.8), tant ceux préférant le taire n'évoquaient pas d'avantages à proprement parler.

Rester dans la discrétion ou confier son diabète aux malades diabétiques ? Le *MG6* et le *MG8* se rappelaient s'être questionnés sur cette conduite à tenir, comme probablement d'autres qui ne l'ont pas évoquée. Le *MG2* et le *MG9* sont toujours dans le doute concernant cette question.

- « C'est vrai que quand je me suis installée je me suis posée la question de le dire ou ne pas le dire aux patients. » MG6

- « Après, je l'ai beaucoup fait en tant que remplaçant... Est ce que je vais le refaire en tant que médecin installé avec mes propres patients...? Pas sûr. J'y réfléchis et je ne sais pas trop comment je vais faire. » MG8

- « Après c'était aussi une question au début, "qu'est ce qu'il faut dire/pas dire, cacher/pas cacher"... Il y a toujours des gens qui sont de bons conseils : "ah non, il ne faut

pas le dire ” et puis d’autres “il faut toujours le dire ” ... Finalement, je n’ai pas trop trouvé de mode d’emploi parfait pour dire... » MG2

En revanche, parler de son diabète n’était pas considéré comme tabou ou comme une honte de la part des médecins généralistes interrogés.

- « *Parce que ce n’est pas grave s’il y en a un ou deux qui l’apprennent, mais c’est vrai que c’est vraiment l’image que je veux donner du médecin.* » MG3

- « *Ce n’est pas le lieu mais après je n’en fais pas un tabou.* » MG11

- « *Il n’y a pas question de tabou par rapport à ça.* » MG4

2.3.7 La confiance

2.3.7.1 La confiance systématique

- « *Des fois je me pique devant eux en début d’après-midi-là, je me fais des piqûres je ne me cache pas. (...) Moi je pense qu’il faut en parler. On est comme les autres, on a toutes les maladies... » MG1*

- « — *Pour vous, il n’y a aucun tabou par rapport à votre maladie, au contraire...*

— *Au contraire je m’en sers, j’en abuse presque ! (rire)*

(...)

Ces patients m’ont vu perdre 30kg en un an, ça se voit... Je les ai rassurés surtout. » MG5

Les médecins interrogés parlant de leur diabète à tous leurs patients étaient des médecins de 65 et 67 ans, installés depuis 37 et 41 ans respectivement, diabétiques de type 2. Cette confiance systématique n’était retrouvée dans aucun autre discours. Le MG1 et le MG5 en question, étaient installés dans leur cabinet depuis plus de 20 ans lorsque le diagnostic de diabète a été posé. Ayant établi une « *relation humaine* » MG5 et « *sympathique* » MG1 avec leurs patients, la confiance s’était imposée. Le MG5 alléguait qu’initialement, après sa perte de poids, « *à chaque fois c’était un questionnement de ma patientèle...* » et qu’il confiait alors sa maladie dans un but de réassurance.

Le MG10, âgée de 58 ans, était plus dans une confiance conditionnelle mais avouait en parler « *assez librement* » à ses patients diabétiques de type 1, ou de type 2 lorsque cela lui semblait nécessaire.

Cependant, les MG7 et MG11, âgés respectivement de 65 et 57 ans étaient dans l’entière discrétion face à leurs patients par rapport à leur diabète.

2.3.7.2 *La confiance conditionnelle*

- « *Je ne le dis pas d'emblée. Parce que d'abord je n'ai pas forcément envie que tout le monde sache que je suis diabétique mais quand je sens que ça coince et qu'ils n'arrivent pas à intégrer ce diabète, à se traiter, à faire ce qu'il faut pour que ce soit équilibré, là je sors ma carte "Et bien si, je sais".*

(...)

C'est vrai qu'avec les jeunes en général j'en parle tout de suite, d'emblée parce que c'est important pour eux. » MG10

- « *Je l'ai souvent dit d'emblée aux enfants ou aux ado, dès la première consultation. Je ne l'ai pas dit d'emblée aux diabétiques adultes de type 1. » MG9*

Le MG9 et le MG10 confiaient leur maladie aux jeunes diabétiques de type 1 et n'étaient pas réfractaires à l'idée d'en parler à d'autres patients.

Pour le MG10, cette confiance pouvait être faite aux diabétiques de type 1 ou aux diabétiques de type 2 en cas de nécessité. Ces cas seront détaillés dans la partie « *Les avantages à parler de son diabète* » (cf 2.3.8).

Pour le MG9, la confiance était possible aux diabétiques de type 1, en revanche «*[il] pense n'avoir jamais dit à un diabétique de type 2 qu'[il] était [lui]-même diabétique* ».

Le MG2 ne confiait son diabète qu'aux diabétiques de type 1, faisant partie de sa « *communauté* ».

- « *Les types 1, c'est vraiment une petite famille. En général, je leur dis que je suis diabétique de type 1 aussi. Je ne cache pas mon problème à ces patients-là, (...) j'essaie d'avoir une relation honnête avec mes patients. » MG2*

Le MG11 gardait le silence sur son diabète auprès de ses patients, hormis exception faite à l'une de ses patientes lors de son diagnostic, 22 ans auparavant. Cependant, il n'était pas réfractaire à l'idée de confier son diabète à un patient qui en aurait besoin.

- « *Si j'avais quelqu'un qui traverse ce que j'ai traversé et qui d'un coup me dit "Ma vie est foutue", je pense que sur des thématiques bien précises, je pourrais dire certaines choses (...) je ne suis pas fermé à ça en fonction de ce qui pourrait advenir au sein d'une consultation... » MG11*

2.3.8 Les avantages à parler de son diabète

2.3.8.1 La dédramatisation – La réassurance

- « Mais j'en parle d'emblée et je leur dis que j'ai voyagé, que je fais ci ou ça, donc ça remet une couche sur le fait qu'ils peuvent vivre normalement. » MG10

- « Souvent les mères d'enfant diabétique sont terrorisées, et c'est tout à fait compréhensible, à l'idée que leur enfant n'ait pas une enfance normale, une alimentation normale, les mêmes chances que n'importe qui d'autre dans la vie. (...) ça m'ait peut-être arrivé de dire "non, on peut tout à fait avoir une vie quasiment normale" et je dis bien quasi parce qu'il ne faut pas se voiler la face (...) Tu ne peux pas demain décréter que tu feras pilote d'avion ou ce genre de chose, non on ne pourra pas le faire. » MG8

- « Ça leur permet de ne pas se sentir seul dans leur maladie. Parce que globalement, les enfants et les adolescents se sentent seuls dans leur maladie. (...) C'est quelque chose que j'ai pu dire à ces ados. Leur dire qu'on peut tout à fait avoir une vie normale » MG9

La notion de « vie normale » était également retrouvée ici puisque c'est ce qu'ils assuraient aux jeunes diabétiques ou à leurs parents, dans un but de réassurance quant à l'avenir. Ils permettaient aussi aux jeunes diabétiques de ne plus se sentir seul avec leur différence. Le MG3 utilisait même le « on » ou le « nous » dans ses exemples, s'incluant ainsi dans un « groupe » avec ses patients, enfants ou adolescents, afin de rompre leur solitude⁽³⁵⁾.

Les attitudes parentales face à la découverte du diabète de leur enfant sembleraient se décliner en trois possibilités⁽³⁶⁾ : la surprotection, la normalisation et la normalisation excessive. Ces réactions seraient évidemment influencées par leur vécu de la situation. Si la réassurance du jeune malade est possible, celle des parents l'est aussi et permettrait d'éviter les conséquences néfastes sur l'enfant de tels comportements.

Qu'il s'agisse de l'annonce diagnostique, du suivi ou d'un changement de thérapeutique comme le passage à l'insuline, les médecins généralistes diabétiques étaient dans la dédramatisation avec une certaine utilisation de l'humour.

- « C'est la piqure qui fait peur, je leur explique et leur dis "Ben non regardez, est-ce c'est marqué sur ma tête que je me pique 4 fois par jour ? Non ? J'ai l'air normale..." » MG10

- « "C'est un drame mais ce n'est pas un drame non plus. Tu vois, j'ai la même maladie que toi et tu vois, je n'ai pas l'impression de faire pitié aujourd'hui !" » MG2

Comme le MG11, le MG3 qui préférait garder un silence complet sur sa maladie face à ses patients, évoquait également une notion de réassurance dans l'éventualité où il en parlerait.

- « *Je ne sais pas si ça leur apportera quelque chose, à part peut-être de les rassurer de se dire "tiens le médecin est diabétique".* » MG3

2.3.8.2 L'adhésion du patient

- « *je pense que le fait de savoir que je vis la même chose, ça leur permet d'adhérer plus au fait de faire attention à ce qu'ils mangent, au fait de faire du sport...* » MG10

- « *j'ai l'espoir que, parfois, lever le voile sur ta propre maladie chronique te permet de renforcer ou d'accrocher l'alliance thérapeutique, en tout cas c'est comme ça que je l'ai utilisé, en tout cas avec cette volonté-là.*

(...)

Ces gens-là, j'en ai eu quelques-uns, des jeunes diabétiques, des ados ou des jeunes, on va dire entre 18 et 25 ans qui sont parfois dans le refus. Ces gens-là, en tant que diabétique, tu peux les accrocher » MG8

- « *je pense qu'ils adhèrent un petit peu plus, ça ne veut pas dire qu'ils ne vont pas avoir leurs ras-le-bol etc.* » MG9

Ces trois médecins généralistes mettaient à profit leur vécu de diabétique pour « accrocher » MG8 leurs jeunes patients, en les rassurant quant à l'avenir, en leur expliquant la maladie et ses traitements, en se mettant presque d'égal à égal. « *Parce que je ne suis pas non plus leur copain, je suis aussi leur médecin* » MG9. Si cela participait à un renforcement psychologique positif auprès des adolescents, leur adhésion pourrait être augmentée selon une étude réalisée concernant ces jeunes diabétiques de type 1⁽³⁷⁾.

2.3.8.3 Le sentiment d'être entendu

- « *ils se disent que je vais mieux les comprendre* » MG10

- « *les gens ont l'impression que je les comprends mieux peut-être...* » MG1

- « *Je pense qu'ils ont l'impression que je les comprends mieux* » MG5

- « *ils savent que la personne en face d'eux comprend leur maladie, elle sait ce qu'ils vivent au quotidien.* » MG9

Comme nous avons pu le constater plus tôt, les médecins diabétiques déclaraient mieux comprendre leurs patients diabétiques. Et d'un autre point de vue, les patients au courant de la

maladie de leur médecin auraient l'impression d'être plus entendus tant sur leur ressenti que sur leurs difficultés quotidiennes. Pour eux, ce sentiment de compréhension doit s'étendre lorsqu'ils parlent de leurs autres problèmes de santé à leur médecin qui les comprend « si bien » concernant le diabète. Après revue de la littérature, aucun article traitant de ce sujet n'a été retrouvé. Quel est le ressenti du patient face à son médecin lui confiant qu'il est porteur de la même maladie ? C'est en service hospitalier, face à un patient, que nous avons initialement eu cette réflexion qui a germé puis muri pour devenir la question de recherche de la présente étude.

2.8.3.4 Les avantages relatifs

- « *je leur dis "si je le fais, vous pouvez le faire" (...) Et j'en ai beaucoup qui le font... » MG1*

- « *Les non insulino-dépendants, parce qu'ils ont un exemple devant eux. Je leur dis "écoutez, voilà ce qu'il y a dans mon frigo, voilà ce que je fais : faites pareil quoi !" » MG5*

- « *oui ça m'est arrivé de dire qu'on peut avoir une vie normale en étant diabétique et de dire "je suis un exemple type" » MG8*

- « *Quand je dis à l'enfant "Si tu es en hypo, il faut toujours avoir du sucre sur toi", j'ouvre mon sac et je lui montre » MG9*

Se placer comme modèle ou exemple en tant que médecin est une attitude qui peut être sujette à discussion, principalement concernant les enfants. En effet le jeune patient peut être rassuré par rapport à son avenir, la présence de son docteur-diabétique en étant l'exemple. Mais dans le cas où le médecin, devenu un modèle, change son attitude par rapport à sa maladie ou à l'enfant, voire disparaît (retraite, déménagement...), l'enfant et son rapport au diabète risqueraient d'en être affectés.

- « *J'ai beaucoup de diabétiques, j'ai beaucoup de gens qui font du chemin parce qu'ils étaient diabétiques. (...) j'ai calculé, j'ai à peu près 80 malades diabétiques. Et c'est énorme quoi, c'est... mes confrères sont à 25 – 30. » MG1*

- « *J'en ai qui viennent spécialement me voir, j'en ai un qui ait venu spécialement me voir parce qu'il a su que j'étais diabétique... » MG10*

- « *Bizarrement, j'ai beaucoup de type 1, plus que ce que la statistique devrait m'en envoyer... » MG2*

- « *Il y en a qui savent que j'ai un diabète, d'autres qui ont simplement vu la perte de poids... C'est vrai que ça a amené une patientèle oui » MG5*

Les médecins confiant leur diabète à leurs patients ont constaté un changement de leur patientèle, preuve de leur efficacité ? Nous pourrions considérer que ce serait, a minima, « grâce » aux avantages suscités.

- « Et que finalement les patientèles finissent par nous ressembler... On dit souvent ça, mais je pense que c'est vrai. » MG2

2.3.9 Les inconvénients à parler de son diabète

- « Et dans ma relation médecin-malade, c'est un truc qui est compliqué parce qu'on est plus tout à fait dans cette relation où les rôles sont bien définis... » MG2

- « ils sont peut-être plus exigeants, enfin pas exigeants... Mais ils pensent que je peux répondre à toutes les questions et à toutes les situations. Parce que je suis du côté patient et du côté soignant. Je suis sensé tout maîtriser. » MG9

Cette « double casquette » MG9 peut entraîner une crise identitaire de la part du médecin, à savoir lorsqu'il parle à son malade : est-il du côté médical ou est-il un diabétique partageant son expérience avec un autre diabétique ? Le MG2 se demande « je suis qui ? » en dehors du cabinet. En effet, dans cette situation, sur des groupes de paroles entre diabétiques par exemple, il ne sait pas s'il doit être médecin ou juste un diabétique parmi les autres, si ce qu'il dit est de l'ordre de la prescription médicale ou du simple conseil.

Pour le médecin devant jouer ces deux rôles, les attentes des patients (et éventuellement de leurs parents) sont plus grandes. Il est censé « maîtriser » MG9 le côté scientifique et biomédical comme le côté psychologique, vie quotidienne... Il se doit alors de satisfaire ces nouvelles exigences. Son rôle associe alors celui d'un médecin et celui d'un patient-expert.

2.3.10 Le miroir médecin diabétique – patient diabétique

- « Ce que je leur dis, ça me sert un peu de thérapie à moi. Parce que quand vous avez un problème de santé, ce que vous dites au patient pour les guider, pour les rassurer, vous vous le dites à vous aussi ! (...) Par ricochet, vous vous persuadez aussi de la chose. » MG10

- « le côté peut-être incisif qui est directement en lien avec ma propre incapacité, ma propre difficulté dans la gestion... C'est l'autre versant de la pièce parce qu'effectivement ça me renvoie à ma propre difficulté et à mon propre devenir... » MG11

- « c'est que le miroir est vraiment dans les deux sens. » MG2

- « quand je vois un diabétique avec plein de complications, neuropathie, rétinopathie... Là tu te dis “ah, moi aussi ça va me... ça peut me tomber dessus aussi...”
(...)

C'est là où c'est difficile de mettre de la distance. De se détacher de ça, en se disant “je ne suis pas pareil”, c'est un effort à faire en plus...» MG3

Par le soin de l'autre, les MG10 et MG11 se traitaient eux-mêmes. Dans la réassurance ou dans les consignes prodiguées à leurs patients, ils tentaient de se soigner indirectement mais de manière consciente. De plus, le mécanisme inconscient d'identification projective était peut-être également à l'œuvre. Initialement décrit par Mélanie KLEIN⁽³⁸⁾, ce concept a été repris par Martine RUSZNIEWSKI⁽³⁹⁾ qui le décrit comme un des mécanismes de défense des soignants. Il consiste en l'attribution au patient d'une partie de ses pensées ou émotions qui permet au médecin de croire qu'il sait ce qui est bon pour son malade. Le médecin est alors en écoute de lui-même.

Le MG3 était, face à ses patients, devant un miroir lui projetant son hypothétique avenir et en avait conscience. Il semblait mener une lutte psychologique quotidienne, se répétant « c'est lui qui me parle de sa maladie, j'ai la même pathologie, mais on est différents ».

Par ailleurs, cette notion de miroir n'était pas la plus fréquemment retrouvée, les médecins généralistes suivant parvenaient à créer une limite nette entre eux et leurs patients diabétiques :

- « Mais on n'est pas le patient... On n'oublie jamais qu'on est le soignant et lui le patient. » MG4

- « la frontière est nette et c'est vrai que je ne m'identifie pas parce que c'est assez compliqué pour ces 2 patientes là... » MG6

- « je sais les conséquences que ça peut avoir... Ce n'est pas par rapport à mes patients, mais par rapport à ma connaissance médicale directement. » MG8

- « Même quand je les vois eux avec leurs complications, je n'ai pas l'impression de me regarder dans un miroir. » MG9

2.3.11 Une exigence ou une indulgence majorées

- « Je dirais que je suis un peu sévère et très conscient du fait que ce que je leur dis, je me le dis à moi » MG11

- « je pense peut-être être trop exigeant, même sur mon diabète, et attendre des patients qu'ils soient, aussi exigeants que moi, avec leur propre diabète. » MG3

- « *“Peut-être parce que maintenant j’ai les mêmes craintes que vous, ou j’en ai plus... Du coup je suis peut-être un peu plus exigeant avec vous”* » MG5

- « *Peut-être que je suis un peu plus regardant et tatillon, enfin je surveille peut-être un petit peu mieux mes patients diabétiques.* » MG8

Trois des quatre médecins suscités se considéraient plus exigeants envers leurs patients diabétiques et mettaient cela en rapport à leur propre histoire du diabète. L’exigence qu’imposait le MG3 à ses patients peut être mise en lien avec ses angoisses quant à l’avenir face à ses patients compliqués. Nous pourrions supposer qu’il est exigeant avec lui-même pour ne pas devenir comme ses patients, et qu’il le devient avec ses patients pour diminuer leurs complications et ainsi, indirectement, réduire ses angoisses.

Le MG11, qui considérait que son équilibre n’était pas tout à fait « *satisfaisant* », en partie parce qu’il n’avait pas « *laissé tomber* » certaines habitudes, tentait d’écouter les propres conseils qu’ils prodiguaient aux diabétiques. Il essayait de se persuader lui-même, ce qui expliquerait sa rigueur.

Le MG8 expliquait son exigence plus importante avec les diabétiques par le cadre de suivi et de surveillance plus strict imposé à ces patients. Cependant il alléguait aussi avoir axé sa formation sur la diabétologie, sujet l’ayant toujours intéressé. Ainsi serait-il plus exigeant avec ses patients asthmatiques s’il avait axé sa formation sur la pneumologie ?

- « *Je dirais presque un petit peu plus laxiste [rire]. Un petit peu plus tolérante on va dire... J’explique aux gens qu’ils ne pourront pas toujours être raisonnables et faire comme il faut* » MG10

- « *Ils se retrouvent complètement bloqués quand ils voient l’endocrino qui leur dit “faut manger toujours la même chose”. Et du coup, j’essaie de les rassurer en leur disant “non, vous pouvez manger ce que vous voulez, tant que vous injectez la bonne dose d’insuline pour réguler ça”.* » MG3

- « *Je ne suis pas très strict sur le traitement du diabète, je n’ai pas de régime draconien, je n’ai pas d’exigence comme certaines personnes et j’essaie d’éviter l’échappement des patients.* » MG4

- « *C’est un truc que je transpose à des gens qui ne mangent pas le matin, je n’insiste pas et je leur dis que s’il y a pas 3 prises mais que 2 prises, ok...* » MG7

Dans le cas d’une plus grande tolérance vis à vis du suivi des patients diabétiques, les MG7 et MG10 faisaient également référence à leur vécu. Avant d’être lui-même diabétique, le MG7 était très exigeant par rapport aux trois prises quotidiennes des ADO, mais alors qu’il était

devenu diabétique et qu'il ne petit déjeunait pas, il avait accepté que ses patients sautent la prise du matin. Le MG10 qui, malgré ses efforts, avait un diabète difficile à équilibrer était plus tolérant et acceptait que l'équilibre de ses patients ne soit pas parfait.

Tant au niveau de la tolérance que de l'exigence par rapport à leurs patients diabétiques, l'histoire personnelle du médecin et son vécu de la maladie semblaient influencer fréquemment sur ces attitudes.

2.3.12 Comparaison aux médecins généralistes non diabétiques

- « *Parce qu'ils [les patients] savent que le médecin ne connaît pas forcément le diabète. Enfin, un médecin généraliste, en gros il ne connaît pas trop le diabète et ils pensent qu'ils le connaissent bien mieux que leur propre médecin.* » MG3

- « *vu les questions que je pose, je me dis qu'ils [les patients] peuvent peut-être comprendre... par rapport aux médecins qu'ils ont rencontrés avant et qui n'y connaissent rien au diabète, on peut le dire quand même ! [rire]* » MG6

- « *Ils [les patients] sont autonomes et la plupart connaissent mieux leur maladie que leur médecin traitant (...). j'ai une expertise qu'ils n'ont pas l'habitude de recevoir avec leur médecin traitant.* » MG8

Les médecins diabétiques interrogés pensaient que les connaissances en diabétologie des généralistes non diabétiques étaient limitées, selon les retours qu'ils avaient de leurs patients. En effet, ces derniers n'avaient pas l'habitude de consulter des médecins « experts » en diabétologie et un sentiment de surprise était décrit. Comme nous l'avons vu précédemment, il est évident que les médecins diabétiques ont plus de connaissances sur leur propre maladie, ne serait-ce que par un intérêt plus grand. Après revue de la littérature, aucune étude concernant les connaissances des médecins généralistes en terme de diabète n'a pu être retrouvée.

D'après l'étude qualitative portant sur le vécu des diabétiques de type 2⁽²⁾, il semblerait que le médecin généraliste soit surtout attendu pour son écoute et sa compréhension par cette patientèle.

- « *j'ai des collègues qui ne le font pas [la mise sous insuline]! Enfin, ils ne le font pas tout seul, ils font une hospitalisation avant. Ils ne le mettent pas en place à la maison.* » MG6

- « *mais sur l'arrêt de certains ADO et la mise en place d'une insuline lente, j'ai moins de soucis que peuvent avoir certains de mes collègues qui ne se sentent pas d'initier eux-mêmes une insulinothérapie.* » MG11

- « *je pense qu'on est probablement plus compétents, on a une compétence accrue par rapport à nos confrères généralistes qui ne sont pas diabétiques.* » MG8

La mise en place d'une insulinothérapie nécessite un temps dédié important de la part du médecin. En effet, il est d'abord nécessaire d'obtenir un accord complet du patient sur ce nouveau traitement qui sera « *contraignant* » MG9, mais indispensable. Après acceptation du patient, il sera nécessaire de consacrer au moins une consultation complète d'éducation thérapeutique pour lui permettre d'acquérir certaines compétences d'autosoins⁽³⁴⁾.

Il aura également besoin de recevoir des informations et des explications sur : le fonctionnement physiologique de l'insuline, la surveillance par glycémies capillaires, les modalités d'injections, la conduite à tenir en cas d'hypoglycémie, etc. Du temps supplémentaire sera nécessaire pour la prescription du matériel, de l'éventuel passage infirmier à domicile, etc.

Le manque de temps des généralistes est une des causes expliquant un délai d'environ 9 mois entre la décision d'initier une insulinothérapie et sa mise en application⁽⁴⁰⁾.

Certains médecins généralistes diabétiques, utilisant personnellement l'insuline au quotidien, seraient plus aptes à délivrer ces informations pratiques et à gérer les posologies insuliniques. Ces gestes étant quasiment automatiques, l'initiation d'une insulinothérapie leur demanderait un effort intellectuel moins important qu'à un médecin non diabétique. Comme nous l'avons vu précédemment (cf 1.3.5.3), chaque médecin étant plus à même de gérer son propre traitement.

IV. Discussion

Pour permettre une lecture plus fluide et intuitive, les résultats de l'étude ont été discutés dans la partie « III. Résultats ». Ainsi, nous détaillerons ici les modalités de validité interne de notre étude et avant de le faire, nous pouvons citer Blanchet et Gotman⁽¹³⁾: « *La reconnaissance d'un biais fondamental n'est pas la marque de l'invalidité de la méthode mais, au contraire, la condition nécessaire pour que cette méthode atteigne un statut scientifique. Une méthode étant précisément caractérisée par la maîtrise des distorsions auxquelles elle soumet les faits.* »

4.1 Biais de sélection

Afin de recruter suffisamment de participants pour atteindre une éventuelle saturation des données, les méthodes de recrutement ont été nombreuses. Des modes d'accès directs et indirects ont été utilisés⁽¹³⁾.

Le mode d'accès direct est le plus neutre car ne nécessite pas l'intervention d'un tiers et correspondait dans notre étude à l'appel téléphonique de soixante-six médecins généralistes des Alpes-de-Haute-Provence et de la Loire, après obtention d'une liste aléatoire de leurs noms sur le site internet du Conseil National de l'Ordre des Médecins. Pour rappel, cette méthode a été infructueuse.

Les autres méthodes de recrutement correspondaient à des modes d'accès indirects puisque l'entremise d'un tiers (amical, professionnel ou institutionnel) était systématique. La demande de participation de l'enquêteur était alors doublée par la demande du tiers en question, ce qui constituait un biais de sélection.

Pour contrôler ce biais, les courriers électroniques de recrutement et les publications sur les groupes *Facebook*® étaient standardisés (annexe 1, annexe 2 et annexe 3).

Parmi les biais de sélection, celui de non réponse était présent. Seulement 11 médecins généralistes diabétiques ont été recrutés alors que plus de 1000 médecins généralistes ont reçu l'appel à participation à l'étude. Le taux de médecins généralistes se déclarant diabétiques selon plusieurs études était de 1 à 3% ^{(6) (7) (8)}, correspondant à notre taux de réponse.

Les non répondants auraient pu apporter de nouvelles unités de sens, permettant une théorisation différente. Différentes causes de non réponse sont supposées : manque de temps, refus de parler à un inconnu de sa maladie, situation dans laquelle un mauvais vécu du diabète

peut être imaginé. Ce biais a été contrôlé par l'atteinte de la saturation des données après entretien avec les onze participants.

Concernant la représentativité de la population, sur les onze médecins interrogés, 8 étaient diabétiques de type 1 (72,7%) alors qu'ils correspondent à 10% des personnes atteintes de diabète dans la population générale⁽⁴¹⁾. Il s'agit probablement d'un autre biais de sélection lié à l'âge. En effet, les médecins diabétiques de type 1 interrogés ayant une moyenne d'âge de 45,5 ans contre 65,6 ans pour les types 2. Le recrutement a été très majoritairement réalisé par internet : par courriers électroniques et publications sur *Facebook*®. Les utilisateurs de ce réseau social ont en moyenne 22 ans⁽⁴²⁾ et les publications ont eu lieu sur des groupes d'internes en médecine débutant leur internat à 25 ans en moyenne⁽⁴³⁾.

Il peut également être supposé que le diabétique de type 1 est plus disposé à parler de sa maladie, le deuil étant moins « problématique » que pour le diabétique de type 2⁽⁴⁴⁾. Concernant le sexe des personnes interrogées, seulement 2 sont des femmes alors que le sexe ratio Homme/Femme du diabète de type 1 est proche de 1 et que celui du type 2 est de 1,4 à âge égal⁽⁴⁵⁾.

4.2 Biais liés aux entretiens

4.2.1 L'enquêteur

Il s'agissait des premiers entretiens à visée analytique de l'enquêteur. Il n'avait pas d'expérience dans les relances⁽¹³⁾ ce qui pouvait empêcher d'obtenir des interviews fluides. Ce biais était contrôlé par la réalisation d'un guide d'entretien (annexe 4) qui lui permettait d'orienter le discours de l'interviewé. Également, différents documents sur les méthodes d'entretien ont été lus par l'investigateur, dont *L'enquête et ses méthodes – L'entretien* d'Alain BLANCHET et Anne GOTMAN⁽¹³⁾.

4.2.2 Les entretiens

Les entretiens étaient réalisés par téléphone ce qui ne permettait pas à l'enquêteur de capter la communication non verbale, exceptés les rires et les soupirs. Les gestes suggérant la réflexion ou le doute auraient pu être intéressants à analyser.

Le médecin diabétique devait confier à un « inconnu », au téléphone, une part de son intimité en lui parlant de son vécu de la maladie.

D'un autre point de vue, sans face à face, par cette écoute téléphonique quelque part anonyme, la confiance pouvait aussi être plus facile avec peut-être moins de retenue.

Pour leur permettre de se livrer plus facilement, le thème touchant à leur intimité était abordé dans un second temps.

Trois entretiens ont eu lieu alors que les médecins interrogés étaient à leur cabinet et accordaient le temps d'une ou deux consultations à l'enquêteur. L'environnement de travail, ne permettant pas à l'interviewé d'avoir l'esprit enclin à se livrer, a pu limiter l'émergence de certaines idées plus intimes.

V. Conclusion

Le diabète touche plus de 5 millions de personnes en France, dont 87% de diabétiques de type 2 qui seraient suivis uniquement par leur omnipraticien. Cette maladie chronique affecte la vie quotidienne et psychologique de ses porteurs qui pourraient parfois ressentir un certain manque d'empathie et d'écoute de la part de leurs médecins généralistes. Ces qualités sont essentielles dans la relation médecin-malade et d'autant plus lorsque le patient est atteint d'une maladie chronique.

Dans ce travail, nous avons exploré la relation entre des médecins généralistes diabétiques et leurs patients diabétiques. Porteurs de la même maladie chronique, il nous a semblé légitime de supposer que ce colloque singulier médecin – patient était alors modifié. Le médecin utilise-t-il son expérience personnelle ? Si oui, comment et pourquoi ? Que lui apporte-t-elle ? Le rend-elle plus humain ou encore meilleur soignant ?

Pour cela, nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens téléphoniques semi-dirigés auprès de onze médecins généralistes diabétiques, ayant un mode d'exercice libéral et installés en France. Le recrutement de cet échantillon s'est essentiellement fait par des méthodes d'accès indirects. Comme par l'envoi de courriers électroniques d'appel à participation sur des listes de diffusion de médecins, de publication Facebook® sur des groupes d'internes en médecine, ou par effet « boule de neige » dans l'entourage professionnel et personnel de l'enquêteur. Le recrutement a été arrêté lorsqu'il y a eu saturation théorique des données.

Pour des raisons éthiques, l'enquêteur n'a jamais pris contact directement avec un médecin généraliste diabétique sans avoir eu son accord au préalable.

Après retranscription des entretiens en verbatims, l'analyse des données s'est faite grâce à un codage ouvert par l'enquêteur principal et un second investigateur, en aveugle l'un de l'autre, ayant permis une triangulation des données après mise en commun et unification des codes.

Sur les 11 médecins généralistes diabétiques recrutés, 9 étaient de sexe masculin et 7 étaient installés depuis plus de 10 ans. Concernant leurs âges, 4 étaient âgés de plus de 60 ans alors que 2 avaient entre 50 et 60 ans, 2 entre 40 et 50 ans et 3 entre 30 ans 40 ans.

Dans un premier temps, les médecins généralistes interrogés étaient amenés à nous parler de la relation qu'ils entretenaient avec leurs patients de manière générale pour permettre

une première approche de leur pratique. Globalement, ils entretenaient une relation de proximité avec leurs patients, parfois même qualifiée d'amicale ou sympathique. Ils accordaient une place primordiale à l'écoute active afin d'obtenir une alliance thérapeutique dans laquelle le malade était acteur de sa santé. Ils se considéraient donc loin du paternalisme et étaient fiers de parfois réussir à soigner leur patient par leur simple présence, réassurance ou écoute.

Parmi les médecins diabétiques interrogés, huit sur onze (72,7%) étaient de type 1 alors qu'ils représentent environ 10% des diabétiques dans la population générale. La différence de relation qu'ils entretenaient avec les diabétiques de type 1 ou de type 2 était rapidement évoquée. Ils considéraient même, pour certains, qu'il ne s'agissait pas de la même maladie. Ils étaient ainsi huit traités par insuline qui, aux yeux des patients, est un traitement lourd, contraignant et inquiétant. Leur propre insulinothérapie leur avait permis d'acquérir un savoir expérientiel important facilitant l'initiation d'un tel traitement, à l'inverse des médecins généralistes non diabétiques qu'ils jugeaient comme plus en difficulté face à de telles situations. Ce savoir « du vécu » leur permettait de conseiller leurs patients quant aux techniques d'injections, de contrôle glycémique ou encore quant à la gestion d'une hypoglycémie.

Ces éléments font partie de l'Education Thérapeutique du Patient (ETP), principalement des compétences d'autosoins décrits par la Haute Autorité de Santé (HAS). Les médecins généralistes diabétiques semblaient plus aptes à aider les patients à les acquérir.

Les médecins diabétiques de notre étude vivaient assez bien leur maladie, malgré des périodes de « *ras-le-bol* » fréquemment rapportés. Ils menaient leurs vies professionnelle et personnelle en « *faisant avec* », en ayant pour objectif d'avoir une « *vie normale* ». Ces vécus du diabète, positifs comme négatifs, leur apportaient une compréhension plus grande de leurs patients. Leur vécu pouvait être commun avec celui du patient et ils pouvaient alors même surpasser l'empathie puisqu'ils connaissaient personnellement ces situations. Pour faire preuve d'empathie, ils ne se projetaient pas dans l'hypothétique mais faisaient appel à leur vécu.

Pour certains, cette réciprocité de la maladie les mettait face à leur propre maladie ou à d'éventuelles complications. Ces situations, potentiellement angoissantes, étaient en général contrôlées par leur auto réassurance grâce à leur équilibre diabétique et l'absence de complication en cours. On pouvait également supposer la mise en œuvre de mécanismes de défense inconscients à type d'identification projective, particulièrement retrouvée chez les soignants.

A l'inverse, cette fonction « miroir » se retrouvait lorsque les médecins se posaient en tant qu'exemple face à leurs patients. Cette situation se présentait souvent avec les jeunes

diabétiques, permettant ainsi leur réassurance quant aux traitements en cours et à leur avenir. Ils leur assuraient qu'ils pourraient avoir une « *vie normale* », se prenant alors comme modèle. Concernant les enfants, cette manière de pratiquer est sujette à discussion face aux éventuelles conséquences sur son vécu de la maladie en cas de changement de comportement du médecin ou de son éventuel remplacement.

Concernant les diabétiques adultes, les médecins se référaient à leurs propres expériences pour participer à l'éducation thérapeutique des patients en les conseillant sur le traitement médicamenteux, la diététique ou l'activité physique.

La confiance du diabète à leurs patients présentait plusieurs avantages :

- rassurer face à l'angoisse de l'avenir ou aux « *ras-le-bol* » de cette maladie chronique.
- dédramatiser certaines situations comme le passage à l'insulinothérapie, marqueur important de l'évolution du diabète et vécu de manière très inquiétante par les patients.
- améliorer l'adhésion du patient au traitement.
- favoriser une relation de confiance avec le patient diabétique qui se sentait alors compris.

Face à cela, les patients pouvaient être plus exigeants sur les compétences en diabétologie de leur médecin qui se trouvait alors dans une position délicate : restait-il médecin ou devenait-il un patient-expert ? Cette question a été évoquée, mais ils semblaient bien porter cette « *double casquette* » en complétant leur savoir universitaire médical par leur savoir expérientiel.

Cependant, plusieurs médecins gardaient une discrétion quasiment complète sur leur maladie, estimant qu'il s'agissait de leur vie privée. D'autres préféraient ne pas modifier leur image de médecin traitant et alléguaient que cette information n'aurait pas d'intérêt pour leurs patients.

Avec le temps et l'expérience de la maladie diabétique, certains médecins sont devenus plus tolérants quant aux aléas du traitement médicamenteux et de la diététique de leurs patients, alors que certains ont majoré leurs exigences. Ces deux attitudes étaient systématiquement expliquées par le propre vécu de la maladie du soignant.

De manière unanime, les médecins généralistes interrogés estimaient que leur diabète constituait un avantage dans leur relation avec le patient et aussi dans la prise en charge médicamenteuse pour une grande majorité d'entre eux. Ce ressenti pourrait être objectivable par une étude comparative de l'hémoglobine glyquée et de la qualité de vie des patients suivis par des médecins généralistes diabétiques versus ceux suivis par des médecins non diabétiques.

Il apparaît que l'expérience de la maladie diabétique par les médecins eux-mêmes leur donne un « outil » thérapeutique supplémentaire. Ils exprimaient bien que cette compétence était à mettre en lien direct avec le vécu de leur pathologie mais qu'ils n'étaient pas « médecin-expert » face aux autres maladies chroniques.

Les profils des médecins interviewés mettent en évidence des caractéristiques hétérogènes (sexe, âge, date d'entrée dans la maladie, durée d'exercice), et, malgré des pratiques qui diffèrent, il apparaît une certaine unanimité dans le partage avec leurs patients de leur savoir expérientiel.

VI. Références bibliographiques

1. Hammel P. Guérir et mieux soigner: Un médecin à l'école de sa maladie. Fayard; 2008.
2. Bernard P. Vécu et représentations mentales de la maladie chez des diabétiques de type 2. Etude préliminaire. [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Nantes; 2006. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=39fe9aae-c928-4573-9bb3-1f507220c3e0>
3. Rat A-C. La maladie chronique. Actes du séminaire préparatoire au plan visant à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Santé publique, qualité de vie et maladies chroniques : attentes des patients et des professionnels. [Internet]. 2004. Disponible sur: <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Hcsp/Adsp/72/ad721153.pdf>
4. Grimaldi A, Simon D, Sachon C. Réflexion sur l'éducation thérapeutique : l'expérience du diabète. Presse Médicale. 1 déc 2009;38(12):1774-9.
5. Organisation mondiale de la Santé. Profils des pays pour le diabète, 2016. France. [Internet]. 2016. Disponible sur: http://www.who.int/diabetes/country-profiles/fra_fr.pdf?ua=1
6. Suty R. Attitude des médecins généralistes envers leur propre santé. [Nancy]: Université de Lorraine; 2006.
7. Labeille G. Etude de l'autoprescription médicamenteuse chez les médecins généralistes de Rhône-Alpes [Internet] [Thèse d'exercice]. Claude Bernard - Lyon 1; 2013. Disponible sur: <http://www.theseimg.fr/1/sites/default/files/Th%C3%A8se%20APM%20chez%20les%20MG%2C%20Version%202.0.pdf>
8. Gillard L. La santé des généralistes [Internet] [Thèse d'exercice]. Université Paris V René Descartes; 2006. Disponible sur: <http://www.urml-idf.org/upload/these/gillard.pdf>
9. Fournier C, Chabert A, Mosnier-Pudar H, Aujoulat I, Fagot-Campagna A, Gautier A. ENTRED 2007-2010. Rapport concernant : l'information et l'éducation reçues par les personnes diabétiques, les pratiques éducatives des médecins, ainsi que les attentes des personnes diabétiques et des médecins. 2011.
10. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche. Première partie. 2009;(87):74-9.

11. Andreani J-C, Conchon F. Méthodes d'analyse et d'interprétation des études qualitatives : état de l'art en marketing. Actes 4e Congrès Int Sur Tend Mark En Eur Paris. 2005;
12. Corbin J, Strauss A. Grounded theory research: Procedures, canons and evaluative criteria. *Z Für Soziol.* 1990;19(6):418-27.
13. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes: l'entretien. 2e éd. Armand Colin; 2007.
14. Glaser B, Strauss A. Grounded theory: The discovery of grounded theory. *Sociol J Br Sociol Assoc.* 1967;12:27-49.
15. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research techniques. Sage publications; 1998.
16. Guillemette F. L'approche de la Grounded Theory; pour innover? *Rech Qual.* 2006;26(1):32-50.
17. Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet Lond Engl.* 10 mars 2001;357(9258):757-62.
18. Buffard L. Comment l'écoute active des patients favorise leur autonomie : étude sur la relation médecin-malade, centrée sur l'écoute active et l'accès au sens de la maladie. 1 déc 1992;253.
19. Boivin JM, Aubrege A, Muller-Colle F, De Korwin JD. Pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste ? Enquête auprès de 1148 patients de la région Lorraine. *Rev Prat Med Gen.* 3 mars 2003;17(604):293-7.
20. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four Models of the Physician-Patient Relationship. *JAMA.* 22 avr 1992;267(16):2221-6.
21. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. 1957.
22. Moreau A, Boussageon R, Girier P, Figon S. Efficacité thérapeutique de "l'effet médecin" en soins primaires. *Presse Médicale.* 1 juin 2006;35(6):967-73.
23. Kübler-Ross E. Les derniers instants de la vie. Labor et Fides; 1989. 284 p.
24. Assurance de prêt immobilier et diabète [Internet]. Réassurez-moi. [cité 2 sept 2017]. Disponible sur: <https://reassurez-moi.fr/guide/assurance-pret-immobilier-diabete>

25. Crimlisk HL, Mcanus IC. The effect of personal illness experience on career preference in medical students. *Med Educ.* 1 nov 1987;21(6):464-7.
26. Lee JL, Beach MC, Berger ZD, Pfoh ER, Gallo J, Dy SM, et al. A qualitative exploration of favorite patients in primary care. *Patient Educ Couns.* nov 2016;99(11):1888-93.
27. Bonneaudeau S. Le médecin malade: un patient comme les autres ? [Internet] [Thèse d'exercice]. [Paris]: Paris Diderot; 2011. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3583_These_Medecin_Malade-Bonneaudeau-05juil11.pdf
28. Jung CG. *La guérison psychologique.* 1953;
29. Larousse É. Définitions : empathie - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 29 août 2017]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/empathie/28880>
30. Woolf K, Cave J, McManus IC, Dacre JE. « It gives you an understanding you can't get from any book. » The relationship between medical students' and doctors' personal illness experiences and their performance: a qualitative and quantitative study. *BMC Med Educ.* 5 déc 2007;7:50.
31. Jouet E, Flora L, Las Vergnas O. Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients. *Prat Form-Anal.* 2010;2010(58-59):olivier_iv.
32. Boudier F, Bensebaa F, Jablanczy A. L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante, The emergence of the expert patient: an innovative disturbance. *Innovations.* 11 oct 2012;(39):13-25.
33. Virally M, Hochberg G, Eschwège E, Dejager S, Mosnier-Pudar H, Pexoto O, et al. Enquête Diabasis: perception et vécu du diabète par les patients diabétiques: Diabasis survey: Patients' life experience and perception of the disease. *Médecine Mal Métaboliques.* 2009;3(6):620-623.
34. Haute Autorité de Santé. Education thérapeutique du patient : Définition, finalités et organisation [Internet]. 2007 Juin. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf
35. Le Tallec C. Stratégies éducatives en diabétologie pédiatrique. *Arch Pédiatrie.* 1 déc 2013;20:S136-43.
36. Foubert A-C. L'estime de soi chez les enfants diabétiques. *J Psychol.* 2008;(254):33-6.

37. Jaser SS, Patel N, Rothman RL, Choi L, Whittemore R. A Randomized Pilot of a Positive Psychology Intervention to Improve Adherence in Adolescents With Type 1 Diabetes. *Diabetes Educ.* 2014;40(5):659-67.
38. Klein M. Notes on some schizoid mechanisms. *Int J Psychoanal.* 1946;27:99.
39. Ruzniewski M. Face à la maladie grave: parents, familles, soignants. Dunod; 1999.
40. Vergès B, Brun JM, Tawil C, Alexandre B, Kerlan V. Strategies for insulin initiation: insights from the French LIGHT observational study. *Diabetes Metab Res Rev.* 1 janv 2012;28(1):97-105.
41. Diabète de type 1 (DID) [Internet]. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/index.php/thematiques/physiopathologie-metabolisme-nutrition/dossiers-d-information/diabete-de-type-1-did>
42. Coëffé T. Chiffres Facebook - 2017 [Internet]. Blog du Modérateur. 2017 [cité 24 août 2017]. Disponible sur: <https://www.blogdumoderateur.com/chiffres-facebook/>
43. Deschenau A, Jaillant R, Louvrier C, Marchand G, Durand M. Classement 2013-2014 : les spécialités et les CHU choisis par les jeunes médecins [Internet]. [cité 24 août 2017]. Disponible sur: <http://www.whatsupdoc-lemag.fr/le-mag-article.asp?id=487>
44. Grimaldi A. L'acceptation de la maladie diabétique. */data/revues/00034266/00640003/22/* [Internet]. 2003;64(3). Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/75880>
45. Simon D. Épidémiologie du diabète. [Httpwwwem-Premiumcomlamauniv-Amufrdatatraitesgn10-51211](http://www.em-premium.com.lama.univ-amu.fr/article/1077938/resultatrecherche/2) [Internet]. 5 sept 2016 [cité 24 août 2017]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.lama.univ-amu.fr/article/1077938/resultatrecherche/2>

VII. Liste des abréviations

ADO : Anti Diabétiques Oraux

ASALEE : Action de SAnté Libérale En Equipe

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

ETP : Education Thérapeutique du Patient

HAS : Haute Autorité de Santé

HbA1c : hémoglobine A1c glyquée

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

VIII. Annexes

Annexe 1 : Courrier électronique d'appel à participation

Adressé à : - maîtres de stage universitaires de la subdivision marseillaise
- liste de diffusion électronique du syndicat *MG France*TM
- membres de l'*Union Régionale des Professionnels de Santé – Médecins libéraux – Provence-Alpes-Côte-d'Azur*TM

Objet : Médecins diabétiques ?

« Bonjour,

Je réalise une thèse qualitative sur la relation qu'entretiennent les médecins généralistes diabétiques avec leurs patients diabétiques. Il semble légitime de supposer que celle-ci soit modifiée lorsque le praticien partage la même maladie chronique que son patient...

Pour cette étude, j'ai donc besoin de m'entretenir avec des médecins généralistes diabétiques. Si vous souhaitez y participer, merci de me contacter au 06-**-**-**-** ou **@**.com. Bien évidemment, si ce sujet vous intéresse et que vous connaissez des confrères pouvant y répondre, je vous remerciais de diffuser l'information.

En vous remerciant par avance,
Cordialement, »

Annexe 2 : Courrier électronique d'appel à participation

Adressé à : Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins (CDOM) de France métropolitaine

Objet : Aide à la réalisation de thèse : Relation médecin diabétique - patient diabétique.

« Madame, Monsieur,

Actuellement en cinquième semestre d'internat de Médecine Générale sur la faculté de médecine de Marseille, et ancien externe des hôpitaux de Saint-Etienne, je suis en cours de réalisation de ma thèse d'exercice sous la précieuse tutelle du Docteur Sébastien ADNOT, Maître de Conférence Associé au Département Universitaire de Médecine Générale.

Mon titre de thèse est « *Relation médecin diabétique - patient diabétique : étude qualitative.* » avec comme question de recherche : « *Comment la relation médecin – malade est-elle modifiée lorsque le médecin et le patient sont atteints par une même pathologie chronique, le diabète ?* ». Entre transfert et contre transfert, modèle et contre modèle, empathie et sympathie, il semble légitime de supposer que ces fondements de la relation humaine, et plus particulièrement de la relation médecin-malade, soient affectés par l'atteinte commune du médecin et de son patient par une maladie chronique telle que le diabète. Cette thèse a pour objectif de mettre en exergue la manière dont le praticien utilise cette réciprocité dans sa pratique quotidienne avec à son patient, comment sa connaissance du diabète lui permet-elle de se considérer comme meilleur soignant, ou bien au contraire, si celle-ci devient un handicap dans sa relation avec le patient diabétique. Elle nécessite donc mon entretien avec des médecins généralistes, diabétiques. Compte tenu de cette difficulté de recrutement, je sollicite votre aide, en accord avec mon directeur de thèse, le Docteur Sébastien ADNOT. En effet, un appel à participation, à type d'encart dans votre bulletin d'information mensuel, d'affiche dans les bureaux de l'Ordre Départemental des Médecins, vous semble-t-il possible ? Toute autre forme de soutien à ce recrutement serait évidemment la bienvenue.

En restant à votre entière disposition pour toute demande de renseignement complémentaire, je vous prie de croire, Madame, Monsieur, en l'expression de mes plus sincères salutations et mes respectueux remerciements quant au soutien que vous m'apporterez. »

Annexe 3 : Publication *Facebook*®

Publié sur : les groupes des internes en médecine des subdivisions de Lyon, Marseille, Montpellier, Nancy, Saint Etienne, Toulouse

« Message à tous les internes, plus particulièrement aux MG:

Je réalise une thèse sur la relation qu'entretiennent les médecins généralistes diabétiques avec leurs patients diabétiques.

Pour cette étude qualitative j'ai besoin de m'entretenir avec des médecins généralistes diabétiques.

Si votre praticien est dans ce cas, ou un ami, ou proche, pourriez-vous lui parler de ma thèse et lui donner mes informations de contact s'il vous plaît :

****@****.com

06-**-**-**-**.

Vous imaginez la difficulté de recrutement de cette population...

Je compte sur vous si vous connaissez un médecin généraliste diabétique!

Bien à vous tous. »

Annexe 4 : Guide d'entretien

Âge ?

Installé depuis ?

I. La relation médecin-malade en général

- Pouvez-vous me parler de la relation que vous entretenez avec vos patients en règle général, pas uniquement vos patients diabétiques ?
- Vous considérez vous comme un médecin-remède ?

II. Le diabète du médecin

- Pourriez-vous maintenant me parler de votre diabète ? Son type, sa découverte, son traitement votre vécu... ?

III. La relation médecin diabétique – patient diabétique

- Pourriez-vous me parler de votre relation avec vos patients diabétiques ?
 - par rapport aux autres
 - différence type 1 / type 2
- Comment et à quel moment utilisez-vous votre expérience personnelle ?
- Confiance au patient ? Systématiquement ?
- Sujet tabou ?
- Avantage ou inconvénient ?
- En tant que modèle ou exprimé de manière plus générale ?
- Changement avec le temps ?
- Frontière entre malade et médecin ?
- Miroir avec le patient ?
- Meilleur soignant ?
- Plus indulgent ou plus exigeant ?

Annexe 5 : Verbatims

Entretien MG1

- Je voulais vous expliquer un peu les choses, il s'agit d'un entretien semi dirigé, dans le cadre d'une thèse pour être médecin généraliste dont le titre est « Relation médecin diabétique – patient diabétique : étude qualitative », dirigée par Sébastien ADNOT, médecin généraliste à Carpentras.
- Oui.
- Ce sujet est mon idée mais je ne préfère pas vous en dire plus pour le moment pour ne pas influencer vos paroles mais on pourra en discuter à la fin de l'interview sans souci. Pour cette étude, je m'entretiens avec des médecins généralistes diabétiques, installés ou remplaçants dans le même cabinet depuis plusieurs mois, et qui ont donc un suivi régulier de leurs patients.
Nous avons été mis en contact par le Docteur *** et vous avez accepté de participer à l'étude, ce dont je vous remercie encore d'ailleurs.
- D'accord.
- Je dois vous informer que cette conversation est enregistrée pour permettre la transcription et l'analyse a posteriori et puis évidemment que toutes les informations collectées seront anonymisées.
- D'accord.
- Déjà, j'aimerais que vous me parliez, vous, de votre relation avec le patient de manière générale, pas forcément le patient diabétique... Le type de relation que vous avez avec vos patients.
- Ma foi, c'est une relation sympathique hein... J'aime bien plaisanter, je plaisante avec mes patients et ils aiment ça.
- Hum, d'accord.
- Donc ça se passe toujours dans la bonne humeur.
- D'accord, toujours dans la bonne humeur...
Et est-ce que vous les faites participer à vos décisions par exemple ?
- Qui ça les patients ?
- Oui.
- Ben, euh, oui... enfin, c'est quand même moi qui fixe les grandes lignes hein.
- D'accord. Vous en parlez avec eux et puis vous voyez ce qu'ils en pensent...
- Oui, oui...
- Est-ce que du coup dans cette relation médecin malade, bien singulière, est-ce que vous pensez que le médecin est un remède à part entière ?
- Ah oui. Et le bon médecin, si vous voulez le bon médecin euh... Je viens d'avoir une stagiaire-là qui était géniale, les malades la voyaient et ils allaient mieux.
- Oui...
- Ça c'est le médecin médicament.
- Le médecin médicament oui...
- Moi je pense que je suis un peu comme ça aussi, mais c'est difficile de savoir.
- D'accord, vous pensez que vous l'appliquez également... ?
- Oui, je pense oui.
- D'accord.

- Enfin « je l'applique »... C'est comme ça ou ce n'est pas comme ça hein. A partir du moment où les gens ont confiance, quand ils nous voient ils vont mieux.
- Oui... D'accord. Et du coup, concernant votre diabète à vous, plus personnellement, est-ce que je peux vous demander de m'en parler un peu... ?
- Ben écoutez, j'avais déjà une hérédité...
- D'accord.
- Ma mère était diabétique. J'ai, après avoir fini ma carrière de rugbyman, pris un surpoids.
- D'accord.
- Et mon diabète est apparu, après un... après le décès de mon père...
- D'accord.
- Quand je suis allé le voir à *, j'ai eu un accident en voiture, je me suis planté sur l'autoroute.
- Ok.
- 15 jours après j'avais mon diabète donc je pense qu'il y a un facteur un peu psychologique...
- Un peu psychologique... d'accord... de l'apparition de ce diabète ?
- Ouais.
- D'accord. Et donc il s'agit d'un diabète de type... (phrase coupée)
- Ben c'est-à-dire que j'avais tout fait pour le mériter mon diabète hein..
- Pour le mériter... (*Rire*)
- (*Rire*)
- Et donc il s'agit d'un diabète de type 2, on est d'accord ?
- Oui, diabète de type 2 qui est insulino-requérant maintenant.
- D'accord. Et depuis quand êtes-vous porteur de ce diabète ?
- Ça fait une dizaine d'années à peu près.
- D'accord. Et vous... est-ce que vous pouvez me parler du vécu de cette maladie... ? Est-ce que vous pouvez m'en dire plus ... ?
- (*Soupir*)... A titre personnel vous voulez dire ?
- A titre personnel oui...
- Ben, c'est une maladie qui est un peu contraignante quand même hein...
- Hum, oui...
- Surtout quand on est à l'insuline...
- Oui...
- Mais bon... (*soupir*)... Ça... Non ça va, ça ne m'empêche pas de travailler...
- Oui...
- Ça ne m'empêche pas de faire de l'humanitaire, de partir dans le désert...
- D'accord...
- Je vis ça assez bien quoi.
- D'accord. Vous partez dans le désert avec votre insuline et
- Voilà.
- ... pas de souci...
- (*Silence*)
- D'accord. Et, est-ce que vous êtes très... est-ce que vous suivez les dernières recommandations, est-ce que vous vous actualisez sur le traitement de la maladie, de votre propre maladie du coup... même si maintenant elle est...

- Alors les dernières recommandations, euh, moyennement. Je trouve que les recommandations, c'est la sécurité sociale qui les a faites.
- Oui...
- En ce qui concerne les incrétones... Moi, je fais très peu confiance aux sulfamides.
- D'accord.
- Parce que ça épuise le pancréas, et puis au niveau rénal ce n'est pas terrible. Je suis les recommandations oui, dans le suivi du traitement oui.
- D'accord, dans le suivi du traitement... Mais pour vous, maintenant que vous êtes sous insuline, j'imagine que vous n'appliquez pas... enfin vous appliquez mais vous êtes un peu contraint d'appliquer ça...
- Oui, oui... Non, non, disons que je fais mon hémoglobine glyquée tous les 3 mois, je fais mon bilan annuel...
- D'accord.
- Je fais mon fond d'œil, enfin je fais tout ce qu'il faut faire...
- D'accord, vous faites le bilan systématiquement, comme les recommandations l'exigent.
- Normalement, comme le font les patients.
- Comme le font vos patients oui... d'accord... Et du coup, vous parliez de vos patients, alors on va parler un peu plus de la relation que vous entretenez avec vos patients diabétiques... Voilà ce que vous pourriez me dire sur votre relation avec le patient diabétique...
- Ben... (*soupir*)... Ma relation... Donc euh, c'est vrai que les gens ont l'impression que je les comprends mieux peut-être...
- Oui...
- Dans leur vie, dans la ***...
- D'accord...
- Euh... (*soupir*)... Peut-être qu'on peut moins nous raconter de bêtises quoi...
- D'accord, donc vous pensez ...
- Parce qu'on se fait un peu manipuler par les diabétiques. Bon, on est un peu plus dur à manipuler peut-être.
- Ouais... Ils vous pensent moins aveugle.
- Comment ?
- Ils vous pensent moins aveugle qu'un autre médecin non diabétique ?
- Ah oui. Sinon c'est une pathologie que j'aime bien soigner moi. J'aime beaucoup parce que... euh... J'insiste énormément sur l'activité physique.
- D'accord...
- Et je prescris de l'activité physique à mes patients.
- D'accord.
- Alors quand ils me disent qu'ils n'ont pas le temps, je leur dis que moi j'ai le temps, je le prends...
- D'accord, donc vous vous prenez comme exemple à ce moment-là ?
- Ben oui, quand ils me disent qu'ils n'ont pas le temps, et puis qu'ils sont à la retraite, qu'ils n'ont pas le temps d'aller marcher une demi-heure tous les jours... euh... ça me paraît un peu...
- (*Rire*)...

- Moi je leur dis, « je travaille jusqu'à 21h tous les soirs mais bon, le jeudi par exemple je vais faire du ***, je vais faire de l'aqua-bike, je vais...
- Hum hum...
- Ouais, donc je leur dis « si je le fais, vous pouvez le faire »...
- Oui...
- Et j'en ai beaucoup qui le font...
- Et est-ce que vous pensez du coup que cet apport de votre expérience personnelle dans la discussion à un réel impact sur eux ?
- Je pense oui.
- Et du coup vous leur confiez systématiquement que vous êtes diabétique...
- Ça ils le savent...
- Ils le savent...
- Des fois je me pique devant eux en début d'après-midi-là, je me fais des piqûres je ne me cache pas.
- (*Rire*)... D'accord.
- (*Rire*)... Je n'ai pas honte d'être diabétique.
- Oui, oui, bien sûr. Donc vos patients le savent clairement, il n'y a aucun tabou par rapport à ça...
- Voilà...
- Et du coup, n'importe quel patient j'imagine... ? Que ce soit la première fois qu'il vient comme si ça fait 10 ans que vous le suivez...
- Ben... la première fois... c'est souvent des malades que je suivais déjà. C'est ***... Pour moi, la découverte du diabète c'est un moment très important. Dans ma pratique, c'est un moment où... on leur explique ce qui va leur arriver. On leur explique que le premier traitement c'est l'activité physique et la perte de poids. Et la première fois, ils ont besoin de rien, je leur dis « allez revenez dans 2 mois avec 3 kilos de moins ! ».
- D'accord, oui...
- Voilà, donc... Quand c'est des petits diabètes bien sûr, quand c'est...
- Oui bien sûr...
- Mais les petits diabètes, souvent je ne les traite pas et j'ai des diabétiques qui sont, diabétiques depuis 2 ans et qui n'ont toujours pas de traitement. Ils sont équilibrés grâce à l'amaigrissement et à l'activité physique.
- D'accord.
- Ce sont toujours des diabétiques mais ils vont mieux quoi..
- D'accord... Ils sont suffisamment traités par leur entretien physique...
- Je... Je les briefe aussi sur l'alimentation. Je pratique les index glycémiques. Je sais pas si vous connaissez parce qu'on ne vous enseigne pas ça à la fac.
- Huumm non... Mais oui... enfin je connais parce que je suis passé en service de diabétologie... mais il y a 10 ans donc du coup...
- Donc pour les index glycémiques, je leur file des feuilles avec la liste des aliments à manger, à diminuer, à ne pas manger, et voilà, donc on en parle et moi c'est ce que je pratique pour moi donc je leur donne des conseils. Je leur dis...
- Du coup vous appliquez ce que vous faites pour vous au final... ?
- Voilà...

- D'accord...
Et si par exemple ils pensent que c'est trop compliqué, les index glycémiques, vous leur dites...
- Ben si c'est trop compliqué, je leur donne des indices, par exemple... Le sucre a un index glycémique à 70, le pain blanc à 80. Donc je leur dis « du pain blanc vous n'en mangez plus, vous mangez du pain aux céréales ».
- Oui, d'accord...
- La pomme de terre a un index glycémique à 90, et ils vous disent « Non mais docteur je ne mets pas de sucre dans le café », mais à côté de ça ils se tapent une baguette de pain quoi...
- *(Rire)*...
- Vous voyez donc c'est... Je leur explique que c'est idiot quoi, qu'il faut qu'il fasse autrement. Alors ceux qui arrivent à comprendre, ils comprennent très vite, ils ont leur index, et ce qui fait qu'on arrive à avoir des hémoglobines glyquées qui m'impressionnent moi.
- Seulement avec des mesures hygiéno-diététiques...
- Oui, oui...
- D'accord.
- Bon après on donne des traitements, quand même, mais bon... Je pense que la diététique est importante, et l'activité physique.
- Bien sûr... Et donc, vous vous reportez souvent à votre propre expérience face à vos patients du coup...? En vous prenant comme exemple...
- Oui, je leur explique de choses... Je pense que c'est relativement simple vous savez... Quand on connaît bien la physiologie du diabète, je leur explique l'hémoglobine glyquée, l'intérêt de l'hémoglobine glyquée... Donc moi j'augmente à partir de 7,5... On augmente le traitement...
- D'accord...
- Et puis d'entrée je leur dis que dès qu'on aura augmenté les cachets jusqu'au bout, alors ça sera l'insuline...
- Oui...
- Mais l'insuline, il y a un avantage c'est que vous aurez beaucoup moins de cachets à prendre. Et on le fait systématiquement, donc il n'y a aucun problème avec les malades à l'insuline.
- Oui... est-ce que ...
- Il y en a qui n'ose pas le faire, vraiment, ça m'a toujours surpris ça parce que, il suffit de le dire assez tôt. Vous savez, quand on découvre un diabète, la moyenne des insulino-requérants c'est entre 5 et 10 ans.
- Oui...
- Ça veut dire que pratiquement tout diabétique, sous maximum 10 ans il sera sous insuline. Donc il faut leur dire au départ. Mais bon, ce n'est pas une catastrophe...
- Et le fait que vous soyez vous même insulino requérant, est-ce que vous pensez 'que pour vous, médecin généraliste, ça rend les choses plus simples pour en parler à vos patients...?
- Peut-être oui, peut-être...

- Je vous dis, normalement je dois faire un contrôle vers 12h30 – 13h, souvent je suis en visite à ce moment-là donc ça décale à 14h-14h30 et je le fais devant mes patients. S’il faut que je me pique, je me pique devant eux.
- D’accord.
- On a simplifié le problème à l’extrême.
- Oui... et du coup, est-ce que vous pensez qu’à ce moment-là vous êtes un peu un modèle pour vos patients à ce niveau- là ?
- Oui, un cobaye !
- Oui, en quelque sorte un cobaye...
Vous pensez que vos patients peuvent se dire « le docteur est sous insuline, et pourtant il est docteur... »... ?
- Oui, et puis bon, je fais mes 14 heures par jour... donc on peut être diabétique et travailler.
- Oui, bien sûr...
- C’est vrai que c’est l’exemple vivant. Et on trouve le temps de prendre une heure pour aller faire un peu d’aqua-bike ou autre... C’est un état d’esprit à leur inculquer.
- Oui... Donc votre propre expérience est un avantage pour vous...
- Un avantage oui.
- D’accord... Et est-ce que ce partage d’expérience a eu tendance à évoluer dans le temps ? C’est-à-dire qu’il y a 10 ans quand vous n’étiez pas encore insulino-requérant, alors que vous découvriez juste votre diabète, vous étiez moins à l’aise peut-être... face à vos patients...
- Oui, je pense que j’étais un peu moins un cobaye mais bon... ils savaient déjà que j’étais diabétique.
- Dès le départ vous avez annoncé la couleur ?
- Vous savez, on voit parfois des dénis monstrueux chez les malades. Moi j’ai un très bon copain, qui a mis un an avant de me dire qu’il était diabétique. Alors qu’il était soigné chez moi, il courrait chez les endocrino à droite et à gauche. Il a mis un an pour me dire qu’il était diabétique. Un gars qui était dentiste... pour dire que pour lui c’était vraiment un déni total.
- D’accord...
- Je pense qu’il ne faut pas avoir de déni, c’est... Il ne faut pas faire l’autruche.
- (*Rire...*) Oui !
Et donc vous le confiez de manière systématique à tous vos patients... mais du coup, ces patients qui sont diabétiques aussi, vous avez plus facilement tendance à passer de l’empathie à la sympathie peut-être... ou est-ce que vous estimez vos relations égales... ?
- Non non, je ne pense pas. L’empathie oui, mais pas plus qu’avec les autres...
- Pas plus...
- D’accord... Vous me parliez de la découverte du diabète qui est très importante, est-ce à ce moment-là que vous utilisez le plus votre propre expérience ou vous l’utilisez de manière égale entre la découverte, la modification thérapeutique ou l’apparition de complication... ?
- (*Silence*)... Je n’ai pas bien compris ce que vous...
- A quel moment dans votre relation avec le patient, vous pensez le plus utiliser votre propre expérience ? C’est-à-dire, prendre exemple sur vous.

- Au départ... peut-être oui au départ...
- Au départ...
- Non peut-être pas au départ... La première fois je leur explique toute la maladie. Donc là, je suis très... et je leur marque l'activité physique et le régime. Après, la deuxième consultation... parce que je leur fais prendre deux rendez-vous, et on parle que de l'alimentation.
D'accord...
- On cible l'alimentation car c'est quand même un peu long. C'est des gens qui doivent faire attention au sucre mais aussi au cholestérol... Il y a un double....
Donc voilà, on a parfois des résultats extraordinaires... Il y a un gars, il a perdu 15 kilos et il n'avait plus de diabète !
- Oui...
- C'est revenu après quand même... Mais sur le coup, sur le moment, il était content. Il avait bien maigri...
- D'accord... et c'est plus à ce moment-là, de la découverte, du coup au moment où vous leur parlez de l'index glycémique des aliments, que vous prenez vraiment exemple sur vous...? Que votre expérience vous sert vraiment pour initier quelque chose...
- C'est-à-dire qu'au départ on leur donne les limites de l'hémoglobine glyquée.
- Oui...
- Et puis on essaie de voir avec eux, on n'a pas tous les mêmes méthodes. Chaque malade trouve sa solution... Moi je les aide un peu mais... Il y en a certains, je sais très bien qu'ils ne vont rien faire...
- Oui...
- Donc après il faut savoir trouver le ****
(COUP DE TELEPHONE chez lui)
Attendez ne quittez pas.
- Oui je vous en prie.
- J'ai une malade qui vient d'arriver mais elle va attendre un peu...
- D'accord...
- Je ne sais pas, je pense que ça me sert peut-être un peu plus. C'est peut-être des maladies que je comprends mieux...
- Vous vous sentez du coup plus proche de ces patients-là...?
- Plus proche oui, je me sens bien avec les diabétiques oui. C'est un domaine où j'assume à peu près vous voyez.
- Vous pensez plus assurer avec les diabétiques...?
- Oui...
- Le diabète c'est votre élément...?
- Mon truc oui. J'ai beaucoup de diabétiques, j'ai beaucoup de gens qui font du chemin parce qu'ils étaient diabétiques. L'autre fois j'ai calculé, j'ai à peu près 80 malades diabétiques. Et c'est énorme quoi, c'est... mes confrères sont à 25 – 30.
- D'accord, ok...
- Donc j'ai des gens qui viennent parce qu'ils sont diabétiques.
- Ah, d'accord... Donc votre patientèle a été...

- A été un peu modifiée oui.
Pas par le fait que je sois diabétique, mais par le fait que ça soit un domaine qui m'intéresse bien.
- C'est un domaine qui vous intéresse d'autant plus depuis que vous êtes...
- Depuis que je le suis.
- Très bien.
Et bien écoutez, je vous remercie pour ces réponses.
- Oui...
- Pour ces réponses que je transcrirais. Je n'ai pas plus de questions à vous poser parce que du coup ma thèse porte vraiment sur cette relation en soit et vous y avez complètement répondu avec votre expérience. Du coup, la manière dont vous en parlez à vos patients, c'est un peu ce qui m'a initialement poussé dans cette étude sur le partage d'une maladie entre le médecin et le patient, de savoir si, effectivement il faut parler de nos propres maladies au patient et si oui, comment, pourquoi...
- Moi je pense qu'il faut en parler. On est comme les autres, on a toutes les maladies...
- Bien sûr oui.
- Je ne vois pas pourquoi on n'en parlerait pas. Enfin moi je n'ai pas de pudeur à en parler.
- D'accord, très bien..
Je vous remercie beaucoup pour le temps que vous avez consacré à cet entretien...

[Arrêt de l'enregistrement]

Entretien MG2

- Avant d'attaquer l'entretien, je dois vous informer sur deux trois choses.
- Oui.
- Déjà que cet entretien est enregistré pour permettre de retranscrire les données ensuite et bien sûr, les données seront anonymisées dès la transcription. Je fais cette thèse dans l'objectif d'obtenir mon doctorat de médecine générale et je devrais la soutenir en octobre à peu près. Je suis donc inscrit sur la faculté de médecine de Marseille et je crois que vous êtes de ****... ?
- Oui c'est ça, oui. Dans les **** mais effectivement on est rattaché à la fac de ****.
- D'accord... J'ai donc eu votre contact par ***.
- Oui c'est ça.
- Donc c'est elle qui m'a mis en contact avec vous et je crois que vous avez rencontré en congrès, **** aussi, je ne sais pas si ça vous parle... ? Qui m'avait aussi parlé de vous... Je crois que vous aviez parlé de ma thèse ensemble parce qu'elle-même est interne et diabétique, je ne sais pas si ça vous parle... ?
- ****... ?
- **** oui. Elle fait un DESC de nutrition. Elle est médecin généraliste, et elle vient de passer sa thèse récemment d'ailleurs...
- Ah ben peut-être oui... J'ai un trou là mais ce n'est pas grave.
- Votre nom m'est revenu plusieurs fois.
- *(Rire)* Ah ben alors...
- *(Rire)* Vous êtes fiché !
- Oui c'est ça.
- Pour cette thèse je m'entretiens avec des médecins généralistes, seulement au téléphone malheureusement parce que vous devinez la difficulté de recrutement...
- J'imagine oui...
- Des médecins généralistes diabétiques donc, installés ou remplaçants dans le même cabinet depuis plusieurs mois. D'ailleurs, est-ce que je peux vous demander votre âge et depuis combien de temps vous êtes installé ou depuis combien de temps vous remplacez... ?
- Je vais avoir 39 ans et je suis installé depuis 11 ans.
- Depuis 11 ans... Dans le même cabinet donc ?
- Oui oui.
- Très bien, et bien... en premier lieu, est-ce que nous pourrions déjà parler de votre relation avec le patient, d'une manière générale, pas le patient diabétique uniquement, tout patient... Toute relation que vous entretenez avec vos patients... Pourriez-vous m'en parler... ?
- C'est un vaste sujet, *(rire)*... Il faut trois heures ! C'est difficile de juger sa relation. C'est vrai que moi je tiens à la médecine générale, c'est un choix de ma part. Je suis là justement parce qu'il y a cette relation un peu particulière. Pas centrée sur l'organe mais centrée sur la personne, sa vie et puis le côté relation dans le temps avec ses patients... On évolue avec eux, ils évoluent, on les voit évoluer. Moi c'est vrai que j'ai 11 ans d'exercice donc il y en a que je vois depuis 11 ans. Il y a cette relation dans le temps qui n'existe pas forcément dans un service hospitalier, ou peut-être pas de la même façon dans un service d'urgence. Donc cette relation-là me plaisait, de m'intéresser aux personnes. Donc j'espère ne pas avoir sacrifié cette utopie initiale dans mon exercice... Je n'en ai pas l'impression... On n'est pas trop bien placé pour

- juger, mais en tout cas ce que je recherche, c'est le côté personne intégrée dans son environnement, dans sa façon de vivre... et dans le temps.
- C'est votre intérêt...
 - Oui oui, c'est avec ces valeurs d'exercice au départ. Après entre ce qu'on raconte et ce qu'il se passe dans la réalité, il y a toujours un petit décalage.
 - Evidemment...
 - Ce qui m'intéresse dans ce métier-là, c'est ça... C'est de voir des gens... Leurs interactions avec leur environnement, leur famille, et lorsqu'il y a des gens de la famille ou de l'entourage qu'on suit également... Il y a cette espèce de vision globale du patient. Plus on est globalisant, meilleur on est je pense.
 - D'accord... Et donc c'est, on va dire, une vue d'ensemble...
 - Oui...
 - Et lorsque vous êtes face à votre patient, dans votre cabinet, sans parler du suivi sur de longues années... qu'est-ce que vous pourriez me dire sur ce qu'il se passe entre vous et le patient, et comment ça se passe à ce moment-là... ?
 - (*Rire*) C'est vachement compliqué comme question... Je ne sais pas, après, comment dire ça... J'y réfléchis parce que je prends des internes, dont ***.
 - Oui...
 - C'est vrai que lorsqu'on en discute avec eux, lors de la présentation initiale... On essaie de mettre les patients dans une espèce de sympathie, une proximité... Donc moi c'est vrai que j'essaie au maximum de travailler sur la proximité, donc j'essaie de ne pas... Par exemple, je ne me mets pas en costume, je ne vais pas mettre la blouse, j'hésite pas à me mettre à genoux par terre... à théâtraliser un peu la consultation pour donner l'impression que c'est sympathique... parfois d'utiliser un langage, je ne dirais pas grossier mais peut-être un peu populaire. Pour essayer de créer de la proximité, de la sympathie, et je trouve qu'en médecine générale, on peut avoir ce luxe d'être dans une proximité... Voilà, donc c'est l'ambiance du cabinet, une ambiance plutôt sympathique. Pas trop professorale.
 - Oui...
 - Ça c'est la première manière d'aborder, puis après on essaie d'être le plus compréhensif possible... Faut se reprendre de temps en temps mais c'est vrai que quand le patient a un comportement qui ne nous convient pas par rapport à ce que nous on voudrait qu'il fasse... Etre moins dans le jugement... Essayer d'être toujours ouvert, on va dire ça...
 - Oui... Ouvert, et plutôt à ses côtés plutôt qu'en face de lui quelque part...?
 - Oui oui, techniquement on ne peut pas toujours (*rire*). Parce que le bureau est fait comme ça, mais effectivement, si on est à côté, si on est proche... plus on est un peu complice et mieux c'est je trouve.
 - D'accord... donc les mots d'ordre pour résumer ces relations, seraient la proximité, la sympathie et éventuellement la complicité... ?
 - Oui, c'est ça. Globalement, avec une grande simplicité. C'est aussi un terme qui pourrait aller...
 - Oui, effectivement...
 - Faire les choses simplement, pas mettre de chichi, pas mettre de truc particulier...
 - Très bien... dans cette relation avec le patient, vous êtes, on va dire, très proche et très simple... pensez-vous que votre rôle, même avec cette proximité, devienne un remède ? Que vous établissez une relation de médecin-remède ? Si vous voyez ce que je veux dire...
 - Oui, oui, on en rêve ! C'est peut-être pas toujours si évident que ça, mais j'espère que ça marche. Je crois aussi qu'il y a des patients qui sont plus réceptifs à cette posture-là

qu'à d'autres postures. Et que finalement les patientes finissent par nous ressembler... On dit souvent ça, mais je pense que c'est vrai. Sur 11 ans, ceux qui n'aimaient pas ma manière de faire se sont écartés petit à petit de mes consultations, et tant mieux. Je pense que ça marche. J'ai l'impression que ça marche mais je suis toujours épaté quand je m'en rends compte... C'est un peu cette idée-là.

- C'est un peu votre manière de pratiquer, votre intention...
- Oui, et puis, on est bizarrement un peu... les avocats de nos patients dans l'univers médical. Parce que c'est nous qui les défendons face à la complexité médicale.
- Oui...
- C'est nous qui servons de relais pour dire « Ah et bien untel fait des dépassements d'honoraires exorbitants donc il faut refuser... », « si vous devez faire un dossier administratif de telle manière alors on va vous aider à le monter »... Voilà, on est un peu l'avocat du monde sanitaire vis à vis du patient donc on est du côté du patient nous. On n'est pas là pour faire de l'expertise... On est là pour rendre service à notre patient. Donc on a un peu cette conclusion-là, de dire qu'on est l'avocat de nos patients...
- Oui... L'avocat de vos patients...
- Hum...
- Ok, très bien... Je vous remercie et est-ce que maintenant, on pourrait... vous pourriez me parler un peu plus de votre diabète, de votre expérience du diabète, de votre vécu de la maladie...?
- Alors, c'est un peu particulier... J'ai fait deux semestres d'interne dans des services de diabétologie, j'ai fait aussi des stages d'externe... alors j'étais assez calé en diabétologie avant d'être diabétique (*rire*). Et donc c'est une pathologie que j'aimais bien, et puis par contre j'ai trouvé mon diabète de type 1 en 2015, donc assez récemment...
- Oui...
- Je n'ai pas du tout une famille de diabétiques, je n'avais pas de crainte par rapport à ça. J'ai commencé d'être vraiment malade avec tous les signes que les diabétiques connaissent. Je n'ai pas trop trainé à faire le diagnostic, ce qui est plutôt une bonne nouvelle. Donc janvier 2015, je me suis trouvé ce diabète de type 1. Avec une glycémie à 2,90 et puis 9% d'hémoglobine glyquée. Donc j'ai réussi à rester chez moi et à commencer à me soigner tout seul. Je n'ai pas eu besoin de passer par de l'hospitalisation. Je me suis débrouillé avec le pharmacien local... (*Rire*). Et donc j'ai réussi à me débrouiller comme ça donc il y a deux ans et demi à peu près.
- D'accord... Il y a deux ans et demi... au niveau du diagnostic vous avez réussi à vous débrouiller plus ou moins seul, mais en vous, qu'est-ce que la découverte de cette maladie, vous a fait ressentir, quel est votre vécu...?
- Et bien, à peu près comme tout malade... On n'est pas différent des autres. Le premier soir on est catastrophé initialement... Je ne suis pas passé longtemps par la phase de déni, mais c'est vraiment catastrophique... C'est vrai que c'était très dur à vivre, à annoncer à mes enfants, j'ai trois enfants... Ça a été, au début, vraiment compliqué et puis assez vite... J'ai deux trois relais parmi des collègues médecins, radiologues ou diabétologues, donc on a quand même fait le bilan initial entre deux, comme on pouvait, pour vérifier que je n'avais pas un cancer du pancréas ou un truc, parce qu'on s'imagine tout de suite le pire.
- Oui...
- Initialement catastrophe, et puis assez vite l'envie de rebondir parce que j'avais des obligations. Je suis sportif aussi, et donc il a fallu que... J'avais déjà deux inscriptions pour des ultra trails quelques mois après, et donc il a fallu très vite prendre des

décisions, pour savoir si j'annulais ou si j'allais courir avec ce diabète, dans ces conditions-là... Donc je me suis mis à beaucoup lire à ce moment-là. Vraiment dans la bibliothérapie, à lire tout ce qui existait (*rire*). Voilà, donc j'ai lu et relu, ça m'a permis de travailler mon anglais... (*rire*). Et donc j'ai essayé de positiver le truc assez vite, en lisant énormément.

- D'accord.
- Puis, en expérimentant, en trouvant le côté positif des choses... Après il y a une phase où on rebondit et c'est vrai qu'après le diabète est assez sympathique. Une fois qu'on a passé la catastrophe du diagnostic, après il y a eu un bon rebond intellectuel... On se dit « ben voilà, on va faire avec, c'est un paramètre de plus et puis voilà... ».
- Un peu une relativisation psychologique...
- Oui, bien sûr, après c'est vraiment parce que j'avais 37 ans... Et le diabète pendant l'adolescence c'est quand même pas pareil que quand on l'a à un âge mûr. On n'a pas à passer par des étapes où on est en clash avec la médecine... J'avais déjà fait tous mes emprunts professionnels et personnels, on était déjà installés, on venait d'ouvrir une maison de santé... et donc les assurances m'ont posé des problèmes mais pas tant que mes collègues diabétiques qui n'arrivent pas à emprunter avec des assurances... C'est le genre de petits trucs qui sont peut-être un peu futiles ou matériels mais qui...
- Qui rassurent...
- Voilà, on ne s'en sort pas si mal que ça. Après il y a plus la question de la santé, mais ça je sais faire, c'est mon job donc... Ça s'équilibrait donc assez bien. Ça s'est plutôt passé comme ça... J'ai relativisé assez vite...
- D'accord, ok... Et jusqu'à maintenant... votre vécu actuel reste dans cet état d'esprit...?
- Largement oui, c'est presque... Des moments on se demande si ce n'est pas une chance... Enfin, il ne faut pas le dire comme ça mais... Ça m'a permis de relire, de redécouvrir des choses, contacter d'autres personnes, me poser des questions que je ne m'étais jamais posées... A titre personnel voilà... Et puis à titre professionnel, ça permet de voir les choses un peu différemment, je me suis lancé dans une formation derrière... C'est aussi une manière de rebondir dans sa vie et d'en profiter, donc là actuellement vous me dites « ma maladie », mais je ne suis pas malade ! Je n'ai pas trop les effets néfastes du truc, mais par contre j'y vois beaucoup d'avantages, j'ai plein de nouveaux contacts, de nouvelles choses. Donc il y a quand même le bénéfice secondaire, c'est évident, même si c'est un peu paradoxal à dire.
- Oui... et justement, ces bénéfices secondaires... on va rebondir un peu sur le nerf du sujet, ces bénéfices secondaires par rapport à vos patients diabétiques, comment ça se passe ? Est-ce que vous considérez que c'est un bénéfice d'être diabétique par rapport aux patients diabétiques ... ?
- Honnêtement oui. Il y a vraiment deux cas de figure... Bizarrement, j'ai beaucoup de type 1, plus que ce que la statistique devrait m'en envoyer... Les types 1, c'est vraiment une petite famille. En général, je leur dis que je suis diabétique de type 1 aussi. Je ne cache pas mon problème à ces patients-là, et là on essaie vraiment d'être dans des échanges très « vraie vie ». J'essaie évidemment de ne pas trop parler de ma maladie à moi, mais ce que je dis a du relief, parce que je connais le sens réel de tous les mots que j'utilise. Pour mes types 1, franchement, il y a un aspect très communautaire... Il y a une espèce de grande proximité, des échanges d'idées... des trucs... c'est un peu particulier. Donc là-dessus, c'est sûr que je pense qu'il y a une relation un peu particulière qui s'est créée et je pense qu'ils se sentent compris. Et d'ailleurs c'est sûr que je peux les comprendre mieux que ce que je pouvais les comprendre avant, c'est sûr. Donc, je pense qu'il y a une plus grande proximité par

rapport à ce qu'on disait au début.

Les types 2, je ne leur dis pas que je suis diabétique spécialement...

— D'accord...

— A moins qu'ils le sachent parce que... on est à la campagne donc il n'y a pas de grands secrets... Mais il n'y a pas du tout l'aspect communautaire des diabétiques de type 1 et là par contre, j'ai plus d'astuces, de connaissances, de compréhension, de... plus d'astuces. Je connais les produits alimentaires de tous les magasins, donc mon discours est beaucoup plus étoffé qu'avant. Ce n'est pas tout à fait la même relation.

— Votre relation avec les types 1 est encore plus dans la proximité, et est-ce que même avec les diabétiques de type 2, vous ressentez une relation différente...?

— Oui oui, il y a une relation différente. J'ai progressé dans ma relation avec les diabétiques de type 2 aussi. Et je peux leur donner des conseils différents, plus surprenants, plus faciles, plus motivés, plus élaborés je pense...

— Hum hum...

— Je suis plus convaincu donc je dois être plus convainquant aussi dans ce que je dis par rapport à cette maladie-là. Donc mon discours a évolué, et il y a beaucoup plus de compréhension... Par contre, il n'y a pas d'analogie. Ce sont deux pathologies qui ont le même nom mais qui sont très différentes. Il n'y a pas le côté analogie, compréhension directe de ce que vivent les patients. On n'est pas tout à fait dans la même relation, mais ça a complètement changé mon rapport, c'est évident.

— C'est justement cette différence de maladie sous le même nom qui vous fait avoir une relation différente, avec vos patients de type 1 qui possèdent la même maladie que vous...

— Oui oui...

— Et vos patients de type 2 qui, pour vous, sont... qui ne sont pas en miroir par rapport à vous... parce que ce n'est pas exactement la même pathologie...

— Ce n'est pas exactement la même pathologie voilà, ce n'est pas la même rentrée dans la maladie... C'est quelque chose de lentement progressif chez le diabétique de type 2, avec en contrepartie quand même, ce côté... Il y a une accusation de société. Tous les diabétiques de type 2 savent bien que les gens les regardent en disant « ben oui mais tu n'avais qu'à faire attention avant sinon tu ne serais pas dans cet état-là » alors que le type 1, c'est une découverte brutale, donc catastrophique avec l'état vraiment de maladie, une hospitalisation initiale en général. Le choc de l'annonce. La veille on n'est pas malade et le lendemain on est malade. Et le côté très injuste de la maladie qui ressort. Le diabétique de type 1 se dit toujours « mais pourquoi moi ? » alors que le diabétique de type 2 essaie de dire « je vous promets, je ne l'ai pas mérité tant que ça ». Le jugement est totalement différent. Le côté injustice, je peux l'accompagner chez le diabétique de type 1, mais par contre dans le diabétique de type 2 c'est pas parce que je l'ai vécu que je peux dire « vous inquiétez pas, ce n'est pas de votre faute ». C'est plus compliqué que ça... ça c'est ma connaissance pure, ce n'est pas du vécu. Parce que je vis le truc, donc c'est plus simple... enfin, c'est différent... On relate un vécu commun quand même, donc c'est quelque chose qui...

— C'est vraiment votre vécu et l'expérience qui vous mettent, en quelque sorte, en miroir par rapport à vos patients ?

— Ah oui oui, totalement, oui. C'est vraiment ça oui, cette notion d'être « passé par là », fait quand même...

Il y a aussi un autre aspect c'est que le miroir est vraiment dans les deux sens. Moi j'apprends de mes patients aussi et j'en profite ! (*rire*). Tout m'intéresse sur ce qu'ils font parce que, à la fois lorsqu'ils font bien que lorsqu'ils font mal, moi j'en apprend sur ma maladie. Donc je suis profiteuse de la situation.

Le type 2 va moins m'apprendre, donc la relation est bonne mais je ne vais pas apprendre grand-chose d'un diabétique de type 2. On apprend toujours de tous ses patients, mais ça n'a rien à voir avec ce que je peux apprendre d'un patient qui a 20 ans de type 1, ou j'en ai un qui a 50 ans de type 1 derrière lui et en consultation je l'écoute plus qu'il m'écoute. (*Rire*).

- (*Rire*) Vous vous servez donc de l'expérience de vos patients...
- Bien sûr !
- ... pour vous, comme les patients peuvent se servir de votre propre expérience...
- Je pense oui, j'espère...
- C'est ce que j'entends dans votre discours, c'est vraiment un miroir.
- Oui oui, vraiment.
- Par rapport à cette proximité dont vous m'avez parlé initialement, que vous avez avec tous vos patients en général, est-ce que cette proximité est... est-ce que vous êtes encore plus proche de ces patients diabétiques de type 1...?
- Oui, oui... Ce qu'on disait tout à l'heure avec la proximité, il y avait un petit... On pourrait le redire d'une autre manière... c'est un rapport d'honnêteté. Difficile de savoir si on fait bien, pas bien, etc... mais moi j'essaie d'avoir une relation honnête avec mes patients. Je traite mes patients comme je traiterais ma famille, je traite les gamins que je vois comme je traiterais mes propres enfants... j'essaie toujours de me dire « faut que je sois honnête avec mes patients »... C'est en ça que je n'arrive pas à ne pas le dire à mes diabétiques de type 1... ce serait malhonnête. Pouvoir apporter des informations, des noms, des choses particulières, ils se diraient « comment ça se fait qu'il sait ça lui ? »... Donc j'ai cette honnêteté-là de dire « voilà, si je peux me permettre de vous dire ça, c'est que moi aussi j'ai cette maladie et donc on a une partie de notre vécu qui est commun... » même si chacun est différent. C'est plutôt ce côté-là en proximité, parce que j'ai envie d'avoir une relation honnête avec eux. C'est certainement ça qui guide ces choix-là... Après c'était aussi une question au début, « qu'est-ce qu'il faut dire/pas dire, cacher/pas cacher »... Il y a toujours des gens qui sont de bons conseils : « ah non, il faut pas le dire » et puis d'autres « il faut toujours le dire »... Finalement, je n'ai pas trop trouvé de mode d'emploi parfait pour dire... Peut-être que ta thèse le fera mais... quel est le bon mode d'emploi quand on est à la fois médecin et à la fois notre patient ?
- Alors moi j'essaie de rester sur ce terrain-là d'honnêteté. Je dis les choses honnêtement et je dis des conseils honnêtes en fonction de mon expérience, de mes connaissances universitaires et post universitaires et mon vécu, mes analogies, etc... Mon vécu sur cette maladie-là domine un peu un autre savoir plus universitaire. C'est juste de l'honnêteté...
- D'accord, donc au final, votre maladie vous rend meilleur soignant... par votre connaissance du diabète...?
- Ça a largement amélioré ma connaissance du diabète, ça c'est sûr. Mais après, « meilleur soignant » je ne sais pas, peut-être que les grands intellectuels de l'éducation thérapeutique, de la diabétologie, disent peut-être qu'il ne faut pas être dans cette relation, je n'en sais rien... Je ne sais pas ce qui marche le mieux, ce n'est pas toujours aussi simple. Je ne peux pas juger si c'est meilleur ou pas, moi je ne pourrais pas faire autrement. Je sais de quoi je parle, mais après de trop savoir de quoi on parle... est-ce que le message n'est pas noyé, enfermé, ou est-ce que ça ne crée pas une forme... un contraste trop saisissant... je ne sais pas, je ne sais pas si c'est mieux mais en tout cas je ne pourrais pas faire autrement.
- C'est un jugement difficile...
- Oui, oui...

- Par rapport à ces patients diabétiques de type 1, par rapport à cette honnêteté... vous leur dites quand vous découvrez leur diabète... vous leur annoncez à ce moment-là que vous êtes diabétique ? Quand est-ce que vous parlez le plus de votre propre expérience ?
- Il y a plein de cas différents. J'essaie de réfléchir comment ça se présente... J'essaie de ne pas trop en parler de mon expérience. Enfin... les gens savent que ça existe, mais après je ne mets pas en exemple ni en modèle. Mais quand je leur fais changer de matériel par exemple, je leur dis « tenez, vous allez prendre le **** pour faire des glycémies capillaires... oui c'est bien mais par contre n'oubliez pas de tourner, de changer le machin... ». Ils voient bien que j'ai déjà manipulé de nombreuses fois le stylo, ou avec les nouvelles technologies, le Freestyle Libre qui est vraiment dans l'actualité, c'est sûr que j'en ai porté, j'en porte de temps en temps... quand ils en ont un, j'arrive tout de suite à aller sur l'ordinateur et en deux trois mouvements j'arrive à avoir toutes les données pertinentes. Je leur montre comment ils peuvent s'en servir mieux. Je leur montre sur leur pompe des petits trucs qu'ils ne connaissent peut-être pas. Plutôt dans ce côté expertise, parce que je sais de quoi je parle. C'est plutôt que ça donne du relief à mes mots, plus que « moi je fais comme ça »... Mais quand on parle en vie réelle, sur comment on fait la purge par exemple, ils se rendent bien compte que je sais de quoi je parle.
- Oui... Même sans leur dire directement « moi je fais comme ça », ils l'entendent au fond d'eux. Ils savent que...
- Voilà... Ce ne sont pas des paroles en l'air quoi.
- ... pas juste parce que vous l'avez lu sur le mode d'emploi.
- Voilà...
- D'accord... Donc, cette relation, entre le début de votre maladie il y a 2 ans et actuellement... avec les diabétiques de type 1 en particulier... est-ce que cette relation a été modifiée par le temps ?
- Oui, je pense... Clairement. Les premiers temps, quand on est encore dans l'interrogation, c'est déjà de digérer le fait de comprendre qu'on est malade soi-même. On obtient une fluidité par rapport à ça... je ne pense pas que je présentais avec autant de certitude les choses, ou alors à ce moment-là c'était peut-être à mauvais escient... Je devais vraiment chercher une psychothérapie de soutien vers mon patient (*rire*)... qui devenait mon soignant. Ça a dû arriver, je n'ai pas d'exemple en tête, mais au début on est vraiment hésitant, pas trop à l'aise avec le truc et puis dès qu'on dit le truc, on lâche les vannes, et l'émotion qui ressort. Avec le temps, c'est plus digéré, maintenant qu'on a acquis son nouvel état. Je peux en parler... une neutralité beaucoup plus accessible. Surtout dans la manière dont j'annonce les choses, après ça se fait un peu au feeling... Je me souviens d'une gamine à qui j'ai découvert le diabète il n'y a pas longtemps, forcément, j'ai pris mon lecteur de glycémie pour lui faire son taux de sucre au cabinet. (*Rire*). A ce moment elle comprend que je prends un truc dans ma poche... et après pour la rassurer un peu, elle est complètement effondrée, elle a 12 ans et je lui explique qu'il faut qu'elle aille à l'hôpital à 100 kilomètres de là, qu'elle y passera 3 semaines, avec Noël au milieu des 3 semaines d'ailleurs... « C'est un drame mais ce n'est pas un drame non plus. Tu vois, j'ai la même maladie que toi et tu vois, je n'ai pas l'impression de faire pitié aujourd'hui ! » Voilà, ça se fait un peu au feeling... Mais après on peut le dire avec une plus grande neutralité plus on est à l'aise soi-même avec sa propre maladie. Et puis dans le temps aussi, au début on se pose la question de savoir si... Tu vois la biothérapie dont je parlais tout à l'heure, forcément ça se construit dans le temps... Aujourd'hui j'ai lu sur la question...
- Hum hum...

- J'ai beaucoup appris sur la question, je suis en train de passer un DU à **** sur la question, je me donne petit à petit une légitimité qui n'était peut-être pas, que je ne me donnais pas de façon évidente. Donc aujourd'hui je suis à l'aise avec ce truc-là, j'ai beaucoup lu dessus donc j'ai un bagage de connaissances... j'ai un vécu qui m'a donné un savoir supplémentaire... j'ai une relation moi-même plus claire avec mon diabète donc... je pense que je ne parle pas comme il y a deux ans.
- Là vous êtes en train de vous former sur la biothérapie ?
- Non non, en diabéto.
- Pardon, j'avais compris la biothérapie. Vous passez donc un DU de diabéto ?
- Oui, oui. Moitié d'éducation thérapeutique et moitié **** diabétique.
- D'accord... Très bien... Est-ce que là on a un peu abordé les thèmes que j'attendais de l'entretien... Est-ce que selon vous il y a des questions que j'aurais oubliées... ?
- Oui, alors il y a un énorme point mais c'est autre chose... Enfin, moi je me suis posé la question parce que je suis obligé de faire un mémoire pour mon DU. Mais après... c'est la place dans les réseaux sociaux et les contacts hors consultation. La difficulté, c'est qu'on se met vite au service de ses patients. Certains ont mon portable, d'autres ont mon mail, ou en contact sur Facebook, des choses comme ça... Voilà, la gamine de 12 ans, elle était en panade donc forcément elle m'envoie un message. Et il y a une relation extra... en dehors du cabinet qui peut assez vite... sur les groupes Facebook de diabétiques aussi... et là je ne sais plus si je suis le médecin ou si je suis le malade.
- Hum hum...
- J'ai le droit d'être malade mais en même temps les gens savent que je suis médecin. Ma grande interrogation est là. Comment gérer ça ? A la fois c'est très bien, on a une qualité d'échange qui est vraiment, éminemment plus importante que l'on pourrait imaginer, avec vraiment une capacité à prendre les gens dans leur bon comportement, ça se passe aussi beaucoup à l'écrit donc c'est un peu différent, très pertinent. Et après attention... ce n'est pas de la prescription médicale... et je trouve que c'est ça qui va être le plus dur. De modérer cette activité para professionnelle, entre ces rôles... Dans un groupe de parole de malades très intéressant, mais je suis qui ? J'ai encore du mal à me situer par rapport à ça et quelle casquette je prends ou je ne prends pas... Je fais de la course à pied, je suis dans un club de diabétiques de type 1 « Running team », vachement intéressant... C'est à dire, qu'après les mecs quand ils mettent un truc : « s'il m'arrive ça pendant la course, vous me conseillez quoi les gars ? », j'ai la réponse, j'ai envie de la donner... Mais si je la donne, je suis qui ? Je suis un autre diabétique tout court ou je suis un médecin ? C'est un sujet qui va devenir un peu prégnant parce qu'il y a vraiment une grosse activité, notamment sur les groupes Facebook, notamment chez les types 1. Ils sont tous inscrits à 7-8 groupes de diabétiques différents.
- Hum hum...
- Il y a une grosse recherche d'informations... d'échanges... et je pense que là, on est hyper utiles malgré tout quand on donne un bon conseil, quand il y a un truc qui se fait bien ou quand on donne des informations... la bonne utilisation d'un matériel ou autre... Par exemple sur ****, il y a beaucoup de groupes qui causent dessus, « comment il faut faire ? » etc.. Moi j'ai la légitimité de dire « Posez le, attendez 24h avant de l'activer... ». Mais est-ce que je suis dans la prescription ou est-ce que je suis dans le conseil entre malades, entre pairs... ? C'est un hiatus qui est très compliqué, pour l'instant ça ne se passe pas trop... mais c'est amené à se développer. Au cabinet c'est encore facile, je sais qui je suis. J'arrive à peu près à savoir... Mais dès qu'on est en dehors du cabinet, dans la rue, qu'on croise des patients... c'est un peu différent. Et dans ma relation médecin-malade, c'est un truc qui est compliqué

parce qu'on est plus tout à fait dans cette relation où les rôles sont bien définis... Autant en consultation, c'est ce que je disais, j'arrive à montrer que j'ai une auto-expertise de la chose, et je sais qui je suis. Je suis du côté du gros fauteuil avec l'ordinateur alors que le patient est sur la petite chaise inconfortable et sans ordinateur (*rire*) ! Donc c'est clair, on sait qui est qui, autant il y a une activité importante en dehors du cabinet qui existe pour ces malades-là... particulièrement chez le type 1, c'est une problématique différente avec une population qui est plus jeune d'ailleurs... donc très numérisée... Il y a une recherche d'informations qui est très importante sur les réseaux etc... et là je suis un peu plus mal à l'aise... enfin... je suis à la fois gourmand parce que j'ai l'impression qu'il y a un vivier d'apprentissages, d'amélioration de la qualité de vie de ces patients-là, via les informations de l'année, les analogies de l'année sur ces réseaux là... J'ai du mal à me situer. J'essaie un peu dans mon mémoire de travailler là-dessus. Ça reste difficile... et assez paradoxal et personne n'a la réponse...

— Oui...

— Les gens que j'ai interrogés étaient assez paradoxaux dans leurs réponses. A la fois ils voulaient que ce soit des groupes très libres sans modérateur, sans censure... et en même temps ils ne veulent pas qu'on puisse dire n'importe quoi et qu'on donne des conseils erronés. Comment modérer en étant un groupe de parole libre ?

— C'est sûr...

C'est donc votre sujet de mémoire... ?

— Oui, je le soutiens dans un mois... J'essaierai de te l'envoyer si ça t'intéresse.

— Ah oui, complètement !

Et bien je vous remercie beaucoup pour le temps que vous m'avez accordé...

[Arrêt de l'enregistrement]

Entretien MG3

- Bonjour, je dois t’informer sur deux trois choses avant de débiter l’entretien.
- Oui, d’accord.
- Déjà, que toute la conversation est enregistrée et qu’évidemment toutes les données de l’entretien seront anonymisées dès la retranscription écrite.
- Ok, ça marche...
- On a été mis en contact par *** qui est interne sur *** je crois...?
- Oui voilà, elle m’a envoyé un texto pour me parler de ta thèse.
- Voilà, une amie d’une amie alors merci Facebook !
Je suis donc en 6^e semestre de médecine générale sur Marseille et je réalise cette étude pour ma thèse dont le titre est « Relation médecin diabétique – patient diabétique : étude qualitative ».
- Oui, d’accord...
- Et je devrais la soutenir, espérons-le, en octobre.
- Tu as combien de personne à interroger là ?
- Pour l’instant moins de 10...
- D’accord.
- Je fais les entretiens et le recrutement en même temps puisque ce n’est pas évident...
- J’imagine oui, on ne doit pas être beaucoup ! (*Rire*)
- Effectivement oui...
- Si tu es ok et si on peut débiter l’entretien...?
- Oui, pas de souci.
- Avant d’attaquer le nerf du sujet, pourrais-tu me parler de ta relation avec tout patient, de manière générale... La relation médecin-malade que tu as en général avec tout patient, qui n’est pas forcément diabétique...
- Ma relation... Je suis plutôt à l’aise avec le patient... Je suis plutôt à l’aise avec la maladie et je ne me gêne pas trop avec les patients pour parler de la maladie. Je n’ai pas spécialement de problème et je me sens à l’aise...
- A l’aise... d’accord... et donc tu es dans quel type de relation : paternaliste, informatif...
- Pas paternaliste, je suis plutôt dans une relation amicale avec les patients, plutôt dans l’empathie... En gardant un peu de distance toujours, mais je ne me définis pas comme paternaliste à donner des ordres très fermes aux patients, surtout ceux qui ne suivent pas forcément leurs traitements.
Plutôt dans l’acceptation de leur volonté à eux, un peu comme ils veulent... quand ils ne veulent pas faire de traitement... je suis assez souple avec ça.
- D’accord... tu caractérises ta relation comme « amicale »...
- Amicale et plutôt souple. A toujours essayer de proposer un traitement qui arrange le patient aussi. Sans imposer.
- D’accord...
Et est-ce que tu fais partie des médecins qui se considèrent eux même comme remède ? C’est à dire le médecin-remède, médecin-médicament...
- Oui, effectivement oui. Moi j’aime bien leur montrer que j’ai du temps pour écouter donc c’est vrai que « médecin-médicament » c’est vraiment ça. Ça fait partie de mes adjectifs... Pour écouter le patient...
- Comment l’appliques-tu...? Tu parles du temps...

- Je les laisse se mettre à l'aise et puis je prends beaucoup de temps avant de les examiner, pour les écouter parler... Je les examine souvent au bout de 10 minutes de conversation quand ils m'ont parlé.
- Hum Hum... Ça passe donc par le temps...
- Oui, par le temps. Je suis à 20 minutes de consultation du coup j'arrive à avoir assez de temps pour ne pas me précipiter sur un diagnostic, les examiner et puis les traiter direct. Et puis ils me le disent pas mal, que je les écoute, que je suis bien à l'écoute des patients.
- C'est quelque chose qui revient...
- Oui, c'est quelque chose qui revient. Ils arrivent avec leur liste maintenant... *(rire)*.
- *(Rire)*
- Ça fait partie de mes attributs du coup. Je leur laisse pas mal d'ouverture avant de continuer à poursuivre la consultation et à la diriger.
- Ce sont tes « caractéristiques » de médecin...
- Oui, voilà.
- Ok... Maintenant que l'on a parlé de la relation médecin-malade de manière générale, est-ce qu'on pourrait parler de ton diabète ? Pourrais-tu m'en parler... du vécu, du type de diabète, des traitements... un peu ce que tu veux me dire dessus...
- Oui, alors moi je suis diabétique depuis 17 ans maintenant, je l'ai découvert à l'adolescence et puis j'ai été pendant 10 ans sous multi injections puis sous pompe à insuline. Et là je suis sous pompe à insuline, bien équilibré, sans complication... Plutôt bien accepté le diabète... Ma rigueur médicale m'impose... Je n'ai pas de complication, je ne fais pas trop de pépins au niveau de mon diabète. Je n'ai jamais fait de coma hypoglycémique, pas de coma acido-cétosique...
- Ok...
- Ça je pense aussi que c'est un défaut parce que j'ai envie d'être perfectionniste dans mon diabète à moi et du coup, c'est difficile après à imposer aux diabétiques, plus compliqué...
- Tu as dit « depuis 17 ans », ça fait 17 ans ou lorsque tu avais 17 ans...
- Non, ça fait 17 ans que je suis diabétique. J'ai 31 ans, du coup je l'ai développé à 14 ans et demi.
- En pleine adolescence...
- Oui, voilà...
- D'accord... c'est quelque chose que tu as développé pendant l'adolescence, donc ça fait quelques années, mais ce vécu, comme tu le ressens maintenant...? Comment ressens-tu ta maladie à l'heure actuelle...?
- Toujours bien, toujours acceptée. Mais difficile avec le temps et les contraintes professionnelles de le gérer tous les jours. C'est à dire que même si je suis plutôt bien réglé, entre le stress de l'activité, des consultations, la vie active à côté... Heureusement que je suis bien réglé parce qu'il faut que ça tourne pour pouvoir gérer une conduite professionnelle adaptée, efficace sans que ça influe trop dans ma vie privée et professionnelle.
- Hum hum, il faut que les deux soient en phases...
- Oui, pour l'instant les deux sont en phases, mais ce n'est pas toujours simple... Notamment quand ça ne roule pas trop, quand tu as plein de petits soucis à côté, que ton activité est un peu chargée, c'est vrai... que quand ton diabète est déséquilibré, c'est plus compliqué d'arriver à gérer tout ça. Mais pour l'instant j'y arrive.
- D'accord... pour toi, l'un influe sur l'autre, ton activité professionnelle et personnelle évidemment influent sur ton diabète comme ton diabète influe sur ces deux vies...

- Oui, effectivement, c'est difficile de mettre de côté ton diabète quand il est déséquilibré, et que tu passes une sale période. C'est vrai que si l'activité à côté est en plus chargée... Ce n'est pas simple. Quand tu es en hyperglycémie et que tu dois aller pisser toutes les demi-heures... Dans une journée de boulot, ça alourdit la charge émotionnelle et professionnelle...
- Quand tu parles de la charge... là, à ce moment-là, tu te sens malade ?
- Oui, voilà, j'ai moins de patience, parce que tu es en hyperglycémie, tu as envie de pisser, tu as soif... C'est plus difficile de se concentrer dans une activité qui est déjà intellectuelle... Enfin, psychologiquement forte... de réfléchir à chaque cas... du coup, d'avoir ce facteur en plus, qui perturbe un peu ta vision des choses... ce n'est pas très simple.
- Hum Hum... Il y a les symptômes de l'hyperglycémie, mais est-ce que toi, dans ta tête, sans parler du « j'ai envie d'aller pisser » ou « j'ai soif », est-ce qu'à ce moment-là, tu te dis « zut, c'est moi qui suis malade »... ?
- Oui, alors je me ressens plus malade quand, par exemple, j'ai un diabétique face à moi qui te met face au diabète... par exemple qui te parle de ses complications à lui comme « j'ai fait un malaise au boulot », du coup ça te ramène à toi, c'est assez difficile de mettre de côté sa propre pathologie quand le patient en face te parle du même truc et qu'il le vit complètement mal... ça te ramène à ton image de patient. Et au niveau des complications c'est pareil, quand je vois un diabétique avec plein de complications, neuropathie, rétinopathie... Là tu te dis « ah, moi aussi ça va me... ça peut me tomber dessus aussi... »
- Ça te pend au nez...
- Oui, et la difficulté c'est de mettre de la distance par rapport à ça. De mettre la distance entre « c'est lui qui me parle de sa maladie, j'ai la même pathologie, mais on est différents et... ». Du coup j'essaie psychologiquement de mettre un peu de distance aussi, en me disant « il est diabétique, moi aussi, mais on n'a pas le même type de diabète » et puis, en plus, les trois ou quatre diabétiques de type 1 que je suis... Ce ne sont que des diabètes compliqués... Et après, c'est aussi de mettre de la distance dans l'image qu'ils te renvoient. Par exemple, celui qui a développé un diabète pendant l'adolescence comme moi, et de se dire qu'il a moins d'années de diabète que moi mais il a déjà plein de complications, il a un pied en moins et une fonction rénale dans les chaussettes...
- Hum hum...
- C'est là où c'est difficile de mettre de la distance. De se détacher de ça, en se disant « je ne suis pas pareil », c'est un effort à faire en plus...
- Oui, c'est un effort de plus dans ta pratique du coup...
- Oui, après j'arrive encore à mettre de la distance en me faisant bien comprendre que c'est deux trucs différents, enfin... que c'est deux patients différents. Mais il faut à chaque fois se le rappeler.
- D'accord... de ce que tu me dis, c'est souvent l'expérience du patient qui te rappelle à la tienne de diabétique, plutôt que l'inverse... ? J'ai plus l'impression que l'expérience des patients influe sur toi plutôt que ton expérience influe sur les patients...
- Oui, c'est plutôt ça. Plutôt dans ce sens-là, les patients qui me rappellent que je suis diabétique. Parce que finalement, je pense l'avoir bien accepté et du coup, comme c'est devenu un automatisme chez moi dans ma vie privée, ce n'est pas que je ne me sens pas diabétique, mais je me sens diabétique, mais ça tourne, ça va...
- Oui... En plein forme... ?
- Oui, voilà. Exactement, moi je ne me sens pas malade, parce que je ne me restreins pas forcément dans mes activités, dans mon alimentation, tout en surveillant bien mon

diabète du coup j'arrive à ne pas... J'arrive à vivre avec, sans y penser tous les jours. Sans me morfondre sur ma pathologie.

- Hum hum... Et par rapport à ces expériences de mise en miroir, entre celles du patient et la tienne, est-ce que tu peux me dire comment tu mets à profit ta propre expérience...?
- Alors ce qui est délicat dans « mettre à profit », c'est de garder l'anonymat que tu as par rapport au diabète. Par exemple, j'ai des diabétiques face à moi, j'essaie de les aider mais je n'ai pas envie, déjà qu'ils sachent que je suis diabétique, non pas parce que ça me gêne mais parce que c'est... Je ne sais pas si ça leur apportera quelque chose, à part peut-être de les rassurer de se dire « tiens le médecin est diabétique ». J'ai envie de garder mon image de médecin et pas de médecin-diabétique devant eux. Et du coup, je pense être peut-être être trop exigeant, même sur mon diabète, et attendre des patients qu'ils soient, aussi exigeants que moi, avec leur propre diabète. Quand ils viennent te voir, la première chose qui sort... Par exemple ils me montrent leur carnet de glycémies quand ils l'ont, pour essayer... parce que je m'intéresse aux changements des doses... Ils ne m'écoutent pas trop, ils me disent toujours « de toute façon c'est moi qui gère ». Parce qu'ils savent que le médecin ne connaît pas forcément le diabète. Enfin, un médecin généraliste, en gros il ne connaît pas trop le diabète et ils pensent qu'ils le connaissent bien mieux que leur propre médecin.
- Oui...
- Et c'est difficile de leur faire comprendre... Moi je leur dit « Je me permets de regarder votre carnet parce que je me sens à l'aise dans les problèmes de diabète, du coup si vous voulez que je vous aide... » et puis on regarde ensemble le carnet de glycémies... Mais je n'ai pas l'impression que ça les influence beaucoup parce qu'ils ont un peu tous la même réaction, en tout cas sur les changements... On regarde ensemble mais j'aurais beau noter un nombre d'unités sur l'ordonnance, ils vont faire à leur sauce derrière. Alors du coup, je fais une petite partie sur les changements de doses d'insuline et après je leur demande toujours, comment ils vont, comment ils vivent le diabète...
- Oui...
- Pour moi, c'est la question qui doit se poser... Leur bien-être, en dehors des problèmes de glycémie, je leur demande toujours « le diabète, comment vous le vivez ? Comment ça va ? ». Parce que souvent ils gèrent de façon anarchique leur diabète parce qu'ils ne l'ont pas accepté ou souvent parce qu'ils ne veulent pas le dire autour... Et de rentrer dans l'intimité des gens en leur demandant comment ça va, s'ils s'en sortent pour les activités de la vie quotidienne... J'ai l'impression que ça, ça leur parle plus quand on s'intéresse à leur vécu et à l'acceptation de la maladie qu'au changement des doses. Donc j'aborde le sujet sur les deux versants, en leur demandant d'abord sur les glycémies, le changement des doses d'insuline et puis après, l'aspect psychologique de leur diabète, s'ils n'ont pas de difficulté pour des activités sportives ou l'alimentation. Parce que l'alimentation dans le diabète, à chaque fois, c'est... Ils se retrouvent complètement bloqués quand ils voient l'endocrino qui leur dit « faut manger toujours la même chose ». Et du coup, j'essaie de les rassurer en leur disant « non, vous pouvez manger ce que vous voulez, tant que vous injectez la bonne dose d'insuline pour réguler ça ».
- Du coup, j'essaie de leur donner des petites notions que moi je ressens, comme plus de liberté dans l'alimentation parce que moi je le vis comme ça. Pour essayer de les rassurer. Pour faire partager mon expérience, mais en gardant la distance du fait que je n'ai pas envie de leur dire que je suis diabétique.
- Oui...

- Même si certains vont peut-être se dire « Tiens, il s'y connaît bien, il a peut-être un proche diabétique ». J'essaie d'aller plus loin que le simple conseil et que le changement de dose pour les rassurer, pour leur montrer que je suis à l'aise avec cette pathologie... je crois que j'ai 4 diabétiques et les 4 sont toujours pareil à penser « Ok, regarde mon carnet, mais quoi que tu prescribes, je m'en fous un peu parce que je ferai à ma sauce quand je serai sorti de ton cabinet ».
- D'accord.
- Voilà... J'essaie de faire partager mon expérience...
- ... Sous couvert de ta profession...
- Oui, j'essaie de montrer que je suis un médecin qui est au point sur le diabète et que je suis un professionnel médical qui pourrait les aider là-dedans.
- Oui... tu préfères garder ce côté « scientifique » qui a la connaissance sur l'adaptation insulinique, mais aussi sur la compréhension, vu un peu de l'extérieur...
- Oui, voilà...
- ... pour qu'eux ne te voient pas comme diabétique.
- Oui, je préfère garder cette distance qui nous sépare. Je ne sais pas ce que je perdrais mais je ne me sentirais plus dans mon rôle de médecin généraliste si je leur avouais que moi aussi je suis diabétique donc si on disait « On peut partager nos expériences »... Je pense qu'on passerait le cap de la relation médecin-malade.
- Tu penses que ça te ferait un peu descendre de ton piédestal...?
- Peut-être aussi oui...
Ce qui m'a fait penser ça, ce n'était pas une personne diabétique mais une personne que je voyais pour autre chose, pendant une épidémie de grippe et qui m'a fait la réflexion qu'à chaque fois qu'elle me voyait, elle me voyait en forme et du coup, on voit tout le temps les patients malades, et pour elle... elle me disait « pour nous le médecin, c'est quelqu'un qui n'est jamais malade ». J'aimais bien cette image-là de médecin qui n'est jamais malade, qui est en bonne santé, toujours là à accueillir les gens. Je voulais garder cette image-là de médecin en bonne santé.
- Quelque part, tu essaies de t'adapter aux pensées populaires...
- Oui, exactement. Et pour moi, je préfère qu'ils me voient... au pire j'ai un bras cassé et du coup je vais bosser mais du coup, médecin diabétique... A partir du moment où ils le savent les informations tournent et j'ai peur d'être perçu différemment... Qu'on dise « tiens c'est le médecin diabétique ». Je préfère donc garder cette image de médecin calé sur le diabète mais...
- Hum hum...
- Qu'ils se disent « il doit avoir quelqu'un dans sa famille qui est diabétique parce qu'il connaît très bien le sujet » mais pas moi personnellement.
- Ce n'est pas tant une question de tabou mais plus une question d'image que tu veux renvoyer...
- Oui, plutôt l'image.
- Ce n'est pas par défaut d'honnêteté, c'est juste que tu veux garder le médecin...
- Oui, exactement. Parce que ce n'est pas grave si il y en a un ou deux qui l'apprennent, mais c'est vrai que c'est vraiment l'image que je veux donner du médecin.
- D'accord... Justement, est-ce que tu l'as déjà confié à certains de tes patients...?
- Oui, mais pas des patients dont j'étais le médecin généraliste, mais plus pendant mes études... Par exemple quand j'avais une pompe à insuline, il y en a un qui avait vu ma tubulure de pompe et qui m'avait dit « ah, vous êtes diabétique ? »... Là j'avais été un peu démasqué et donc je lui ai montré la pompe parce qu'il avait quelqu'un dans sa famille qui avait une pompe aussi. Mais comme c'est un patient que j'ai vu une seule

- fois puisque je remplaçais, ça ne m'a pas gêné, parce qu'en plus je savais que je n'étais que de passage ici...
- D'accord
 - Et l'occasion ne s'est pas présentée de revoir un patient qui a vu ça en tout cas...
 - Ok... Ce patient était diabétique de type 1 à priori... ? Ou pas...
 - Non, non, c'était quelqu'un dans sa famille... son neveu un truc comme ça. Il m'avait dit qu'il avait un proche, sans être son fils, qui était sous pompe à insuline...
 - Dans cette relation, enfin pas avec ce patient en particulier, mais de manière générale avec les patients que tu suis, est-ce que ces 4 patients diabétiques de type 1 par rapport aux autres, tu perçois une différence... ?
 - Comme je me sens à l'aise dedans et que j'estime mon expérience plutôt bonne à mon niveau, j'ai envie de les aider, j'ai envie de faire part de mes expériences qui pour moi ont été bénéfiques. Je suis bien contrôlé, je n'ai pas de complication. C'est vrai qu'on a toujours envie, pas de faire plus mais de... on est un peu plus rapproché de ces patients... En plus on retient plus sa tête parce qu'on sait qu'il est diabétique. On va peut-être plus loin que la consultation « normale », « banale »... en creusant plus.
 - Entre les types 1 et les 2, dans ce groupe de diabétiques, tu as une relation un peu plus particulière avec les diabétiques de type 1 ?
 - Surtout avec les types 2 insulino requérants, parce que les types 2 sous ADO, je ne ferais vraiment pas de différence. Je ne les considère même pas comme ayant le même type de diabète, parce que c'est vraiment tellement différent. Mais par contre les insulino requérants, qui sont par exemple avec des schémas de lente et de rapide... Parce que sous lente seule, à la limite, les patients sous Lantus et Metformine sont moins impliqués. Plus ceux qui sont sous Lantus et rapide par exemple, insulino requérants, je les considère un peu plus comme proches de moi ou un peu plus impliqués dans la prise en charge pour essayer d'améliorer leur confort, leur carnet... Plus qu'un diabétique de type 2 « normal », sans insuline où je ferais mon boulot « simple » sans aller plus loin.
 - Sans plus t'impliquer... ?
 - Sans plus m'impliquer exactement.
 - D'accord, donc ce rapprochement avec ces patients c'est au final plus en rapport au traitement... ?
 - Oui, plus par rapport au traitement exactement.
 - Ok, et même si tu ne leur confies pas ta maladie, tu l'utilises dans ta relation avec le patient diabétique... peux-tu m'expliquer à quel moment... entre la découverte, le suivi... à quel moment fais-tu plus parler ton expérience... ?
 - Surtout lors de la découverte, c'est là où les gens sont perdus et ont besoin d'informations. Surtout la découverte, et pour leur expliquer les fondements du diabète, le traitement, et dans le suivi... surtout de ceux qui perdent un peu espoir. Par exemple ils te disent « je suis sous insuline et je vais le rester toute ma vie... », et surtout à ceux qui sont répondeurs... Parce que le problème des diabétiques, c'est qu'il y en a beaucoup qui s'en foutent complètement, et tu as beau essayer de leur en parler, s'ils n'accrochent pas... souvent tu n'as pas trop de retour des patients.
 - Hum hum...
 - C'est vrai que c'est plutôt dans le suivi des gens répondeurs qui sont un peu à bout de souffle parce que ça fait des années qu'ils se piquent et ils en ont marre... Pour remettre un peu de motivation, pour reparler d'activité physique.
 - D'accord... C'est plus dans les conséquences psychologiques au final... autant dans la découverte que dans le suivi... ?

- Oui, c'est plus là-dedans que je m'implique. Voilà, quand il y a une petite baisse de moral, dans l'implication psychologique de la maladie que le traitement en lui-même... que je fais parler mon expérience...
- Pour toi, ce vécu de la maladie est plus un avantage qu'un inconvénient au final... ?
- Oui, le vécu de la maladie, à mon niveau, est plus un avantage. Parce qu'encore une fois, je me considère bien équilibré et que je ne suis pas... Je vis bien avec. C'est sûr que ce serait mieux sans, mais j'arrive à bien vivre... Du coup je le fais passer plutôt comme un avantage aussi pour me rassurer moi. C'est déjà assez pénible le diabète, si en plus tu te charges d'émotions négatives parce que tu vois tes patients comme ça... Ça te plombe encore plus le moral. C'est vrai que du coup, je le vois plus comme un avantage et à en faire profiter... pour pouvoir mieux l'accepter aussi à mon niveau.
- D'accord... parce que d'après ce que tu me disais, ça t'affectait... tu voyais en miroir les patients et que du coup ça t'affectait psychologiquement... ceux qui n'allaient pas bien ou les choses négatives de la maladie... Entre le bénéfique et l'inconvénient... tu penses quand même que le bénéfique est supérieur... ?
- Ah oui, carrément. A la fois en terme de connaissances cliniques et scientifiques et aussi, psychologiques à mon niveau. De voir que je m'en sors bien et que je vois toujours pire que moi. Donc ça me reconforte en me disant « j'ai 31 ans, 17 ans de diabète et je n'ai pas de complication contrairement au patient que je vois qui est déjà bien daubé au niveau de ses complications ».
- C'est donc un avantage, un bénéfique...
- Oui, je le vois plus comme un avantage effectivement.
- D'accord... Très bien. Et donc dans toutes ces questions, tout ce que nous avons abordé, est-ce que toi tu as quelque chose que tu aimerais ajouter ? Une question dont nous n'aurions pas parlé? Quelque chose qui te tient à cœur et que j'aurais oublié dans notre entretien...
- Ce qui me tenait à cœur par exemple c'est quand on voit... En fait le médecin généraliste va voir très peu de diabète, mais c'est surtout quand on a le diagnostic d'un enfant diabétique. Et qu'on voit les parents... Parce que les parents sont dans une détresse, l'enfant quand il est trop petit ne comprend pas tout et est géré par la partie hospitalière. Et c'est surtout le médecin généraliste qui est le premier à voir les parents en détresse. Encore une fois, c'est un avantage pour moi de connaître ça, c'est que j'arrive à voir des parents à qui je peux donner des réponses. Parce qu'ils sont plein de questions « qu'est-ce que c'est le diabète ? », « pourquoi moi ? », « c'est à vie ? », « comment on fait ? »... et ça c'est le plus gros avantage qu'on ait, on reçoit des mamans en détresse, en pleurs... même si on ne va pas calmer leurs pleurs, on va au moins leur apporter toutes les réponses possibles parce qu'on connaît très bien la chose...
- Oui...
- Je trouve que même si c'est bien appris dans les livres, ça ne remplace pas l'expérience personnelle. Et des questions personnelles aussi qui ne sont pas développées dans les livres, sur l'alimentation, le sport... qui sont des notions gérées par le spécialiste. Et ça vraiment... c'est l'aspect positif de mon diabète parce que finalement on arrive à avoir des réponses concrètes à des questions qui ne sont pas médicales. De l'ordre de « l'autour », « l'autour du patient »...
- Hum Hum... d'accord...
- Ça marche... merci pour avoir répondu à mes questions...
- De rien, j'espère que tu auras assez de répondeurs...
- Oui c'est ce qui va être le plus difficile...

[Arrêt de l'enregistrement]

Entretien MG4

- Bonjour Docteur ****, Gauthier MANEVAL. Etes-vous disponible ?
- C'est bon oui, on peut y aller. Je vous en prie.
- C'est parfait.
- Vous prévoyez à peu près combien de temps s'il vous plaît ?
- A peu près, sur les entretiens déjà faits, ça a duré entre 25 et 40 minutes environ.
- Bon, j'espère que ça sera plutôt 25 parce que j'ai réservé juste deux temps de consultations c'est pour ça (*rire*).
- D'accord, on va faire au mieux alors (*rire*).
- Voilà, les deux temps c'est une demi-heure pour moi...
- Ok, alors on va faire vite et bien. Je dois d'abord vous présenter certaines choses, comme le fait que cette conversation sera entièrement enregistrée pour permettre une retranscription écrite a posteriori et aussi qu'à partir de ce moment-là toutes les données seront anonymisées et que votre nom ne ressortira nul part.
- Oui, bien sûr il n'y a pas de souci.
- Cette thèse est donc une étude qualitative sur la relation médecin diabétique – patient diabétique, dirigée par le docteur Sébastien ADNOT, médecin généraliste dans le Vaucluse. Pour cette thèse j'ai donc besoin de m'entretenir avec des médecins généralistes diabétiques, installés ou remplaçants dans le même cabinet depuis plusieurs mois.
Nous avons été mis en relation par ****, qui a été votre interne je crois...
Premièrement, je souhaiterais vous demander votre âge et depuis combien de temps vous êtes installé...
- 63 ans et j'exerce depuis 1981, ça fait 36 ans.
- D'accord, vous êtes installé dans le même cabinet depuis 36 ans donc ?
- Dans le cabinet et en hospitalier aussi. Parce que je suis toujours PU-PH. Je travaille à temps partiel comme médecin des hôpitaux.
- Ok, très bien... Ces petites présentations étant faites, est-ce que je pourrais vous demander de me parler de votre relation avec le malade en général, c'est à dire pas forcément le patient diabétique, mais votre relation en général, que pourriez-vous me dire sur la relation que vous entretenez avec tous vos patients...?
- Comme j'ai une formation complémentaire de neuropsychiatre, j'ai l'habitude d'exposer des questions ouvertes aux patients et de leur demander de parler, et d'exposer leur point de vue, et leur demander leur souhait...
- Hum hum...
- Ce que possède le patient c'est sur quoi je vais m'appuyer. Pour entrainer ce qu'on appelle une *** de changement...
- Une... pardon... ?
- Quelle que soit la pathologie que porte le patient, j'essaie de voir quelles informations il a.
- D'accord.
- A partir du moment où il possède des informations, j'essaie de m'appuyer sur ce qu'il possède pour que je puisse l'accompagner sur son propre changement.
- D'accord...
Et vous le conseillez ? Vous lui donnez les informations et vous le conseillez ensuite...? Ou il est vraiment libre de ses décisions...?
- Conseiller, non. L'accompagner dans son changement généralement. Il y a toujours de l'accompagnement dans certaines situations dans lesquelles il a besoin d'être

- accompagné, comme par exemple avec un psychologue, un diététicien ou éventuellement sa propre motivation pour faire du sport ou autre chose.
- D'accord... Dans cette fonction, est-ce que vous vous voyez comme un médecin-remède ?
 - Non, c'est le patient. Je ne suis pas le médecin remède, je suis le médecin de famille qui accompagne le patient pour qu'il puisse accompagner sa propre maladie et la traiter.
 - Pour vous, c'est donc le patient-remède lui-même... ?
 - Ben oui, c'est le patient qui est acteur ce n'est pas moi. Moi je suis là pour l'accompagner, pour qu'il puisse agir de lui-même. Quand il n'y arrive pas, bien sûr qu'on lui apporte conseil et en général, on essaie de savoir ce qu'il possède comme informations pour ne pas aller dans sa propre idée. Le médecin a une culture bien différente que celle du patient. Il faut que les deux cultures puissent se rejoindre sur un point de compréhension.
 - Très bien, ok... Est-ce que maintenant je pourrais vous demander de me parler de votre diabète à vous ? Le type de diabète, sa découverte, votre traitement en cours, tout ce qui vous passe par la tête, votre vécu de la maladie également, ce que vous souhaiteriez me dire sur votre diabète.
 - Diabète type 1 découvert à l'âge de 20 ans. Hospitalisation et depuis après être passé par des phases ****...
 - Des phases pardon... ?
 - Par un effet Sonogyi, c'est à dire une hypoglycémie avec du sucre, on ajoute de l'insuline puis encore de des hypoglycémies, du sucre, etc...
 - Ok...
 - On l'appelait effet Sonogyi de mon temps mais je ne sais pas comment on l'appelle maintenant, mais ça existe toujours malheureusement.
Au bout de 5 ans je crois ça s'est stabilisé avec une réduction de l'insuline pour obtenir zéro... Par simplement un régime qui est le plus adapté possible, sans me priver, et de l'activité physique qui s'est réduite avec l'âge... Sans recours à l'insuline pour le moment.
 - D'accord, donc actuellement...
 - Il y a plusieurs complications associées mais pour le moment il n'y en a pas pour moi. Les reins semblent fonctionner, il y a un suivi qui est fait, au niveau cardio vasculaire, il n'y a pas de complication, mais malheureusement j'ai un défaut, celui de fumer ! Depuis à peu près 17 ans je crois, un ami avec qui j'ai fait médecine et qui est cardiologue, il m'a conseillé de prendre des anti agrégants, bêtabloquant de 2^e génération, un IEC, un protecteur gastrique... Et depuis deux ans je commence à faire de l'***
 - De l'énergie ?
 - De l'allergie, du rhume des foins !
 - Ah d'accord ok...
 - Actuellement, vous êtes, pour le diabète en tout cas, sous régime hygiéno-diététique seul... ?
 - C'est ça. Avec une hémoglobine glyquée qui reste toujours inférieure à 7. Glycémie à jeun : 1,20-1,22.
 - D'accord, félicitations alors.
 - Le problème c'était le deuil. Je ne sais pas si vous voyez ce que je veux dire... Quand on a une maladie chronique, il va falloir la prendre en charge tout le temps et accepter de vivre avec. C'est à dire trouver les moyens pour faire avec.
 - Et ça ce deuil vous l'avez...

- Oh il n'y a pas eu de problème. C'était difficile la première année et puis après... Parce que j'étais étudiant en médecine à ce moment-là. Il fallait l'accepter pour passer le concours de première année etc...
- Hum hum...
- Et ensuite faire l'internat ancien régime, le clinicat... Différentes choses avant de décider de quitter la fonction temps plein hospitalière au CHU pour m'installer en libéral à temps partiel en gardant un temps partiel PH dans un hôpital périphérique. J'ai cherché mon confort et mon bien être... et mon travail en plus ! J'ai privilégié mon confort, j'ai un cabinet de médecine rurale, je gagne peut-être moins avec une secrétaire qui est à 80% pour que je travaille le moins possible... en étant toujours enseignant à la faculté comme je suis qualifié, et en étant maître de stage aussi.
- Ok...
- A plusieurs niveaux, je dirige des thèses, je suis conseiller à l'Ordre, plein de choses...
- Beaucoup de choses, parfait... Est-ce que maintenant, après m'avoir parlé de votre relation avec le malade en général puis de votre diabète, est-ce que vous pourriez me parler de votre relation avec le patient diabétique... ?
- Je dois en avoir 2 ou 3 des types 1, mais la grande majorité ce sont des diabètes de type 2. A partir de là, j'essaie de me conduire de la même façon... Donc je cherche toujours à savoir ce que possède la personne comme informations... Le régime d'ici est un peu particulier, les gens aiment bien terminer le repas avec une tartine comme ils appellent ça. Beurre confiture même s'ils ont déjà mangé ! Ils ont mangé normalement mais il faut qu'ils finissent comme ça.
- Oui...
- Après je leur explique ce qu'il en est, je leur demande de réfléchir sur ce qu'ils peuvent mettre en place. Je suis là pour leur expliquer, leur apporter l'information et à partir de là c'est... Je ne suis pas très strict sur le traitement du diabète, je n'ai pas de régime draconien, je n'ai pas d'exigence comme certaines personnes et j'essaie d'éviter l'échappement des patients. Parce que quand vous lui interdisez une chose, il ne va pas forcément respecter ça.
- Oui...
- Je leur demande de garder une certaine raison, de se faire plaisir de temps à autre, même s'il faut augmenter de quelques unités d'insuline ou prendre un comprimé supplémentaire pendant quelques temps... Leur HbA1C est bien stabilisé. Ceux qui s'écartent, je peux leur expliquer mais je ne peux pas les forcer à le faire. C'est une alliance thérapeutique et c'est aussi une adhésion. Et ça on le sent, c'est chez les patients qui souhaitent le faire... Mais quand on est autoritaire et qu'on veut imposer telle ou telle chose, non ça ne marche pas.
- D'accord... et vous avez dit que vous aviez 4 patients diabétiques de type 1, et les autres diabétiques de type 2... Vous différenciez...
- Surtout des types 2 !
- Surtout des types 2 voilà, est-ce que vous faites une vraie distinction entre ces types de patient par rapport à la relation que vous entretenez avec eux... ?
- Non. Les jeunes qui ont le diabète de type 1, je préfère travailler avec des confrères hospitaliers pour poser une éducation dès le jeune âge pour qu'ils puissent comprendre ce que c'est et pour qu'ils soient bien accompagnés... Et curieusement, plus besoin... Ils arrivent à continuer eux-mêmes. Je reste toujours leur référent entre guillemets.
- Oui...

- C'est ce que je cherchais avec tous mes diabétiques et avec les autres patients d'ailleurs. Qu'il y ait cette alliance thérapeutique, cette confiance. Qui permet au patient de me dire « j'ai pas supporté ça », « j'ai pas fait ça », « j'ai déconné, j'ai fait des bêtises »...
- D'accord... et est-ce que... est-ce que... Pardon...
Est-ce que vous vous voyez, d'une certaine manière, en vos patients ? Ces diabétiques de type 1, ces jeunes diabétiques de type 1, est-ce que vous voyez votre image parfois... ?
- Peut-être une pensée peut venir à un moment donné, mais sincèrement non. Je me mets toujours en place du soignant. Et je fais comme si j'étais le patient mais je ne suis pas le patient.
- Oui...
- Je crois que vous définissez un moment donné qui ressemble un peu à l'empathie si vous voulez. Pour comprendre le patient, pour l'accompagner, on essaie de se mettre un petit peu à sa place comme si on était ces patients-là, mais on n'oublie jamais qu'on ne connaît pas le patient. Qu'il a sa propre vie, qu'il a sa propre profession, sa propre famille, relation... Et ce n'est pas la nôtre. C'est toujours utile d'être empathique, comme si on était le patient sans jamais oublier qu'on n'est pas le patient.
- D'accord...
- J'apprends à mes internes et aux étudiants en médecine que je forme, à prendre en compte la globalité du patient. Je ne suis pas que biomédical, ça ne m'intéresse pas. Ce qu'on appelle biomédical, médico-social, l'environnement, et tout ça rentre en jeu lorsqu'on décide de prendre en charge un patient. Que ce soit un diabétique, un hypertendu, un hypercholestérolémique, c'est pareil.
- Oui... D'accord... Est-ce que dans cette relation... Là vous me parlez d'empathie finalement, de se mettre à la place du patient...
- Non, pas de se mettre à la place du patient mais comme si on se mettait à la place du patient sans jamais oublier qu'on n'est pas le patient C'est la définition de l'empathie si vous voulez. On essaie de se positionner à la place du patient pour le comprendre. Mais on n'est pas le patient... On n'oublie jamais qu'on est le soignant et lui le patient.
- Hum hum...
- Le fait d'assimiler le patient dans son comportement, sa façon de vivre, sa vie de tous les jours, ses difficultés, permet de comprendre au milieu comment on peut mettre un traitement. Je ne le confonds pas avec moi. Parfois j'ai été négligeant quand je suis de garde, quand j'ai beaucoup d'activité, j'ai dérapé parfois... Je saute les repas de midi, des choses comme ça... Je n'assimile pas ça à moi, les patients veulent sortir et prendre un verre, et bien pourquoi pas. Pas trop... Ils ont le droit de s'amuser en communauté ! Déjà il faut qu'ils fassent le deuil de leur maladie, tout en sachant que c'est une maladie à vie... Les gens sortent, ils vont prendre l'apéritif, ils vont voir telle personne, ils prennent un apéro par ci par là... S'ils prennent l'habitude de prendre autre chose que de l'alcool ou qu'une boisson sucrée, c'est déjà bien !
- Oui.
- J'essaie de faire de cette façon-là, de les accompagner dans leur vie sociale, professionnelle aussi. Parfois ils viennent dire « docteur, on peut pas, on peut pas... » parce que les conditions ne le permettent pas. C'est compliqué et ça nous pose beaucoup de problème. Je l'entends bien, « comment voulez-vous faire, et comment pouvez-vous faire pour amoindrir le risque ? ».
- D'accord...

- Le patient est toujours acteur dans sa prise en charge. Je suis peut-être laxiste mais je crois que mes patients réussissent bien, n'ont pas trop de complications jusqu'à là. Ils mènent une vie assez agréable pendant un temps assez long. Tous ceux que je suis depuis 35 – 36 ans.
- D'accord...
- Et l'avantage de connaître le mieux mes patients, parce que je suis médecin de famille en même temps. Je connais les grands parents que j'ai suivi quand ils étaient adultes, j'ai leurs enfants qui sont devenus parents et les enfants de leurs enfants qui viennent me voir aussi. J'ai connaissance de la famille en même temps.
- Bien sûr...
- L'esprit de l'ancien médecin, sans avoir la position du « médecin je suis dieu », non, c'est pas ça.
- Oui, c'est différent... Et pour vous, est-ce que le fait que vous soyez diabétique dans votre relation avec ce patient diabétique, pensez-vous que c'est un avantage ou un inconvénient d'être vous-même diabétique ?
- Je pourrais leur parler de leur maladie plus facilement que quelqu'un qui n'est pas diabétique. Je suis passé par certaines épreuves, pour lesquelles je me trouvais en difficulté et j'essaie de leur dire « il se peut que vous arriviez dans telle ou telle situation et c'est à vous de faire attention. C'est quelque chose qui fait partie de votre diabète, essayez de l'anticiper ou de le prévenir pour ne pas tomber dans le piège. C'est à dire d'un coma ou d'une acido-cétose, quelque chose comme ça... ».
- Hum hum...
- Lorsqu'ils font une activité physique, ça dépend de leur âge ou lorsqu'ils font du jardinage assez longtemps ou par exemple ils font une sortie, un grand trajet des choses comme ça.
Il y a des choses qu'on n'a pas dans les livres, qu'on apprend soi-même même lorsqu'on a été pris en difficulté dans certaines situations qui ne sont pas annoncées, qui ne préviennent pas. Tous mes diabétiques, ils savent bien qu'il faut qu'ils aient deux ou quatre morceaux de sucre enveloppés dans leur poche.
- Donc l'expérience vous permet d'apporter des conseils... ?
- Des conseils je peux leur relater. Je ne dis pas que c'est moi qui suis passé par là, je dis que telle ou telle chose peut arriver... Il y a des malades compétents. Je pense que je peux me considérer comme un malade compétent en plus d'être médecin.
- D'accord... vous prenez l'exemple de quelque chose qui peut arriver, vous ne vous référez jamais à votre propre expérience... ?
- Mon expérience médicale est quelque chose, mon expérience de diabétique en est une autre. Parfois mon expérience de diabétique n'est pas forcément marquée dans les livres, parce que les livres tiennent compte du diabète mais ils parlent très peu de la globalité du patient. C'est à dire du contexte psycho-social, de son environnement, de sa vie... Et si on n'en tient pas compte chez le diabétique, je crois qu'on n'a pas d'alliance et que le diabète risque d'être un peu à la dérive par moment... Le patient peut se tromper, faire certaines bêtises, faire certains écarts parfois ce n'est pas très grave. L'important c'est qu'il en soit conscient, qu'il trouve la manière pour les corriger. S'il attend que le médecin lui disent « corrigez ça, corrigez ça, corrigez ça », peut-être qu'il ne pourra pas compte tenu de sa condition psycho-sociale, professionnelle ou familiale... Donc il faut qu'il trouve les moyens.
- Oui, bien sûr... Donc à ce moment-là, de ce que j'entends, vous ne leur dites pas que vous même vous êtes diabétique et vous ne leur parlez pas de votre expérience...
- Je leur parle de l'expérience des personnes qui ont du diabète. On recueille beaucoup d'informations des autres patients et de leurs difficultés. Du côté positif comme du

côté négatif... C'est un cumul d'informations, qu'on garde souvent et puis s'il y a une situation qui y ressemble, on dit « j'ai un patient qui faisait ça, qu'en pensez-vous ? Est-ce que vous pouvez l'appliquer pour vous ? Est-ce que ça marchera ? ». Ce qu'on appelle la notion d'un malade compétent.

- Oui, bien sûr, mais toujours en parlant des autres patients, jamais de vous...
- Non, je ne pense pas que ça puisse entrer en jeu. Peut-être un ou deux patients doivent le savoir, beaucoup plus mes assistants, mais certainement pas mes patients.
- D'accord. Donc ce n'est pas une confession que vous faites de manière systématique ?
- Non, je ne pense pas aller jusque-là. Je garde toujours ma position de médecin de famille. Je n'ai pas à exposer ma vie privée... et mon état d'âme j'essaie toujours de le montrer avec un visage le plus adapté pour les patients. Je ne me fais pas soigner en soignant mes patients.
- D'accord...
- Mais j'ai fait une analyse suffisante dans ma pratique pour être confiant. Un retour sur expérience et l'analyse. Depuis plus d'une quinzaine d'années, c'est la chose que je fais avec les médecins que je forme. Pas que des internes, il y a des praticiens installés parce que je fais partie d'un groupe en tant que formateur et animateur d'un groupe qualité. Je ne sais pas si ça existe dans les Bouches-du-Rhône ?
- Huumm... Pas à ma connaissance mais je ne suis encore qu'interne.
- (*Rire*). Des médecins libéraux installés en cabinet en ville qui se regroupent...
- Oui !
- Presque le groupe de pairs si vous voulez mais ce n'est pas un groupe de pairs parce que les thèmes sont imposés.
- Oui, oui, ça existe dans les Bouches-du-Rhône ou dans la région PACA je vous rassure... (*rire*)
- Région PACA oui mais Bouches-du-Rhône je ne sais pas...
- Probablement oui...
- Oui ça existe dans les Bouches-du-Rhône, c'est l'URPS qui s'en occupe.
- Si vous le dites...!
- Il n'y a pas beaucoup de région qui en ont... Celui qui fonctionne le mieux c'est celui des *** je crois, la *** et la ***... Surtout les régions du nord qui sont assez actives. Pour l'amélioration de la qualité de la pratique, sans restreindre la pratique du praticien, sans l'obliger, il découvre de lui-même sa qualité.
- Oui...
- Rien qu'en réfléchissant à sa pratique.
- Hum... Formation essentielle...
- Ça fausse les choses de mon discours probablement comme je suis influencé par tout ça, mais c'est ce que je fais réellement.
- Evidemment, chaque personne à sa manière de faire les choses...
Pour revenir sur votre relation avec le patient diabétique, de manière plus générale, est-ce que vous vous sentez plus compétent dans le diabète du coup... ?
- Je ne pense pas. Je dois avoir un peu les mêmes qualités que les autres médecins, auxquelles s'ajoute mon expérience personnelle. Après, mon expérience personnelle c'est la mienne. Et que chaque patient a sa propre expérience et que dans la globalité, on est tous différents... La difficulté avec le médecin c'est d'essayer de comprendre l'expérience de l'autre. De ce patient-là pour savoir s'adapter. Pour adapter sa prise en charge et adapter à l'alliance thérapeutique elle-même.
- D'accord...
- Elle m'a permis de comprendre plus facilement que d'autres médecins peut-être je ne sais pas... Probablement ça a dû influencer, mais je ne les confonds pas.

- D'accord... et pour revenir à ce que vous disiez... je suis désolé je n'arrête pas de faire des aller-retour... par rapport au fait que vous ne le dites pas à vos patients, vous ne le dites pas pour rester dans votre position de médecin, et est-ce que vous souhaitez par là, garder l'image du soignant, du médecin, du docteur... ?
- Ni l'un ni l'autre, je suis médecin-soignant, je n'ai pas à leur exposer ma vie privée.
- Oui...
- Je crois que ça n'a rien à voir. Ce n'est pas une question de préserver l'image... Ils viennent me voir en tant que leur médecin de famille et ils viennent, eux, pour me parler des choses, mais ce n'est pas à moi de leur parler de moi. Ils ne veulent pas ça, même si ça peut les intéresser par moment de savoir, c'est plus par curiosité, saine ou malsaine je ne sais pas, mais ce n'est pas à moi de dire des choses comme ça.
- D'accord.
- On garde toujours sa présentation, son entité, en tant que médecin de famille. Après s'ils savent que j'ai un diabète, ça les regarde mais ce n'est pas à moi de leur en parler.
- Oui, ce n'est pas tabou pour vous... ?
- Non, absolument pas, mais je ne vois pas l'intérêt de leur en parler. Il n'est pas question de tabou par rapport à ça. Mes patients me parlent de tout ce qu'ils veulent, je leur parle de tout ce qu'ils veulent ! Et je ne m'immisce jamais dans leur vie privée et tant ils ne s'immisceront jamais dans ma vie privée.
- Ok...
- Vous êtes donc diabétique depuis l'âge de 20 ans, est-ce qu'il y a eu une modification avec le temps de votre relation avec les patients diabétiques, en prenant de l'âge, en ayant de nouveaux traitements...
- La prise en charge a beaucoup évolué, j'étais plus fermé au début quand ça a commencé avec des régimes rigoureux, très stricts... Et l'intelligence de l'être humain, l'intelligence des médecins fait qu'ils ont accepté une évolution, en devenant plus laxistes et plus ouverts. Et ils font plus confiance à leurs patients, on a accepté que les patients aient un pouvoir en même temps et on leur a permis d'être acteur de leur prise en charge. Et je crois que c'est la philosophie du diabète qui a évolué de lui-même.
- C'est votre propre évolution... l'évolution de votre relation avec le patient... ?
- Probablement, ça fait partie de l'évolution du diabète, et ça fait aussi l'évolution de chaque diabétique. Quand on a l'intelligence de comprendre que le patient a évolué, la société a évolué, son mode de vie, l'activité professionnelle et familiale ont évolué... Les loisirs et les désirs des uns et des autres évoluent en fonction du temps... Les besoins d'il y a 30 ans ne sont pas les mêmes qu'aujourd'hui.
- Hum hum...
- Les gens qui se mettent à être végan, végétariens, à manger bio... Il y a 30 ans je ne connaissais pas ça.
- Oui...
- Il faut faire avec ! (*rire*)
- (*rire*) D'accord...
Les thèmes que je voulais aborder pendant l'entretien ont été abordés... Vous m'en avez parlé en tout cas, et maintenant, parmi ceux-là, est-ce que vous auriez des questions, des choses que vous auriez aimé aborder dans ce thème de relation médecin diabétique – patient diabétique. Des choses dont vous n'auriez pas parlé et dont vous souhaiteriez parler... ?
- La partie affective des diabétiques. Parce qu'être diabétique c'est pénible et traumatisant pour le patient quand il sait qu'il a une maladie qu'il faudra suivre toute sa vie... Comme toutes les maladies chroniques. Et tout en sachant, qu'il a aussi, bien

qu'il puisse préserver tous les critères d'évolution avec l'alliance thérapeutique, avec attention particulière à son régime, à son activité physique, il va finir par avoir des complications, en fonction de la longueur de son diabète, de sa sévérité... Il faudrait qu'il soit préparé, à un moment donné, à avoir des complications. Et ça c'est une question qui est rarement abordée. Ni par les livres, ni par les diabétologues, ni par les personnes qui suivent... Ils attendent les complications arriver pour dire « ah oui c'est votre diabète ! ». C'est ce que j'entends avec mes confrères, diabétologues installés comme praticien hospitalier ou autre...

— Hum hum...

— Et c'est une question qui est malheureusement rarement abordée. Ça ne veut pas dire qu'il faut préparer un deuil, ça veut dire qu'il faut qu'ils sachent ce qui les attend. On peut perfectionner le plus possible notre poids, il y a malheureusement des complications qui vont arriver, le plus tard possible, c'est ce qu'on essaie de faire en travaillant ensemble... Je ne sais pas si vous l'aviez prévu dans votre questionnaire ?

— Non, je n'avais pas prévu d'aborder le thème de la prévention en particulier puisque du coup, comme vous l'avez entendu, je ne vous ai pas interrogé par rapport au diagnostic, au traitement, l'évolution...

— Le pronostic ça s'appelle.

— Oui, oui, le pronostic... Et je n'ai pas posé de questions en particulier sur ces étapes clefs de la relation et de la prise en charge de la maladie... Mais ça serait effectivement intéressant à aborder.

— Que le médecin ait un diabète ou pas, la question qu'on pense pouvoir aborder à un moment, probablement pas au début sinon ça va être le « père-fouettard » : « si vous faites pas ça, vous ne faites pas ça, vous allez avoir un problème du cœur, un problème des reins etc... ». Et ce n'est pas comme ça que ça marche...

— Oui...

— Après l'alliance thérapeutique, on peut aborder des questions comme ça. Ça nécessitera un peu plus de temps qu'une consultation... Un quart d'heure ne suffit pas forcément donc on essaie de le faire petit à petit, lors de différents bilans, consultations ou résultats.

— D'accord, très bien..

Je vous remercie beaucoup pour le temps que vous avez consacré à cet entretien.

— Je vous en prie.

[Arrêt de l'enregistrement]

Entretien MG5

- Bonjour, c'est Gauthier l'interne pour la thèse relation médecin diabétique – patient diabétique.
- Bonjour !
- Vous êtes disponible comme prévu pour l'entretien ?
- Oui, oui pas de souci.
- Très bien, alors déjà je dois vous informer que la conversation sera enregistrée pour permettre la retranscription plus tard, mais que toutes les données seront bien évidemment anonymisées.
- D'accord, ce n'est pas un problème. *(Rire)*
- C'est donc une étude qualitative pour laquelle je m'entretiens avec des médecins généralistes diabétiques installés ou remplaçants depuis quelques mois ce qui permet d'avoir un contact régulier avec les patients. Le titre de ma thèse est « Relation médecin diabétique – patient diabétique : étude qualitative ». Elle est dirigée par le docteur Sébastien ADNOT qui est médecin généraliste dans le Vaucluse.
- Oui oui, c'est un bon sujet je trouve...
- Je ne préfère pas vous en parler plus, de la raison pour laquelle j'ai voulu faire cette thèse pour ne pas influencer vos réponses mais bien évidemment nous pourrions en discuter à la fin de l'entretien.
- *(Rire)* Mes réponses oui...
- Pour commencer, pourriez-vous déjà me parler de votre relation avec le malade de manière générale, c'est à dire pas forcément le malade diabétique, mais votre relation de manière générale avec le patient...?
- C'est un de mes dadas ça tombe bien, mais je vais être court ! *(Rire)*.
Je suis un dinosaure de 67 ans et demi et pour moi la relation humaine prime avant tout et c'est pour ça que je suis, peut-être vieux jeu, mais pas très dématérialisation numérique et tout... Parce que ce que les gens viennent chercher chez un médecin généraliste à l'ancienne entre guillemets ; c'est le contact humain... Donc moi, si je continue de travailler alors que je suis à la retraite officielle depuis un an, c'est pour le plaisir et la richesse, dans les deux sens, des rapports humains. Donc moi j'oriente énormément mes consultations sur le côté relation humaine sachant que techniquement on se vaut tous j'allais dire. Surtout maintenant avec les examens qu'on a à notre disposition. Moi je privilégie beaucoup... Encore ce matin on a parlé de tout, de Manchester, de la politique, de la famille... On est le confident, on est le nouveau curé si vous voulez, le psy, on est tout ce qu'on veut. Et voilà, mon genre de médecine... mais je pense que c'est de ma génération, même si on ne va pas dire que chez les jeunes il n'y en a pas non plus hein... *(rire)* même si ça sera peut-être un peu plus difficile avec l'ARS et tout... Moi voilà, c'est des relations très très enrichissantes des deux côtés.
- D'accord...
- Et en premier le sens de l'écoute si vous voulez.
- Ok, sur l'écoute... Et lorsque c'est à vous de parler et d'orienter un peu la consultation, comment ça se passe ?
- Déjà je leur demande, ce que ne font peut-être pas mes confrères, je prends le temps de leur demander, quand je les connais bien, des nouvelles du papa, des enfants, de leur métier, du milieu professionnel... S'ils veulent bien hein. Mais ils jouent facilement le jeu... La moitié de ma consultation est basée sur leur ressenti, leur bien-

- être ou leur mal être... Je leur dis « où vous en êtes de votre boulot ? », « vos enfants travaillent bien à l'école ? », « vous partez en vacances ? »... bref...
- D'accord, et lorsqu'il s'agit plus du côté biomédical on va dire, comment ça se passe à ce moment-là dans la consultation ?
 - Soit le patient vient pour un symptôme donné et là je fais de la médecine classique avec un examen, un interrogatoire... classique... Des examens paracliniques s'il faut... Une ébauche diagnostic ou un diagnostic, un traitement... Voilà. En essayant bien d'expliquer le pourquoi des médicaments, la démarche et puis c'est dans la deuxième partie, surtout quand je les connais moins bien, que j'essaie de les cerner un peu plus sur le plan humain et vice versa. Je leur dis un peu qui je suis etc... Et sinon c'est une consultation classique à laquelle je pense rajouter 5 minutes de relation, presque non médicale, en sachant que c'est tellement intriqué. En sachant qu'il y a une part de fonctionnel dans les consultations...
 - D'accord...
 - Je crois que je n'ai rien inventé hein... (*rire*)
 - (*rire*) Et lorsqu'il s'agit de prendre une décision, comment...
 - Alors maintenant je crois beaucoup en l'expérience (*rire*). Donc je pense les prendre relativement vite et sans stress et rapidement... Moi je me pense meilleur médecin, enfin vous ne me connaissez pas mais ce n'est pas de l'orgueil, enfin... Ça ne me pose plus beaucoup de problème maintenant, enfin sauf parfois où je me trouve devant un gros problème mais là : examens, recours aux spécialistes etc... Mais je pense prendre des décisions assez rapidement, très rapidement même. Ça se traduit aussi dans ma manière d'être dans ma fonction d'écu, c'est un peu pareil (*rire*).
 - D'accord... et quand je vous parle de décision, je ne parle pas de votre décision à vous, mais comment vous orientez vos patients par rapport à tel traitement, telle thérapeutique...
 - Je leur explique, soit c'est du classique et je leur dis « vous avez telle maladie, il y en a beaucoup en France, c'est ci, c'est là... » ou « vous avez de l'arthrose, on va faire une radio », je les traite tout de suite symptomatiquement et après je leur dit « voilà ce qu'on peut essayer de faire pour être préventif ». Je crois que j'explique beaucoup, je leur donne une ouverture sur le traitement qui va suivre après, j'essaie de ne pas répondre simplement à un besoin immédiat avec une ordo qui sort toute prête de l'imprimante. Ce n'est pas négatif ce que je dis, c'est vraiment une différence de philosophie...
 - D'accord, donc vous n'êtes pas dans le paternalisme...
 - Dans le paternalisme ?
 - Oui.
 - Non, c'est plus dans la confiance réciproque et l'explication.
 - D'accord, donc au final c'est le patient qui prend sa décision...
 - Oui voilà, je lui dis « qu'est-ce que vous en pensez ? », « vous êtes d'accord ? ».
 - Et est-ce qu'à ce moment-là avec vos patients, vous vous considérez comme « médecin-remède » ?
 - Oui. Je pense que rien que de me voir (*rire*), il y a trois quart des gens qui ressortent guéris ! (*rire*). Je pense que le médecin de 60 ans et plus, c'est le médecin remède. C'est un très bon terme que vous avez trouvé là que je n'avais encore jamais trouvé ! (*rire*)
 - C'est Balint qui l'a trouvé ! Michael Balint qui a trouvé ça il doit y avoir 60 ans je crois. (*rire*)
 - Ah ! D'accord, c'est intéressant, ok.

- On en rediscutera si vous voulez. Donc cet effet « médecin-remède » est favorisé par l'âge selon vous ?
- Alors, par plein de choses. Il peut y avoir des jeunes qui sont aussi très extravertis, je crois qu'il faut être extraverti dans ce métier. Qui privilégient les relations humaines, très à l'écoute, ce n'est pas forcément une question d'âge.
C'est moi qui ramène ça à l'âge peut-être d'une manière fautive parce qu'actuellement les jeunes médecins sont formés d'une manière plus scientifique, plus technique que nous. Ils ont moins le temps aussi avec le manque de médecins, donc ce n'est pas un problème d'âge. C'est plus un problème de comment on conçoit son métier et puis notre société malheureusement fait que... Malheureusement il faut travailler plus à la chaîne parce qu'il y a un manque flagrant. J'en entendais parler ce matin à la radio « il y n'y a plus de médecins ». Bref... J'ai tort quand je dis... Avec les médecins de ma génération, on a plus été formés comme ça donc c'est peut-être plus évident mais il y a des jeunes médecins qui ont envie de faire de la médecine générale et puis qui ont exactement la même philosophie...
- Hum hum, bien sûr...
- C'est sûr hein...
- Oui... Très bien... Est-ce que maintenant vous pourriez me parler de votre diabète ?
- Alors mon diabète a été découvert par hasard, moi j'étais en assez bonne forme et puis j'ai fait une colique néphrétique en juillet 2015, en plein cabinet... Et puis entre deux patients, je vais uriner dans mon lavabo et puis hop, un petit calcul entouré d'un petit caillot de sang qui sort. *(rire)*
- *(Rire)*, Oui ...
- Coup de chance mon cabinet commençait à 7h du matin mais se terminait vers 9h30 donc je suis allé à la clinique *** qui est à côté et mon correspondant depuis longtemps, qui est urologue me dit « Ah pour une fois qu'on te voit ! ». Vous savez les toubibs, on se soigne ou trop, ou pas assez. Et bien moi pas assez. Et il me dit « Pour une fois que je t'ai ! » alors j'ai eu droit à tout : scanner, radio... Et puis j'allais partir, un peu indestructible, et puis le biologique qui me dit « Youhou, viens là ! » : 4 grammes ! *(Rire)*. 11% d'hémoglobine glyquée !
- Ah... *(rire)*
- Et après c'est vrai que je me suis dit que j'avais souvent soif, que c'était parce que j'étais un grand bavard ! *(Rire)*. C'est vrai que tu as une pollakiurie, mais tu te disais que c'était la prostate, arrivé vers 60 ans voilà. Donc je me suis tout de suite mis au régime, strict, strict... J'étais en surpoids, pour 1 mètre 75, je faisais 103kg. Très sportif jeune, et puis maintenant deux genoux à changer, une colonne bousillée et tout. Le syndrome du sportif qui a arrêté...
- Oui...
- J'attendais la retraite pour m'occuper de tout ça, et donc je suis allé voir une de mes amies, correspondante et diabétologue, en me disant « tu vas avoir droit à ton insuline ! » *(rire)*, elle me dit « non, non, si tu suis bien ton régime, en prenant des féculents deux fois par jour, 50g de pain le matin, des légumes, 100g de viande... », et j'ai perdu 30kg sur 6 mois, je suis à 75kg. Alors je ne vous dis pas, dans le village ils se sont dit « il a un cancer du pancréas ou il a un truc ! », puis elle m'a mis sous Metformine, 1000 matin et soir, et touchons du bois, j'ai eu mon dernier bilan il y a 2 mois qui est parfait.
- D'accord...
- Je crois que vous allez me parler de ça, mais l'intéressant pour moi, c'est que les diabétiques, je peux beaucoup mieux les prendre en charge. Les non insulino

- dépendants, parce qu'ils ont un exemple devant eux. Je leur dis « écoutez, voilà ce qu'il y a dans mon frigo, voilà ce que je fais : faites pareil quoi ! » (*Rire*)
- (*Rire*), d'accord...
 - « Et ne me dites pas que ce n'est pas possible ! » (*Rire*)
 - (*Rire*) Du coup, vous vous considérez comme un modèle pour vos patients ?
 - Ah non, attendez ! J'ai pas que ça, j'ai été opéré d'une cataracte juvénile à 40 ans, j'ai eu des décollements de rétine, des gros problèmes de yeux, je suis suivi à ***. Et bien quand on a eu des pathologies, c'est beaucoup plus facile de rassurer les gens et de leur dire « Voilà, j'y suis passé, j'ai été opéré d'une hernie, je suis rentré à 7h le matin et je suis ressorti à 11h et j'étais au cabinet le lendemain ! ». Les gens sont hyper rassurés ! Ça aide ! (*Rire*)
 - Que le médecin soit malade lui aussi...
 - Oui, et que du coup ils se disent « il nous comprend, il sait ce que c'est que d'attendre l'infirmière dans un lit » tout ça. J'entends souvent des malades me dire « oh on voit qu'il n'a jamais été malade le médecin, il ne comprend pas ce qu'on ressent », alors moi je leur dit « écoutez, j'ai eu 2 hépatites quand j'étais gamin, une jaunisse en revenant d'Algérie donc je suis resté 2 mois à l'hôpital, donc je sais ce que c'est et je vous comprends... ». Etre réveillé à 5h du matin par les femmes de chambre qui arrivent, voilà... Mais je ne veux pas dire qu'il faut avoir été malade pour être bon médecin ! Ça aide dans les relations justement, pour faire passer des choses.
 - Donc pour vous, il n'y a aucun tabou par rapport à votre maladie, au contraire...
 - Au contraire je m'en sers, j'en abuse presque ! (*rire*)
 - Vous en abusez avec vos patients...
 - Oui, je m'en sers même quand il n'y a pas de diabète pour faire perdre du poids. Ils me disent tous « on a essayé Weight Watchers, c'est pas vrai, ça ne marche pas »... Je leur dit « si, la preuve ! ». (*Rire*)
Je ne dis pas que j'ai raison, mais ça m'aide à essayer de les convaincre !
 - Oui, et du coup sans être un modèle, vous vous prenez comme exemple ?
 - Voilà oui, comme exemple. J'ai beaucoup plus de résultats depuis 2 ans qu'avant sur les surpoids, sur les diabètes, sur l'équilibre des diabètes non insulino dépendants. Ça je l'ai vraiment noté.
 - Oui, et est-ce que vous avez eu l'impression que votre patientèle a été modifiée par ça... ?
 - Ah... Si j'ai des gens qui sont venus me voir à cause de ça... ?
Oui, j'ai des gens qui sont venus. Alors bon ça m'embête parce que j'ai bien assez de patients, je leur dis « je vais vous dire ce que je fais et puis retournez voir votre médecin traitant ». Dans les petits villages, tout se dit... J'ai eu des patients qui sont venus me voir en disant « On vous a vu en photo », surtout en étant un personnage public en plus... « On vient vous voir parce que vous avez un truc ».
 - D'accord... Vous avez « un truc »... par rapport à ce diabète ou...
 - Par rapport à la perte de poids et au diabète, les deux. Il y en a qui savent que j'ai un diabète, d'autres qui ont simplement vu la perte de poids... C'est vrai que ça a amené une patientèle oui, vous avez raison.
 - Et avec les patients diabétiques, est-ce que vous avez quelque chose de différent avec eux... votre relation est-elle différente ?
 - Oui oui, quelque chose comme « bienvenue au club ! ». (*Rire*). Je pense qu'ils ont l'impression que je les comprends mieux, et même leurs difficultés à résister à la part de gâteau d'anniversaire quand c'est l'anniversaire de leur fille... Oui je pense que ça a modifié nos rapports.
 - « Bienvenue au club »

- Oui, exactement (*Rire*).
- Est-ce que vous essayez de les faire ressentir en miroir par rapport à vous ou est-ce que vous même vous vous ressentez un peu en miroir par rapport à eux...?
- C'est les deux... On est tous avec les mêmes complications... « Peut-être parce que maintenant j'ai les mêmes craintes que vous, ou j'en ai plus... Du coup je suis peut-être un peu plus exigeant avec vous ». Ce n'est pas un problème d'exemplarité, c'est un problème de dire « Je vous soigne du mieux possible comme je ferais pour moi ».
- D'accord...
- Je crois que c'est valable pour toutes les maladies. J'ai des collègues qui ont eu des stents, je pense que les malades ont peut-être plus confiance en un médecin qui a eu les mêmes problèmes... Ils se sentent mieux compris. C'est ce que je ressens en tout cas...
- Avec ces patients, dont vous faites partie du même « club », est-ce que vous avez l'impression de plus tomber dans la sympathie... ?
- Non... Parce que j'ai la chance d'être dans la sympathie avec 99,8% de mes patients !
- (*Rire*), donc pas de changement par rapport aux autres...
- Non...
- D'accord... vous avez découvert ce diabète il y a 2 ans à peu près, quand vous leur avez annoncé, quelle a été leur réaction ?
- « C'est les cordonniers les plus mal chaussés, bravo ! » (*Rire*). « Vous pouvez bien demander de nous faire des bilans et ne pas vous en faire à vous ! » (*Rire*).
- L'arroseur arrosé...?
- Voilà, (*Rire*). Par contre, avec les nouveaux, j'ai moins de problème pour leur demander des bilans en leur disant « Regardez ce qu'il m'est arrivé, on ne sait pas ce qu'on peut avoir même si on se sent en forme... ». C'est une aide aussi...
- Et quand vous avez annoncé à ces patients qui vous connaissaient...
- Ces patients m'ont vu perdre 30kg en un an, ça se voit... Je les ai rassurés surtout. Je l'ai jamais dit de moi-même, mais ils m'ont dit « Mais qu'est-ce que vous avez ? », ou alors « Bravo vous avez fait un beau régime, vous étiez motivé ! », alors je leur répondais « J'ai pas trop de mérite, parce qu'en fait j'ai eu la trouille... ». Et puis après on discute... A chaque fois c'était un questionnement de ma patientèle...
- Ce n'est pas vous qui avez annoncé, c'est...
- Ah non non, pas du tout ! Je ne suis pas Macron, je ne fais pas passer ***. Ils m'ont vu fondre, changer de vêtements... Alors certains se sont dit « il y est arrivé depuis le temps », et puis d'autres qui se sont dit « il a quelque chose ». Donc c'est toujours les questionnements des gens au départ.
- Oui, toujours le questionnement des gens...
Très bien... Alors voilà, vous avez un peu répondu à tous les thèmes que je souhaitais aborder... Est-ce que dans cet entretien, qui a été assez rapide et pour lequel je vous remercie, vous auriez aimé qu'on parle de quelque chose de plus que nous n'avons pas abordé... Dans cette relation médecin diabétique – patient diabétique.
- Non, on a bien tout abordé... Après je n'ai pas la réponse, mais avoir la force de persuasion... On est assez formé là-dessus. Notre attention est assez attirée par l'ARS, l'HAS... C'est d'arriver à faire de la prévention. Parce que c'est difficile de demander des bilans à des gens qui viennent pour une petite ordo, pour une angine... En leur disant « tiens ça fait 2 ans que vous n'avez pas eu de bilan... ». C'est la difficulté peut-être pour le médecin, même si c'est complètement remboursé, de l'envoyer au laboratoire pour faire faire du dépistage.
- Sur la prévention donc...
- Moi le premier vous voyez parce que...

- Et vous pensez que votre propre expérience de la maladie...
 - Alors moi oui, dans ma conduite à moi ça m'a fait évoluer, j'essaie d'être plus rigoureux.
 - Donc au final, ce qui n'a pas été abordé, c'est avec les patients qui ne sont pas encore diabétiques on va dire...?
 - Oui, avant j'étais peut-être moins inquiétant... Maintenant je leur dis « Attention, regardez ce qu'il m'est arrivé ». Et puis à d'autres patients « Allez on va suivre ça de près, il ne faudrait pas que ça aille plus vite qu'on ne le pense donc on va faire des bilans plus rapprochés... ».
 - D'accord... Très bien. Et bien je vous remercie beaucoup.
 - Bien content de participer à votre thèse, surtout que c'est intéressant !
- [Arrêt de l'enregistrement]

Entretien MG6

- Bonjour ****, c'est Gauthier MANEVAL, l'interne qui fait sa thèse sur la relation médecin généraliste diabétique – patient diabétique.
- Bonjour !
- Vous êtes disponible ?
- Oui oui. Il faut Skype par contre ?
- Non, ce n'est pas la peine.
Vous m'entendez bien ?
- Oui, c'est bon.
- Moi aussi, alors tout va bien.
J'ai donc décidé de faire les entretiens par téléphone, ça me semblait plus simple.
- Oui c'est plus facile. *(rire)*
- Oui *(rire)*. J'ai quelques informations à vous donner avant de débiter l'entretien...
Déjà vous dire que la communication sera enregistrée mais bien entendu anonymisée dès la retranscription par écrit.
- Oui, par écrit, ok.
- C'est donc une thèse de médecine générale, une étude qualitative sur la relation médecin généraliste diabétique – patient diabétique, dirigée par Sébastien ADNOT, un médecin généraliste installé à Carpentras dans le Vaucluse.
- D'accord.
- Voilà pour les informations et je ne vous en donne pas plus sur les raisons de mon étude pour ne pas orienter vos réponses ou les fausser.
En premier lieu, est-ce que vous pourriez me parler de votre relation avec le malade de manière générale, pas forcément le diabétique...
- Ah oui, ce sont des questions très très ouvertes ! *(rire)*
- *(Rire)* Oui c'est un entretien semi dirigé, donc je dirige un peu et je vous laisse exprimer ce qu'il vous passe par la tête, ce que vous avez envie de me dire...
- Oui, alors moi d'une manière générale j'essaie d'être à l'écoute, après j'espère que je le suis. Je suis installée depuis 5 ans donc je me rends compte que je commence à bien connaître mes patients et qu'ils commencent à bien me connaître aussi. Après, euhh... c'est difficile comme question ! *(rire)*
- Comment vous amenez les choses avec vos patients, comment vous délivrez les informations après l'écoute, comment vous orientez un peu les consultations... ?
- Oui, alors je pose des questions ouvertes en début de consultation, après je redirige un peu quand ça part dans tous les sens forcément...
- Hum hum...
- J'essaie de les laisser parler dans la mesure de mon temps disponible, donc ça dépend des jours... Et après, concernant l'information, j'essaie de leur donner des informations assez objectives...
- Oui...
- Enfin, je pense au cancer en particulier, souvent en tant que généraliste, on est les premiers, enfin pas les premiers mais souvent ça n'a pas été bien annoncé avant et c'est nous qui annonçons le diagnostic au patient et à la famille... Après, en fonction de ce que les gens ont envie d'entendre et sont prêts à entendre, je dis les choses assez clairement.
- Mais toujours en restant objective...
- Oui.

- Pas par rapport à ce que vous vous pensez de tel ou tel traitement mais vous donnez vraiment l'information...?
- Je donne l'information, les traitements je n'ai pas d'avis et je le dis aux gens parce qu'honnêtement je ne les connais pas (*rire*). Les protocoles, en particulier pour la cancéro euh...
- Et sans parler de cancéro, quand c'est une pathologie que vous connaissez, si par exemple vous avez un traitement à donner, quelque chose de plus simple que de l'amoxicilline pour une angine, comment vous apportez les choses, comment vous conseillez, comment vous orientez les gens...
- Oui, et bien en fonction des recommandations. Je leur dis toujours que c'est sur des grandes études, pas juste sur une patientèle de médecin. Enfin ça c'est quand ils sont réticents hein ! (*Rire*)
- (*Rire*) Bien sûr...
- (*Rire*) Et après, en fonction des données de la science qu'on a aujourd'hui, qui changent aussi beaucoup...
- Oui, et donc c'est toujours le patient qui décide... ?
- Oui.
- Voilà, donc vous n'êtes pas dans une relation paternaliste d'après ce que j'entends...?
- Non. De toute façon s'il ne veut pas les prendre... Enfin je leur demande bien avant de les prescrire parce que s'ils ne les prennent pas, je ne les prescris même pas.
- Donc vous donnez l'information, et en fonction de ce que le patient décide... la suite de la prise en charge dépend du patient...
- Oui, oui.
- Très bien... Et sans parler de cette suite de prise en charge, est-ce que vous pensez que venir chez le médecin, venir vous voir, est-ce que vous vous considérez comme un médecin remède ? C'est à dire que rien que le fait de vous voir, le patient est déjà en parti traité.
- Oui, pour beaucoup de choses ! (*Rire*)
Pour le psy en tout cas, ça c'est sûr. Même sans prescrire de médicaments, moi j'ai plein de patients qui n'ont pas de médicaments mais ils viennent régulièrement pour un suivi... Je ne dirais pas psychothérapie parce que je n'ai pas les compétences, mais ils viennent... même si je ne prescris pas toujours des médicaments.
- D'accord...
- Il y a parfois des gens inquiets qui viennent et en leur réexpliquant et juste en leur disant ce qui ne va pas, si on arrive à faire un diagnostic sur la consultation, ça suffit...
- D'accord... Donc vous vous prescrivez vous même...?
- Oui (*rire*.)
- Très bien... Alors après avoir parlé de votre relation avec le patient de manière générale, est-ce que maintenant vous pourriez me parler de votre diabète à vous, en tant que personne, de sa découverte, les traitements, ce que vous auriez à me dire...
- Je suis diabétique depuis 1991, j'étais en 3^e. De l'insuline directement forcément, avec une lune de miel d'un mois ou deux après. En 1991 c'était les NPH, les horaires stricts et pas trop de liberté.
- Oui...
- Et après j'ai fait des études, parce que je n'ai pas fait médecine directement, j'ai fait des études d'ingénieur avant, donc là je suis partie à *** et on m'a proposé la pompe. Enfin, j'ai fait un an d'ERASMUS en **** et là-bas ils posaient beaucoup

- de pompes à ce moment-là, en 1998. Et je suis rentrée et j'ai été mis sous pompe en 1998 à ****.
- Ok...
 - Et depuis je suis toujours sous pompe. Je vais être sous capteur Freestyle qui est remboursé demain ! *(Rire)*
 - D'accord *(Rire)*
 - J'ai eu 2 enfants et je n'en veux pas plus à cause du diabète... Après, je suis pas mal sur l'association des femmes diabétiques.
 - Oui... et vous, comment est-ce que vous vivez votre diabète...?
 - Je ne le vis pas mal, je l'ai accepté dès le départ. Je fais énormément de sport, j'ai fait des sports à risque et là je n'avais pas l'aval des médecins... J'ai fait beaucoup d'alpinisme à un moment donné, des cascades de glaces, des choses assez engagées aussi... Moi ça ne m'empêche pas de faire ce que je veux faire.
 - Vous ne vous sentez pas malade...?
 - Oui, et non. On peut dire « pas malade » mais avec toutes les contraintes du traitement quand même ! *(Rire)*
 - Evidemment...
 - Et de ce que j'entends, vous n'avez pas de complication de la maladie... ?
 - Non, j'ai une micro albuminurie limite et j'ai été mise sous petite dose d'IEC, mais c'est tout.
 - D'accord... donc plutôt un bon, entre guillemets, vécu de la maladie...?
 - Oui, je pense.
 - Très bien, et du coup vous l'avez découvert en 3^e vous m'avez dit, est-ce que je pourrais vous demander votre âge ?
 - Là j'ai 40 ans.
 - Ok, je vous remercie. Donc ça fait 20 à peu près...
 - Oui, 25 même.
 - Oui.
 - 1991 donc 26.
 - Oui, 1991, pardon.
Ça marche, alors on va avancer un peu plus et maintenant, après avoir parlé de la relation médecin malade de manière générale, de votre diabète, pourriez-vous me parler du nerf du sujet, la relation entre vous, médecin diabétique et vos patients diabétiques...? Qu'est-ce que vous pouvez m'en dire...?
 - De manière générale ? Ou type 1, type 2 ? Parce que je n'ai pas les mêmes relations...
 - Justement, dites-moi tout ce que vous voulez bien me dire... Vous avez carte blanche.
 - Globalement, je ne veux pas que les patients sachent que je suis diabétique. Il y a pas mal de gens avec qui je travaille qui le savent, mais les patients je ne veux pas trop. Après il y a deux – trois patients, diabétiques de type 1 justement, qui le savent, parce que ça s'est fait à des circonstances particulières. Il y en a une des deux qui était sur le forum, c'est moi qui lui avais donné l'adresse du forum des femmes diabétiques. Et une autre qui débutait une grossesse, sa diabétologue ne voulait pas la mettre sous pompe et elle, elle ne voulait pas non plus. Donc je lui avais montré pour la motiver. Après ça ne change pas grand-chose au niveau de la relation actuellement, si ce n'est qu'elles me posent des questions sur le diabète, plus qu'elles ne l'auraient fait avec un autre médecin je pense.
 - Oui... Elles sentent qu'elles peuvent vous poser tout type de question...?

- Oui, oui... Après j'en ai d'autres, je ne sais pas s'ils savent ou s'ils ne savent pas, moi je ne l'ai jamais dit. Je ne sais pas parce que dans certaines circonstances, vu les questions que je pose, je me dis qu'ils peuvent peut-être comprendre... par rapport aux médecins qu'ils ont rencontrés avant et qui n'y connaissaient rien au diabète, on peut le dire quand même ! (*rire*)
- (*Rire*). Des questions bien spécifiques, que seul un diabétique peut poser...?
- Oui... Après sur les types 2, je pense que... je ne sais pas comment dire... quelle relation... Euh...
- Il y a une vraie différence entre les types 1 et les types 2 en tout cas...?
- Oui, oui. Les types 2 il y en a beaucoup plus aussi... C'est plus dans un contexte de facteurs de risque, il y a le diabète en plus mais il n'y a pas que ça.
Ce n'est pas la même pathologie non plus...
Enfin moi je ne les considère pas comme ayant la même pathologie. La prise en charge n'est pas la même, l'âge n'est pas le même...
- Et le traitement non plus oui...
- Oui... Je pense que je suis plus souple et plus à l'écoute sur les types 2 sur tout ce qui est alimentaire, à ne pas imposer un régime strict. Je sais que je leur dis toujours que c'est pour toute la vie et pas pour 2 mois donc ce n'est pas la peine qu'ils se mettent des objectifs qu'ils ne pourront pas tenir sur le long terme. Qu'il faut changer d'habitudes de vie mais que ce n'est pas... qu'il ne fallait pas se mettre au régime absolument.
- Hum hum... Vous vous sentez plus à l'aise sur cette prise en charge alimentaire ?
- Oui, je pense oui.
- Qu'un médecin non diabétique pour le coup...?
- Oui, après sur les traitements je ne suis pas plus à l'aise que les autres ! (*Rire*)
Surtout sur les nouveaux traitements, ça c'est sûr. Par contre quand il faut passer sous insuline, ça je le fais.
- Oui, vous n'hésitez pas...
- Je le fais sans hésiter s'il y a besoin. Et je gère la mise sous insuline avec les infirmières, c'est quelque chose que je gère facilement.
- D'accord, vous pensez donc plus facilement que n'importe quel autre médecin on va dire...?
- Ah oui, j'ai des collègues qui ne le font pas ! Enfin, ils ne le font pas tout seul, ils font une hospitalisation avant... Ils ne le mettent pas en place à la maison.
- A ce moment-là, c'est votre expérience personnelle qui est un peu au-devant de vos connaissances scientifiques...
- Oui.
- (*Sonnerie de téléphone dans mon bureau...*)
- Donc vous ne l'aviez confié qu'à deux patients ?
- Officiellement il y en a deux qui savent oui.
- Officiellement il n'y en a que deux...
- (*Sonnerie de téléphone dans mon bureau...*)
- Je suis vraiment désolé, je ne suis pas dans mon bureau mais je vous appelle de l'hôpital... Bon, on ne devrait plus être dérangés.
- (*Sonnerie de téléphone...*)
- Ah non, excusez moi... Là on ne sera plus dérangé, j'ai tout éteint. (*Rire*)
- (*Rire*)
- De manière générale lorsque vous parlez de votre diabète, de votre expérience personnelle, sans avouer à votre patient que vous même êtes diabétique, comment vous avancez votre expérience sans vous mouillez entre guillemets...?

- Je n'avance pas trop mon expérience mais je pose des questions très... que tout le monde devrait poser. Par exemple, je demande les glycémies quand ils viennent me voir pour une gastro ou pour une infection, je pose la question des glycémies, pour savoir s'ils ne sont pas en hyperglycémies ou... et s'ils sont très hauts, savoir s'ils ont fait une cétonurie... et je pense que tout le monde ne le demande pas.
- D'accord, évidemment... Du coup votre manière de parler des choses, vos questions sont peut-être plus spécifiques par rapport à votre diabète, mais quand vous parlez d'éventuelles complications ou de la mise sous insuline par exemple, comment vous l'annoncez par rapport à ce que vous vous avez vécu...?
- Les complications je n'en parle pas trop (*rire*).
- Ok...
- Et après, la mise sous insuline, pour les personnes âgées, ça se fait avec une infirmière et je les prépare, je ne les mets pas du jour au lendemain. Quand l'HbA1c monte monte monte, je leur en parle et je leur dis que si ça continue à monter il faudra mettre l'insuline. Pour les inciter à faire plus attention et après en leur expliquant bien que même s'ils font attention, le diabète se déséquilibre et c'est l'évolution de la maladie qui fait qu'il y a besoin d'insuline et pas parce qu'ils font n'importe quoi au niveau alimentaire.
- Vous les rassurez...
- Je les rassure, et moi je travaille avec une infirmière ASALEE donc pour les complications c'est plus elle qui fait, je délègue un peu, parce qu'elle a plus le temps avec des consultations d'une heure. Et au niveau alimentaire, je lui en envoie pas mal, on travaille à deux en fait.
- Ok... Donc votre expérience personnelle, vous la considérez comme un avantage, par rapport à vos collègues qui ne sont pas diabétiques...?
- Oui, pour les patients je pense que c'est un avantage.
- A quel niveau pour les patients...?
- Je pense que c'est l'expérience et le vécu de la maladie qui font que je sais ce que ça implique... Je sais que je ne parle jamais de régime, je leur conseille une alimentation équilibrée que tout le monde devrait avoir... Et ce n'est pas ce qu'on apprend à la fac, pas ce que j'ai appris moi en tout cas ! (*Rire*)
- (*Rire*)
- On a des connaissances très théoriques qui ne sont pas du tout dans la vie pratique.
- Oui... vous avez la pratique...
- Oui.
- Et est-ce que vous pensez que ça vous permet d'être un meilleur soignant ?
- Meilleur je ne sais pas... euh... ça apporte quelque chose que la majorité des médecins, qui ne sont pas diabétiques, n'ont pas bien sûr.
- D'accord... Et est-ce que cette mise à profit de votre expérience a changé avec le temps, est-ce que vous l'utilisez d'une manière différente ?
- Je ne sais pas si c'est la mise à profit, après c'est vrai que je me suis installée directement donc ce n'est pas spécialement vis à vis du diabète et de mon expérience, c'est que j'apprends avec les patients tous les jours... Il y a des choses qui évoluent, mais par rapport au diabète je n'ai pas l'impression. C'est vrai que quand je me suis installée je me suis posée la question de le dire ou ne pas le dire aux patients. En particulier quand je faisais de grosses hypo... Sinon je ne pense pas que ça ait évolué...
- Et justement, vous avez décidé de ne pas le dire à vos patients, c'est par... est-ce que vous pouvez me dire pourquoi vous avez décidé de ne pas le dire...?

- J'estime que c'est privé et qu'ils n'ont pas à savoir. Après je suis quelques amis qui le savent mais les patients « lambda » j'estime qu'ils n'ont pas à le savoir.
 - Ok... c'est pour conserver votre vie privée et pas pour ne pas altérer votre image de médecin...?
 - Je ne dirais pas altérer, parce que j'estime qu'ils n'ont pas à savoir ça comme j'estime qu'ils n'ont pas à savoir où j'habite, (*rire*), c'est du même ordre... La nécessité d'avoir ma bulle de travail, et après je sors de ça et je suis chez moi.
 - D'accord... Et est-ce qu'avec vos diabétiques de type 1, vous voyez une sorte de miroir entre eux et vous...? Est-ce que vous vous voyez un peu en eux...? L'impression de passer de l'autre côté du bureau...
 - Je n'ai pas l'impression.
 - Vous restez du côté médecin du bureau...? La frontière est nette ?
 - Oui, la frontière est nette et c'est vrai que je ne m'identifie pas parce que c'est assez compliqué pour ces 2 patientes-là... Donc non je ne m'identifie pas.
 - D'accord... Ça marche...
Et bien je crois qu'on a fait un peu le tour des thèmes que je voulais aborder... Je suis désolé, du coup j'ai un peu plus dirigé l'entretien sur la fin pour aborder les thèmes essentiels de ma thèse...
 - Oui, il n'y a pas de souci. Et du coup vous êtes diabétiques je suppose ?
- [Arrêt de l'enregistrement]

Entretien MG7

- Allo bonjour, Gauthier MANEVAL.
- Oui, bonjour.
- Je vous appelle pour l'entretien, vous êtes disponible ?
- Dîtes moi un petit peu ce qui vous fait venir à moi en gros...? Ce qui vous fait venir à moi ?
- Déjà est-ce que vous m'entendez bien ?
- Oui oui parfaitement.
- Très bien, j'en profite pour vous dire que l'entretien est enregistré et qu'évidemment toutes les informations seront anonymisées une fois retranscrites par écrit.
- D'accord.
- Ce qui me fait venir à vous, comme vous dites, c'est le fait que vous soyez médecin généraliste et diabétique puisque je réalise une thèse qui s'intéresse à la relation entre les médecins généralistes diabétiques et leurs patients diabétiques.
- Hum, c'est vrai que moi je suis diabétique, je l'ai découvert par hasard mais c'est vraiment ce qu'on appelle un petit diabète. Je ne suis pas gros, je ne suis même pas en surpoids, même plutôt en poids minimum donc pour vous dire. Souvent les diabétiques de types 2 ont une surcharge pondérale ou sont obèses. Mes diabétiques sont surtout des diabétiques de type 2, à part deux ou trois qui sont de type 1, et le problème majeur est le surpoids.
- Ok... je vais donc vous orienter un peu dans la conversation et après vous aurez libre parole sur ce que vous souhaitez me dire...
- *Hum hum...*
- Est-ce que déjà je pourrais vous demander votre âge s'il vous plaît ?
- J'ai 65 ans.
- Et depuis combien de temps êtes-vous installé dans le même cabinet?
- Dans ce cabinet-là depuis 1990 mais j'ai fait 5 ans dans un autre cabinet dans un autre lieu. Donc j'exerce depuis 1985.
- Ok.
- Ces présentations étant faites, pourriez-vous me parler de votre relation avec vos patients de manière générale, pas seulement les patients diabétiques...?
- Je suis très empathique avec les patients. C'est un peu vague ce que vous me demandez là...
- Très empathique...
- Oui, j'exprime beaucoup d'empathie, j'ai ce caractère. Je ne râle pas, si quelqu'un ne veut pas suivre un traitement, je ne vais pas lui dire « j'arrête de vous soigner ». J'essaie de faire le maximum même si des fois c'est difficile... En essayant de comprendre les difficultés qu'il peut y avoir pour l'observance par exemple...
- En général vous délivrez l'information ou vous la délivrez en fonction du patient en face de vous ?
- Je délivre l'information, je la délivre assez souvent mais après ça m'arrive qu'après deux fois, trois fois, si le patient ne veut rien comprendre, je ne le fais plus systématiquement. Parce que je considère, si on parle du diabète, qu'on fait le maximum pour 90%, après si les gens vous leur dites « l'activité physique », pour moi ce n'est pas d'aller à la piscine, ce n'est pas de faire du vélo, c'est simplement marcher, aller chercher son pain, faire son ménage... ça fait partie de l'activité physique. Si les gens ne veulent rien faire, après une, deux, trois fois, après... Je suis

- moins intransigeant, je laisse faire. Mais en général, j'insiste au départ mais au bout d'un moment je considère qu'il faut qu'ils se prennent en charge eux aussi.
- Vous changez votre manière d'agir...
 - Oui, je considère qu'on ne peut pas faire tout à la place du patient.
 - Bien sûr...
 - L'information je la délivre plutôt oralement. Très peu utilisateur d'Internet, même pas du tout... Je ne leur dis pas d'aller chercher sur Internet parce que même moi je n'y vais pas. Je cherche plutôt dans ma connaissance, avec mes confrères spécialistes, avec les journaux, plutôt que... Malgré qu'on trouve maintenant tout sur internet.
 - D'accord... dans cette relation avec vos patients de manière générale, est-ce que vous en tant que médecin généraliste, vous vous considérez comme médecin remède ? Qu'en quelque sorte vous vous prescrivez... ?
 - Ah, oui je pense qu'il y a pas mal de gens qui viennent me voir, la majorité même, pour ça. Maintenant avec la pénurie de médecins, c'est de plus en plus de nouveaux patients... Les médecins autour de moi ne prennent plus de nouveaux patients et comme moi je suis en consultation libre, je les accepte, ils attendent dans ma salle d'attente. Je n'ai jamais refusé personne. Mais en général, j'ai une clientèle plutôt âgée, plus que la moyenne départementale. Par exemple, des personnes de plus de 70 ans, j'ai le double de la moyenne départementale. Ils viennent et c'est moi, beaucoup, comme remède. Ils ne viennent pas simplement chercher le médicament ou chercher à soigner une maladie par des médicaments.
 - Ils viennent directement chercher le médicament et pas l'ordonnance en fait...
 - Non, ils viennent quand même parce que, c'est ma personnalité, c'est comme ça...
 - Votre manière d'agir les soigne...
 - Oui, voilà. Peut-être aussi qu'il y a des gens qui viennent me voir parce que je suis très empathique et je ne râle pas souvent sur eux... Je suis de caractère assez égal. Je n'ai jamais mis quelqu'un dehors, enfin si une fois dans ma vie... Il avait été trop loin. Mais même le type qui commence à me casser les pieds, je ne dis rien, je le garde... Je ne l'exclue pas du soin...
 - Vous essayez toujours de rentrer dans la compréhension de l'autre...
 - Voilà.
 - D'accord... Je vous remercie, et pourriez-vous, maintenant, me parler de votre diabète. Du type, de sa découverte, du traitement, du vécu...
 - Le diabète je l'ai découvert à mes 60 ans comme ça. Je ne m'y attendais pas parce que je n'ai pas de diabétiques dans ma famille, donc j'ai fait une prise de sang et j'avais une glycémie un peu haute... Et puis je ne suis pas en surpoids, après j'ai attendu 3 mois, j'ai vérifié...
Et puis j'ai commencé à me traiter un an après. J'ai commencé par la Metformine tout bêtement. J'aurais pu rester à la Metformine parce que j'avais une hémoglobine glyquée autour de 6 – 6,2% maximum... Je me suis dit, autant rester le plus bas possible donc je me traite par inhibiteurs de la DDP4 avec la Metformine.
 - Vous avez ajouté ce traitement malgré une bonne HbA1c... ?
 - Oui, je voulais rester le plus possible à 6%, voire en dessous. Ce que je ne fais pas systématiquement chez un diabétique. S'il est à 6,5 en monothérapie, je le laisse en monothérapie. Un diabétique, s'il reste à 6,5 c'est bien. On ne demande pas qu'il soit comme les non diabétiques.
Du point de vue du traitement, je suis un peu plus sévère avec moi qu'avec mes patients. Mais peut-être pas du point de vue régime, parce que ça me permet aussi de faire quelques extras. C'est un truc personnel...
 - D'accord... c'était pour pouvoir un peu compenser... ?

- Voilà, éventuellement compenser un petit peu les écarts que je fais... C'est pour ça, je comprends la difficulté que les gens ont... Qu'ils aient du mal à se maintenir à un régime strict. Ce n'est pas toujours évident... Ça ne veut pas dire que je les absous complètement, parce qu'il y en a... entre faire des petits excès et ne pas faire attention du tout, il y a une limite.
- Oui, évidemment... Et vous, comment vous vivez votre diabète...?
- Ça ne me gêne pas trop... Si vous voulez... Je ne suis pas en surpoids et puis je ne suis pas quelqu'un qui fait de l'activité physique non plus... Mais le mardi je ne travaille pas, je transpire dans mon jardin. Enfin je peux prendre deux ou trois kilos mais je peux les reperdre aussi rapidement en ayant une activité physique un peu plus soutenue. Donc je le vis relativement bien parce que je ne suis pas en surpoids. Et puis je prends mon traitement assez régulièrement... même si ça m'arrive d'oublier. Mais généralement je suis assez observant.
- Donc au final, cette maladie vous la vivez bien ce qui vous permet de vivre comme tout le monde entre guillemets...
- Oui, je la vis relativement bien et je n'ai pas de complication particulière. Je n'ai pas fait d'épreuve d'effort, je n'ai pas fait de doppler... L'ophtalmo, je le vois tous les ans et demi, donc pas de souci avec ma vue. Je n'ai pas d'hypertension... J'ai arrêté de fumer depuis 2 mois... *(rire)*
- *(Rire)* Alors félicitations !
Ok, très bien... Et maintenant que l'on a parlé de votre relation avec le malade en général, de votre propre diabète, est-ce qu'on pourrait s'attaquer un peu au nerf du sujet... C'est à dire votre relation en particulier avec les patients diabétiques...?
- Honnêtement, je n'ai pas beaucoup changé d'habitudes parce que je suis diabétique. Je crois, je n'ai pas l'impression d'avoir changé de comportement... Je suis toujours dans les recommandations, je demande toujours une HbA1c tous les 3 mois même si moi je ne la fait pas tous les 3 mois... Je demande toujours où ils en sont avec l'ophtalmo. J'essaie de demander, dans la mesure du possible, un bilan cardio vasculaire tous les ans si possible, ou tous les 2 ans... Quand ils viennent avec une hémoglobine glyquée un peu haute, j'essaie de savoir ce qu'il s'est passé... Si ça a baissé je les encourage et je les félicite. J'ai des gens qui ont des hémoglobines glyquées qui sont assez hautes, quoi que je fasse. Je n'arrive pas à les faire baisser, ils ne veulent pas aller voir de spécialistes, ils ne veulent pas faire ci, ils ne veulent pas faire ça... Ces gens -là, je les soigne bien, je leur donne leur traitement et puis c'est tout. Depuis le temps que je leur dis, que je les mets en garde contre les multiples complications, ils ne veulent rien entendre. Après c'est un choix que le patient fait... Je ne vais pas leur dire « Monsieur je ne veux plus vous soigner si vous ne faites pas ça... », ce n'est pas mon caractère comme je vous l'ai dit au départ. Ils viennent chercher leurs médicaments tous les 3 mois...
- Par rapport à ce que vous me disiez initialement, c'est la même manière d'agir entre les patients qui n'ont pas de diabète ou qui en ont...
- Voilà, tout à fait. Je n'ai pas changé ma manière de faire avec les diabétiques parce que je me suis découvert un diabète.
- Vous ne vous sentez pas plus...
- C'est ce que je vous dis, ce n'est pas un diabète que j'ai depuis 45 ans... J'ai 65 ans, je n'ai pas de surpoids... donc si je faisais un peu attention je n'aurais plus de diabète... Je n'ai pas de complication actuellement, je le vis bien donc je n'ai pas plus peur pour moi... Après je suis comme ça, peut-être que d'autres... C'est ma personnalité. Je n'ai pas plus peur donc je n'ai pas de raison de changer... J'ai toujours fait la même chose, en étant assez strict au départ, en délivrant toutes les informations, en leur expliquant

bien ce à quoi ils doivent s'attendre, les complications et tout ça si leur diabète n'est pas bien équilibré.

Je n'ai pas changé d'attitude avec eux parce que je me suis découvert un diabète.

- Ok... Vous ne vous sentez pas plus empathique...?
- Plus empathique non, parce que je suis déjà assez empathique dès le départ... Je suis empathique de caractère mais pas plus avec les diabétiques que les autres.
- D'accord... Et est-ce que vos patients que vous suivez depuis 27 ans, sont au courant de la découverte de votre diabète ? Est-ce que vous en avez parlé...?
- Non.
- Vous l'avez entièrement gardé pour vous ?
- Oui, oui. Sauf quelques copains que je soigne qui sont au courant. Mais je ne l'ai pas du tout dit aux autres...
- Du coup, vous ne vous prenez jamais comme exemple ?
- Non.
- Par rapport à votre expérience personnelle de diabétique, est-ce que vous l'utilisez dans votre manière de prendre en charge...?
- Est-ce que j'utilise... non, non...
- Le vécu ou vos expériences, même si vous n'avez pas eu de complication chronique, des situations de complication aiguë, une hypoglycémie, ou au moins le début de la maladie...
- Non, je n'ai eu aucun problème de ce côté-là. Je n'ai pas eu d'hypoglycémie... Je n'ai pas d'accident aigu avec mon diabète. Je n'utilise pas ma manière de me traiter, ma manière de fonctionner. Peut-être des fois si, par exemple moi je ne déjeune pas le matin alors je ne prends pas mon traitement et je le prends à midi et le soir... Peut-être qu'avant je leur disais de bien le prendre le matin, de bien faire leurs trois repas... Si quelqu'un maintenant me dit qu'il n'arrive pas à manger, je n'insiste pas, je dis « ok si vous ne mangez pas, on est en bithérapie donc vous prenez votre traitement à midi et puis vous le prenez le soir ».
- Vous êtes moins regardant...?
- Comme moi je n'ai jamais déjeuné, je ne prenais pas mes traitements pour le diabète le matin mais je le prenais midi et soir, au repas. Sauf le week-end des fois quand je déjeune ou que je suis en vacances. C'est un truc que je transpose à des gens qui ne mangent pas le matin, je n'insiste pas et je leur dis que s'il y a pas 3 prises mais que 2 prises, ok...
- Voilà quelque chose où je pourrais dire que j'ai changé par rapport à avant mon diabète.
- Ok...
- Mais je ne vois pas d'autre chose que j'ai essayé d'appliquer...
- Vous m'avez parlé de deux trois diabétiques de type 1 que vous suivez, c'est vous qui les avez découverts...?
- Pour un oui, après il y en a d'autres qui sont diabétiques de type 1 que je vois de temps en temps. Mais il y en a un, malheureusement, que j'ai découvert à son adolescence et je le suis encore. Et actuellement ça a mal tourné, parce qu'il n'a jamais fait attention et maintenant il se rend compte que... parce qu'il commence à avoir des complications du diabète. Une artériopathie, il a eu une angioplastie...
- Ok... Et par rapport à vos diabétiques de type 2, vous avez une sorte de miroir par rapport à eux...? C'est à dire que vous vous identifiez un peu s'ils ont des complications par exemple, est-ce que ça vous renvoie à votre propre diabète...?

- Non, honnêtement jusqu'à maintenant non. J'en ai quand même quelques-uns qui ont des complications, mais pour le moment non, ça ne fait pas miroir, je ne me dis pas qu'il faut que je fasse attention pour ne pas devenir comme ça...
- Vous ne vous identifiez pas, et vous n'avez pas peur d'une projection en certains patients...
- Non, pas encore.
- Très bien... J'ai donc abordé les thèmes que je souhaitais aborder, est-ce que vous auriez aimé vous exprimé sur d'autres choses...?
- Euh... Non, je ne vois pas d'autre chose...
Voilà,
- Je vous remercie pour le temps que vous m'avez consacré.
- J'espère avoir pu vous aider...

[Arrêt de l'enregistrement]

Entretien MG8

- Bonjour***, comment vas tu ?
- Salut Gauthier, ça va je te remercie et toi ?
- Bien merci. Déjà pour commencer, est-ce que tu m'entends bien ?
- Très bien, et toi ?
- Oui, je t'entends très bien aussi ! (rire)
- (Rire)
- Parce que je mets le téléphone en haut-parleur pour enregistrer la conversation et d'ailleurs j'en profite pour aussi te dire que toutes les données de l'entretien seront anonymisées dès la retranscription par écrit.
- Ok, pas de souci.
- On va attaquer et puis on en discutera un peu plus juste après l'entretien ?
- Oui, très bien !
- Est-ce que je peux déjà commencer par te demander ton âge et depuis combien de temps tu es installé ?
- Alors j'ai 32 ans, et je suis remplaçant.
- Remplaçant mais tu remplaces au même endroit depuis combien de temps ?
- Là, je remplace de façon très très régulière depuis 2 ans et je vais passer collaborateur en janvier prochain.
- D'accord. Pour commencer, est-ce que tu pourrais me parler de ta manière d'agir avec tes patients... la relation que tu entretiens avec n'importe lequel de tes patients de manière générale, pas forcément un patient diabétique...
- Alors ce n'est pas très facile comme question mais je vais plutôt te répondre en utilisant les retours que j'ai de la part de mes patients... Ça va être la description qu'ils font de moi donc c'est comme ça que je me comporte in fine.
J'ai souvent des patients qui me disent que j'explique beaucoup et qu'ils apprécient. J'explique beaucoup mes consultations, je leur décris ce que je trouve, ce que je ne trouve pas. Je leur explique le traitement, pourquoi je leur arrête tel médicament... Je leur parle des études, des trucs que j'ai lus. J'ai beaucoup de patients qui apprécient mais après est-ce que c'est le contraste avec le médecin que je remplace peut-être. D'une manière générale, j'explique et j'explique beaucoup, je trouve que c'est très important que mes patients comprennent le pourquoi du traitement, pourquoi je refuse certaines de leurs questions... J'aime bien refuser (*rire*). J'aime bien dire « non » aux gens parce que je trouve que ça engage une discussion, les gens ne s'attendent pas forcément à ce qu'on leur dise non et derrière je donne des arguments, parfois ils ont les leurs et c'est assez intéressant... Je n'ai pas du tout une attitude patriarcale on va dire. C'est un peu quelque chose que j'ai fui de l'hôpital, je trouve que cette structure est très hiérarchique et très dominatrice des médecins à l'hôpital, et c'est vraiment quelque chose que je n'aime pas du tout dans la relation avec mes patients...
Alors parfois ça m'arrive d'être directif quand même quand j'estime qu'il n'y a que de cette façon-là... quand les gens ont besoin qu'on tape un peu le poing sur la table et qu'on leur dise « c'est comme ça », « je vous explique mais il faut qu'on aille dans ce sens-là »... Donc globalement, j'explique beaucoup, j'écoute pas mal et j'ai très souvent une pensée pour ce papier que j'avais lu une fois sur la très courte durée avant qu'un médecin coupe la parole à son patient. C'est quelque chose auquel je pense très souvent. Quand je coupe la parole je me dis « merde, déjà » ! (*Rire*)
- (*Rire*). Oui...

- J'essaie vraiment de laisser parler les gens...
Qu'est-ce que je peux te dire d'autre...
j'essaie d'être assez empathique avec mes patients je crois. Ça c'est vraiment une attitude... après c'est peut-être une histoire générationnelle aussi. On est une génération de médecins qui a vraiment baigné dans ça pendant ses études, on nous a sensibilisé à l'écoute active de nos patients et donc moi j'essaie vraiment d'avoir cette attitude-là d'écoute bienveillante, en laissant mes aprioris derrière moi quand j'en ai... Comme avec un patient avec qui au premier abord je me dis « ça ne va pas le faire ». Après c'est plus dans les choses que j'aime faire parce que je suis pas mal intéressé par les maladies chroniques, l'éducation thérapeutique etc, donc c'est vrai que pour tout ça, le fait de beaucoup expliciter, c'est important pour que les gens deviennent plus acteurs de leur traitement, notamment sur toutes les pathologies chroniques, c'est quelque chose sur lequel j'appuie beaucoup. Ça prend du temps donc c'est vrai que j'ai parfois des consultations qui sont assez longues... ou en tout cas je n'hésite pas à reconvoquer les gens. Leur dire « on s'arrête pour aujourd'hui », ou refuser les gens qui viennent pour un truc puis au dernier moment « ah j'aurais besoin de ça » etc, je leur dis « écoutez, la consultation dure tel temps, on ne peut pas tout faire, on essaie de remettre ça à plus tard ». Parfois les gens l'entendent, parfois ils ne l'entendent pas mais moi je sais que je travaille beaucoup comme ça en prenant ce temps-là, en me disant que j'investi pas tout de suite ! (*rire*) Et que ça prend peut-être du temps mais que derrière j'aurais des retombées positives. Et j'ai l'impression globalement, en tout cas sur mes remplacements fixes, parce que ça fait quand même deux ans que je suis dans ce cabinet-là, mais avant j'avais déjà fait presque un an et demi dans un autre cabinet... globalement j'avais plutôt des retours positifs sur cette attitude-là et j'avais l'impression que les gens avec qui j'avais pris du temps, sur la tension, sur le diabète... globalement j'avais l'impression que ce que j'espérais portait relativement ses fruits ! Donc je pense que je suis sur la bonne voie et qu'il faut que je continue comme ça ! (*rire*)
- (*Rire*) Ok, ça marche... Et donc de cette manière-là, tu donnes beaucoup d'information et c'est le patient qui décide...?
- On discute ensemble, mais oui, je donne beaucoup d'explications... Je peux te donner des exemples, par exemple, je suis un très gros déprescripteur je trouve, notamment sur les statines par exemple. La personne que je remplace de façon régulière, c'est un type de 60 ans, qui au demeurant est un très bon médecin, il y a beaucoup de choses sur lesquelles je suis d'accord, mais il suit peut-être les recommandations d'une époque et du coup il y a beaucoup de gens qui sont en prévention primaire sous statines, notamment des personnes âgées. Alors là, mon petit plaisir personnel c'est de virer les statines ! (*rire*). Donc souvent les gens, je ne le fais pas directement mais je leur explique « ce médicament-là baisse votre cholestérol, pourquoi il est prescrit, quel est son objectif et quels sont potentiellement les effets indésirables... », je leur dis qu'il est là en prévention primaire et qu'on prévient la survenue d'un infarctus ou d'un événement, qu'on calcule les risques sur 10 ans et que sur le nombre de patient... J'essaie d'expliquer avec les NNT... Et puis qu'on traite beaucoup de patients pour au final peut-être supprimer le risque chez un patient, et encore, ce n'est pas forcément prouvé pour la prévention primaire. Je leur explique et après je leur dis « je ne suis pas votre médecin traitant, je suis remplaçant, mais voilà, je pense qu'on peut raisonnablement arrêter ce traitement » et souvent les gens me disent « ok on l'arrête ». C'est le genre de truc sur lequel je peux y passer une consultation, du coup je raccourcis sur d'autres trucs qui roulent, par exemple le traitement anti hypertenseur, la tension est bonne... Typiquement c'est souvent sur des consultations

de renouvellement et sur 20 minutes, en 15 minutes tu as plié, et bien si tout roule, je me lance là-dedans.

Je l'ai fait beaucoup pour ça, et puis j'ai arrêté très tôt l'Olmésartan, le Olmetec et tout ça, j'en ai arrêté sur les premières alertes que j'avais captées il y a deux ans et demi, trois ans à peu près. En plus je me rappelle d'un patient que j'avais vu qui a fait une entérite, qui a été opéré et on lui a enlevé un bout de grêle donc voilà...

Sur ce genre de choses je passe pas mal de temps...

Je peux passer du temps sur quoi, euh... Les patients âgés, en prévention primaire ou secondaire, après 85 ans, les statines je les dégage, y compris chez des gens qui ont eu des infarctus. Il y a des papiers parfois qui estiment une baisse de l'autonomie, une majoration du risque de chute... chez ces gens-là, je pense vraiment que le bénéfice net n'est vraiment pas important ou pas suffisamment important sur le long terme, chez ces gens-là, qui est potentiellement assez court d'ailleurs... Je vires les traitements, mais je discute beaucoup avant de le faire...

— Tu donnes les informations...

— Et je décide avec les gens ! Sur les vaccins aussi, en ce moment pas mal... Mes grands chevaux de bataille en ce moment sont les statines et les vaccins...

Je ne veux pas dire que c'est une lutte perpétuelle mais il y a une confiance qui a été rompue... Sans parler des anti-vaccinaux purs et durs où là tu peux vraiment galérer, mais même chez les gens qui pendant très longtemps ont eu confiance dans les vaccins, sans discuter même si je n'aime pas trop ce terme... Maintenant il faut argumenter, il faut expliciter, il faut parler des études, parler des procès qu'il y a eus, des non-lieux notamment sur l'hépatite B, moi j'explique qu'il y a eu 15 ans de procédures, qu'il y a eu un non-lieu... Et ça j'y passe beaucoup de temps...

Et puis le troisième truc... les anti Alzheimer, ou certains médicaments psychotropes chez les personnes âgées. J'explique beaucoup pourquoi j'essaie d'attendre...

Ce sont mes trois dadas... et ça prend du temps... c'est pour ça que j'ai arrêté de faire des remplacements chez les gens qui consultaient toutes les 10-15 minutes, je ne pouvais pas bosser comme ça...

— Très bien... Et est-ce que pour toi, tu es dans le cadre d'un médecin remède ? Le patient vient te voir et est en parti soigné...

— J'aurais du mal à dire que je me considère comme un médecin-remède, le terme est....

Enfin j'imagine que si tu utilises le terme, c'est que ça doit exister dans ta biblio !

(rire). Oui... enfin je n'ai jamais trop réfléchi pour savoir si je pouvais être comme ça, mais je pense que clairement on peut se positionner comme ça dans un certain nombre de situations. Je suis très content quand j'ai eu une ou deux consultations dans la journée où les gens sont repartis sans ordonnance. Je suis hyper satisfait même si je n'y arrive pas tous les jours ! (rire). Ce sont des consultations typiques, de viroses, des trucs comme ça, et là notre rôle c'est l'éducation et de la réassurance, notamment en pédiatrie, il faut rassurer les parents. En ce moment, on voit à la caisse des éruptions type boutons de chaleur, les gamins ont chaud, ils ont un peu d'eczéma, des trucs comme ça... On a aussi plein de gens qui vont se balader en montagne et qui se sont fait piquer par des tiques donc je leur enlève et là pour le coup tu es vraiment le remède (rire) mais derrière c'est aussi de dire « Non, il n'y a pas d'antibiothérapie systématique », expliquer, expliquer, expliquer... Je suis très satisfait quand les gens repartent sans ordonnance d'antibiotiques et qu'ils repartent en te disant « Docteur je suis content parce que j'avais lu sur internet... » ou « La voisine m'a dit qu'il fallait absolument que j'aie me faire mettre sous antibiotiques », et je leur réponds « Non, il y a des papiers, il suffit juste de surveiller... »...

Alors peut-être que le mot remède n'est pas celui le plus adapté, dans mon oreille ça

sonne bizarre, mais on fait effectivement office de soignant dans sa plus noble expression, je trouve, dans ces situations-là, parce qu'on prend en compte l'intégralité de la problématique et les gens repartent rassurés, il n'y a pas besoin d'aller à la pharmacie, chez le kiné, d'aller regarder sur internet...

- Ça marche, je te remercie déjà pour cette première partie sur ta relation de manière générale avec tes patients, et maintenant, est-ce que tu pourrais me parler de ton diabète, de son type, de sa découverte et comment tu l'as vécu et comment tu le vis... ?
- Je suis diabétique depuis l'âge de 13 ans et j'ai eu des débuts un peu sur les chapeaux de roues, enfin mon diabète était assez typique mais j'ai appris mon diabète le jour de mon anniversaire, le jour de mes 13 ans... C'est rigolo, comme ça je n'ai pas de mal à me rappeler de la date ! Donc là je vais fêter mes 20 ans de diabète de type 1, très prochainement. J'ai commencé typiquement par un syndrome cardinal, rien de plus classique... Je n'ai jamais eu de grosse complication, je n'ai jamais fait de coma hypo ou hyper. Une petite acidocétose initiale mais qui n'était pas du tout majeure. J'ai été hospitalisé, en quelques jours c'était réglé. Je n'ai jamais eu de complication aiguë et, je touche du bois, je n'ai pas de complication chronique après 20 ans de diabète, je n'ai pas de rétinopathie, je n'ai pas de micro angiopathie. J'ai un diabéto sur le CHU depuis que je suis arrivé dans ma ville universitaire pour mes études qui m'a quand même dit « cette année on va refaire un bilan cardio vasculaire », j'en avais fait un il y a quelques années avant de partir à l'autre bout du monde, j'avais préféré me rassurer un peu, donc là il m'a demandé de refaire une épreuve d'effort que je vais faire prochainement et j'ai fait un bilan angiologique qui est nickel il y a de ça quinze jours. Donc zéro complication.

Et globalement, en terme de vécu de la maladie, moi je suis un diabétique sérieux, (*rire*), je n'ai pas fait suer mes vieux en arrêtant tout traitement ! J'ai mon diabétologue, j'ai été un petit bonhomme plutôt observant quand j'étais ado.

- (*Rire*)
- J'ai plutôt bien vécu les choses. C'est marrant parce que le jour où ma mère m'a dit « on a reçu les résultats du labo, tu as ce qu'on appelle du diabète », j'avais vu un reportage quelques jours ou quelques semaines avant et du coup j'ai perçu d'emblée, enfin c'est ma mère qui me raconte, je n'ai pas trop de souvenir. J'ai tout de suite dit « ah ben voilà, il va falloir que je me fasse des piqûres, ok très bien ! ».
- Hum hum...
- Donc ça s'est relativement bien passé. Ma mère a tout de suite été tip top en terme de prise en charge diététique, je pense qu'elle avait très très peur mais qu'elle ne l'a jamais montré, je pense qu'elle était très anxieuse sur comment j'allais pouvoir vivre ma vie normalement, faire du sport normalement... Mais elle ne l'a jamais montré... La première année, je faisais des sports de combat et j'avais décidé d'arrêter et de passer aux sports collectifs... Donc la première année elle a voulu que je sois un peu plus cadré donc je me suis tapé une année de natation à sa demande, sachant que la piscine c'est chiant à mourir, j'ai détesté. (*rire*)
- (*Rire*)
- Ça a été le seul truc, et puis l'année suivante j'ai repris mon rythme normal. Ma mère a été très bien, elle a tout de suite fait en sorte que j'ai une vie normale donc j'ai eu une adolescence normale en faisant tout ce que je voulais. Même partir en colo parce qu'à l'époque je partais en colo... Par contre je n'ai jamais fait de colo de l'AFD, l'association française des petits diabétiques, c'est moi qui ne voulais pas. J'y suis allé plus tard en tant qu'encadrant mais pas en tant que patient quand j'étais gamin. Donc voilà, j'ai eu une vie normale avec un diabète que je n'ai jamais vraiment considéré

comme un handicap... Je n'avais pas un diabète non plus hyper déséquilibré. Parce qu'il y a des diabétiques de type 1 qui ont aussi des complications très précoces ou tardives, probablement génétiques, moi j'ai eu de la chance aussi. Donc, j'ai fait ma vie sans problème avec un peu, au moment des études forcément, des déséquilibres... en soirée médecine c'est le bordel... (*rire*)

— (*Rire*)

— L'internat, l'équilibre n'était pas aussi parfait c'est sûr. J'étais très bien équilibré les premières années, au lycée l'hémoglobine glyquée était autour de 7-8% et globalement est restée par là. Elle est montée jusqu'à 9 pendant mes études et là actuellement entre 7,5 et 8%.

Qu'est-ce que je peux te dire d'autre sur mon diabète... ?

— Et tu es sous multi injections?

— Oui depuis le début. Enfin au début j'étais aux seringues, à l'époque ce n'était pas des analogues de l'ultrarapide, c'était une rapide classique avec des mélanges... Ce n'était pas pareil. L'ultra lente n'existait pas... La NPH je crois... Je faisais mes mélanges matin et soir de lente et rapide avec mes petits flacons, mes petites seringues etc... Puis après, à la sortie de la Lantus, je suis passé sous Lantus et je suis resté très longtemps sous Lantus et Novorapid.

— D'accord...

— Et je suis passé sous pompe en 2012. Ça faisait très longtemps que mon diabète me proposait ça pour améliorer un peu mon équilibre. Moi j'étais un peu réfractaire à l'idée d'avoir un cathéter qui pendouille de mon corps, et puis finalement je suis passé sous pompe en 2012 et je regrette de ne pas l'avoir fait plus tôt ! (*rire*). Et là actuellement, j'ai l'avantage d'être suivi par un universitaire donc je participe régulièrement à des protocoles et là je participe à un protocole de pancréas artificiel. Protocole pour 6 mois avec un lecteur de glycémie en continu et puis après sur une partie du protocole j'aurais un algorithme porté par un smartphone qui gèrera la pompe en fait.

— D'accord.

— Donc voilà, le diabète rêvé des diabétologues où ils n'ont pas grand-chose à faire, où ça roule ! (*rire*)

— Ok... et maintenant pour rentrer dans le vif du sujet, de mon sujet du moins, avec tes patients diabétiques, comment se passe ta relation... ?

— Je pense qu'il faut vraiment faire le distinguo entre les type 2 non insulinsés d'une part et puis les types 2 éventuellement, sous multi injections, et puis les types 1.

— Oui...

— On n'en a pas forcément beaucoup des types 1 dans une patientèle de médecine générale. On en a... je réfléchis... là j'en ai 3 en tête. Après je les découvre régulièrement comme ils ne viennent pas très souvent, ou pour des renouvellements, ou ils ne viennent pas forcément parce que les types 1 qui vont bien, qui sont insulinsés et équilibrés, tu les vois jamais en fait. Ils voient leur diabétologue une fois par an et puis leur médecin traitant pour éventuellement pour un autre truc, mais on peut ne pas les voir du tout. La patientèle de la personne que je remplace, qui a 1500 personnes à peu près, il doit peut-être en avoir 3... Ou un ou deux de plus mais il n'y en a pas beaucoup.

Les types 1, quand tout roule, ils ne savent pas que je suis diabétique, il n'y a pas grand-chose à faire finalement. Quand ils vont bien... Ils sont autonomes et la plupart connaissent mieux leur maladie que leur médecin traitant, la prise en charge, ils sont plus au fait des évolutions des traitements et des technologies même maintenant. Effectivement avec ceux-là, tu peux n'avoir aucune discussion sur le diabète, ou alors

tu peux parfois les surprendre en étant très au courant toi aussi et ils n'ont pas l'habitude qu'un médecin soit aussi calé qu'eux. Là c'est effectivement un avantage, c'est à dire qu'avec mes diabétiques de type 1, en tant que diabétique, j'ai une expertise qu'ils n'ont pas l'habitude de recevoir avec leur médecin traitant.

— Oui...

— Donc ça c'est assez amusant, c'est un peu jouissif parfois de leur montrer que oui tu es au courant qu'il y a un lecteur sans contact le Freestyle Libre, avec la petite pastille derrière le bras... En plus je suis beaucoup, je suis très au courant de ces choses-là. Donc typiquement ça m'a permis de remettre les diabétiques dans les mains d'un diabétologue. Je pense à un mec il n'y a pas très longtemps, qui n'avait plus du tout de suivi diabéto, un type 1, et bien bim ! Comme ça je l'ai remis dans les mains du diabéto, je lui ai dit « le problème c'est que ce lecteur c'est une prescription par un spécialiste » et voilà... Hop, dans les mains du diabéto ! Et puis les types 2 insulinés, je pense notamment à un monsieur qui a une obésité morbide je pense, il est insuliné et pareil, j'ai essayé de le remettre chez le diabéto en lui disant « on a des nouveautés, des nouvelles techniques... », il était sous multi injections... « Maintenant avec les pompes... ». Les gens qui ont des gros besoins en insuline, pendant longtemps les pompes n'étaient pas adaptées parce que le réservoir était vide en une journée quasiment. Maintenant, on a des insulines, que je ne manipule pas du tout, qui sont concentrées 3 ou 4 fois, et maintenant on équipe ces gens sous pompes avec ces insulines très concentrées, et on peut leur mettre des lecteurs de glycémie en continue. Donc ça me permet de pouvoir expliciter aux gens pourquoi je veux les envoyer chez le diabétologue par exemple, et puis ça me permet de manipuler pas mal les traitements. En tout cas l'insuline je n'ai pas du tout peur de la manipuler. Pas du tout peur d'adapter les traitements, les doses... Parfois il y a des protocoles, les diabétoles font des protocoles en fonction de la glycémie. Moi je n'ai pas du tout peur de manipuler tout ça, je le fais couramment. Ça me permet d'expliquer aux gens pourquoi je veux qu'ils fassent une surveillance glycémique, pourquoi c'est intéressant pour eux.

Je pense que le fait d'être diabétique m'a donné une certaine expertise quelque part. De la même façon que les patients sont experts. Je peux me confronter à eux parce que j'ai ce vécu là et en plus, en tant que diabétique, alors est-ce que c'est parce que je suis diabétique ou parce que j'aimais ça, ou est-ce que j'aimais parce que j'étais diabétique...

— Oui...

— La grande question... J'ai axé ma formation... en tant qu'externe je suis passé dans des services d'endocrino, en tant qu'interne je suis passé en diabéto, donc j'ai aussi acquis cette connaissance de ces traitements à ce moment-là. Pour mes patients de type 2, qui ne sont pas insulinés, ça me permet aussi de leur expliquer... Les gens ont souvent très peur des piqûres, du passage à l'insuline, même si maintenant on a plein de traitements dans le diabète qui sont injectables et qui ne sont pas de l'insuline. Moi ça me permet de leur expliquer si on est amené à passer à l'insuline, ce dont je n'ai pas peur de faire... Je n'ai pas peur de reconvoquer les gens en leur disant « le traitement on va l'adapter comme ça », ou « vous allez m'envoyer vos résultats comme ça on va adapter les doses », il y a beaucoup de personnes maintenant, même passé un certain âge qui gèrent très bien internet, ils m'envoient une photo avec leur smartphone, donc ça permet d'avoir une prise en charge, presque comme à l'hôpital. Parce que tu peux quasiment avoir une prise en charge au jour le jour en fonction de la surveillance glycémique, et tu peux vraiment adapter les traitements de façon journalière...

- Oui...
- Et donc mes diabétiques de type 2... Après du fait de ma formation j'ai pas mal géré ces traitements donc je sais le faire. Donc je peux leur expliquer pourquoi on essaie de modifier ces traitements-là, pourquoi je le fais, quels sont les effets attendus, pourquoi on doit éventuellement les passer sous insuline... Je leur explique comment ça va se passer. Tout ce qui pique c'est un problème pour les gens. La surveillance glycémique les gens disent « ah mais ça pique » alors moi je leur dis « montrez- moi vos doigts ! », et on regarde les doigts, et on se rend compte qu'ils ne se piquent pas comme il faut... Pourtant ils sont passés dans les mêmes services que moi ! *(Rire)*. Je leur explique aux gens, mais ils ont tellement un blocage vis à vis de ça... donc tu réexpliques l'auto surveillance, les doigts, où est-ce qu'il faut piquer, à quelle heure, et puis les gens ils te disent « ah non docteur, je ne me pique pas, ça fait trop mal, vous ne savez pas ce que c'est docteur ! » *(Rire)*
- *(Rire)*
- C'est le moment où, en dernière extrémité, mais je l'ai beaucoup fait en tant que remplaçant parce que je savais que les gens je ne les reverrais pas, finalement lever le rideau et dire « non vous ne pouvez pas me dire ça, désolé, vous ne pouvez pas me dire ça à moi parce que je sais ce que c'est », ça a un effet théâtral. Quand tu lèves le rideau et que tu dis aux gens « je suis diabétique donc je sais de quoi je vous parle, et je sais que l'auto surveillance, bien faite, avec les bons outils, ça ne fait pas mal ». Donc j'ai l'espoir que, parfois, lever le voile sur ta propre maladie chronique te permet de renforcer ou d'accrocher l'alliance thérapeutique, en tout cas c'est comme ça que je l'ai utilisé, en tout cas avec cette volonté-là. Après, je l'ai beaucoup fait en tant que remplaçant... Est-ce que je vais le refaire en tant que médecin installé avec mes propres patients...? Pas sûr. J'y réfléchis et je ne sais pas trop comment je vais faire. *(Rire)*. Je ne suis pas sûr de le faire... pour le moment je me dis que je ne vais pas le faire, clairement. Mais je pense que tu peux, en tant que... Sans en venir là, je pense que je vais essayer d'utiliser ma connaissance des outils du diabète pour essayer de les accrocher, et puis je me dis que c'est peut-être un truc que je garderais vraiment pour les patients jeunes. Les jeunes diabétiques que tu as du mal à accrocher, je pense que ça peut être un bon outil pour « clac », les récupérer, ceux qui sont vraiment en difficulté, en déni de la maladie, pour leur dire « attends, je sais ce que tu vis donc... c'est dur ok, pas de problème, mais tu sais que tu as quelqu'un en face de toi qui est passé par le même truc, qui peut être disponible ». Ces gens-là, j'en ai eu quelques-uns, des jeunes diabétiques, des ados ou des jeunes, on va dire entre 18 et 25 ans qui sont parfois dans le refus. Ces gens-là, en tant que diabétique, tu peux les accrocher leur dire « je sais que c'est la merde, en tout cas, toi tu le vis comme ça, et ben n'hésite pas, la porte est ouverte, tu sais que tu as quelqu'un qui est passé par là... », « moi je n'aurais pas la thériaque universelle à t'offrir, mais en tout cas si tu te poses des questions, si tu en as vraiment ras le bol, si tu ne sais pas, n'hésite pas à prendre ton téléphone avec moi, tu sais que potentiellement je suis passé par là ».
- D'accord, et est-ce qu'à ce moment-là tu pourrais te mettre comme exemple, pour ces jeunes patients que tu as du mal à accrocher... ?
- Non, je ne me pose surtout pas en modèle vis à vis des patients. Je pense peut-être me poser, pas en tant que modèle, mais en tant qu'exemple par rapport aux mères inquiètes que j'ai pu avoir. Souvent les mères d'enfant diabétique sont terrorisées, et c'est tout à fait compréhensible, à l'idée que leur enfant n'ait pas une enfance normale, une alimentation normale, les mêmes chances que n'importe qui d'autre dans la vie. Donc oui, face à ces gens-là, ça m'ait peut-être arrivé de dire « non, on peut tout à fait avoir une vie quasiment normale » et je dis bien quasi parce qu'il ne faut pas se voiler

la face, « en tant que diabétique, il y a des professions qui ne te seront pas ouvertes et des choses que tu ne pourras pas faire, mais c'est très peu de choses finalement ». Tu ne peux pas demain décréter que tu feras pilote d'avion ou ce genre de chose, non on ne pourra pas le faire. Ces professions-là elles nous sont fermées mais il y a des pilotes de Formule 1 diabétiques, il y a des acteurs/actrices diabétiques, il y a des humoristes diabétiques, Jean Marie Bigard est diabétique, je ne sais pas si on peut appeler ça un humoriste mais... (*rire*)

— (*Rire*)

— Voilà, on peut avoir une vie merveilleuse et une enfance normale, ou quasi normale... Donc c'est important, pas de se poser en modèle, mais de rassurer... C'est une façon simple de rassurer les mères, et les pères. Je dis « les mères » parce que ce sont plus souvent les mères qu'on a en consultation ou qui expriment leurs peurs en tout cas. Les pères ne vont pas forcément le dire mais je pense qu'ils ont les mêmes craintes... De pouvoir les rassurer et dire « je suis l'exemple »... Oui je me pose en exemple oui... (*rire*). Le modèle non, mais l'exemple de dire « regardez, j'ai eu une adolescence quasi normale », après la petite enfance je ne peux pas dire, je pense que ce n'est pas évident mais par chance, maintenant, il y a des réseaux d'associations, les services de diabétologie de pédiatrie, qui sont souvent des unités géniales où il y a un tissu associatif autour, mais voilà... me poser en tant qu'exemple pour dire « on peut avoir une vie quasi normale et tout faire quasiment avec un diabète », ça m'arrive. Mais pour de la pédiatrie plus...

— Voilà, peut-être que pour toi tu te poses en exemple, mais pour les mères, qui viennent dans ce cas-là, tu...

— Ah je peux être un modèle... C'est ça ?

— Pour toi tu te poses en exemple mais au final pour les mères tu es un modèle...

— Oui, peut-être... C'est vrai oui. La profession médicale a longtemps été sur un piédestal, est-ce qu'elle l'est encore autant maintenant je ne sais pas... mais... après je ne sais pas ce que les mères vont dire à leur enfant... J'espère qu'elles ne leur disent pas « il faut que tu deviennes docteur ! » (*Rire*). Mais je n'en ai pas eu tant que ça non plus... En tout cas, oui ça m'est arrivé de dire qu'on peut avoir une vie normale en étant diabétique et de dire « je suis un exemple type ». Mais je suis un exemple parmi tant d'autres. Je peux aussi dire « vous savez, moi je connais des gens qui sont diabétiques de type 1 et qui sont médecins, pompiers, qui sont... acteurs/actrices... »

— Tu prendrais ton exemple en l'exprimant de manière générale... ?

— Oui, je ne me mets pas en éclairage ou sur un piédestal, de dire « Regardez ! JE suis médecin », « Moi toubib, je suis diabétique ». Non, non... Je ne le présente pas comme ça. Mais ça m'est arrivé de dire qu'on peut avoir une vie normale... Voilà, la phrase que j'utilise, c'est « Regardez, vous pouvez avoir une vie tout à fait normale, vous ne pouvez pas tout faire, faut pas se mentir, mais vous pouvez avoir une vie normale, avoir une alimentation quasi normale, faire du sport comme n'importe qui, y compris des sports extrêmes, y compris partir à l'autre bout de la planète » et moi je l'ai fait en tout cas. C'est plus cet exemple-là que je donne parfois.

— Mais de manière générale, pas en disant « moi, je... » puisque tu ne lèves pas le voile sur ton propre diabète...

— Oui, voilà, je leur dis... Parfois ça m'est arrivé d'utiliser mon exemple personnel, mais pas de dire que c'était moi. De dire « je connais des gens », « j'ai dans ma patientèle un diabétique de type 1 qui a voyagé, qui a fait de la randonnée en haute altitude, du saut en chute libre... en étant diabétique, ça ne l'a pas empêché de le faire ». Donc je dirais qu'effectivement, pour les diabétiques de type 1, pour les jeunes, pour qui le souci c'est plus de savoir s'ils vont pouvoir vivre normalement quelque part, ça

- m'arrive de donner, pas forcément mon exemple directement, mais j'utilise ma connaissance et mon vécu, mais d'une façon générale, en disant que c'est possible mais pas en me mettant en modèle moi-même.
- D'accord... et toujours en restant dans le même thème par rapport à ce « miroir » que les patients pourraient avoir, que les jeunes patients pourraient voir en toi, est -e que toi dans l'autre sens, par rapport à des diabétiques compliqués ou n'importe quel diabétique, est-ce que tu peux avoir une sorte d'identification en eux, par exemple certaines fois avoir des appréhensions...
 - Pour le moment je touche du bois, j'ai zéro complication, donc je n'ai pas trop cette inquiétude-là, après oui, je ne te cache pas qu'à chaque fois que je vais voir mon ophtalmo, je me dis « j'espère que je n'ai pas une rétinopathie débutante ».
 - Oui.
 - Après je ne pense pas que cette inquiétude soit liée à mes patients qui se tapent des séances de laser, de la même façon que lorsque je vais chez l'angiologue, j'y ai été il y a 15 jours, je me dis « pourvu que je n'ai pas de plaque... » mais c'est parce que je sais les conséquences que ça peut avoir... Ce n'est pas par rapport à mes patients, mais par rapport à ma connaissance médicale directement, qui fait que je n'ai pas envie de me retrouver sous statines par exemple (*rire*), ça me ferait suer. Et donc ce n'est pas en regardant mes patients, la maladie de mes patients que mes propres complications potentielles me dérangent. C'est plus vis à vis des connaissances que j'ai... Après pour le moment j'ai zéro problème. Et là où ça pourrait me poser problème, c'est que je connais les répercussions que ça peut avoir notamment par rapport à tout ce qui est problématique d'assurance...
 - Oui...
 - Parce qu'effectivement j'ai eu des patients diabétiques qui ont eu d'énormes difficultés et surtout moi-même en tant que diabétique, je sais ce que c'est d'avoir du mal à se faire assurer...
 - D'accord...
 - Et je me dis, si en plus tu as des complications, je n'imagine même pas... En étant diabétique de type 1 sans aucune complication, c'est la croix et la bannière, donc en ayant des complications... je n'imagine même pas. Je ne vais pas te cacher que je remplace dans un milieu relativement aisé, donc je n'ai pas de diabétique poly compliqué, amputé, aveugle, je n'en ai plus. Et même quand j'en ai eu, ces gens-là je ne me suis jamais identifié à eux. Parce que ça m'est arrivé d'en avoir en service de diabéto, mais je ne me suis jamais flagellé le soir en rentrant en me disant « faut que ton diabète soit plus équilibré sinon tu vas finir comme ces gens-là », non jamais. Parce que je crois me connaître suffisamment pour me dire que demain je ne vais pas arrêter de me traiter et développer un mal perforant plantaire... Après je ne sais pas comment sera ma vie dans 30 ans... Le seul truc auquel je pense de temps en temps, maintenant que j'y pense, il y a un truc qui a une résonance... Quand j'ai des patients d'une soixantaine d'années, qui ont des troubles sexuels. De temps en temps, ça résonne et je me dis « bon, on verra... ». C'est le seul truc où ponctuellement je me dis, « peut-être que dans 25/30 ans je pourrais avoir cette difficulté-là », mais après ce n'est pas que les diabétiques. On sait que chez les diabétiques ce sont les petites artères en premier donc effectivement il peut y avoir un peu d'athérome sur une artère pénienne, mais ça ne m'empêche pas de dormir non plus. Pour le moment, j'ai une vie sexuelle tout à fait satisfaisante donc ce n'est pas cette problématique qui me... Mais de temps en temps j'y pense, et je me dis... Mais j'ai aussi ça chez des gens qui ne sont pas diabétiques.
 - C'est ce que j'allais dire...

- On a des hommes à 60 ans qui commencent à avoir des difficultés à avoir des érections satisfaisantes... Ça m'arrive de me dire ça, mais ça ne m'empêche pas de dormir, vraiment pas.
- Ok, ça retient peut-être un peu plus ton attention parce que la survenue de dysfonction peut-être plus précoce...
- Oui voilà, mais très honnêtement, je ne crois pas que ça motive pour autant l'équilibre de mon diabète au jour le jour en me disant... *(rire)*
- *(rire)*
- « Si tu veux pouvoir continuer à avoir des érections satisfaisantes jusqu'à 70 ans, c'est maintenant que ça se joue ! » *(rire)*
- *(rire)*
- Très sincèrement, je ne crois pas ! *(rire)*
- *(Rire)* Je comprends, ok. Et pour revenir un peu sur ce dont on a parlé tout à l'heure, par rapport à tes diabétiques de type 1, type 2 insulino requérants et non insulino dépendants, est-ce que par rapport à ton expérience à toi, tu te sens un peu plus laxiste ou rigoureux par rapport à eux... ? Est-ce que tu leur en demandes plus ou au contraire ton expérience te...
- En fait la question à mon sens c'est, est-ce que, étant diabétique tu appliques plus les recommandations que quelqu'un qui ne le serait pas... ? Je ne crois pas. Je pense que j'essaie de stimuler mes patients diabétiques à se faire suivre et à se soigner du mieux possible. Et je ne crois pas que je le fasse plus parce que je suis diabétique. Je crois que j'essaie de m'assurer qu'ils font bien leur suivi régulier du fond de l'œil, qu'ils se surveillent régulièrement en fonction de ce qui est recommandé pour eux. C'est à dire que je suis plus laxiste avec les patients pour lesquels je ne vise pas une HbA1c du feu de dieu ou des glycémies du feu de dieu, on voit au jour le jour s'ils se sentent bien. C'est ça le plus important chez les personnes âgées je crois, ce n'est pas qu'ils aient une hémoglobine glyquée à 6,5% ! Je ne crois pas que je sois plus strict, du fait de mon diabète, avec mes patients diabétiques. J'essaie d'être à peu près aussi rigoureux avec mes patients hypertendus par exemple, avec les patients dyslipidémiques mais là il y a tout un débat sur l'intérêt du traitement... Et après en fin de compte, ça représente le gros champ de nos pathologies chroniques...
Après je réfléchis... est ce que je suis plus rigoureux avec... En fait le problème il est qu'effectivement, le gros champ de mes pathologies chroniques, il est là. Je n'ai pas forcément de comparaison avec la BPCO... Parce qu'en fait, dans ma patientèle actuelle je n'ai pas beaucoup beaucoup de fumeurs ou d'anciens fumeurs... alors est ce que je suis moins rigoureux avec eux ? Bonne question. Peut-être un peu moins... Peut-être que je me questionne moins...
Est-ce que je les traque moins... peut-être. A bien y réfléchir, mes patients asthmatiques, je les interroge un peu moins sur... on n'a pas d'objet de suivi comme l'hémoglobine glyquée par exemple, ou comme le suivi ophtalmo qu'il faut faire de façon régulière... ou comme éventuellement la surveillance angiologique, cardio vasculaire, mono-filament etc... Peut-être qu'effectivement je leur demande un peu moins. Je leur demande un peu moins leur observance et leur bien être simplement... Et effectivement, il faudrait peut-être que je sois plus rigoureux... Alors est-ce que je le suis normalement avec eux et un peu plus,
- au-delà de la norme avec mes diabétiques... peut-être.
Après, est-ce que c'est lié au fait que j'ai eu une grosse formation en diabète... Mais peut-être que je l'ai fait parce que j'étais diabétique, il ne faut pas se voiler la face. Après l'endocrino, on avait un peu de diabète en endocrino, mais... Est-ce que je l'ai fait parce que j'étais diabétique ou est-ce que je l'ai fait parce qu'à chaque fois c'était

des bons stages, très demandés... Ce n'était pas forcément parce que j'étais diabétique. Difficile à dire...

Peut-être que je suis un peu plus regardant et tatillon, enfin je surveille peut-être un petit peu mieux mes patients diabétiques.

- D'accord...
- Laxiste non, ça ne marche pas dans ce sens-là. Enfin peut-être chez certains diabétique que je trouve... je pense à un mec que j'ai vu l'autre jour, un patient diabétique de type 2, qui se surveille quotidiennement et je lui ai demandé d'être plus laxiste. Je lui ai clairement dit « il faut lever le pied », il m'a dit « ah c'est cool, je vais pouvoir le dire à ma femme ! » (*rire*).
- (*Rire*)
- Il était ravi ! Il se mettait une pression incroyable je lui ai dit « non il ne faut pas », il a une hémoglobine glyquée à 7,1%, je lui ai dit « c'est bon ». Donc j'ai effectivement l'impression que parfois, j'ai des confrères qui veulent un peu trop équilibrer leurs patients. Moi je dis aux gens « attendez, vous êtes à 7, c'est bon, entre 6,5 et 7, je n'ai rien à vous dire ! Si vous montez à 7,5 oui... ». Tu sais moi aux gens je leur dis entre 6,8 et 7,2 il n'y a quand même pas grand-chose, faut relativiser...
- C'est ton expérience et tes connaissances qui te permettent de relativiser et d'adapter...
- Voilà, et effectivement, parfois avec les patients âgés je dois être volontairement un peu laxiste. En maison de retraite, quand les infirmières viennent me faire suer avec une glycémie qui monte un peu, je leur dis « oui oui, c'est bon tout va bien ». Je leur explique pourquoi je dis ça, mais là pour le coup c'est du strict suivi parce que les dernières recommandations qui ont été faites, sont vraiment très bien faites, très adaptées au patient et pour le coup je suis les reco. Mais je les suis et je les connais parce que je suis particulièrement sensibilisé. Probablement aussi parce que je suis diabétique...
- Dans ce cadre-là, tout médecin peut agir de la même manière...
- Oui, effectivement. Après c'est très difficile d'être tous autant sensibilisé. On a tous nos dadas et on se forme mieux et voilà ! Après il se trouve que la diabète et l'hypertension c'est quand même une grosse partie de nos patients chroniques donc on devrait tous, au minimum, suivre les reco, etc...
- Bien sûr...
- Et pour clore cette partie-là, pourrais-tu me dire si par rapport au diabète, tu te considères meilleur soignant... ? Même si on y a déjà un peu répondu puisque c'est intriqué entre tes connaissances, l'intérêt que tu as pour la diabète et ton expérience...
- Est-ce que je me considère meilleur soignant sur le diabète... Meilleur dans le sens où je pense avoir une compétence que tous les médecins généralistes n'ont pas. Je pense qu'effectivement, je suis meilleur... enfin meilleur pas dans le sens « quantitatif ». Je ne suis pas meilleur soignant... Dans meilleur il y a un truc type piédestal qui me gêne. Mais oui, je pense que de façon très prosaïque, je suis meilleur en diabète qu'un certain nombre de mes confrères. Après je suis moins bon en médecine du sport, et je suis moins bon en gynéco... Mais en diabète oui, je touche ma bille. Je pense que je suis plus compétent que des mecs qui ne sont pas diabétiques, c'est aussi simple que ça. Pour en avoir discuté avec un confrère qui est médecin généraliste et diabétique, je pense que ces patients-là, on sait mieux les prendre en charge. Après est-ce que in fine, ils sont plus équilibrés que des patients suivis par d'autres médecins généralistes... Ce sont des trop petits effectifs pour qu'on puisse faire une étude... !
(*Rire*)
- Ça serait une autre étude ! (*rire*)

- En tout cas d'une patientèle à l'autre, il faudrait prendre plein de patients de plein de médecins diabétiques et comparer avec un pool de médecins non diabétiques.
- Je vais peut-être y consacrer mes 10 prochaines années... *(Rire)*
- *(Rire)* Parce que là...
Voilà, je pense qu'on est probablement plus compétents, on a une compétence accrue par rapport à nos confrères généralistes qui ne sont pas diabétiques. Après je te dis ça... Mais est-ce que c'est vrai pour les confrères diabétiques de type 2, médecins généralistes, qui ne prennent pas du tout soin d'eux, qui se soignent mal... On en a quand même un certain nombre des confrères comme ça, non négligeable... Est-ce que ceux-là sont meilleurs en diabète qu'un médecin non diabétique, je ne suis pas sûr... Je trouve que c'est une belle façon de conclure !
- Mon ultime question donc, est-ce que, dans tout ce que tu m'as dit, il y a quelque chose que tu aurais aimé aborder... ?
- Non, je crois qu'on a fait le tour. Le truc sur lequel j'ai conclu n'est pas inintéressant. On peut avoir une pathologie chronique et s'en servir comme d'un atout dans notre façon de soigner... mais pour un certain nombre de médecins, le fait d'avoir une pathologie chronique n'est pas du tout... enfin... ils ne s'en servent pas... peut-être pas. Et c'est peut-être un fardeau pour certain je ne sais pas, en tout cas pour moi, dans ma pratique, ça a clairement été un atout. Mais je pense que ça ne l'est pas pour tout le monde... Et encore, là on parle du diabète, mais des pathologies chroniques il y en a bien d'autres...
- Très bien... Alors je te remercie beaucoup pour tout ça, tout ce que tu as pu me dire et le temps que tu y as consacré...

[Arrêt de l'enregistrement]

Entretien MG9

- Bonjour, c'est Gauthier pour la thèse relation médecin diabétique – patient diabétique
- Bonjour
- Comme je vous le disais, l'appel est enregistré pour permettre de retranscrire l'entretien par écrit et bien évidemment toutes les données seront anonymisées, donc vous pouvez parler librement pendant l'entretien.
- Ok, bien sûr, pas de problème.
- Est-ce que dans un premier temps, vous pourriez me parler de votre relation avec le patient de manière générale... ? Pas forcément le patient diabétique, votre manière d'agir, de faire...
- Lors de la première consultation ou... ?
- Comme vous le souhaitez, ce que bon vous semble... Votre manière d'agir de manière générale.
- Ma manière d'agir est relativement classique. Quand ce sont des enfants, toujours je les appelle par leur prénom, quand je les appelle. Je sors de mon bureau et j'appelle les gens dans la salle d'attente, et les enfants toujours par leur prénom. Ça permet toujours de créer un rapport de confiance plus rapide...
- Bien sûr...
- J'accueille les gens dans le bureau et puis souvent en premier, quand c'est la première fois, toujours je me présente. Et puis je leur demande la raison de leur venue. Très brièvement quand c'est la première fois, j'essaie de rentrer dans le dossier médical, antécédents etc... J'essaie pour tous les patients : antécédents, vaccinations, où est-ce qu'ils en sont... si ils ont fait les dernières hémocultures, les dernières mammographies, selon l'âge... Quel est leur dernier bilan sanguin. Enfin pour les patients que je vois pour la première fois.
Quand ce sont des patients que je suis, je leur demande d'emblée pourquoi ils viennent... Ou alors j'ai vu dans leur dossier, avant d'aller les chercher dans la salle d'attente, que c'était programmer, que c'était un suivi... Donc j'entame toujours la conversation sur le sujet en question. S'ils ont fait l'examen, s'ils ont vu le spécialiste vers lesquels je les ai adressés... Quelque chose de tout à fait banal, classique...
- Et quand vous leur donnez des informations, quand vous prescrivez, comment ça se passe à ce moment-là... ? Vous les laissez parler, vous les écoutez, vous leur donnez l'information...
- J'essaie de les laisser parler, c'est quelque chose qui me coûte un petit peu parce que spontanément, quand je discute, je me rends compte que j'ai tendance à couper la parole... Donc j'essaie dans ma pratique de corriger ça et le plus possible de les laisser parler. D'avoir leur avis, leur ressenti et de ne pas forcément imposer les choses...
Quand j'étais plus jeune médecin installé, ça fait maintenant... J'ai eu ma thèse en 2001/2002, donc ça fait à peu près 15 ans que j'exerce et c'est vrai qu'au début on peut avoir ce mauvais réflexe de ne pas trop laisser parler les gens, de trop leur couper la parole, et puis de plus en plus quand je prescris, je leur demande s'ils sont d'accord, s'ils ont bien compris... Voilà.
- C'est toujours vous qui décidez entre guillemets, vous leur proposez et vous leur demandez leur accord ou est-ce que vous donnez l'information et vous dites « bon, qu'est-ce qu'on fait ? »...
- Oui, ça peut m'arriver. Ça dépend des gens, des patients qu'on a avec soi, si on a l'impression qu'il a vraiment compris ce qu'on lui a dit, s'il a compris la thérapeutique... Parfois je peux exposer différentes façons de faire, pour un problème

rhumato ou ortho, je dis « on peut commencer la kiné maintenant, ou on peut attendre, qu'est-ce que vous en pensez... ? », il y a des gens qui me disent « je n'ai pas envie de commencer tout de suite », alors... Quand les choses se passent un peu à « la carte » dans la thérapeutique, effectivement on peut interagir et demander... On peut vraiment avoir envie de mettre des anti inflammatoires mais les gens de plus en plus n'aiment pas ça, qui disent « ah vous savez, moi je n'aime pas les médicaments... », donc c'est un message qu'il faut entendre et même pour un antalgique... Si la personne vous dit « c'est supportable » alors que quand elle est rentrée, on avait l'impression qu'elle en pouvait plus et puis au fur et à mesure de la consultation elle vous dit « finalement c'est supportable, je préfère juste prendre un doliprane » -« vous en prenez combien, 4 par jour ? » -« ah non non, c'est trop ! Un de temps à autre quand vraiment ça fait mal », alors que quand elle est rentrée vous aviez l'impression qu'il fallait tout de suite agir... Et des fois simplement, en les ayant examinés, en leur expliquant que la mobilité est correcte, que finalement ils ne souffrent pas la nuit, ils dorment bien... Au fur et à mesure de la consultation, on voit changer les gens. Finalement cette douleur est supportable, si on prend l'exemple de la douleur...

- Dans ce cadre-là, et de manière générale, vous vous voyez un peu comme un médecin-remède ? C'est à dire dans ce cas que la douleur cède avec la consultation par exemple...
- Oui, pas tout à fait. En tout cas on la relativise et ils se rendent compte finalement que c'est supportable... Et que ça ne nécessite pas tout de suite, toute la batterie d'exams, ou de paraclinique...
- Le fait de vous voir, d'être en consultation et de s'exprimer...
- Oui, des fois c'est déjà de la thérapeutique, c'est déjà un soulagement quelque part. D'être rassuré par rapport à leur mal...
- D'accord... Est-ce que maintenant, en avançant un peu dans l'entretien, vous pourriez me parler de votre diabète à vous... ?
- Oui, d'accord.
- Son type, sa découverte, le vécu...
- Oui, pas de souci. C'est un diabète qui a été découvert fin 1999, j'étais interne à ***, je faisais un inter-CHU. Sur un syndrome polyuro-polydipsique classique. Avec le recul, je me suis rendu compte que depuis des semaines avant le diagnostic, j'avais mal à la tête, j'urinais souvent, que je me levais souvent etc... Un petit peu avant les vacances de Noël, je suis rentré à ***, ça s'est accentué mais c'est vrai que je n'ai pas tilté. Je me souviens avoir bu en une après-midi, un litre de jus d'ananas, une boîte entière de marrons glacés, enfin un truc... J'avalais, j'avalais du sucre. Et puis je suis rentré à ***, j'ai passé une nuit blanche à me lever, à pisser, à me lever et j'avais un appareil à dextro qu'un laboratoire m'avait offert, je me suis fait un dextro, j'avais 5 grammes... Coup de massue sur la tête, j'ai compris tout de suite, j'étais avec ma femme... On est allé à l'hôpital, j'y ai passé une semaine, diagnostic posé en 24h, il n'y avait pas de souci. Ça c'était en 1999, donc ça fait 18 ans... Ce que je dis depuis, c'est que dans mon malheur, c'était une chance : j'étais médecin, j'étais interne donc j'ai compris tout de suite la maladie, j'ai compris ce qu'il m'arrivait, dans quoi je m'embarquais... Et donc le coup de massue a duré quelques heures et puis on commence le traitement, on y va... Et depuis ça suit son cours, je n'ai jamais pris ça comme une catastrophe. Je l'ai « digéré » plutôt facilement. J'étais sportif donc je me suis mis à faire encore plus de sport. A ***, les conditions étaient optimales. J'ai d'abord été mis sous un schéma bolus-basal donc avec les stylos... J'étais en lune de miel donc avec très peu

de besoin. L'équilibre jusqu'à maintenant est relativement bien, j'ai toujours eu des hémoglobine glyquée, depuis 18 ans, autour de 7... On va dire entre 6,5 et 7,5.

Je suis passé pour des raisons personnelles et de commodités avec un pompe à insuline depuis 2005 je pense... Ça aussi, ça a été bien meilleur au niveau de l'équilibre. Je suis parfaitement content de la pompe. C'est très discret, c'est dans la poche, c'est impeccable, ça évite de se piquer... Une seule fois toutes les 72h, on change son cath, son matériel, c'est très rapide.

Depuis 3 ans, depuis que le Freestyle Libre est sorti, je l'ai plus ou moins adopté alors qu'il n'était pas remboursé. Je n'étais pas tout le temps sous Freestyle libre mais je dirais 6 mois par an.

Sportif de tout temps, un peu plus au moment de ***, avec des hauts et des bas... Très très sportif depuis 3 ans parce que je fais beaucoup de course à pied, même de l'ultra-trail avec ma pompe, mes capteurs etc...

Comme tous les diabétiques, il y a des ras le bol, il ne faut pas se le cacher. On en a marre, il y a des phases où on se surveille moins bien, on sent que la glycémie remonte, où on est énervés... On en a marre de se contrôler... Depuis que je suis sous pompe, la diététique c'est plus facile. Au départ quand j'étais sous schéma bolus basal... Maintenant je ne me prive de rien, je gère avec ma pompe... J'ai fait les semaines d'insulinothérapie fonctionnelle à ***. J'essaie d'appliquer ça au quotidien.

- D'accord, donc malgré ces ras le bol... Vous avez une vie entièrement normale ?
- Oui, pour moi j'ai une vie normale tout à fait. Je considère qu'elle est normale. Enfin, normale plus ce qu'il faut faire pour qu'elle soit normale ! (*Rire*)
- (*Rire*) Oui bien sûr... Mais le résultat est normal au final ?
- Oui, tout à fait. Des hypo, comme tout diabétique ça m'arrive... Ça m'arrive même de faire des hypo alors que je suis en train de consulter... Ça a pu m'arriver.
- Et du coup vous n'avez pas de complication... ?
- Non, aucune complication. Je suis suivi au CHU à ***. J'exerce dans un petit village à côté de *** mais je continue d'être suivi à ***.
- D'accord, je vous remercie... Est-ce que, maintenant qu'on a parlé de votre relation avec le patient de manière générale, et puis de votre diabète, vous pourriez me parler de votre relation avec le patient diabétique... ?
- D'emblée, on va différencier le diabétique de type 2 et le diabétique de type 1. Je pense n'avoir jamais dit à un diabétique de type 2 que j'étais moi-même diabétique.
- D'accord.
- Je n'ai jamais vu l'intérêt de leur dire que j'étais diabétique. Par contre, avec les diabétiques de type 1, alors je n'en ai pas beaucoup dans mes patients, ou j'en ai eu lors de mes rempla... Je l'ai souvent dit d'emblée aux enfants ou aux ado, dès la première consultation. Je ne l'ai pas dit d'emblée au diabétique adulte de type 1.
- D'accord...
- Pourquoi ? Je ne me suis pas trop posé la question mais chez les enfants, chez les ados, je pense que ça va dédramatiser la situation, la maladie... C'est l'impression que j'ai. La relation de confiance s'installe plus rapidement parce que d'emblée ils savent qu'ils ne sont pas tout seul, ils savent qu'ils ne sont pas tout seul parce qu'il y a d'autres enfants etc, mais c'est vrai que leur docteur est aussi diabétique, il a aussi une pompe dans la poche, il a fait des hypo comme eux, il sait ce que c'est, il a un carnet, il a un capteur au bras etc... Il y a une relation particulière qui s'instaure avec eux, même aussi avec les parents. Avec les parents, qui souvent accompagnent, ils sont surpris aussi. Par contre ils sont peut-être plus exigeants, enfin pas exigeants... Mais ils pensent que je peux répondre à toutes les questions et à toutes les situations. Parce

- que je suis du côté patient et du côté soignant. Je suis sensé tout maîtriser. Des fois ça peut-être un peu compliqué avec certains parents.
- D'accord, ils vous surestiment...
 - Oui je pense. Enfin je ne sais pas s'ils me surestiment mais ils attendent plus de ma part dans la prise en charge.
 - Pas forcément dans vos connaissances mais dans votre manière d'agir peut-être... ?
 - Oui, dans les conseils que je vais pouvoir donner etc...
 - Je crois que j'ai 5 petits diabétiques de type 1, ce qui est pas mal... Jeune ou ado.
 - Avec en plus les plus âgés... ?
 - Plus les plus âgés effectivement. Mais certains que je suis depuis 4 ou 5 ans, ils ne savent toujours pas que je suis diabétique.
 - Des types 1 ?
 - Alors des types 1 adultes, ça peut-être aussi des types 2 qui sont passés sous insuline. Mais non plus, je ne leur dis pas... Peut-être à une ou deux patientes, mais je ne la vois plus la patiente... Je lui avais dit parce qu'elle était vraiment en galère psychologique. Elle était vraiment atteinte d'être passée sous insuline après x années de diabète de type 2 qui était devenu insulino requérant. Pour dédramatiser, pour la soutenir, j'avais fini par lui dire que moi aussi j'étais diabétique, que moi aussi je me piquais...
 - Mais je ne la vois plus cette dame, elle a déménagé.
 - Avec les enfants c'est aussi pour qu'ils adhèrent, mais c'est aussi pour le soutien psychologique...
 - Oui c'est les deux, je pense qu'ils adhèrent un petit peu plus, ça ne veut pas dire qu'ils ne vont pas avoir leurs ras le bol etc... Parce que je ne suis pas non plus leur copain, je suis aussi leur médecin qui va leur dire d'ajuster, qu'ils font un peu n'importe quoi... Ça leur permet de ne pas se sentir seul dans leur maladie. Parce que globalement, les enfants et les adolescents se sentent seuls dans leur maladie. Parce que quand ils sont au CHU, ils se retrouvent entre eux, mais quand ils sont dans leur classe, seul dans leur école, ce n'est pas forcément évident...
 - Oui... Vous pensez qu'ils s'identifient un peu en vous... ?
 - Est-ce qu'ils s'identifient... ? Euh... Je ne sais pas. Je ne pense pas qu'ils s'identifient à moi, ils savent que la personne en face d'eux comprend leur maladie, elle sait ce qu'ils vivent au quotidien.
 - Vous ne pensez pas que le fait que vous soyez diabétique, et leur médecin, leur permet de vous prendre un peu comme modèle en se disant « je peux être diabétique et avoir une vie normale et même être docteur » par exemple... ?
 - Ah si ! Si, c'est possible... C'est un message que j'ai pu même leur dire. « Tu vois, ça n'empêche pas, on peut très bien réussir à l'école, on peut très bien être docteur... C'est quelque chose que j'ai pu dire à ces ados. Leur dire qu'on peut tout à fait avoir une vie normale, et que je les comprends, que ce n'est pas facile tous les jours, etc... Au fur et à mesure, ils l'accepteront plus facilement. Ils le géreront plus facilement...
 - Votre expérience personnelle est un avantage à ce niveau-là... ?
 - Oui, je pense. J'en reviens au vécu, je sais ce que c'est. Je sais ce que c'est d'avoir une hypo. Que d'être énervé parce qu'on est en hyper. Je sais ce que c'est de se dire « Ah, je ne vais pas manger ça, c'est trop sucré... », même si je gère et que j'ai le côté médecin, il y a toujours ce côté patient où finalement on se dit « Je n'y ai pas droit » ou « Ça va me mettre en hyper »... D'avoir l'anxiété de l'hypo, ça m'arrive. Des fois je pars courir, et j'ai tout ce qu'il faut pour me resucrer sur moi etc... Et je sens une anxiété, « merde si je fais une hypo, est-ce que j'ai assez, est-ce que j'ai pas...? ». Je pense que l'ado, l'enfant, a conscience que je vis la même chose que lui, en tout cas

j'espère... J'essaie de transmettre ce message-là même si ce n'est pas le message principal. J'essaie de faire en sorte qu'il comprenne que ce qu'il vit, j'en ai pleinement conscience.

- Ok... Et du coup avec vos patients diabétiques de type 2 non insulino-requérants, vous ne leur dites pas... pourquoi ?
- Euhh... Parce que pour moi ce n'est pas la même maladie. Ils ont aussi souvent des années de diabète, leur propre gestion du diabète qui n'a pas été la mienne. Le diabétique de type 2 ne vit pas forcément sa maladie comme une contrainte quotidienne pendant des années... Il prend ses cachets... Il ne fait pas spécialement d'hypo en tout cas avec les médicaments actuels. On aimerait qu'il ait une hygiène de vie correcte mais souvent son alimentation est quand même déséquilibrée, il a du mal à modifier ses habitudes... Puis vient le temps du traitement à l'insuline, mais c'est rarement des traitements aussi... euh...
- Contraignant... ?
- Oui... Ils le sont toujours contraignants. Les gens vivent toujours le passage à l'insuline de façon contraignante... Enfin encore une fois ce ne sont pas des traitements intensifs bien souvent, on va rajouter de la lente... Une piqure par jour... Quand ils sont très âgés ou pas très volontaires, ce n'est même pas eux qui vont faire l'injection mais l'infirmière qui va passer tous les jours faire l'injection. Je pense que si je ne fais pas cette démarche-là, c'est que ça ne leur servira à rien. Ça ne va rien leur apporter si ce n'est de savoir que leur médecin est diabétique...
- D'accord... vous n'en voyez pas l'intérêt simplement...
- Oui, je n'en vois pas l'intérêt de dire que j'ai une pompe à insuline, que je sais ce que c'est d'être diabétique etc.
- Ce n'est pas parce que c'est tabou pour vous... ?
- Alors non, mon diabète n'est absolument pas tabou mais je pense qu'il peut y avoir ce côté-là, de ne pas avoir envie de dire à tout le monde qu'on est diabétique. Mon diabète n'est pas tabou, mais ce n'est pas la première chose que je dis aux gens et quand bien même il y a des gens que je vois régulièrement, alors qu'on se côtoie depuis des mois et des mois, ils découvrent que je suis diabétique. Ce n'est pas quelque chose que d'emblée on affirme quand on rencontre quelqu'un. Il y a toujours quelque part une retenue... L'impression, même si on vit normalement, d'avoir quelque chose à part. Qu'on soit médecin ou pas, ça y est, en tout cas chez moi ça y est. Je suis quand même relié 24/24h à une pompe qui est dans ma poche, qui est à côté de moi dans le lit, que je prends de façon automatique quand je me retourne... Il y a quand même des trucs qui font qu'on n'a pas la même vie que tout le monde.
- Oui... d'accord..
- Et donc on n'a pas forcément envie de le partager avec tout le monde, patient compris.
- Bien sûr... Et est-ce que cette manière de se confier à vos diabétiques de type 1, les jeunes en tout cas, et pas vos types 2, est-ce que ça a évolué avec le temps dans votre pratique... ? Est-ce que depuis que vous êtes installé, vous avez changé votre manière d'agir par rapport à ça ?
- Non je ne crois pas. Depuis le début... Je ne pense pas avoir modifié ça...
- Vous êtes resté sur le même fonctionnement...
- Oui, il n'y a pas eu d'évolution. Je n'ai pas retiré de leçon pour m'adapter dans mon discours ou dans ma façon de faire en fonction des patients non...
Je pense que c'est un double feeling mélangé entre patient et soignant.
- Quand vous parlez aux enfants diabétiques de type 1, vous vous exprimez plutôt de manière générale en disant « j'ai des patients diabétiques qui font ci ou ça », ou bien vous vous prenez comme exemple en disant « moi je... » ?

- Quand je dis à l'enfant « Si tu es en hypo, il faut toujours avoir du sucre sur toi », j'ouvre mon sac et je lui montre « Regarde, j'ai ma pâte de fruit, j'ai mes 3 morceaux de sucre », un exemple comme un autre. Je n'ai plus de carnet maintenant avec les smartphones, mais avant il m'est arrivé de sortir mon carnet, de montrer que moi je notais, comment je le faisais.
- Ça marche... Et pour les diabétiques de type 1 plus âgés ou les diabétiques de type 2 avec un diabète plus évolué, est-ce que ça vous arrive de vous identifier à eux, d'avoir une sorte de miroir par rapport à ces patients... ? Ou est-ce que vous restez toujours dans votre rôle de médecin et derrière le bureau... ?
- Je ne comprends pas trop votre question...
- Oui désolé, elle n'était pas très claire.
- Est-ce que vous vous voyez en miroir par rapport à eux de temps en temps ? Est-ce que par exemple leurs complications peuvent vous faire peur par exemple... ou leur manière de vivre...
- Non, non. Je n'y pense pas parce que j'ai cette chance d'avoir la double casquette.. Et mon diabète est relativement équilibré, je fais relativement attention, et donc je ne pense pas du tout aux complications... Même quand je les vois eux avec leurs complications, je n'ai pas l'impression de me regarder dans un miroir.
- Vous restez dans votre position de médecin...
- Oui, oui.
- A ce moment-là vous êtes médecin et pas du tout patient ?
- Exactement, je suis patient quand je vais une fois par an pour la pompe à ma journée d'hospitalisation de jour. Alors le personnel a tendance, lui, à me prendre comme médecin. C'est amusant ça mais... Surtout que j'ai été interne dans ces services, donc il y a certains patients qui me reconnaissent. Mais je suis toujours le patient, c'est un interne qui me fait l'ECG, le bilan, l'examen etc...
C'est le seul moment où je me sens patient en fait.
- La limite est nette...
- Oui, la limite est nette quand même.
- Et enfin, pour finir... est-ce que cette expérience personnelle vous permet de vous sentir meilleur soignant par rapport au diabète, ou de manière générale... ?
- Je ne sais pas en général si ça contribue au fait que je sois meilleur soignant. Mais je pense que ça contribue au fait, pour les diabétiques de type 1 que je suis, que je conseille, je pense que oui. Ça m'a apporté un avantage. Je pense que ça leur apporte aussi un avantage...
- Evidemment... Et bien on a abordé les thèmes sur lesquels je voulais aller... est-ce qu'il y a quelque chose de plus dans l'entretien dont vous auriez aimé parler... ? Dans cette relation avec vos patients diabétiques...
- Comme ça non... Mais si jamais je pense à quelque chose je vous en ferais part.
- Si jamais, il n'y a pas de souci... Si jamais une idée vous vient...
- Dans l'autre sens n'hésitez pas à reprendre contact si vous avez une question ou autre...

[Arrêt de l'enregistrement]

Entretien MG10

- Bonjour, c'est ok vous êtes disponible ?
- Bonjour, oui oui pas de souci.
- Je dois d'abord vous prévenir que l'entretien est enregistré pour permettre sa transcription écrite mais bien évidemment toutes les données seront anonymisées.
- Ok.
- Alors est-ce que nous pourrions commencer, enfin vous pourriez commencer... C'est un entretien semi dirigé donc vous avez carte blanche, libre parole... Je vous oriente un peu sur les thèmes et après vous me dites ce que bon vous semble.
- D'accord !
- En premier lieu, pourriez-vous me parler de votre relation avec le malade de manière générale...
- Alors moi je fais partie de ces médecins qui passent beaucoup de temps avec leurs patients (*rire*). Parce que je pense qu'il y a la maladie organique mais il y a aussi la tête qui est très importante. Il faut arriver à expliquer aux gens pourquoi on leur donne certains traitements, quel que soit la maladie, et essayer de les impliquer dans leur traitement et c'est en expliquant les choses au démarrage que l'adhésion des patients est la meilleure.
- Hum hum...
- Donc je n'ai pas une énorme clientèle, je suis vacataire à l'hôpital donc j'ai 4 matinées à l'hôpital et seulement 4 après-midis au cabinet de médecine générale et un samedi sur deux. Donc je n'ai pas une clientèle phénoménale donc ce qui me permet de prendre un peu de temps avec les patients...
J'exerce depuis une vingtaine d'année à peu près, j'ai 58 ans et j'ai fait 13 ans de remplacement avant... Donc je pense que j'ai un profil de patients qui apprécie qu'on passe un peu de temps avec eux. Evidemment si c'est un jeune adolescent qui a une petite angine, je n'y passe pas 3 heures. Je pense que c'est un peu ma façon de faire et j'espère que je ne changerai pas parce qu'il y a beaucoup beaucoup de demandes...
- Ok, donc vous écoutez beaucoup... et ensuite, comment vous orientez un peu les choses, quand il faut aller un peu plus loin... ?
- Alors j'ai pas mal d'enfants et de jeunes adolescents avec lesquels j'aborde les problèmes de... Donc je les oriente un peu avec l'humour, quand ils me disent qu'ils fument, je leur demande « et les petites herbes aussi ? », sur le ton un peu de l'humour dès le départ et puis après il se libèrent parce que je leur dis que je ne suis ni la police, ni les parents ni rien... Et donc on parle tout à fait librement... J'essaie toujours de dédramatiser les choses, souvent avec le ton de l'humour pour arriver à faire comprendre que des choses sérieuses sont là... Et en général c'est un peu comme ça. Quand il y a un problème d'alcool, et bien oui, je fais un petit interrogatoire et j'arrive doucement vers la consommation d'alcool... Je leur dis « comme tout le monde, un petit verre de temps en temps... ? ».
Je pense qu'il faut surtout dédramatiser et ne pas être inquisiteur... Ne pas avoir l'air d'être celui qui juge... Il n'y a que comme ça qu'on arrive à faire que les gens se libèrent un peu...
- Et ça avec vos jeunes patients comme avec les plus âgés... ?
- Tout à fait oui. Après vous connaissez les personnes, leur personnalité, leur anxiété ou pas, il y a des gens avec qui l'humour il ne faut absolument pas. Mais à force de les côtoyer, vous savez comment aborder les choses...

- D'accord et lorsqu'il y a un traitement à entamer, enfin pas le traitement d'une angine comme on le disait mais...
- Alors il faut toujours expliquer pourquoi vous donnez quelque chose. Pour moi, ce n'est pas faire une ordonnance sans expliquer : c'est un antibio pour une angine, vous avez fait votre streptotest, vous expliquez qu'il est positif ou s'il est négatif, vous expliquez pourquoi vous ne prescrivez pas d'antibio.
Un traitement hypertenseur, après plusieurs prises, vous leur expliquer que c'est un traitement qu'ils auront sans doute pour toute leur vie... Les traitements chroniques il faut d'emblée expliquer aux gens que ce n'est pas pour un mois. Si on est diabétique, si on est hypertendu, on aura un traitement jusqu'à la fin de ses jours... Donc ça va être compliqué, donc ça va être lourd et que parfois ils en auront marre... Mais il faut toujours expliquer à quoi sert le traitement et pourquoi surtout, pour l'adhésion des patients.
- Bien sûr...
- Si on leur fait une ordonnance comme ça, ça n'a aucun intérêt.
- Oui... et pour un traitement un peu plus lourd qu'une angine, est-ce que vous informez puis vous prenez l'avis du patient par rapport à ce traitement... ?
- Oui, tout à fait. On explique aussi que le traitement que l'on met maintenant ne suffira plus au bout d'un moment, qu'il faudra peut-être modifier ou ajouter des choses. Il faut que le patient aie une vue assez lointaine, notamment dans les maladies chroniques. Parce qu'il peut se passer ça, il peut se passer ci... Après il y a des gens à qui il ne faut peut-être pas dire tout ça parce que ça va les effrayer.
C'est vraiment au cas par cas, selon la personnalité, la psychologie du patient que vous avez en face de vous...
- D'accord...
- Il y a des gens à qui vous pouvez même expliquer les risques, et d'autres où il ne faut surtout pas trop aller en profondeur, parce que ça va être la panique !
- Ok, donc c'est le patient qui décide au final...
- Oui, guidé par moi... Alors après moi je dis toujours « je vous explique ce qui pour moi est important, ce que vous devez faire, après, vous êtes libre, on ne va pas vous obliger à faire des choses... ». « Moi je vous explique en tant que médecin que pour moi c'est très important de faire ça, après, la balle est dans votre camp... ».
- Ok...
- On ne peut pas obliger les gens à faire des choses qu'ils n'ont pas envie de faire, même si on leur explique tous les risques et qu'ils ne le font pas...
- D'accord... est-ce que dans votre pratique, vous vous considérez un peu comme un médecin-remède ?
- Oui aussi, bien sûr. Tout à fait. Il y a des fois où les gens ressortent sans traitement du tout...
- Le simple fait d'être venu vous voir...
- Voilà, et d'avoir expliqué... Quand il y a des résultats de prise de sang, ils arrivent souvent paniqués parce qu'ils ont vu qu'il y avait quelques anomalies. En recadrant et en expliquant que finalement ce n'est pas si grave que ça, qu'en faisant ci et ça, ça peut s'arranger tout seul... Et puis même, sur le plan de l'anxiété, des tas de gens... Notre psychisme régite pas mal de choses ! (*rire*) Donc en discutant, en dédramatisant, bien sûr... Il n'y a pas forcément besoin d'une thérapie c'est clair.
- D'accord... Je vous remercie pour cette première partie... Est-ce que maintenant, vous pourriez me parler de votre diabète... ?
- Alors je suis diabétique insuliné depuis l'âge de 26 ans, j'en ai 58, donc j'ai 32 ans de diabète insuliné derrière moi. Je me fais 4 injections par jour, 3 injections Humalog et

une Lantus. Donc ça depuis pratiquement le début.

je le vis plus ou moins bien, selon les moments. Par moment je n'y fais pas attention, par moment j'ai envie de tout balancer par la fenêtre comme toute personne qui a une maladie chronique... Je me fais moult test dans la journée parce que je fais pas mal d'hypoglycémie... Et même en essayant d'adapter des doses correctes, voilà... J'ai un diabète qui est un peu compliqué à équilibrer sauf pendant mes grossesses où l'HbA1c était à 5,5 ! (*rire*)

Bon là, la dernière hémoglobine glyquée était à 8%, ce qui n'est pas dramatique mais ce qui n'est pas non plus... voilà... Au niveau des comorbidités est venu s'ajouter... enfin là j'ai fait des accès d'AC/FA donc là j'ai des traitements, Eliquis, Nébivolol, Flécaïne, depuis 2 mois ! J'ai une plaque au niveau d'une carotide... je ne sais plus laquelle d'ailleurs... depuis des années et qui est stable. Je devais avoir un hypolipémiant par le cardiologue, du Tahor, qui m'a fait des crampes et je lui ai dit qu'il m'enquiquinait avec son Tahor donc j'ai arrêté parce qu'honnêtement, les effets secondaires étaient trop invalidants pour continuer...

Sinon je vis normalement, je voyage, notamment des voyages lointains, avec des décalages horaires, des conditions de voyage qui ne sont pas forcément simples. J'ai eu 2 grossesses qui se sont très bien passées.

Donc je vis normalement, je fais un petit peu de sport... J'ai une vie tout à fait normale... Mais avec des ras le bol du fait de cette maladie chronique quand même bien lourde...

— Bien sûr...

— Mais dans l'ensemble ça va à peu près ! (*rire*)

— (*Rire*) Vous avez toujours été sous multi injections depuis le début... ?

— Oui oui...

— Vous n'avez jamais pensé à passer à la pompe ?

— Je ne veux pas parce que ce truc qui est planté 24h/24h avec le petit boîtier... pour les femmes, pour se vêtir n'est pas forcément l'idéal. Bon les hommes mettent ça sur leur cuisse sous le pantalon ça va, mais quand vous voulez mettre une petite robe, ce qui ne vous arrive certainement pas souvent ? (*rire*)

— (*Rire*) Effectivement !

— (*Rire*) Vous ne devez pas avoir une expérience...

Par contre là je songe à mettre le testeur glycémique... Mais c'est pareil, avoir cette aiguille plantée dans le bras, ça ne m'inspire pas plus que ça... mais je pense que je vais le faire... C'est le côté le plus difficile : les tests. Les multi tests au niveau des doigts, c'est quand même ce qu'il y a le plus difficile dans la maladie pour moi...

Alors moi j'ai connu les flacons d'insuline avec les seringues qu'on remplissait. Et quand sont arrivés les stylos c'était quand même....

— Une révolution...

— C'était quand même génial !

— Ok, d'accord... Alors on va avancer un peu...

— Oui...

— Donc vous m'avez parlé de votre relation avec vos patients, puis de votre diabète, on en vient au nerf du sujet, c'est à dire votre relation avec les patients diabétiques...

— Donc elle est un petit peu différente ! Surtout avec le diabétique de type 1, évidemment, puisque c'est le diabète... Vous vous faites tout diabète confondu ?

— Tout confondu oui...

— Déjà quand il y a un diagnostic de diabète, ça fait très peur aux gens. Les gens sont paniqués, justement à l'idée d'avoir des piqûres d'insuline... Je ne sais pas, ça les stresse, la vie est foutue, la vie est finie etc... Donc moi, là où je pense être le plus

utile c'est chez les jeunes diabétiques à qui on vient de découvrir un diabète... Parce que voilà, vous avez 17 ans, vous vous dites « je ne vais plus pouvoir rien faire » etc. C'est la catastrophe. Maintenant, avec les insulinothérapies fonctionnelles qui sont faites à l'hôpital, on dédramatise cette situation puisqu'on leur montre qu'ils peuvent faire à peu près tout.

J'en ai qui viennent spécialement me voir, j'en ai un qui ai venu spécialement me voir parce qu'il a su que j'étais diabétique... On a beaucoup discuté, je l'avais pris en fin de consultation... On a discuté très longtemps. Je lui ai montré que la vie pouvait être tout à fait normale même en étant diabétique. De voir de visu quelqu'un qui vit la même chose que vous, je pense que c'est très important pour les patients.

Alors le diabète de type 2, j'explique aux gens le mécanisme du diabète, j'explique pourquoi il faut qu'ils maigrissent, parce qu'il y a des tas de diabétiques à qui on dit qu'ils doivent maigrir, qu'ils doivent faire du sport, mais ils ne savent pas pourquoi... Je fais mon petit topo là-dessus et je ne dis pas d'emblée que moi aussi j'ai un problème de diabète. Après quand je vois que les gens n'adhèrent pas, ou trouvent que c'est trop lourd, « vous vous rendez pas compte docteur, je suis diabétique, je ne peux plus faire ci... », là je dis « ben si je me rends bien compte parce que je le vis depuis des années... », et là ils vous regardent un petit peu en disant « ah mince, elle sait ce que c'est, elle le vit... »

— (Rire)

— Le problème des diabétiques, ce qu'ils reprochent beaucoup aux médecins, c'est de dire « quand mon HbA1c'est pas bien, ou quand je n'ai pas de bonnes glycémies, les médecins pensent que c'est forcément parce que je fais n'importe quoi au niveau alimentaire, et ils m'engueulent et ceci, et cela... ». Or ce n'est pas vrai... On peut être tout à fait raisonnable et ne pas arriver à équilibrer un diabète ! (rire)

— Oui...

— Ça déjà je le mets en avant, je leur explique que ce n'est pas forcément parce qu'ils mangent n'importe quoi ou qu'ils font les pires imbécilités avec leur diététique... Parce que moi je ne parle jamais de régime, diététique équilibrée... Je pense que le mot régime est vraiment trop restrictif et psychologiquement ça ne va pas. Pour que quelqu'un adhère, il faut lui parler d'une diététique que tout le monde devrait avoir dans la vie. Que le voisin monsieur lambda devrait aussi faire, et ne pas parler de régime. Je pense que c'est vraiment la meilleure façon pour que les gens adhèrent à ce que vous leur dites. Donc j'essaie de dédramatiser, d'expliquer qu'on peut vivre normalement et je pense que le fait de savoir que je vis la même chose, ça leur permet d'adhérer plus au fait de faire attention à ce qu'ils mangent, au fait de faire du sport...

— Oui...

— A mon avis c'est vraiment un plus. Je ne le dis pas d'emblée. Parce que d'abord je n'ai pas forcément envie que tout le monde sache que je suis diabétique mais quand je sens que ça coince et qu'ils n'arrivent pas à intégrer ce diabète, à se traiter, à faire ce qu'il faut pour que ce soit équilibré, là je sors ma carte « Et bien si, je sais ».

— D'accord.

— Mais ce n'est pas d'emblée.

— Par contre avec les jeunes type 1 c'est systématique.

— Oui oui, c'est systématique. Il y a un petit garçon de 6 ans, quand il vient me voir il me dit « Et toi ton hémoglobine glyquée ? Ah ben moi la mienne elle est à tant... », alors je lui dis que c'est un champion, qu'elle est mieux que la mienne etc... Et toujours sur le côté un peu ludique. Il me montre sa pompe, il me dit « regarde, ça serait bien pour toi », je lui dis « non je suis trop vieille ». Je lui dis « pour toi c'est très important » et puis il m'explique avec le smartphone, mais moi je suis

complètement nulle en nouvelles technologies donc... Il me montre que sur son smartphone il peut faire je ne sais pas quoi... Donc je suis émerveillée, je le félicite. Il a 6 ans celui-là et il est très content de venir me voir... (*rire*). Mais c'est vrai qu'avec les jeunes en général j'en parle tout de suite, d'emblée parce que c'est important pour eux. Je leur explique aussi qu'ils auront ça jusqu'à la fin de leur vie, et qu'il va y avoir des progrès, qu'ils sont jeunes donc forcément il va y avoir des choses qui vont se faire, et ils n'auront certainement plus les mêmes traitements, que ça va changer... Mais j'en parle d'emblée et je leur dis que j'ai voyagé, que je fais ci ou ça, donc ça remet une couche sur le fait qu'ils peuvent vivre normalement.

- Dans la réassurance...
- Parce que le problème de la maladie chronique c'est qu'il ne faut pas que vous vous sentiez malade toute votre vie. Il faut que vous vous sentiez quelqu'un de normal. J'explique aussi aux parents qu'il ne faut pas trop les couvrir, pas trop les protéger, mais les laisser vivre comme des enfants de leur âge, même si c'est difficile.
- D'accord...
- Faire aussi attention aux frères et aux sœurs, ne pas trop axer son attention sur le petit qui est diabétique, mais qu'il faut surtout faire attention parce qu'ils ont d'autres enfants donc ne pas les délaissier entre guillemets, même de façon involontaire... Surtout sur le fait de ne pas trop couvrir, mais ça je le dis même aux familles des plus âgés, de sans arrêt être là, « est-ce que ça va ? est-ce que ceci ? est-ce que cela ? »... Ça part d'un bon sentiment, mais il ne faut pas étouffer les gens qui sont malades de manière chronique, surtout pas. Et ça je pense que je peux le dire parce que je le vis au quotidien et que je sais que si on me surprotège, ça va m'énerver au bout d'un certain temps... (*rire*)
- (*rire*) D'accord... et justement, la réaction de ces parents quand vous apprenez à l'enfant et du coup aux parents, que vous-mêmes êtes diabétique...
- Et bien ils sont rassurés. Parce qu'ils se disent que je vais mieux les comprendre, et que je n'aurais pas ce côté inquisiteur et juge de certains médecins. Et heureusement pas tous... Et la plupart des médecins, heureusement, ne sont pas comme ça. « Vous avez trop mangé, vous avez trop cela... ». Ils savent très bien que ce n'est pas forcément vrai, ça peut-être vrai évidemment... Ces jeunes sont contents de rencontrer quelqu'un qui vit la même chose qu'eux. Ils sont un petit peu rassurés... Ils se disent « Elle va comprendre, elle ne va pas juger ».
- Alors attention, je juge des fois de temps en temps ! Mais ce jugement des professionnels de santé vis-à-vis des personnes qui ont un problème de diabète, il est très lourd à accepter pour les patients.
- D'accord...
- Parce que moi je ne sais pas, vous n'avez pas encore une expérience médicale importante parce que vous êtes tout jeune, mais c'est quand même souvent le cas.
- Et les types 1 autant que les types 2... ?
- Voilà, tout à fait. Alors qu'il est hyper difficile des fois d'équilibrer un diabète alors que moi je sais que je ne fais pas d'écart, rien du tout... et pourtant je n'arrive pas à l'équilibrer...
- Et vos patients de type 1, un peu plus âgés... qui ont passé la vingtaine, trentaine, est-ce que là vous vous confiez aussi de manière systématique ?
- Oui, assez oui.
- Après le type 2 qui est obligé de passer à l'insuline parce que ça arrive, et qui trouve que c'est une catastrophe, je lui dis, « vous savez, ce n'est pas plus compliqué de se piquer que de prendre un comprimé... vous avez peut-être même une liberté un peu plus importante au niveau diététique », je leur explique qu'ils pourront être un peu

plus laxes en guillemets... Et quand je vois vraiment que c'est très compliqué, je leur montre mon stylo, je leur dis « regardez, moi j'en fais 4 par jour »... Quand on est obligé de basculer vers des injections, pas forcément de l'insuline avec les nouveaux traitements en injectables qui existent. C'est la piqure qui fait peur, je leur explique et leur dis « Ben non regardez, est-ce c'est marqué sur ma tête que je me pique 4 fois par jour ? non ? J'ai l'air normal... », « je travaille et j'ai un rythme d'enfer et ceci et cela... », on peut le faire...

Mais en règle générale, j'en parle assez librement.

- Il n'y a pas de tabou par rapport à ça ?
- Au départ parce qu'il faut quand même avaler, digérer ce diagnostic qui vous colle à la peau et qui est une maladie lourde quand même, ce n'est pas facile franchement... J'en parle depuis une quinzaine d'années...
- Donc ça a changé avec le temps...
- Oui voilà, ça a changé avec le temps parce que je l'ai accepté. Il m'a fallu longtemps pour vraiment accepter. Avant je faisais mes insulines un petit peu... Quand j'étais au resto, j'allais aux toilettes faire mes insulines, maintenant je la fais comme ça, je reste à table... Et même avec des amis si vous voulez. J'étais quand même un petit peu en retrait par rapport à mon traitement et puis après, au fil des années, ça change... Enfin, il faut accepter. Comme toute maladie chronique... Mais celle-là peut-être un petit peu plus.
- Vous faisiez moins cette confiance aux patients, vous utilisiez moins votre expérience personnelle...
- Tout à fait, parce qu'il fallait que moi j'accepte d'être un petit peu différente des autres. Même si je leur dis qu'ils ne sont pas différents de monsieur tout le monde, malgré tout, on est quand même pas tout à fait comme monsieur tout le monde... Il y a quand même quelques trucs qui diffèrent...
- Et est-ce que par rapport aux traitements, des types 1 ou des types 2, vous vous estimez, par rapport à votre expérience, un peu plus rigoureuse ou un peu plus laxiste... ?
- Je dirais presque un petit peu plus laxiste (*rire*). Un petit peu plus tolérante on va dire... J'explique aux gens qu'ils ne pourront pas toujours être raisonnables et faire comme il faut, ça ce n'est pas possible. Que par exemple au niveau diététique, s'ils se serrent trop la ceinture, ça va durer un mois ou deux mais ce n'est pas ça qu'il faut faire... Il faut avoir une diététique correcte parce que ça sera pour toujours. On peut tous être très strict pendant un, deux ou trois mois mais on ne peut pas être très strict toute une vie. Au niveau de la prise de leur traitement, évidemment qu'il faut le faire, qu'il ne faut pas en rater... mais s'ils en ratent une fois de temps en temps, ce n'est pas non plus dramatique. Je pense qu'il faut vraiment dédramatiser le truc. Alors laxiste non mais tolérante, je pense que c'est le bon mot... Plus adapté.
- Oui, d'accord...
- Toujours avec le fait de ne pas juger.
- Et est-ce que du coup vous avez l'impression d'être meilleur soignant par rapport à ce diabète ?
- Oui, je pense. Vivre les choses, on se met plus à la place des gens et on les comprend beaucoup plus. Donc je pense en effet, en matière de diabète...
- L'empathie est exacerbée...
- Voilà, tout à fait.
- D'accord... Et est-ce que vous, parfois, vous avez l'impression de voir un miroir quand vous êtes face à vos patients... ?

- Bien sûr, ça m'arrive. Ce que je leur dis, ça me sert un peu de thérapie à moi. Parce que quand vous avez un problème de santé, ce que vous dites au patient pour les guider, pour les rassurer, vous vous le dites à vous aussi !
- Oui...
- Par ricochet, vous vous persuadez aussi de la chose.
- Et à quel moment vous voyez le plus ce miroir par rapport à vos patients... ?
- Quand je suis dans ma période un peu « ras le bol » de la maladie, ce que je dis par exemple le fait qu'on puisse vivre normalement, et bien ça me sert surtout à ce moment-là...
- D'accord...
- Après je me retrouve dans plein de choses qu'ils me disent, les questions qu'ils se posent, les ras le bol qu'ils ont... On se retrouve toujours, et on leur dit justement, « Moi aussi j'ai des moments où j'ai envie de tout balancer... » mais on n'a pas le choix, c'est comme ça. On l'a jusqu'à la fin de nos jours donc voilà... On peut en effet être plus ou moins raisonnable, mais on ne peut pas arrêter... Et je leur explique qu'il y en aura encore dans leur vie des moments où ils en auront ras le bol, que c'est normal, que moi j'ai vécu la même chose mais qu'à chaque fois il faut quand même rebondir et se dire « ben non, je n'ai pas le choix, c'est comme ça ».
- Ok... Et par rapport aux recommandations sur le diabète, est-ce que vous vous informez plus, est-ce que vous vous sentez plus au point sur ce sujet ?
- Bien sûr. Oui...
- Vous êtes plus intéressée par rapport à votre propre maladie... ?
- Oui tout à fait.
- D'accord...
Et bien nous avons abordé tous les thèmes que je souhaitais aborder avec vous... Je vous remercie.
Est-ce que maintenant vous auriez aimé parler de quelque chose que nous n'avons pas abordé... ?
- Non je pense qu'on a parlé un petit peu de tout.
En conclusion, je pense que c'est vraiment un plus, pour mes patients mais aussi pour moi. Je pense que c'est un plus de vivre quelque chose que les patients vivent. On les comprend mieux, on les soigne mieux et on est plus... tolérant, on est moins dans le jugement du fait qu'ils ne fassent pas des choses... Je pense que c'est vraiment très très important. Et surtout expliquer aux gens le pourquoi du traitement, ce qu'il faut faire/pas faire. Enfin, je suis déjà comme ça de façon générale, mais je pense d'autant plus avec cette maladie... qui fait très peur, le diabète c'est une maladie qui fait horriblement peur. Les patients « Ah vous êtes sûr je n'ai pas de diabète ? », et je leur dis « Non mais le diabète c'est pas non plus... vous n'allez pas mourir en deux minutes parce qu'on vous dit que vous avez un diabète. » Mais ça reste une maladie qui fait très très peur... Je ne sais pas pourquoi celle-ci...
Mais je pense qu'on a abordé tout ce qui était possible...
- OK, super, je vous remercie alors beaucoup...
- Mais je vous en prie.

[Arrêt de l'enregistrement]

Entretien MG11

- Comme je vous l'ai déjà dit, la conversation est enregistrée ce qui me permettra de la retranscrire par écrit mais bien évidemment toutes les données seront anonymisées.
- Très bien.
- Je ne vous en dis donc pas plus sur le sujet puis nous pourrions en parler à la fin de l'entretien.
- Pas de souci.
- D'ores et déjà, est-ce que vous pourriez me parler de votre relation avec le patient de manière générale...
- (*Rire*) Qu'est-ce que je peux vous dire ?
Je suis médecin installé depuis 25 ans, je prends en charge des patients dans un domaine très varié, je suis maître de stage à la fac donc je reçois des internes et dans ma relation avec les patients, je dirais que je suis un peu de la vieille école et je... prends en charge la dimension psychologique de manière assez importante donc j'accorde beaucoup de place à l'écoute, de manière assez régulière...
- Ok...
- Je ne sais pas trop quoi vous dire d'autre si vous ne m'orientez pas... (*rire*)
- C'est déjà un début ! (*rire*) Du coup, vous vous orientez beaucoup sur l'écoute, et lorsque c'est à vous de prendre la parole on va dire, comment vous orientez les choses, comment vous amenez vos patients à aller vers un examen par exemple ou à aller vers un traitement... ?
- Disons que je pose assez souvent des questions ouvertes et puis en fonction de ce qui m'est répondu, j'essaie d'orienter ma consultation sur ce vers quoi je veux aller, en leur expliquant toujours la direction que je choisis, en essayant de les amener... déjà à se prendre en charge... et de toujours avoir leur ressenti pour prendre en charge leur maladie... Voilà...
- Vous leur donnez l'information, et vous voyez comment ils réagissent et où ils veulent aller... C'est ce que j'entends dans ce que vous me dites...
- Voilà, c'est un peu ça. Après c'est vrai, que j'ai régulièrement des internes avec moi, ça peut parfois créer un biais, ça crée forcément un biais donc je leur laisse toujours la possibilité de les consulter sans l'interne...
- Ok, donc vous n'imposez pas...
- Ah non.
- Vous proposez et c'est le patient...
- C'est le patient qui décide.
- Vieille école de ce que vous me dites, mais pas tant paternaliste comme à l'ancienne...
- Non, non. J'ai connu ça par rapport au médecin à qui j'ai repris la clientèle qui était très paternaliste. Mais je n'ai pas le sentiment de fonctionner comme ça...
- Et est-ce que vous avez l'impression d'être une sorte de médecin remède pour vos patients, c'est à dire que rien que le fait de venir vous voir les traite en partie... ?
- Ce sont les patients qui me donnent cette impression, d'après les retours que j'en ai... Souvent, le fait de les rassurer, d'être à l'écoute, de prendre de leurs nouvelles, de les accompagner... Lorsque je donne un traitement, il m'arrive souvent de les rappeler pour savoir comment ils vont... S'ils sont soulagés. C'est vrai qu'on est de plus en plus pris par le temps, les consultations sont de plus en plus serrées et c'est difficile d'avoir un suivi comme j'aimerais... C'est à dire avec plus de temps et plus de possibilité pour les accompagner... Mais je suis souvent pris par le temps, mais

j'essaie de respecter ces données-là qui sont pour moi essentielles dans la relation avec les patients.

- Très bien... Est -e que maintenant vous pourriez me parler de votre diabète ?
- Alors moi j'ai déclaré un diabète de type 1 à l'âge de 34 ans, j'étais installé depuis 2 ans. J'ai eu un syndrome cardinal et je n'ai pas du tout vu venir la chose donc ça a été un coup de tonnerre dans un ciel qui était à peu près serein, je ne dirais pas complètement... J'ai perdu 10 kilos avec un syndrome polyuro-polydipsique et c'est une amie médecin qui m'a suggéré de faire un bilan sanguin. Et puis j'ai découvert ça donc j'avais 34 ans et ça a été très difficile à accepter. J'ai dû être hospitalisé... donc j'ai fait les bilans : scanner pancréatique... Et puis lorsqu'il a fallu mettre en place un traitement, je dirais que ça a été fait sur 3 jours en clinique et je regrette un peu parce qu'à l'époque je n'arrivais pas à accepter l'idée d'être malade, il y avait la question « pourquoi ça et pourquoi moi ? ». Le regret que je peux avoir c'est de ne pas avoir pris suffisamment de temps pour avoir une éducation à ma pathologie et un temps d'adaptation que j'aurais souhaité plus long... Mais je ne me suis pas accordé ça. J'ai repris le boulot très vite, je me suis arrêté juste 3-4 jours, juste le temps d'être hospitalisé pour passer sous insuline. L'endocrinologue qui m'avait suivi initialement m'avait donné des anti diabétiques oraux ce que je ne comprends toujours pas...
- Oui...
- Et donc quand il s'est avéré nécessaire de passer sous insuline, ça a été fait très rapidement et il a fallu que je me débrouille un peu tout seul pour adapter mes doses... Disons que ça a été une période très compliquée à gérer mais à l'époque je ne me suis pas donné d'autre choix, et je le regrette... Parce que je pense que j'aurais dû à ce moment-là... Pour moi c'était très difficile de continuer à être soignant en devant assumer et accepter... et avancer parce que je ne me suis pas accordé la liberté de m'occuper de moi. Pour moi l'essentiel à ce moment-là, c'était : ne pas être défaillant au boulot.
- Vous avez eu du mal à concilier votre côté soignant et votre côté malade...
- Tout à fait...
- Du coup vous avez été mis sous insuline après un petit moment... ?
- Très rapidement, mais l'adaptation s'est faite très rapidement et je dirais que je n'ai pas été très bien accompagné dans la mesure où j'avais dit à l'endocrino qu'il fallait que je sorte... J'ai dû rentrer le mercredi soir, je l'ai vu le jeudi et le vendredi, et je lui ai dit qu'il fallait que je sorte le dimanche soir pour reprendre le travail lundi et... aucune des consignes n'avait été passées et je suis sorti contre avis médical parce qu'il était injoignable pour organiser ma sortie... Donc ça n'a pas été très facile (*rire*)... Je n'imaginais pas les choses de cette manière- là, et le regret que j'ai c'est de ne pas avoir été en CHU pour être pris en charge comme un patient lambda... Je pense qu'il y a eu un dysfonctionnement par le fait que j'étais médecin... Je n'ai pas été pris en charge comme un patient tout venant... C'est en tout cas le souvenir que j'en ai et qui reste quand même très difficile pour moi... (*rire*) par rapport à ce que je peux faire moi et organiser pour mes patients quand ils sont confrontés à une telle annonce. Je pense que l'endocrino à ce moment-là... Je ne le vois plus depuis, j'ai changé de thérapeute, et je pense qu'il a très probablement eu du mal à gérer tout ce que je lui ai fait porter à ce moment-là... Je l'ai senti plutôt fuyant.
- Et actuellement, vous avez toujours un schéma en multi injections... ?
- Oui oui, basal – bolus. Et je suis suivi en CHU.
- D'accord...
Ce souvenir initial semble assez présent, mais dans votre vie de tous les jours, comment vous vivez votre diabète... ?

- Je vis avec... J'ai du mal à concilier... J'ai été initié à l'insulinothérapie fonctionnelle donc ça a eu deux effets : un effet libérateur et puis la contre-partie c'est que les interdits ont été levés et d'un côté c'est plutôt sympathique parce que ça m'a donné la possibilité de me rendre compte que je pouvais vivre normalement, notamment quant à mon rapport à la diététique, mais par ailleurs, du fait de ce métier et de l'irrégularité des heures de repas... du fait d'une convivialité que je n'ai pas laissé tomber... Je dirais que je navigue à vue... Je ne peux pas dire que j'ai un équilibre tout à fait satisfaisant... Donc j'ai fait deux jeûnes glycémiques pour faire le point sur ma basale... Les résultats sont très variables. Je dirais que j'ai un diabète qui est assez difficile à équilibrer.
J'ai ensuite utilisé les nouveaux lecteurs de glycémie avec le capteur sur 15 jours, et ça montre des variations très importantes. Donc l'endocrino a du mal à adapter au mieux les ratios... Donc je dirais qu'au jour d'aujourd'hui je vis avec mais jusqu'à présent je n'ai pas eu de complication, ni au niveau micro, ni au niveau macro angiopathique. J'ai quand même maintenant 22 ans de diabète...
- D'accord... Maintenant, après avoir parlé de votre relation avec le patient de manière générale puis de votre diabète, est-ce que vous pourriez me parler de votre relation avec le patient diabétique... ?
- Je dirais que je suis peut-être plutôt dans « faites ce que je dis, ne faites pas ce que je fais » puisque je ne parle pas de mon diabète à mes patients. Je dirais que je suis un peu sévère et très conscient du fait que ce que je leur dis, je me le dis à moi. Si je peux être un peu incisif par moment, c'est bien parce que je suis conscient de ma propre difficulté par rapport aux petits arrangements que l'on fait avec soi-même, aux doses d'insuline que l'on peut se rajouter pour se permettre une plus grande liberté... Donc je dirais que ce rapport est peut-être sous tendu par ma propre incapacité... Il faut être honnête... J'ai l'honnêteté de reconnaître qu'à travers... Je pense que votre sujet est très intéressant parce que être soignant en étant malade et prendre en charge des pathologies équivalentes à celle dont on souffre soi-même et ça induit forcément une prise en charge qui est nécessairement biaisée...
Alors je dirais que ce qui est positif dans cette histoire, c'est que j'ai moins de difficulté que certains de mes collègues dans la prise en charge, par exemple je viens de récupérer un patient qui a une hémoglobine glyquée à 11,3, qui fait n'importe quoi, qui ne fait aucun régime, aucun contrôle, qui avait des ADO sans aucun suivi, aucun contrôle... Donc pour moi ça n'a pas été trop compliqué de lui prescrire le lecteur, l'infirmière pour les contrôles et de lui apprendre à se servir du lecteur, je l'ai mis sous Lantus et comme la prise en charge était un peu complexe, j'ai aussi organisé un rendez-vous au CHU pour qu'il soit pris en charge. Je l'ai revu hier, on lui a fait voir la diététicienne, on lui a modifié son traitement, il est passé sous insuline basal-bolus. On a arrêté tous les ADO... Ce que j'aurais pu faire, il me semblait que c'était nécessaire, mais par manque de temps de ma part, c'était pour qu'il ait un contact avec l'endocrino, la diététicienne, le bilan des complications soit mis en place et qu'il y ait un suivi qui soit initialisé... mais sur l'arrêt de certains ADO et la mise en place d'une insuline lente, j'ai moins de souci que peuvent avoir certains de mes collègues qui ne se sentent pas d'initialiser eux-mêmes une insulinothérapie.
- Hum hum...
- Donc ça c'est le côté positif. La réponse à certaines de leurs questions sur les hypo, la diététique... Je suis en mesure de leur en parler, de parler de la prise en charge nécessaire de leur pathologie... Ça ça fait partie de l'éducation thérapeutique. Je dirais que ce côté-là, par rapport à mon propre vécu, je peux leur apporter une aide certaine, dans l'initialisation des traitements aussi, après dans le suivi... Ce que j'ai dit

précédemment, le côté peut-être incisif qui est directement en lien avec ma propre incapacité, ma propre difficulté dans la gestion... C'est l'autre versant de la pièce parce qu'effectivement ça me renvoie à ma propre difficulté et à mon propre devenir... Je prends au quotidien acte de la difficulté à vivre avec une pathologie chronique avec laquelle je suis en lien 24h/24h... Quand je fais des hypo la nuit, ou quand le matin, après une hypo la nuit, je me retrouve à 3,5 g et que je suis fatigué... Il y a des moments où j'aurais bien envie de m'accorder un temps de répit et je suis happé par ma fonction... Je continue d'avancer malgré tout alors qu'il y a des moments où l'âge venant, même si je n'estime pas être trop fatigué, mais je constate que l'âge venant j'ai parfois du mal à faire avec... je pense que c'est quand même beaucoup en lien avec mes variations glycémiques. Un diabète que j'ai du mal à stabiliser, pas uniquement par le fait que j'ai un diabète instable, mais aussi par rapport à la vie que je mène et qui est résolument tournée vers une levée consciente des interdits.

— D'accord...

Et malgré ce renvoi à votre propre expérience quand vous êtes face à vos patients diabétiques, est-ce que vous êtes plus dans l'empathie, plus dans le soutien psychologique, à comprendre les patients... ?

— Je pense que c'est le cas oui. L'empathie c'est quelque chose sur lequel j'ai pas mal travaillé en groupe Balint. J'ai un certain intérêt à cette dimension-là. Je pense que par rapport aux patients diabétiques, l'empathie s'exprime justement parce que je peux... J'ai justement une maman qui a sa fille de 6 ans qui a développé un diabète de type 1, je ne m'occupe pas du tout de sa fille, je la vois ponctuellement pour des problèmes autres, mais j'ai eu, à plusieurs reprises, l'occasion de m'entretenir avec la maman par rapport à sa propre souffrance et je pense que ma propre expérience m'a beaucoup servi pour trouver les mots, pour elle... Parce que là, l'empathie s'est exprimée à la hauteur, et même peut-être au-delà de l'empathie habituelle dont j'essaie de faire preuve dans la prise en charge des patients. Je pense que là c'était moi qui parlais plus que le médecin. Moi en tant qu'humain et directement en lien avec ce problème spécifique. Donc les mots, j'ai pu les trouver pour qu'elle réagisse et je trouve qu'elle a complètement saisi ce qu'est le diabète, je pense qu'elle a réagi avec intelligence... Elle a pu se libérer de certaines angoisses qu'elle avait et elle a saisi tout ce que j'ai pu lui communiquer...

— Sans jamais dire que vous étiez diabétique...

— Ah non non. C'est quelque chose que je m'interdis de faire, les patients n'ont pas à savoir ça...

— Avec aucun patient...

— Non...

— Même avec les enfants...

— Non...

— D'accord...

— Et en même temps que je vous dis non, je sais qu'il y a une patiente qui est au courant, que je suis depuis... Je pense que j'ai dû le dire à une patiente qui est diabétique non insulino dépendante. Mais j'ai dû le dire à l'époque où je suis tombé malade, parce que perdre 10 kilos en 1 mois, ce n'est pas passé inaperçu... Et je pense qu'elle est venue au moment fatidique où c'était tellement insupportable pour moi qu'à un moment donné, j'ai dû dire quelque chose et voilà, elle le sait... C'est vrai que ce souvenir revient parce que j'en parle avec vous. J'ai dû lui dire au moment où elle m'a fait part de son inquiétude quand elle m'a vu au moment où ça m'est tombé dessus. Mais c'est la seule fois où j'ai exprimé ça, parce que je pense que... Même si on peut

avoir des rapports qui deviennent, je ne dirais pas amicaux, mais de l'intime... De par la fonction de médecin de famille, quand on suit, une, deux, trois et bientôt quatre générations, on finit par tisser des liens qui ne sont pas uniquement de l'ordre de la relation médecin-malade mais des liens autres... Mais pour autant je m'abstiens... Parce que je pars du principe que les gens ne viennent pas pour ça... J'ai d'autres lieux pour parler de moi, ce n'est pas le lieu...

— Vous considérez que c'est une sorte de tabou... ?

— Non, ce n'est pas le mot. Je pense simplement que ce n'est pas le lieu.

— D'accord...

— Ce n'est pas le lieu mais après je n'en fais pas un tabou. Il se pourrait qu'un jour, au cours d'une consultation, selon ce qu'il s'y passe, selon ce qui est dit... Si j'avais quelqu'un qui traverse ce que j'ai traversé et qui d'un coup me dit « Ma vie est foutue », je pense que sur des thématiques bien précises, je pourrais dire certaines choses donc ce n'est pas un tabou. Je dis simplement que ce n'est pas le lieu, mais je ne suis pas fermé à ça en fonction de ce qui pourrait advenir au sein d'une consultation...

— Dans l'hypothèse, ça serait plutôt pour de la réassurance...

— Pour le patient... ?

— Oui, pour le patient.

— Oui... après qu'est-ce que vous avez comme autres propositions ?

— Je n'en ai pas...

Donc là ça serait dans la réassurance que vous en parleriez, c'est ce qui vous est venu en premier à l'esprit...

— Oui, oui. En tout cas, certainement pas pour me faire du bien à moi.

— Oui.

— Donc ça serait pour quelque chose de l'ordre de l'aide à la compréhension d'une pathologie complexe... et sur le fait que... J'ai notamment assisté à une journée à l'hôpital, il y a un an, pour me remettre dans les créneaux de ce qui est dit autour de l'insulinothérapie fonctionnelle, on a quand même le sentiment que les diabétologues tiennent un discours très rassurant sur le fait qu'un diabétique de type 1 peut vivre strictement normalement, à tous les sens du terme... Ils ont un discours rassurant sur les hypoglycémies, sur les éventuels comas... J'ai trouvé que c'était plutôt bien de tenir ce discours et c'est quand même un discours qui a beaucoup évolué depuis une vingtaine d'années. Parce que le souvenir que j'ai de la prise en charge du diabète quand j'étais étudiant, c'était... Alors peut-être que les choses commençaient de bouger parce que je ne sais pas de quand date l'insulinothérapie fonctionnelle, mais en tout cas, pas de mon époque, enfin du temps où j'étais à votre place. J'ai trouvé qu'il y avait un discours très libérateur à l'heure actuelle. Et puis sur le fait de l'éducation thérapeutique, c'est quand même très intéressant d'apprendre au patient à connaître sa pathologie... Savoir comment la gérer.

— Bien sûr... Très bien...

— Un peu en conclusion de ce que vous venez de me dire de votre relation avec le patient diabétique, est-ce que dans le cadre du diabète, vous vous considérez comme meilleur soignant... ?

— Euh... Je ne dirais pas ça. Encore que... Ce à quoi je pense là, je suis dans un cabinet de groupe et c'est vrai que sur des questions techniques, mes confrères me posent des questions parfois. Après, je dirais que j'ai quand même besoin d'avoir l'appui d'un diabétologue. C'est à dire que c'est tellement complexe, tellement vaste, tellement compliqué de prendre en charge un patient initialement qui a, tel que le patient dont je vous parlais... Je pense que c'est par manque de temps que je ne vais pas jusqu'au

bout. J'ai eu un autre patient qui lui, en plus de ça, n'avait aucune couverture sociale, il n'avait même pas l'aide médicale d'état. Qui se retrouvait, non seulement avec une hémoglobine glyquée à 12, mais des triglycérides à 35, entre autre... fumeur, Croate donc il ne parlait pas le français, sans couverture sociale... Et donc tout ce qu'il a fallu mettre en place pour que ce patient puisse bénéficier de l'AME, puis d'être pris en charge en urgence par rapport à son diabète, parce que qui dit « pas de droit » dit « pas de médicament »... Tout ça fait que la prise en charge a été très compliquée. J'ai fait mon boulot, peut-être avec plus de motivation parce que j'ai été sensible à ce à quoi il pouvait s'exposer, dans un contexte social déplorable, donc j'ai peut-être surinvestie ma relation avec ce patient. Et puis le fait est qu'on est arrivé à quelque chose de satisfaisant et je suis content de ça. Est-ce que d'autres collègues... Alors il y avait eu des confrères qui n'étaient pas allés jusque-là où je suis allé, notamment aux urgences de **** où il a été reçu et du fait qu'il n'avait aucun droit, ils l'ont fait sortir alors qu'il était rentré initialement pour une douleur précordiale. Il a juste eu son ECG et puis le bilan montrait ce que j'ai découvert moi... Il n'a pas du tout été pris en charge, hospitalisé... Ils l'ont fait ressortir en lui disant de s'adresser au médecin traitant pour la suite de la prise en charge. Donc je dirais qu'à ce niveau-là, je me considère comme meilleur soignant.

Après concernant le diabète, j'ai peut-être un avantage par rapport à d'autres de mes collègues, mais je pense que si la question est uniquement « est-ce que le diabète vous fait être un meilleur médecin pour vos patients diabétiques ? »... Je dirais oui, mais pas... Entre 0 et 5 je dirais 3 (*rire*).

— (*Rire*). D'accord...

Je viens de penser à quelque chose qui me fait remonter dans mon fil conducteur, mais est-ce que vous en tant que diabétique de type 1, vous faites un distinguo entre les types 1 et les types 2 ?

— Oui... Euh... Je dirais oui parce que la population, en général... Parce qu'avec les problèmes diététiques actuels, les types 2 sont de plus en plus jeunes. Mais je dirais que je fais un distinguo... d'abord je suis moins dans l'urgence que pour un diabétique de type 1. Je dirais que je suis un peu plus tolérant, que j'essaie de rappeler les règles essentielles de l'exercice physique, d'essayer au mieux de faire adhérer à la diététique... Après c'est vrai que j'aurais tendance à être plus... en fonction de l'âge du patient, je dirais que je suis plus tolérant peut-être... Si c'est le bon mot... Moins strict sur l'équilibre pour atteindre 7 ou 7,5 en fonction de l'âge.

Je rappelle les règles très régulièrement, mais le distinguo je le fais peut-être en passant plus de temps avec les diabétiques de type 1 pour aborder des questions, peut-être en fonction de ma propre expérience...

— Ok... Donc ce distinguo se fait vraiment sur la prise en charge... ? Pas sur la manière de prendre en charge les choses... Pas forcément un distinguo par rapport au fait que vous partagez la même maladie... ?

— Alors oui, ce que je peux rajouter c'est que je me sens... enfin la question du transfert / contre transfert, enfin en l'occurrence là du transfert, elle se passe plutôt avec les patients de type 1, moins que les types 2 ça c'est sûr. Je pense que le distinguo je le fais clairement à cet endroit-là. Je pars du principe qu'on n'a pas la même pathologie, je peux dire les choses comme ça...

— Et bien nous avons un peu abordé les thèmes que je souhaitais aborder... est-ce que vous auriez souhaité parler de quelque chose de plus, que l'on n'aurait pas évoqué... ?

— Non, je crois... Ce qui m'est venu je l'ai dit...

Donc je ne vois pas ce que je pourrais rajouter.

— En tout cas n'hésitez pas si quelque chose revient plus tard à me recontacter...

Entretien MG11

— D'accord, merci.

— Merci à vous.

[Arrêt de l'enregistrement]

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis 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 dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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 et méprisé si j'y manque.

Relation médecin diabétique – patient diabétique en médecine générale : étude qualitative

Le patient diabétique est atteint par une maladie chronique contraignante et souvent difficile à accepter. Sa prise en charge est majoritairement assurée par son médecin traitant qui doit alors faire preuve de soins adaptés, d'empathie et d'écoute.

Dans cette étude qualitative, nous avons exploré la relation entre les médecins généralistes diabétiques et leurs patients diabétiques afin de savoir comment le partage d'une maladie chronique la modifiait. Utilisaient-ils leur vécu du diabète, et si oui, à quel escient ? Pour cela, onze entretiens semi dirigés avec des médecins généralistes diabétiques ont été réalisés par téléphone, après recrutement par courriers électroniques, publications Facebook[®] et effet « boule-de-neige ». Après retranscription, un double codage en aveugle a permis une triangulation des données. Les entretiens ont été arrêtés lorsque la saturation théorique des données a été atteinte.

La différence de relation avec les diabétiques de type 1 ou de type 2 était rapidement évoquée, les médecins interrogés considérant parfois qu'il ne s'agissait pas de la même maladie. La réciprocity de certains traitements leur donnait des compétences plus grandes quant à leur gestion, qu'ils qualifiaient de meilleures que celles d'un médecin non diabétique. Par ce vécu, l'Education Thérapeutique du Patient était à leur portée : les conseils et enseignements prodigués étaient ancrés dans le quotidien, très axés « *vraie vie* ». Leur connaissance de la maladie leur permettait de surpasser l'empathie habituelle puisqu'ils ne se projetaient pas dans une situation hypothétique mais faisaient appel à leur expérience personnelle. Les médecins interrogés étaient peu à se retrouver dans des situations d'identification consciente, les mettant face à leur maladie et à ses éventuelles complications. Il n'était pas systématique que les médecins parlent de leur propre diabète à leurs patients. Cette confiance pouvait être réservée aux jeunes diabétiques ou aux type 1, dans un but de réassurance, de dédramatisation et d'adhésion thérapeutique.

Les profils des médecins interviewés mettaient en évidence des caractéristiques hétérogènes (sexe, âge, date d'entrée dans la maladie, durée d'exercice), et, malgré des pratiques qui différaient, il apparaissait une certaine unanimité dans le partage de leur savoir expérientiel, qui permettait également de compléter leur savoir universitaire.

Mots clefs : relation médecin-malade, médecin diabétique, savoir expérientiel, empathie, éducation thérapeutique du patient