

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Marine CES

le 24 juin 2021

Ressenti des Médecins Généralistes lors de la prise en charge d'un
confrère

Une étude qualitative auprès de Médecins Généralistes du Gard

Directeur de thèse : Dr GOUIN Nicolas

JURY

Président : Pr AMOUYAL Michel, PU MG - Médecine générale

Assesseurs : Dr GOUIN Nicolas, MSU - Médecine générale

Dr URENA DORES Aurélie, MSU - Médecine générale

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Marine CES

le 24 juin 2021

Ressenti des Médecins Généralistes lors de la prise en charge d'un
confrère

Une étude qualitative auprès de Médecins Généralistes du Gard

Directeur de thèse : Dr GOUIN Nicolas

JURY

Président : Pr AMOUYAL Michel, PU MG - Médecine générale

Assesseurs : Dr GOUIN Nicolas, MSU - Médecine générale

Dr URENA DORES Aurélie, MSU - Médecine générale

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	MIRO Luis
ALLIEU Yves	CANAUD Bernard	JAFFIOL Claude	NAVARRO Maurice
ALRIC Robert	CHAPTAL Paul-André	JANBON Charles	NAVRATIL Henri
ARNAUD Bernard	CIURANA Albert-Jean	JANBON François	OTHONIEL Jacques
ASENCIO Gérard	CLOT Jacques	JARRY Daniel	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	COSTA Pierre	JOURDAN Jacques	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	D'ATHIS Françoise	KLEIN Bernard	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	DEMAILLE Jacques	LAFFARGUE François	PETIT Pierre
AYRAL Guy	DESCOMPS Bernard	LALLEMANT Jean Gabriel	POUGET Régis
BAILLAT Xavier	DIMEGLIO Alain	LAMARQUE Jean-Louis	PUJOL Henri
BALDET Pierre	DUBOIS Jean Bernard	LAPEYRIE Henri	RABISCHONG Pierre
BALDY-MOULINIER Michel	DUJOLS Pierre	LEROUX Jean-Louis	RAMUZ Michel
BALMES Jean-Louis	DUMAS Robert	LESBROS Daniel	REBOUL Jean
BANSARD Nicole	DUMAZER Romain	LOPEZ François Michel	RIEU Daniel
BAYLET René	ECHENNE Bernard	LORIOT Jean	ROCHEFORT Henri
BILLIARD Michel	FABRE Serge	LOUBATIERES Marie Madeleine	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BLARD Jean-Marie	FREREBEAU Philippe	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SAINT AUBERT Bernard
BLAYAC Jean Pierre	GALIFER René Benoît	MARTY ANE Charles	SANCHO-GARNIER Héléne
BLOTMAN Francis	GODLEWSKI Guilhem	MARY Henri	SANY Jacques
BONNEL François	GRASSET Daniel	MATHIEU-DAUDE Pierre	SEGNARBIEUX François
BOURGEOIS Jean-Marie	GUILHOU Jean-Jacques	MEYNADIER Jean	SENAC Jean-Paul
BOUSQUET Jean	GUITER Pierre	MICHEL François-Bernard	SERRE Ariette
BRUEL Jean Michel	HEDON berbard	MION Charles	SOLASSOL Claude
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MION Henri	VIDAL Jacques
			VISIÉ Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	LE QUELLEC Alain
BLANC François	MARES Pierre
BONAFE Alain	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MESSNER Patrick
BRINGER Jacques	MILLAT Bertrand
CLAUSTRES Mireille	MONNIER Louis
DAURES Jean-Pierre	MOURAD Georges
DAUZAT Michel	PREFAUT Christian
DAVY Jean-Marc	PUJOL Rémy
DEDET Jean-Pierre	RIBSTEIN Jean
ELEDJAM Jean-Jacques	SCHVED Jean-François
GROLLEAU RAOUX Robert	SULTAN Charles
GUERRIER Bernard	TOUCHON Jacques
GUILLOT Bernard	UZIEL Alain
JONQUET Olivier	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel
LARREY Dominique	

Docteurs Emérites

PRAT Dominique
PUJOL Joseph

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie

DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénérologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale

TOUITOU Isabelle

Génétiqque

VANDE PERRE Philippe

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YCHOU Marc

Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGULAR MARTINEZ Patricia

Hématologie ; transfusion

ASSENAT Éric

Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

AVIGNON Antoine

Nutrition

AZRIA David

Cancérologie ; radiothérapie

BAGHDADLI Amaria

Pédopsychiatrie ; addictologie

BLANC Pierre

Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BORIE Frédéric

Chirurgie viscérale et digestive

BOURDIN Arnaud

Pneumologie ; addictologie

CAMBONIE Gilles

Pédiatrie

CAMU William

Neurologie

CANOVAS François

Anatomie

CAPTIER Guillaume

Anatomie

CARTRON Guillaume

Hématologie ; transfusion

CAYLA Guillaume

Cardiologie

CHANQUES Gérard

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

CORBEAU Pierre

Immunologie

COULET Bertrand

Chirurgie orthopédique et traumatologique

CUVILLON Philippe

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DADURE Christophe

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DAUVILLIERS Yves

Physiologie

DE TAYRAC Renaud

Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale

DE VOS John

Histologie, embryologie et cytogénétique

DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Amaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie

Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

PERNEY Pascal

Anatomie

PRUDHOMME Michel

Pneumologie ; addictologie

PUJOL Jean Louis

Pédopsychiatrie ; addictologie

PURPER-OUAKIL Diane

Anatomie et cytologie pathologiques

ROGER Pascal

Pédiatrie

TRAN Tu-Anh

Radiologie et imagerie médicale

VERNHET Héléne

PU-PH de 2ème classe

Cancérologie ; radiothérapie

BOURGIER Céline

Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)

CANAUD Ludovic

Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

CAPDEVIELLE Delphine

Médecine d'urgence

CLARET Pierre-Géraud

Cancérologie ; radiothérapie

COLOMBO Pierre-Emmanuel

Radiologie et imagerie médicale

COSTALAT Vincent

Ophthalmologie

DAIEN Vincent

Médecine légale et droit de la santé

DORANDEU Anne

Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

FAILLIE Jean-Luc

Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

FUCHS Florent

Neurologie

GABELLE DELOUSTAL Audrey

Rhumatologie

GAUJOUX Viola Cécile

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

GODREUIL Sylvain

Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie

GUILPAIN Philippe

Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie

HERLIN Christian

Rhumatologie

IMMEDIATO DAIEN Claire

Cancérologie ; Radiothérapie

JACOT William

Pédiatrie

JEZIORSKI Eric

JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie

SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{er} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{er} classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maitres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

RICHARD Bruno	Médecine palliative
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion

MCU-PH de 1^{re} classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline	Hématologie biologique
BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIÈRES Catherine	Biologie cellulaire
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENEC Éline	Immunologie
<u>MCU-PH de 2^{ème} classe</u>	
BERGOUIGNOUX Anne	Génétique
CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénérologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GOUZI Farès	Physiologie
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{ère} classe

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérôme

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maitres de Conférences des Universités

Maitres de Conférences hors classe

BADIA Eric	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

Maitres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine	Neurosciences
BERNEX Florence	Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme	Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick	BLANCHET Catherine	COROIAN Flavia-Oana	GINIES Patrick
AKKARI Mohamed	BLATIERE Véronique	COUDRAY Sarah	GRECO Frédéric
ALRIC Jérôme	BOBBIA Xavier	CRANSAC Frédéric	GUEDJ Anne Marie
AMEDRO Pascal	BOGE Gudrun	CUNTZ Danielle	GUYON Gaël
AMOUREUX Cyril	BOURRAIN Jean Luc	DARDALHON Brigitte	HENRY Vincent
ANTOINE Valéry	BOUYABRINE Hassan	DAVID Aurore	JAMMET Patrick
ARQUIZAN Caroline	BRINGER-DEUTSCH Sophie	DE BOUTRAY Marie	JEDRYKA François
ATTALIN Vincent	BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie	DE LA TRIBONNIÈRE Xavier	JREIGE Riad
AYRIGNAC Xavier	BRISOT Dominique	DEBIEN Blaise	KINNE Mélanie
BADR Maliha	BRONER Jonathan	DELPONT Marion	LABARIAS Coralie
BAIS Céline	CADE Stéphane	DENIS Hélène	LACAMBRE Mathieu
BARBAR Saber Davide	CAMMI Davide Paolo	DEVILLE de PERIERE Gilles	LANG Philippe
BASSET Didier	CARR Julie	DJANIKIAN Flora	LAZERGES Cyril
BATIFOL Dominique	CARTIER César	DONNADIEU-RIGOLE Hélène	LE GUILLOU Cédric
BATTISTELLA Pascal	CASPER Thierry	FAIDHERBE Jacques	LEGLISE Marie Suzanne
BAUCHET Luc	CASSINOTTO Christophe	FATTON Brigitte	LOPEZ Régis
BENEZECH Jean-Pierre	CATHALA Philippe	FAUCHERRE Vincent	LUQUIENS Amandine
BENNYS Karim	CAZABAN Michel	FILLERON Anne	MANZANERA Cyril
BERNARD Nathalie	CHARBIT Jonathan	FITENI Frédéric	MARGUERITTE Emmanuel
BERTCHANSKY Ivan	CHEVALLIER Thierry	FOURNIER Philippe	MARTIN Lucille
BIBOULET Philippe	CHEVALLIER-MICHAUD Josyane	GAILLARD Nicolas	MATTATIA Laurent
BIRON-ANDREANI Christine	COLIN Olivier	GALMICHE Sophie	MEROUEH Fadi
BLANC Brigitte	CONSEIL Mathieu	GENY Christian	MEYER Pierre
BLANCHARD Sylvie	CORBEAU Catherine	GERONIMI Laetitia	MILESI Christophe

MORAU Estelle	SEGURET Fabienne
MOSER Camille	SENESSE Pierre
MOUSTY Eve	SKALLI El Medhi
MOUTERDE Gaël	SOLA Christelle
PANSARD Nicole	SOULLIER Camille
PERNIN Vincent	STOEBNER DELBARRE Anne
PERRIGAULT Pierre François	TEOT Luc
PEYRON Pierre-Antoine	THIRION Marina
PICARD Eric	VACHIERY-LAHAYE Florence
PICOT Marie Christine	VERNES Eric
PIERONI Laurence	VINCENT Laure
POQUET Hélène	WAGNER Laurent
PUJOL Sarah-Lise	ZERKOWSKI Laetitia
PUPIER Florence	
QUANTIN Xavier	
RAFFARD Laurence	
RAPIDO Francesca	
RIBRAULT Alice	
RICHAUD-MOREL Brigitte	
RIDOLFO Jérôme	
RIPART Sylvie	
RONGIERES Michel	
ROULET Agnès	
RUBENOVITCH Josh	
SANTONI Fannie	
SASSO Miène	
SCHULDINER Sophie	

" Un médecin n'est pas un bon médecin s'il n'a été lui même malade " (proverbe arabe)

Remerciements

A Monsieur le Professeur Amouyal, merci de votre disponibilité et merci de me faire l'honneur de présider ce jury. Veuillez recevoir le témoignage de mon profond respect.

Au Dr Guin Nicolas, merci de m'avoir fait confiance pour réaliser cette thèse. L'idée de ce projet est venue grâce à toi et a mûri au fil de discussions. Merci pour ce stage de SASPAS réalisé à tes cotés, dans un cabinet plus que bien décoré par moment.

Au Dr Urena Dores Aurélie, c'est grâce à toi que j'ai pu être sûre d'avoir fait le bon choix. Grâce a toi que j'ai pu réaliser quel exercice de la médecine générale je voulais faire. Et surtout grâce à toi que j'ai pu finalement passer un excellent stage en premier semestre. Et merci d'être toujours présente quelques années plus tard.

A tous les médecins que j'ai pu croiser durant ma formation et notamment :

A l'équipe médicale de Bezouze et à sa secrétaire incroyable, j'ai nommée la formidable Annick.

A toute l'équipe des urgences de Narbonne, j'en garde un excellent souvenir, malgré certaines gardes difficiles. Et oui il faut bien que certains travaillent pendant la finale de la coupe du monde de foot. J'ai beaucoup appris à vos côtés et surtout apprécié de travailler dans une équipe comme la votre.

A l'équipe d'endocrinologie de Narbonne, parce que l'insulinothérapie n'a presque plus de secrets pour moi, et surtout parce qu' il y a la seule secrétaire a qui on peut dicter un compte rendu d'hospitalisation en chanson.

Au cabinet de médecine générale de Remoulins, ce n'est pas seulement une légende sur l'évaluation de stage gélule c'est une réalité. Seul cabinet où l'on peut faire des tours de magie, se faire masser (merci encore Guillaume) ou bien encore piéger les autres avec des blagues plus farfelues les unes que les autres. C'est sur que travailler dans un cabinet comme le votre ça donne forcément envie de se lever le matin pour aller bosser, ne changez rien vous êtes au top.

A Emilie une gynécologue médicale au grand coeur , tous tes patients te le disent tu es formidable. J'ai adoré bosser avec toi.

A tous les médecins que j'ai pu interroger durant ce travail de thèse, merci de m'avoir consacré de votre temps.

A ma famille;

A mes parents tout d'abord. Évidemment vous le savez déjà que sans vous je ne serais rien et que sans vous je n'en serais pas arrivée là aujourd'hui. Merci d'avoir toujours été là pour moi, merci de m'avoir soutenue, merci d'avoir fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Je serai toujours là pour vous je vous le promet, je vous aime fort.

A Chloé, parce que sans toi je ne me serai probablement pas lancée dans ces études, je l'avais promis plus tard je serai docteur pour te soigner et pour veiller sur toi.

A Ambre, tu nous manques tout simplement.

A mes grands parents de Marcigny, je suis sûre que de là haut vous êtes fiers de moi, j'aurai aimé que vous soyez là.

A mes grands parents de Narbonne, merci pour ces étés passés à vos côtés.

A mes oncles et tantes, mes cousins, cousines

A Aurélie merci pour toute cette enfance passée avec toi, que de bons souvenirs.

A David, à **Lucas** mon filleul, à **Arthur, Hugo** et **Laetitia**, merci de nous avoir accueilli en Martinique, on reviendra vous voir on a été conquis.

A ma belle famille, merci de m'accueillir dans votre belle famille, merci pour vos attentions envers moi.

Et puis pour finir biensur à **Charles**,

Mon bizut au début de notre rencontre, tu es passé de youyou, à ninou, à nini mais qu'importe au final l'essentiel c'est que tu sois là depuis toutes ces années. Merci de me soutenir et de m'encourager. Merci de venir me voir dans notre sud. J'ai hâte que cet internat soit fini pour avoir enfin un chez nous. Merci de prendre soin de moi en me préparant des bons petits plats, merci pour tous ces magnifiques voyages que l'on a pu faire ensemble et j'espère qu'il y en aura encore beaucoup d'autres. Il n'y a que les routes qui sont belles à nous de construire la notre..

Aux copains :

A mon amie depuis l'enfance

A Manon, autrement appelée " Pupuçe ". Vingt cinq ans d'amitié ça se fête. On ne se voit pas tous les jours mais lorsque l'on se voit c'est comme si on s'était vu hier. Merci pour ses souvenirs de blagues d'ados avec nos photos dossiers à l'appui. J'ai hâte de marquer de nouvelles étapes dans nos vies à tes cotés parce qu'on va pas s'arrêter en si bon chemin.

Aux copines du lycée :

- **A Margaux**, la meilleure architecte, toujours partante pour tout, toujours de bonne humeur. Tu es une amie précieuse.
- **A Mathilde**, ma belle blonde adorée. Tu es quelqu'un de rayonnante.
- **A Marion**, la copine qui veut toujours faire des câlins. Merci d'avoir été là pendant ces années lycées, pendant ces concours de PACES et des ECN.
- **A Jade**, la fille qui parle dix mille langues, qui vit au jour le jour et qui ne se prend jamais la tête. Même si maintenant tu es loin sache que je pense à toi.

Aux amis de la faculté de Nimes :

Aux filles L.A.M.A.S , à tous ces bons moments passés ensemble, vous êtes si importantes pour moi, je vous aime !

- **A Laura**, petite par la taille mais grande par le coeur. Celle avec qui je pouvais passer mon aprem à papoter dans la BU. A celle qui est toujours là au mauvais moment, toi même tu sais. Celle qui veut toujours profiter de tout à fond, je garde de si beaux souvenirs de nos escapades en amoureuses.
- **A Anne lise**, la fille la plus indécise que je connaisse, celle qui perd toujours quelque chose, celle qui devient rouge écarlate si elle est gênée. Mais surtout celle qui est si attachante et tu le sais je braverais la tempête pour toi, même pas peur.

- **A Anais**, ma première coloc, celle qui garde toujours un petit côté mystérieux en elle et qui ressemble à des actrices trop canons. Rejoins nous vite à nouveau dans le sud, tu nous manques.
- **A Sarah**, tu es passé de ma fidèle partenaire de la BU en D4, à une coloc, à celle avec qui on forme un trio quand do est pas là. Celle qui est simplement toujours présente. Celle à qui je peux tout confier. A celle qui peut s'endormir partout, n'importe quand. Celle qui me redonnera toujours le sourire tout simplement, j'ai de la chance de t'avoir.

A Dorian, ce garçon infatigable que personne n'arrive à coucher. D'un binôme au tutorat à un véritable ami. Celui qui boit plus de bières ou de rhum que d'eau, celui qui a réussi l'exploit de passer l'internat le plus tranquille au monde. Celui avec qui on finira par faire un beau duo à la guitare.

A Baptiste, quelqu'un sur qui tu peux compter. Mais aussi un être si fragile qui est capable de se luxer une épaule en étant allongé sur un canapé. Celui qui a un rire si communicateur. Celui avec qui il ne faut pas avoir de débats sur les pilous pilous. Hâte que tu t'installés vers Marseille tout simplement.

A Clara, notre belle Clara, celle qui est toujours là pour veiller sur notre baptiste national. Celle qui gère plus l'insuline qu'un endocrinologue. Celle à qui tu peux faire croire n'importe quoi. Celle qui chante aussi faux que moi.

A Jawad, jeanwad c'est qui ?, mon autre binôme adoré du tutorat. Celui qui répond pas toujours aux messages mais qui sera là si tu as besoin de lui. Celui qui cherche toujours Pauline sinon il est pas bien.

A Yann, mi geek mi kite surfer. Celui qui ne voulait plus rester à Narbonne et qui finalement va y passer sa vie. Celui qui est toujours hyper cool.

A Romain, celui qui est capable de rentrer d'une soirée en courant, celui qui si tu l'énerves peut partir au quart de tour n'importe où. Celui qui a passé plus de temps à skier durant son internat qu'à travailler.

A Jeremy, ou monsieur prot on devrait l'appeler. Celui qui mènera à terme le projet de la clinique du fric on compte sur toi.

A Pierre Georges, o popette, celui qui se prend pour Harry Potter sur son nimbus 2000, celui contre qui tu perds toujours au pour combien.

A Benoit notre nouveau ch'ti, celui qui a une intelligence puissance mille mais qui a encore du mal à manier une voiture, celui qui a trouvé sa bien aimée **Mathilde**, et qui on le sait tous va finir par se marier en premier.

A Gauthier, ma première rencontre de P2. Celui qui est connu comme le loup blanc à Montpellier. Un petit mec poilu mais surtout un mec hyper généreux.

Et une pensée aux autres anciens externes de notre promo Nîmoise.

Aux nouveaux copains de l'internat :

A tous les Doudous; merci pour ses soirées passées avec vous à Doumergue en premier semestre, avec les apéros du lundi soir.

Et surtout merci à **Amélie**, toujours là pour penser à moi merci encore d'avoir été là, merci pour ta bonne humeur et ton grand coeur.

A la coloc du chalet ; avec des personnes formidables, des rencontres coups de coeur de l'internat.

- **A Morgane**, ou Momosh, Celle qui te prépare des soupes l'hiver et des desserts parfois tellement sucrés que tu en deviendrais diabétique. Celle qui râle en disant " mais romaiiin " , celle qui a toujours la pêche et qui est toujours motivée pour tout, un vrai rayon de soleil.

- **A Pauline**, ou Poposh. Pauline c'est la plus belle, c'est vrai qu'il a raison jawad. Celle qui te regarde souffrir en buvant sa petite bière pendant que tu fais ta petite séance de sport. Celle qui a une mèche blanche qui a trop la classe. Je suis heureuse de te compter parmi mes fidèles copines.

A Romain, notre nouveau coloc du confinement. Un rare orthopédiste comme on les aime qui ne ressemble à aucun autres chirurgiens et qui se fait appeler chaton.

A Léonor, ma coloc Narbonnaise, quel plaisir de t'avoir rencontré. Celle qui te répond par un " Wii " au lieu de " oui " , celle qui ne refusera jamais un mont d'or. Celle qui possède à peu près tous les déguisements de la terre et avec qui tu aimes te déguiser. **A Cyril**, un mec trop top, merci de rendre heureuse notre Léonor.

A la coloc de Grabels; petite pensée pour notre super agent immobilier, je suis ravie d'avoir pu habiter avec vous.

- **A Vass**, un mec bouillant qui peut décompenser très vite si il est chaud. Ps déçue quand même de ne plus pouvoir te charrier sur ta belle chevelure à présent.
- **A Pb**, moitié anesth, moitié homme poisson mais surtout homme au grand coeur, celui qui maîtrise les paroles de Matt Pokora et Jennifer comme jamais. **A mémé**, celle qui est si bon public.

A Maxime, celui qui est toujours la pour te mettre l'ambiance avec du Céline Dion aux soirées. Celui qui aura toujours pleins d'histoires à te raconter, parfois avec un petit côté marseillais.

A Claire, une belle rencontre avec qui j'ai eu le plaisir de découvrir la région Narbonnaise durant notre semestre d'été.

A Aude, celle qui est amoureuse des licornes, celle qui est superbe même en étant un peu trop rousse à son gout.

A Asma, j'ai passé un stage top en pédiatrie à tes cotés, reste comme tu es.

A Mélik, celui qui cherche encore qui pourra l'accompagner à Bagnols.

A Alix et Juliette, celles qui me trouvent toujours un accent chantant.

A la team magie d'alzon on finira par peut être un jour arriver à faire un spectacle de magie, ceux qui sont toujours partant pour faire des blagues (oui je pense particulièrement à toi **Eva**) ou un tournoi de Mario kart.

Aux internes Narbonnais de l'été 2018 et de l'hiver 2019 merci à tous pour ses améliorés de folie.

Aux Clermontois , merci de m'accueillir chez vous où il y fait bon vivre, merci de votre bonne humeur quotidienne, vous êtes de belles rencontres.

Et un grand merci à tous ceux que j'aurais pu oublier.

Table des matières

I) Liste des abréviations	32
II) Préface	33
III) Introduction	35
1. Le médecin malade	35
2. Rapports sur la santé des médecins	36
2.1 Enquête du CNOM de 2016	36
2.2 Statistiques de la CARMF 2020	39
3. Exemples de quelques structures existantes	40
IV) Matériel et Méthodes	42
1. Caractéristiques de l'étude	42
2. Sélection des médecins interrogés	42
2.1 Population	42
2.2 Critères d'inclusions	42
2.3 Critères de non-inclusion	42
2.4 Mode de recrutement	42
3. Détermination du nombre d'entretiens nécessaires	43
4. Méthodologie des entretiens	43
4.1 Choix de l'entretien semi dirigé	43
4.2 Réalisation des entretiens	44
4.3 Retranscription des entretiens	44
5. Analyse des entretiens	44
V) Résultats	46
1. Résultats descriptifs	46
1.1 Entretiens	46
1.2 Échantillonnage	46
1.2.1 Maître de stage universitaire	48
1.3 Spécialités des médecins pris en charge	48

1.4 Déroulement des entretiens	49
1.4.1 Lieu	49
1.4.2 Date et durée des entretiens	49
2. Résultats qualitatifs	49
Partie A : La consultation de la prise de rendez vous au règlement	49
1. Le choix du médecin	49
2. La prise de rendez vous	50
3. Motifs de consultations	51
4. Règlement de la consultation	52
Partie B : Attitude vis à vis d'un confrère pendant la consultation	54
1. Le déroulement d'une consultation	54
2. Communication et termes employés	55
Partie C : la prise en charge	57
1. Prescriptions d'examens complémentaires	57
2. Mise en place de thérapeutique	58
3. Le suivi et consignes	59
Partie D : vécu de la relation médecin patient	59
1. Le ressenti du médecin-soignant	59
2. Le type de relation	61
Partie E : Particularités de la prise en charge	62
1. Difficultés de la prise en charge	62
1.1 Difficultés pour le médecin soignant	62
1.2 Difficultés par rapport au médecin soigné	62
2. Facteurs facilitants	64
2.1 Du coté du médecin soigné	64
2.1 Du coté du médecin soignant	64
Partie F : stratégies pour maîtriser la relation entre médecin et son confrère	65
VI) Discussion	67
1. Le choix d'une étude qualitative	67

2. Forces de l'étude	67
2.1 Le choix de l'entretien semi-dirigé	67
2.2 La durée des entretiens	67
2.3 Renforcement de la validité interne de l'étude	67
3. Limites de l'étude	68
3.1 Première analyse qualitative	68
3.2 Biais de rappel	68
3.3 Biais déclaratif	68
3.4 Limites liées à la petite taille de l'échantillon	68
4 Résultats principaux	69
4.1 Le Médecin malade	69
4.2 Les médecins soignants	70
4.3 Particularités de la prise en charge	72
4.4 Propositions pour mieux maîtriser la relation	77
4.5 Perspectives pour améliorer la relation	79
VII) Conclusion	81
VIII) Bibliographie	82
IX) Annexes	86
ANNEXE 1 - Le guide d'entretien	86
ANNEXE 2 : Serment d'Hippocrate	87

I) Liste des abréviations

AAPML : Association d'Aide aux Professionnels de Santé et Médecins Libéraux

ANDPC : Agence Nationale du Développement Professionnel Continu

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DPC : Développement Professionnel Continu

DREES : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MOTS : médecins Organisation Travail santé

MSU : Maitre de Stage Universitaire

II) Préface

Depuis quelques années, différents travaux de thèses se sont intéressés à la santé des médecins (1)(2), notamment en terme de prévention de santé. L' Agence Nationale du Développement Professionnel Continu (ANDPC), soutient même le développement d'actions sur la prévention et la prise en charge des problèmes de santé spécifiques des professionnels de santé, dans le cadre d'une nouvelle orientation nationale prioritaire (3).

Des niveaux élevés de burnout ont été constatés chez les soignants en France (4) avec un taux de suicide qui serait presque 2,3 fois plus élevé dans la population médicale par rapport à la population générale (5)

Cette prise de conscience des difficultés rencontrées par les médecins, remet en question le suivi et la prise en charge de ceux-ci. L'ANDPC a montré que 80% des médecins n'ont pas de médecin traitant personnel. Leur prise en charge médicale, en l'absence de service de médecine préventive pour les médecins libéraux, relève ainsi de leur responsabilité individuelle

Une illusion que les médecins ne pouvaient pas être malades était un mythe promulgué (6). Mais non, les médecins présentent des pathologies relativement semblables à celles de la population générale (7). Le médecin est donc un homme comme les autres qui peut tomber subitement malade. Cette affirmation peut sembler anodine, mais quelqu'un qui soigne tous les jours d'autres personnes que lui-même a-t-il seulement conscience de cela ? Ne se sent-il pas exempt des pathologies des autres ?

On s'est beaucoup intéressé au ressenti du médecin dans sa position de patient (8) (9)(10)(11), cependant on retrouve peu de références dans la littérature sur le ressenti du médecin généraliste soignant, pourtant en première ligne, face à un de ses confrères (12)(13)(14).

C'est pourquoi je vais m'intéresser à ces médecins soignants prenant en charge des médecins. Quel est leur ressenti face à un confrère médecin ? Recevoir un patient-médecin modifie-t-il la façon d'exercer ? J'ai donc décidé d'aller à la rencontre de médecins généralistes du Gard prenant ou ayant pris en charge des médecins. Mon travail de nature qualitatif a pour objectif principal d'évaluer si il existe des particularités pour un médecin généraliste, à prendre en charge un de ses confrères.

III) Introduction

1. Le médecin malade

S'intéresser à la santé des médecins n'est pas anodin, car il faut prendre soin de ceux qui soignent les autres. Partant du constat qu'il existe un vieillissement de la population générale, que la démographie médicale baisse, on peut en déduire que la charge de travail pour les médecins ne peut que s'accroître au cours du temps engendrant une fatigue physique et psychologique de plus en plus importante chez nos confrères. D'ailleurs les médias nous rappellent tristement des faits dramatiques d'épuisement professionnel de nos confrères et collègues.

Un des premiers vastes rapports français du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) concernant la santé des médecins paraît en juin 2008 et s'intitule "le médecin malade" (15). Il évoque le singularisme du patient-médecin dont la prise en charge est complexe et nécessite une grande vigilance et une écoute importante.

Le premier chapitre concerne le médecin atteint d'une pathologie organique.

Plusieurs points essentiels s'en dégagent à savoir :

- Les dangers de l'automédication, que ce soit dans le domaine organique ou psychologique, dangers majeurs, probablement sous-estimés. C'est ce risque d'automédication qui par sa fréquence excessive, risque de dissimuler les symptômes et de retarder une prise en charge adaptée. La solution extrême de son interdiction a même été évoquée.
- Une difficulté pour les médecins à se décentrer sur leur position de soignant pour entrer dans le rôle de patient.
- La nécessité pour le médecin prenant en charge son confrère d'être rigoureux, franc et de faire en sorte de conserver une distance thérapeutique nécessaire entre le malade et lui-même.

- L'aspiration à la mise en place d'une " sincère confraternité " surtout pour les maladies les plus graves. Les questions d'honoraires, bien que possible sans aller contre le serment d'Hippocrate, reste de second ordre.
- Le problème financier avec une indemnisation de la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF) au bout du 90ème jour (mais a priori qui devrait évoluer au 1er juillet 2021 avec une prise en charge plus précoce au 4ème jour d'arrêt de travail) ainsi qu'un système de prévoyance complémentaire parfois insuffisant, restent des problèmes importants pour le médecin malade. Ce qui risque de conduire à une reprise d'activité beaucoup trop précoce du médecin, annulant ainsi le bon résultat thérapeutique qu'aurait pu permettre un arrêt d'activité suffisamment long. Il propose d'aborder avec des maîtres de stage ces éléments de prévoyance afin d'avoir une bonne appréhension de la nécessité d'une prévoyance adaptée et d'envisager une réévaluation régulière tous les cinq ans du contrat de prévoyance des médecins.

Le second et troisième chapitre du rapport traite de la santé mentale du médecin, la quatrième partie liste des propositions émanantes. Ces parties ne sont pas volontairement développées puisque j'aborderai ces différents points plus tard.

2. Rapports sur la santé des médecins

2.1 Enquête du CNOM de 2016

Le CNOM et sa commission nationale d'entraide soucieux de la santé des médecins, a lancé plus récemment une enquête de grande ampleur en 2016 (16). Le courrier d'invitation à participer à l'enquête s'intitule " Et vous chère consœur, cher confrère, qui prend soin de vous ?. "

Il fait suite à un rapport de santé plus ancien de la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) de 2010 intitulé "Etat de santé physique et psychique des médecins généralistes." (17)

En ce qui concerne le rapport de 2016, le taux de participation était de 42,6%. 62,3% sont des femmes et 36,7% sont des hommes et l'âge moyen était de 47,9 ans. 5 spécialités étaient représentées : médecine générale, psychiatrie, anesthésiste réanimateur, médecine du travail et gynécologue obstétricien. 46,8% des participants ont déclaré exercer leur qualification en exercice libéral exclusif , 9% ont déclaré avoir un exercice mixte et enfin 39,6% exercent en tant que salarié.

Etat de santé

A la question : « de manière générale, diriez-vous que votre santé est (...) », trois quart des répondants l'estiment bonne (56,4%) voire même excellente (12,5%). Le quart restant évalue sa santé comme étant moyenne (22%) voire même mauvaise (3,7%). En moyenne 1/4 des répondants se déclare donc être en mauvaise ou moyenne santé.

Près de 70% ont déclaré ne pas avoir de médecin traitant référent, et presque 70% des participants qui se déclarent être en mauvaise ou moyenne santé n'ont pas de médecin traitant référent autre qu'eux même. Seulement 30% des interrogés s'estimant en mauvaise et moyenne santé ont déclaré avoir vu un médecin spécialiste en médecine générale. A l'inverse 74% s'estimant en mauvaise en moyenne santé ont consulté un spécialiste en accès direct.

Impact de la désertification médicale sur le santé des médecins

L'analyse territoriale de l'évaluation de l'état de santé selon la densité médicale met en évidence de fortes corrélations entre une santé moyenne et mauvaise ainsi qu'une faible densité médicale.

Etat de santé et interruption de travail

Seulement 30% se sont arrêtés de travailler alors que leur état de santé le justifiait. La moitié des médecins malades ont renoncé à s'arrêter. Ce renoncement se justifie par la désorganisation du service pour les salariés et des difficultés à se faire remplacer et dans une moindre proportion des raisons financières pour les libéraux.

Conditions de travail

A la question, combien d'heures travaillez-vous par semaine, 47,3% des répondants ont déclaré travailler plus de 48h. On constate que 52% à 54% des répondants qui s'estiment être en mauvaise ou moyenne de santé travaillent plus de 48 heures par semaine. Le rythme de travail se répercute sur les activités physiques, les médecins devenant sédentaires. De plus il semble existé un lien entre heures de travail et comportement addictogène plus important ayant un effet nocif sur la santé.

Burn Out et addiction

Les professionnels de la santé semblent toujours plus exposés au burn out que d'autres (18)

Conceptualisé pour la première fois par le psychiatre américain Freudenberger en 1975, le burn out a fait l'objet de nombreux travaux, notamment ceux de la psychologue sociale Christina Maslach, qui ont donné lieu à plusieurs définitions, toutes convergentes sur au moins un point : le burn out se traduirait par un état d'épuisement professionnel (à la fois émotionnel, physique et psychique) ressenti face à des situations de travail « émotionnellement » exigeantes. Trois symptômes peuvent être retrouvés : l'épuisement, la dépersonnalisation et la perte d'accomplissement.

Ici 54% des médecins ont répondu avoir été touchés par un épuisement émotionnel, 43% par la perte d'accomplissement personnel, près d'un répondant sur cinq affirme avoir eu une dépersonnalisation des relations avec les patients. 13% ont déclaré avoir les 3 symptômes de l'épuisement professionnel. Ce sont les femmes qui sembleraient les plus touchées à 58%, la moyenne d'âge étant de 56 ans.

En ce qui concerne les médecins généralistes 68% en libéral ont déclaré présenté au moins un des trois symptômes de burn out.

A la question avez vous des idées suicidaires de manière globale, 13% de l'ensemble des répondants ont répondu favorablement. Les idées suicidaires sont nettement plus importantes chez les médecins qui cumulent les trois symptômes du burn out puisque 37,5% d'entre eux ont déclaré avoir eu des idées suicidaires.

Seulement 41% des médecins qui se sont déclarés être en épuisement professionnel ont arrêté momentanément leur activité. C'est majoritairement en raison du risque de désorganisation du service ou de l'impossibilité à se faire remplacer et beaucoup moins pour des raisons financières.

Quant à la consommation de médicaments et de psychotropes chez ces médecins épuisés, cela concerne un tiers d'entre eux soit une augmentation de prise de +5% par rapport à l'ensemble des répondants. Le tabac concerne 12 % d'entre eux soit +4%. Enfin l'alcool 6% chez les médecins épuisés soit une augmentation de 2%.

2.2 Statistiques de la CARMF 2020

Par ailleurs, les statistiques de la CARMF de 2020 sur l'activité de 2019 (19) sont utiles pour permettre une évaluation approximative du type de pathologies qui entraînent des indemnités journalières ou d'invalidité chez les médecins. Elles sont assez stables d'une année sur l'autre. Les pathologies malignes et psychiatriques arrivent nettement en tête.

Nature des affections en pourcentage des effectifs en 2019	Médecins bénéficiaires des indemnités journalières	Médecins bénéficiaires de la pension d'invalidité
Tumeurs malignes y compris hémopathies malignes	26,97 %	10,95 %
Troubles mentaux et du comportement	21,03 %	44,00 %
Maladies du système articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	11,74 %	7,79 %
Lésions traumatiques	10,52 %	4,84 %
Maladies du système nerveux	9,94 %	17,68 %
Grossesse, accouchement, puerpéralité	6,19 %	-
Maladies de l'appareil circulatoire	5,68 %	6,95 %
Maladies de l'appareil digestif	1,61 %	1,26 %
Maladies de l'œil et de l'oreille	1,42 %	2,53 %
Maladies de l'appareil génito-urinaire	1,16 %	0,42 %
Maladies de l'appareil respiratoire	1,03 %	0,42 %
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	0,71 %	1,47 %
Maladies infectieuses, parasitaires et virales	0,58 %	0,63 %
Maladies en attente de diagnostic	0,65 %	0,63 %
Tumeurs bénignes	0,52 %	0,42 %
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	0,26 %	-

Figure 1: nature des affections chez les médecins CARMF 2020

3. Exemples de quelques structures existantes

Face à ce constat, la santé des médecins et l'épuisement professionnel sont plus que jamais au coeur de l'actualité. Ainsi des dispositifs spécifiques de prévention et de promotion de la santé des médecins sont mis en place de manière plus ou moins pérenne pour tenter d'aider les médecins en détresse, en voici quelques exemples :

1. L'association dis doc t'as ton doc ? (3) Créée en 2009, cette campagne fait partie intégrante de la stratégie nationale de la qualité de vie au travail et rassemble 31 partenaires institutionnels. Elle a 3 objectifs principaux :

- inciter les praticiens à choisir volontairement, pour eux-mêmes, un médecin personnel dès la période de formation médicale initiale et durant toute leur carrière
- Réduire l'auto diagnostic et l'automédication
- Valoriser le rôle et la place du médecin spécialiste en médecine générale pour leur suivi médical.

2. Association d'Aide aux Professionnels de Santé et Médecins Libéraux (AAPML) : c'est le 1er dispositif de prise en charge des soignants en difficultés psychologiques dans l'exercice de leur profession. Depuis près de 15 ans l' AAPML propose aux soignants un dispositif concret d'écoute téléphonique, d'accompagnement et de soutien psychologique 24h sur 24 et 7 jours sur 7 afin de prévenir et lutter contre l'épuisement professionnel. L'AAPML agit aussi en faveur des changements de mentalités en réalisant des actions de sensibilisation et de prévention auprès des soignants, et en contribuant aux évolutions législatives.

3. Association InterMed : Plusieurs sujets de thèses se sont intéressés aux critères utiles et suffisants pour la création d'un service de médecin préventive pour les médecins généralistes libéraux (20). En 2012, la thèse de Mme Fanny Grau Coppieters (21) étudiait la faisabilité de la mise en place d'un service de

médecine préventive pour les médecins généralistes du Languedoc Roussillon, répondant spécifiquement au besoin des médecins et ne recopiant pas ce qui existe déjà comme les centres de santé de la sécurité sociale ou les services de médecine du travail . C'est à la suite de la publication de cette thèse en 2012 que l'association Intermed située dans le Gard a pu voir le jour. Elle a pour but à la base de proposer des consultations dans un but préventif. Il y a été constaté que trop de médecins viennent à consulter quand la pathologie est là (notamment problème psychiatrique) et non de manière préventive. La question de savoir comment développer une culture de la prévention chez les médecins est toujours d'actualité.

Malgré la mise en place de ses structures , il ne faut pas oublier la place des médecins généralistes généralement en première ligne dans la prévention et promotion de la santé. C'est pourquoi j'ai voulu de part cette thèse aller à la rencontre des médecins généralistes pour savoir comment ils soignent leurs confrères et leur ressenti face à eux.

IV) Matériel et Méthodes

1. Caractéristiques de l'étude

J'ai effectué une analyse qualitative menée par des entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes volontaires. C'est une méthode qui permet d'appréhender au mieux l'expérience, le vécu et le ressenti des personnes interrogées (25).

2. Sélection des médecins interrogés

2.1 Population

La population de l'étude a concerné des médecins généralistes libéraux en exercice installés dans le département du Gard. Je n'ai interrogé que des médecins généralistes en activité uniquement pour minimiser un éventuel biais de mémorisation et pour ancrer le discours dans des situations récentes.

La département du Gard a été choisi pour des raisons pratiques, car j'étais en stage dans cette zone au moment du recueil.

2.2 Critères d'inclusions

Les critères d'inclusions étaient : tout médecin généraliste installé en activité libéral recevant ou ayant reçu des médecins patients en consultation de médecine générale.

2.3 Critères de non-inclusion

J'ai exclu de mon étude les médecins généralistes non thèses, non installés et des médecins n'ayant jamais reçu de patient-médecin en consultation.

2.4 Mode de recrutement

Les médecins généralistes ont été contactés de façon téléphonique : au début de mon enquête, j'ai contacté les médecins généralistes que je connaissais. Puis afin de compléter mon échantillon, j'ai téléphoné à des médecins sélectionnés de façon aléatoire dans la liste des médecins installés dans le département du Gard. Je laissais un message aux secrétaires en demandant de me recontacter si il voulait bien participer à une thèse qualitative. Lorsqu'ils m'ont recontacté une dizaine de médecins n'a pas pu participer à l'étude car ils n'avaient jamais suivi de patients médecins. Une dizaine de médecins n'a pas donné suite.

3. Détermination du nombre d'entretiens nécessaires

Etant donné le caractère qualitatif de l'étude, je m'étais fixé comme objectif l'obtention de la saturation des données. Par saturation des données, cela signifie, le moment où le recueil des données et leurs analyses n'apportent pas d'éléments nouveaux pour accroître la compréhension du phénomène observé. Je ne connaissais donc pas à l'avance le nombre d'entretiens nécessaires.

4. Méthodologie des entretiens

4.1 Choix de l'entretien semi dirigé

J'ai réalisé la méthode de recueil par entretien semi dirigé individuel basé sur un guide d'entretien applicable à tous les sujets interviewés. Il permet à l'enquêteur d'orienter le discours de l'interviewé en l'accompagnant en vue d'aborder l'ensemble des thèmes et en le laissant construire son propre discours (22). Cette méthode est particulièrement adaptée à l'expression du vécu ainsi qu'à la compréhension des déterminants des pratiques et permet une liberté d'expression pour les médecins interrogés, sans cadrage formel ni jugement de la part de l'enquêteur.

J'ai soumis mon guide d'entretien (annexe 1) lors d'un atelier pédagogique du Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de Montpellier - Nimes qui portait sur la réalisation d'un guide d'entretien. Cet atelier s'est déroulé en visio conférence et non en présentiel à cause de la pandémie de la COVID 19.

Grâce à cet atelier, j'ai pu corriger certaines tournures de phrases et ajouter des questions élargissant le champ d'exploration du vécu pour obtenir plus de verbatims.

4.2 Réalisation des entretiens

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone présent sur un smartphone samsung s20.

Au début de chaque entretien je rappelais tout d'abord l'objectif de l'étude et le caractère anonyme et confidentiel de l'entretien. Je recueillis le consentement oral pour l'étude. Avant de commencer je leur posais quelques questions d'aspect socio démographique pour mieux connaître les interviewés.

4.3 Retranscription des entretiens

Par la suite les entretiens ont été retranscrits à la main sur le logiciel page, et ce fidèlement au mot près, mais de manière parfaitement anonyme.

J'ai enlevé certaines parties de phrases qui ont été signalées par des points de suspension, car il y avait une déviation de parole par rapport a la question initiale .

J'ai anonymisé les entretiens : les noms ont été remplacés par des indications entre parenthèses qui correspond au numéro de l'entretien.

Les réponses de l'interviewé ont été retranscrites en italique.

5. Analyse des entretiens

J'ai réalisé une analyse thématique du contenu sans utilisation de logiciel d'aide à l'analyse.

Un codage axial des verbatims a été réalisé manuellement sur page. Chaque partie du verbatim a été classée dans une catégorie représentant l'idée qu'elle véhicule. Les catégories ont ensuite été regroupées en thèmes plus généraux . Les thèmes et catégories n'ont donc pas été définis à l'avance, mais ont été déterminés à partir des données (23) J'ai réalisé seule ce codage.

La saturation des données a été obtenue lorsque la réalisation d'entretiens n'apportait plus de nouveaux codes au bout de 2 entretiens successifs et ne permettait plus d'améliorer la compréhension du phénomène.

V) Résultats

1. Résultats descriptifs

1.1 Entretiens

Mon travail a nécessité la réalisation de 14 entretiens.

A partir du douzième entretien j'arrivais à saturation théorique des données avec une redondance dans les éléments rapportés. Afin de vérifier ceci , j'ai poursuivi mon enquête avec deux médecins supplémentaires, soit un total de 14 médecins interrogés.

J'ai utilisé mon réseau de connaissances (5 médecins), ce qui m'a permis d'inclure 5 médecins dès le début de l'étude.

Puis j'ai appelé une trentaine de médecin. Sur ces trente médecins, 9 ont répondu favorablement.

1.2 Echantillonnage

Le tableau ci dessous récapitule les données socio démographiques des médecins interrogés. Les entretiens sont classés selon l'ordre chronologique de réalisation.

Parmi les personnes interrogées, huit étaient des femmes et six des hommes. L'âge moyen des participants était de 48 ans avec des extrêmes allant, de 33 pour le plus jeune à 65 ans pour le plus âgé. Plus de la moitié exerce en semi rural. Pour l'aide à la caractérisation de ces zones, je me suis servie des définitions présentes sur le site de l' Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) (24).

	Sexe	Age	Année installation	Exercice			Durée des entretiens en min
				Mode	Milieu	MSU	
E1	Masculin	42	2008	MSP	Semi rural	Oui	18
E2	Masculin	37	2013	Cabinet de groupe	Semi Rural	Oui	20
E3	Féminin	58	1991	Seul	Urbain	Non	22
E4	Feminin	33	2017	MSP	Semi rural	Oui	20
E5	Feminin	33	2015	Cabinet de groupe	Semi Rural	Oui	20
E6	Feminin	43	2017	Cabinet de groupe	Semi rural	Oui	23
E7	Feminin	60	1990	Seule	Urbain	Non	22
E8	Feminin	55	2001	Cabinet de groupe	Urbain	Oui	21
E9	Masculin	65	1986	Cabinet de groupe	Semi rural	Oui	19
E10	Masculin	33	2020	Cabinet de groupe	Semi rural	Non	20
E11	Masculin	59	1984	Cabinet de groupe	Semi rural	Non	21
E12	Féminin	57	1990	Cabinet de groupe	Semi rural	Non	22
E13	Féminin	34	2017	Cabinet de groupe	Rural	Non	20
E14	Masculin	65	1987	Seul	Rural	Non	23

Figure 2 : Données socio démographiques des médecins interrogés

1.2.1 Maître de stage universitaire

J'ai choisi d'inclure le fait d'être Maître de Stage Universitaire (MSU) dans le résumé des caractéristiques de la population car on m'a fait remarqué lors de mon premier entretien que cela pouvait avoir de l'influence sur la façon de gérer la consultation.

J'ai donc élargi l'échantillon afin de ne pas limiter le recrutement aux MSU afin de rechercher une diversité des profils de médecins. La moitié des médecins interrogés étaient MSU.

1.3 Spécialités des médecins pris en charge

Les spécialités des différents médecins pris en charge par les médecins interrogés sont représentées dans ce tableau. Seul un médecin n'a pas voulu me spécifier de quelle spécialité il s'agissait. Il y est également stipulé si le médecin pris en charge était en activité ou bien retraité.

	Spécialités des médecins pris en charge	Activité des médecins pris en charge
E1	Médecin généraliste	Actif
E2	Anesthésiste	Retraité
E3	Médecin du travail	Retraité
E4	Médecin généraliste	Actif
E5	Médecin scolaire	Actif
E6	Endocrinologue	Actif
E7	Inconnu	Actif
E8	Pédiatre	Actif
E9	Anesthésiste	Actif
E10	Rhumatologue	Actif
E11	Généraliste	Retraité
E12	Médecin généraliste	Actif
E13	Néphrologue	Actif
E14	Chirurgien cardiaque	Actif

Figure 3 : Types de confrères pris en charge par les médecins interrogés

1.4 Déroulement des entretiens

1.4.1 Lieu

Sur les quatorze entretiens, tous ont été réalisés au cabinet des médecins interrogés. En effet les entretiens ont été réalisés entre midi et deux à la convenance des médecins interviewés.

1.4.2 Date et durée des entretiens

Les entretiens ont été numérotés chronologiquement , ainsi le premier est le E1 et le dernier le E14. Ils se sont déroulés entre mai 2020 et janvier 2021.

La durée moyenne des entretiens était de 22 minutes.

2. Résultats qualitatifs

Partie A : La consultation de la prise de rendez vous au règlement

1. Le choix du médecin

Les médecins consultent leurs connaissances

" Elle est venue me voir car on se connaissait de l'hôpital. " (E8)

Les médecins consultent via le bouche à oreille

" il m'a été adressé par quelqu'un avec qui j'ai l'habitude de travailler. " (E6)

" Il m'a expliqué qu'il avait discuté avec différentes personnes dans le village et que c'était mon nom qui était ressorti de plusieurs personnes avec qui il avait discuté. Donc il s'est mis a chercher les coordonnées du cabinet. " (E2)

Les médecins consultent sans connaître

" C'est un médecin scolaire que je ne connaissais absolument pas. " (E5)

Les médecins consultent en fonction de l'expérience

" Des médecins vont venir me voir car je suis plus âgée, je ne pense pas qu'un médecin d'un certain âge vienne voir un médecin plus jeune, c'est plus difficile je pense. Il doit se dire qu'il faut quelqu'un qui ait la même expérience inconsciemment. " (E7)

Comme dans la population générale les médecins semblent se renseigner sur le médecin, grâce à leur réseau ou via leur connaissance personnelle , en particulier si c'est pour un suivi dans le temps. Le maître mot est la confiance.

2. La prise de rendez vous

Une prise de rendez vous classique

" C'était un samedi matin je m'en rappelle elle avait pris le seul rendez vous disponible sur Doctolib. " (E4)

" Il a cherché les coordonnées du cabinet et il a appelé le secrétariat. " (E2)

Les médecins qui reçoivent peuvent être plus accessibles

" C'était un jour où il y avait pas forcément de place dans mon planning donc je l'ai prise en plus parce que je la connaissais. " (E5)

" Si elle est médecin et qu'elle a besoin fonction de son planning , je comprend, je m'adapterai plus par rapport à son travail. " (E11)

" Pour prendre le rendez vous elle m'a envoyé un texto (...) et c'est vrai que spontanément je lui ai dit vu que mon planning ça coince régulièrement, je lui ai dit file moi tes dispos et je te dit quand est-ce que tu peux venir, donc on est passé comme ça en direct. " (E1)

Si la prise de rendez vous se prend la plupart du temps de manière classique on note qu'il existe une volonté d'être plus facilement accessible et disponible pour ses confrères en cas de besoin. La prise de rendez vous semble indispensable afin de ne pas tomber dans le " je te vois entre deux portes. "

3. Motifs de consultations

Pour des motifs administratifs

" Un médecin que je n'avais jamais vu et que je ne suivais pas et qui est venu pour un certificat pour une assurance pour un prêt d'argent , si c'était quelqu'un d'autre je ne l'aurai pas fait si je ne connais pas la personne. " (E7)

Pour de la prévention

" Elle me disait qu'elle n'avait pas de médecin et qu'elle ne se suivait pas. Elle en avait un peu mare de faire les choses d'elle même, donc c'était plus pour faire un point de prévention et de faire un bilan général. " (E8)

" Elle trouvait qu'elle ne se soignait pas bien, en tout cas elle se demandait si elle se soignait bien en tant que propre médecin. Et du coup elle a voulu que je le suive, je suis actuellement son médecin traitant. " (E6)

Pour un suivi classique avec un renouvellement d'ordonnance

" Il vient pour faire son renouvellement dans le cadre de sa pathologie chronique. "(E2)

Pour un motif aigu

" Elle venait parce que elle avait travaillé dans une unité covid et que là, elle avait des symptômes qui pouvaient coller , donc elle avait besoin et envie d'être examinée et d'avoir un avis objectif pour sa prise en charge. " (E4)

Pour un avis objectif

" A la fin de la consultation, je lui ai dit Mr vous n'avez pas besoin de moi (...) il venait pour se rassurer. " (E12)

" Elle s'est trouvée de la tension, et elle voulait discuter de l'introduction d'un traitement antihypertenseur. " (E9)

" Les médecins ont les voit jamais, ils viennent quand ils se sentent dépasser par la médecine. " (E11)

Pour un arrêt maladie

" Je lui fais son arrêt maladie dans le cadre d'un cancer de l'estomac. " (E10)

Les motifs de consultation permettent de classer les médecins en différentes catégories : les actifs consultent peu sauf en cas d'urgence ou pour des motifs administratifs. Quelques uns viennent pour de la prévention surtout les femmes. Les médecins atteints de maladies chroniques, consultent plus de façon régulière et sont principalement à la retraite. Ces derniers ont fait le choix de confier leur santé à un autre médecin qu'eux.

4. Règlement de la consultation

Pas de règlement pour une question de tradition

" Alors très souvent , l'usage veut qu'on fasse pas payer, mais très souvent les personnes insistent pour payer, maintenant, beaucoup plus qu'avant. " (E3)

" C'est l'esprit un peu confraternel des vagues notions qu'on avait dans le passé . " (E10)

Pas de règlement par rapport à sa propre expérience en tant que patient

" Je fais un acte à titre gracieux. Parce que on me l'a déjà fait et que j'avais trouvé ça plutôt agréable même si j'insiste à chaque fois pour payer. " (E6)

Règlement selon la situation administrative

" Je ne fais pas payer sauf si ils ont une ALD à ce moment là je prend la carte vitale . "(E1)

Règlement pour maintenir la relation médecin patient

" Moi je fais payer tout le monde, je suis une spécialiste chez qui je vais aussi et qui me fais payer aussi. On a une relation médecin patiente elle est ma patiente je suis sa patiente. " (E7)

" Moi oui je pense que c'est une bonne idée de faire payer les gens , ça fait plus professionnel, c'est pas juste un avis d'un ami d'une connaissance (...) on se fait payer comme n'importe quel patient, pour les remettre au même niveau que n'importe quel patient. " (E5)

Règlement demandé par le patient

" Tous les médecins insistent pour régler , et personnellement moi quand je vais voir un confrère, sauf si il fait du dépassement, je préfère régler. Je me dis le médecin faut bien qu'il travaille et en plus c'est remboursé donc y a pas de raison. J'apprécie qu'on ne me fasse pas payer le dépassement, mais le tarif sécu je trouve ça normal. " (E8)

" Moi personnellement je préfère payer parce que sinon ça me met dans une position inconfortable, j'aurai du mal à retourner consulter si je sais que je ne vais pas payer à chaque fois de peur de déranger. " (E12)

Règlement pour valoriser le geste

"Maintenant si on ne paye pas elle a l'impression que ce sera moins bien, comme si elle était moins bien pris en charge je pense. "(E3)

Concernant les règlements les avis se divisent entre deux grandes idées :

La première celle de ne pas faire payer pour une question de tradition et de confraternité. La seconde celle de faire régler la consultation afin de maintenir une relation médecin/malade la plus classique possible.

On note cependant que de plus en plus de médecins insistent pour régler leur consultation. Enfin il ne semble pas exister de corrélation entre l'âge et le fait de vouloir respecter les traditions.

Partie B : Attitude vis à vis d'un confrère pendant la consultation

1. Le déroulement d'une consultation

Une consultation de déroulement identique

" C'est pareil je l'interroge sur ses antécédents, son motif, je l'examine, je propose des examens complémentaires et/ou traitements. " (E4)

" C'est identique mais je fais peut être plus attention à bien remplir le dossier médical. " (E2)

Un examen physique identique

" L'examen, il est assez ancré donc j'ai pas eu l'impression de m'y attacher plus . "(E9)

La grande majorité évoque une durée de consultation identique

" Non franchement ça c'est pareil, je passe autant de temps qu'avec quelqu'un qui n'est pas médecin. " (E6)

La consultation est en revanche plus longue pour certains d'entre eux

" Je pense qu'elle va être plus longue parce qu'on va plus parler de médecine globale donc ça va plus sortir du sujet que vraiment lié a la consultation. " (E10)

" je pense que c'est plus long car j'approfondis plus pour éviter de passer à côté de quelque chose. " (E2)

La consultation d'un patient médecin se déroule dans la plupart des cas de façon identique. Les médecins se forcent à la rendre telle qu'elle afin de le considérer vraiment comme un patient standard, même si certains rapportent le fait qu'ils ont plus peur de passer à côté de quelque chose. Cependant l'interrogatoire semble plus facile du fait du langage commun, les explications moins fastidieuses ce que l'on verra plus tard.

2. Communication et termes employés

Un langage médical utilisé de façon naturelle qui facilite la compréhension

" Alors c'est vrai qu'autant j'aime bien expliquer au patient, me mettre à leur niveau pour pas trop employer des termes médicaux qu'ils ne connaissent pas, autant si j'ai un confrère , je vais lui parler en langage médical. " (E6)

" C'est beaucoup plus direct en langage médical , c'est plus comme une discussion confraternelle. " (E10)

Tous les médecins interrogés utilisent des termes médicaux. Cela permet de faciliter les échanges, ils ont le sentiment de se comprendre.

Les mêmes explications données qu'aux autres patients

" Quand je vois les enfants de médecins je leur dit voilà on va faire comme si t'étais pas médecin et je dis vraiment des choses exactement comme à une personne lambda. Parce que quand tu es parent tu oublies que tu es médecin, d'ailleurs tu as envie qu'on t'explique. Je supporte pas que quand tu es à la maternité on te dise a bah vous êtes médecin vous savez faire. Non tu as envie d'être traité comme un patient lambda et qu'on te réexplique comment on fait une tétée. "(E1)

" Je lui explique , j'essaie de rester à ma place de médecin, et comme lui je vois même qu'il essaie vraiment de rester à sa place de patient et quand je parle il me coupe jamais la parole en me disant oui je sais, il reste impassible. J'ai toujours ce questionnement que j'en fais pas trop dans mes explications. " (E2)

" Je lui explique parce que même si on est médecin quand on est spécialiste peut être des petits détails comme ça, ça échappe. " (E8)

Moins d'explications par rapport aux autres

" Par contre on donne moins d'explications parce que naturellement je pars du principe que vu qu'il connaît aussi le milieu il connaît aussi les pathologies. " (E10)

Plus d'explications physiopathologiques

" Je donne plus facilement des explications physiopathologiques, j'insiste plus sur le mode d'action des médicaments par exemple. " (E8)

Les médecins soignants font attention à ce qu'ils disent

" Je pense qu'inconsciemment je fais peut être un peu plus attention à ce que je vais dire. " (E11)

S'interroger sur leur niveau de connaissances

" Il faut leur expliquer les choses ou au moins leur poser la question, en disant « est ce que vous savez ? ». Peut être qu'ils savent et qu'ils ont pas du tout envie qu'on leur explique quoi que ce soit et puis peut être que y en a qui savent pas mais oseront pas forcément le dire. "(E5)

" Parce que tu peux t'apercevoir qu'un médecin du travail est pas forcément très au courant comme par exemple du point de vue des prescriptions. " (E3)

Les médecins soignants sont nombreux à fournir des explications comme à un patient standard . Il a été rapporté par certains le fait d'apprécier qu'on leur explique à eux lorsqu'ils doivent consulter à leur tour, ils font donc pareil pour leurs patients. Ils pointent du doigt aussi le fait que l'on ne peut pas forcément savoir quel est leur niveau de connaissances en médecine générale et donc qu'il vaut mieux expliquer plutôt que de croire qu'ils s'y connaissent. Un médecin précise même qu'il vaut mieux directement leur poser la question. Concernant leur façon de s'exprimer, les médecins soignants interrogés sont plus nombreux à faire attention à ce qu'ils disent et ont tendance à justifier davantage leur démarche.

Partie C : la prise en charge

1. Prescriptions d'examens complémentaires

Pas de modifications dans la prescription d'examens complémentaires

" Je ne me suis pas précipitée sur tous les examens, pour éliminer quelque chose d'important parce qu'il était docteur. " (E2)

Des examens complémentaires prescrits plus facilement

" J'aurai peut être les examens plus faciles, parce que j'aurai plus peur de passer à coté de quelque chose. "(E6)

" Peut être un peu peur du jugement (...) est ce que on va m'apprécier si je prescrit pas assez d'examens. "(E3)

" On arrive déjà comme si c'était une sorte de second avis , il a déjà testé les médicaments donc on zappe cette phase la un peu médicamenteuse, donc c'est vrai que je vais plus facilement vers l'imagerie ou examens complémentaires. " (E10)

Une consultation spécialisée demandée plus rapidement

" Je vais plus facilement au moindre doute, plus facilement l'adressé vers un confrère. " (E13)

Une discussion plus approfondie pour justifier l'examen

" Souvent les médecins sont dans le déni c'est comme on dit « les cordonniers les plus mal chaussés » il faut quand même insister pour que parfois des examens soient faits , ou aller voir des spécialistes. " (E8)

Une Auto prescription pointée du doigt

" Je ne lui prescris pas car de toute façon c'est lui qui se prescrit sa biologie il me le dit. " (E10)

Sur la prescription des examens complémentaires la majorité des médecins ne change pas leur pratique. Cependant deux médecins interrogés avouent faire plus d'examens complémentaires de peur de passer à coté de quelque chose de grave ou pour une question de jugement. Certains médecins qui seraient dans le déni seraient plus difficiles à convaincre , car la notion de passer de soignant à soigné peut être difficile pour certains. Le problème de l'auto prescription a aussi été rapportée.

2. Mise en place de thérapeutique

Une décision finale qui revient au médecin soignant

" Sa demande m'a un peu interpellée parce que elle peut se faire une ordonnance si elle estime qu'elle a besoin d'antibiotiques. En fait elle est venue avec la demande d'un avis extérieur pour être soignée ce que je comprend tout à fait. Mais du coup pour moi si elle est dans cette demande, elle est tout du long de la consultation dans cette demande avec à la fin ma décision et pas la sienne. " (E4)

Pas de discussion sur l'introduction d'un traitement

" Si je lui propose d'introduire un traitement il m'écoute. " (E2)

Nécessité d'une plus grande réflexion avant l'introduction d'un traitement

" Il a fallu essayer de trouver des ressources pour la convaincre. En même temps tu te voyais pas non plus lui faire ressortir de la culpabilité et lui dire mais enfin qu'est ce que tu fais ma grande. " (E9)

Une auto prescription à rechercher en amont

" C'est plus compliqué parce qu'ils vont avoir essayé plein de trucs en amont, avec une gêne plus importante à l'avouer par rapport à un autre patient, sauf que c'est important de le savoir avant d'introduire quelque chose qu'on pense être nouveau. " (E12)

" Il faut leur poser directement la question de savoir si ils s'automediquent sinon ils ne le diront pas spontanément. " (E14)

La mise en place d'une thérapeutique est plus souvent compliquée à mettre en oeuvre notamment en ce qui concerne des traitements pour des pathologies chroniques car il met le médecin face à sa position de patient malade. Il faut aussi ne pas oublier de rechercher une éventuelle auto prescription.

3. Le suivi et consignes

Un suivi correctement réalisé

" Ils viennent bien aux consultations de suivi, parce qu'ils savent que c'est dans leur intérêt. " (E2)

Un suivi de moins bonne qualité

" Je ne l'ai plus vu depuis un petit moment après avoir introduit le traitement . "(E9)

" A les médecins on les voit presque jamais. "(E11)

Consignes de surveillance identique

" Je leur laisse les mêmes conseils de façon générale. " (E9)

Pour ce qui est du suivi au long cours, il semble être de moins bonne qualité hormis ceux qui viennent pour des pathologies chroniques. Il semble que lorsqu'ils sont rassurés ils ne reviennent pas forcément.

Partie D : vécu de la relation médecin patient

1. Le ressenti du médecin-soignant

Pas de sentiments différents par rapport à un patient standard

" Je suis sûre de moi et je sais où je vais. " (E6)

Les médecins ont une appréhension

" Je suis stressé, beaucoup plus qu'avec un patient normal. " (E4)

" Je ne suis jamais très à l'aise avec ce genre de consultations. " (E14)

" C'est plus compliqué quand c'est un spécialiste pour le prendre en charge, pour ma part. " (E7)

" J'appréhende parce que c'est comme si on avait un autre expert en face de soi
" (E5)

La peur d'être jugé

" C'est un patient qui était anesthésiste réanimateur et je pense que du coup, je me trompe sans doute mais j'ai l'impression qu'il a eu à gérer des cas plus complexes que moi je n'ai à gérer à mon quotidien dans ma pratique. Ce qui fait que j'ai l'impression effectivement que peut-être il serait capable de me poser des questions pour lesquelles je ne serai pas capable de répondre et donc de me juger sur ce point. "(E2)

" j'ai peur de pas savoir répondre, on peut moins cacher les choses ça se voit plus facilement, (..) peut-être que j'ai peur qu'on puisse juger mes compétences. " (E13)

Une projection à travers le médecin soigné

" Je comprends la situation et que c'est pas simple d'être soi-même, malade, je comprends que ça inverse les rôles. "(E8)

La plupart des médecins ont spontanément décrit une forme de gêne, voire de pression avec pour certains une peur d'être jugé. Ces sentiments ont tendance à se dissiper avec l'expérience et le temps, le médecin soignant se sentant plus sûr

de lui. La consultation peut être difficile pour certains car ils semblent se projeter en eux.

2. Le type de relation

Une relation classique, comme avec n'importe qui

" Je n'ai que des relations professionnelles avec eux, ce ne sont pas des amis donc ça ne change pas grand chose non. " (E7)

Une relation plus emphatique

" J'ai peut être plus d'empathie car je sais que la situation n'est pas simple, je comprends que ça inverse les rôles et que c'est très difficile. " (E8)

Une relation de plus grande confiance

" Je n'ai pas peur d'être jugé parce que si ils viennent me voir c'est par obligation c'est parce qu'ils me font confiance. "(E8)

Une relation confraternelle

" On a beaucoup plus de discussion confraternelle pour sa prise en charge qu'une relation classique médecin patient. " (E10)

Une relation plus affective

" Il y a une forme d'intelligence mutuelle, qui rend plutôt une forme de camaraderie avec une relation plus sympathique. " (E1)

Il existe de la part des médecins une réelle volonté de maîtriser l'investissement affectif .

Partie E : Particularités de la prise en charge

1. Difficultés de la prise en charge

1.1 Difficultés pour le médecin soignant

Savoir dire non n'est pas facile

" Je ne le connaissais pas, pour un patient lambda je n'aurais pas fait de certificat sans avoir le dossier médical. Je me suis laissé influencé par son statut de médecin . "(E7)

Impossibilité de mentir

" Pour certains patients communs quand on sait pas on fait une petite pirouette de langage et parfois on s'en sort bien , je serais incapable de le faire en face d'un confrère. " (E2)

La peur de l'erreur

" Il connaît le diagnostic on a moins envie de faire d'erreur parce que l'erreur sera beaucoup plus décelable par lui. " (E10)

Notion de transfert

" On a le même âge, on se voit soit même, ça peut faire peur. " (E9)

1.2 Difficultés par rapport au médecin soigné

Le type de médecin soigné un élément prépondérant

" Le fait que ce soit un médecin en activité, comme il y a un partage de savoir, cela rajoute une difficulté supplémentaire. " (E12)

Les médecins ont un déni plus important

" Souvent les médecins sont dans le déni, c'est compliqué. " (E8)

Les médecins sont plus difficiles à convaincre

" Moi je sais que j'ai un peu cette tendance là , c'est à dire si on me dit un truc ou de prendre ce traitement, si moi je suis persuadé sur le plan médical que c'est le contraire, je vais plutôt m'écouter moi. Donc je pense qu'un médecin peut être plus difficile à soigner qu'un patient lambda. " (E5)

Négligence de leurs symptômes

" Elle est anesthésiste elle connaît la définition d'une hypertension et des complications et pourtant elle voulait savoir ce que j'en pensais. " (E9)

Les médecins sont plus angoissés

" Ils s'imaginent toujours le pire c'est compliqué. " (E7)

Difficulté à reconnaître l'autre comme soignant

" Il faut qu'il m'accepte comme soignant, et perdre son statut de sachant, c'est pas facile. » (E3)

La part d'automédication

" Il se prescrit ses biologies de contrôles et ses examens complémentaires, pour certains médicaments il préfère venir vers moi car il s'y connaît moins bien. " (E10)

On l'a vu dans la première partie les patients médecins ne sont pas des patients comme les autres, ce qui peut rendre difficile leur prise en charge et qui peut déstabiliser les médecins soignants.. Du fait de leurs connaissances et leur capacité d'auto prescription ils peuvent décider d'être maître de leur santé et ce malgré les conseils du médecin généraliste. Il peut donc parfois être difficile de trouver sa place. Heureusement il existe des facteurs facilitants.

2. Facteurs facilitants

2.1 Du côté du médecin soigné

Le type de médecin soigné : un élément prépondérant

" Le patient âgé il n'est plus à jour donc c'est plus facile. Lorsqu'on est actif il y a comme un partage du savoir ce qui fait que c'est plus compliqué. " (E7)

" Pour les spécialistes on se rend compte que il y a pleins de choses qui nous paraissent évidentes mais qui le sont pas forcément pour eux. " (E8)

" Après comme c'est une spécialiste, pour tout ce qui est examen de prévention je lui ai tout réexpliqué, parce qu'ils ont oublié. " (E8)

Une compréhension plus simple

" J'ai pas besoin d'expliquer pendant des heures (...), pour d'autres patients j'aurai plus insisté, mais là je sais qu'ils comprennent plus vite, c'est plus facile en langage médical on se comprend. "(E8)

Lorsqu'ils se mettent directement eux même en position de patient

" Je vois bien qu'il essaye vraiment de rester à sa place de patient et quand je parle il me coupe jamais la parole en me disant oui je sais, il reste impassible. " (E2)

2.1 Du côté du médecin soignant

Les années d'expériences permettent de mieux appréhender

" Je trouve qu'au fur et à mesure du temps j'arrive mieux à trouver les phrases pour lui parler et puis je pense que de son côté aussi, il y a une relation qui s'est installée et on arrive un peu mieux à trouver nos limites , nos frontières, nos barrières. " (E2)

" On est plus mal à l'aise quand on est plus jeune que maintenant où c'est pas la première fois que ça m'arrive. Y a eu des tas de situations où je peux peut être un peu mieux gérer si c'est un confrère. " (E3)

Le fait d'être MSU

" On a des internes. On passe notre temps à être surveillé, enfin surveillé c'est pas le terme mais observé par des confrères qui souvent connaissent plus que toi, donc maintenant ça me stress pas plus que ça. " (E1)

La fait que le patient se place lui même directement en tant que patient facilite la prise en charge par le médecin soignant. L'expérience est aussi ce qui ressort le plus parmi les facteurs facilitants.

Partie F : stratégies pour maîtriser la relation entre médecin et son confrère

A la fin de mon entretien je demandais au médecin si il avait des conseils pour améliorer la relation de soin en voici quelques extraits :

Définir un cadre formel

" Le fait de payer, de prendre un rendez vous, prendre le temps d'interroger, de l'examiner, un cadre formel quoi. " (E3)

Définir d'emblée le rôle de chacun

" Savoir demander rapidement quel est mon contrat par rapport à lui ce qu'il attend de moi , comment je peux l'aider c'est donc définir le propos et quelque part le limité. " (E9)

" Il faut arriver à dire c'est moi le médecin pas toi. " (E5)

" je jouerai peut être un peu plus carte sur table directement en disant donc vous étiez médecin , est ce que vous voulez que je vous fasse les explications ou est ce que vous préférez que je ne vous explique pas. " (E2)

Les aborder comme des patients normaux

" Essayer de la traiter comme n'importe quelle autre personne, de se rapprocher le plus de ce qu'on fait avec les autres patients. " (E6)

" Il faut faire abstraction du fait que ce soit un médecin. " (E10)

" je pense qu'il faut essayer de rester droit dans ses bottes et de faire comme on a l'habitude de faire, ne pas se laisser influencer. " (E4)

Déléguer la prise en charge en cas de difficultés

" Si j'ai des difficultés sur le plan relationnel, si je ne suis pas à l'aise, ou si il ne me fais pas confiance je passerai la main. " (E11)

Des formations à envisager

" On a beaucoup de cours sur la relation médecin patient de manière générale, mais on ne regarde pas cette notion sous l'angle de la relation médecin patient dans le cas où c'est un confrère. " (E8)

" Peut être que participer à des groupes de pairs et parler des difficultés qu'on a rencontré dans une situation face à un confrère ça pourrait aider. " (E12)

Ce qui ressort le plus c'est donc de considérer le patient comme un patient ordinaire dans un cadre de consultation ordinaire. Il ne faut pas avoir peur d'affirmer sa position et savoir dire non si besoin.

VI) Discussion

Dans cette partie je vais discuter de la validité des résultats de mon étude en y explorant les forces et les faiblesses à l'aide des données de la littérature.

1. Le choix d'une étude qualitative

Une étude qualitative était plus appropriée au vu de mes objectifs de compréhension. Elle permettait d'explorer mieux les aspects du vécu et des représentations des médecins interrogés. Le résultat n'est donc pas une proportion ou une quantité mais une conceptualisation d'une idée.

2. Forces de l'étude

2.1 Le choix de l'entretien semi-dirigé

L'entretien semi-dirigé a été choisi car il permet une mise en confiance et une libération de la parole. La première question du guide d'entretien ayant un effet attendu " brise glace " .

2.2 La durée des entretiens

Il n'y avait pas de limite de temps fixé, ce qui a permis d'explorer correctement les représentations des interviewés avec une libre expression de leur expérience.

2.3 Renforcement de la validité interne de l'étude

La validité interne consiste à faire en sorte que les données recueillies représentent au mieux la réalité. Elle a été renforcée par la participation à deux ateliers d'aide méthodologique à la thèse proposés par le DUMG de Montpellier-Nimes : une première session intitulée " construire un guide d'entretien ", une deuxième session intitulée " étude qualitative, analyse des verbatims " .

3. Limites de l'étude

3.1 Première analyse qualitative

L'inexpérience dans ce domaine, et ce malgré la formation reçue via le DUMG sur la réalisation d'une étude qualitative, a pu influencer la qualité du recueil et l'analyse des données. Les premiers échanges durant les entretiens étaient moins fluides. Par la suite j'ai essayé de rester le plus neutre possible dans les formulations, mais au fur et à mesure du travail, le risque d'influencer les réponses grandissait, tant par des modes de formulations que par des intonations de voix. Mais les questions brutes posées sont néanmoins restées les mêmes.

Enfin les items évoqués étaient ceux qui me paraissaient les plus importants. J'ai focalisé les entretiens sur ces points mais j'ai pu en oublier d'autres qui ne sont pas forcément évoqués par les médecins et par moi même.

3.2 Biais de rappel

Le fait d'avoir orienté mon entretien sur le déroulement de consultations particulières a pu occulté un biais de rappel sur certaines consultations qui se seraient déroulées non récemment. J'ai cependant choisi de n'interroger que des médecins qui étaient installés pour justement éviter un trop gros biais de rappel.

3.3 Biais déclaratif

Le fait d'enregistrer l'entretien sur un dictaphone entraine un biais déclaratif. En effet certains médecins semblaient faire extrêmement attention à ce qu'ils disaient et scrutaient souvent l'appareil. A la fin de l'enregistrement certains avaient tendance à parler plus spontanément.

3.4 Limites liées à la petite taille de l'échantillon

L'échantillon final comptait 14 médecins, effectif réduit mais cohérent avec le caractère qualitatif de l'étude. En effet, ce travail ne visait pas l'obtention d'une

représentativité de la population des médecins généralistes. Il s'agissait, avant tout, d'obtenir une diversité d'informations.

4 Résultats principaux

4.1 Le Médecin malade

Le médecin malade doit faire avec un environnement familial et pose le problème d'une perspective différente.

Le médecin malade oscille entre deux comportements extrêmes :

- la négligence de son état de santé, voir de déni souvent due à une surcharge de travail l'empêchant de prendre soin de sa santé ou a un manque d'objectivité personnelle. La prise en charge diagnostic apparait alors retardée car il minimise les symptômes.
- une panique devant la connaissance de la maladie et ses conséquences (fonctionnelles, matérielles et économiques) avec une possible tendance à la dramatisation des symptômes et une non objectivité.

Anxiété, négligence, sont autant de qualificatifs qui ont été retrouvés dans les entretiens pour parler des patients médecins. Le médecin est probablement un mauvais malade, " ce que j'impose à mes patients je ne me l'impose pas à moi même "(26) , certains pensent même qu'ils sont les patients les plus mal soignés.

La connaissance médicale

Dans mon étude, la connaissance médicale des médecins peut être à la fois une attitude facilitatrice mais peut aussi mettre en difficulté certains médecins : elle est a double tranchant.

En effet, d'un coté cela peut être plus simple pour le suivi ou la compréhension de la pathologie de l'autre mais le médecin a aussi conscience des effets indésirables, des complications, des limites des traitements ce qui peut le conduire à une

anxiété amplifiée. Même si ils connaissent, les médecins malades vont ajuster leurs connaissances de façon émotionnelle avec possibilité d'un sentiment de déni ou d'anxiété (27).

Cette familiarité dans les soins médicaux leur permet aussi d'être hautement actifs dans leur prise en charge, occasionnant parfois un retard de diagnostic par auto prescription. Cette auto prescription décrite dans de nombreux éléments de la littérature (1)(28)(29)(8) , a également été montrée du doigt dans mon étude. Pour rappel la commission nationale de l'ordre des médecins évoquait même la possibilité de retirer ce droit.

Enfin dans une étude (30) les médecins pensaient être moins bien pris en charge car " un médecin sait ", et, en conséquence, il y a un risque ne pas recevoir les informations nécessaires, et le suivi dont bénéficiaient les autres patients. Dans mon étude certains médecins proposaient de poser directement la question au patient pour faire un état des lieux de leurs connaissances sur le sujet.

La difficulté d'accepter le statut de malade

Le médecin doit dépasser le conflit entre son rôle personnel et professionnel. Devenir malade représente un changement radical de position et surtout de statut pour le médecin qui doit renoncer à la place qu'il avait avant, sans pour autant pouvoir effacer l'expérience et le savoir acquis à partir de cette même place. Déjà en 1998, un article paru dans le JAMA retrouvait " des difficultés à inverser les rôles " (28).

L'embarras ou la honte de s'exposer émotionnellement à un confrère peut s'associer à un auto traitement inapproprié qui empêche " le passage de l'autre coté de la barrière " (31)(30). Spontanément dans les entretiens, certains médecins interrogés relataient leurs propres expériences et expliquaient qu'il était effectivement difficile de passer de soignant à soigner.

4.2 Les médecins soignants

Un surinvestissement parfois retrouvé

Les médecins soignants peuvent avoir un comportement de surinvestissement vis à vis de leurs confrères patients. Cela peut se retrouver dans le fait que le médecin peut être plus facilement disponible via son téléphone ou proposer des horaires à la convenance du médecin. L'examen ne semble en revanche en général pas plus complet ou approfondi dans mes entretiens, mais des examens complémentaires peuvent être prescrits plus rapidement de peur de passer à côté de quelque chose. Aussi, le recours aux spécialistes est plus fréquent, afin de partager une prise de décision, ne laissant pas seul le médecin face à son patient médecin.

De plus il peut exister un investissement affectif plus important, puisqu'il existe une identification plus facile au patient médecin du fait de points communs : ils partagent les mêmes expériences de la relation avec un patient, la même vocation de soins aux autres, le même bagage médical. Le médecin a en face de lui un reflet de ce qu'il est ou va devenir, le médecin malade peut représenter un miroir au soignant. Il existe cependant une réelle volonté de vouloir maîtriser cet affect de la part des médecins soignants.

Ressenti dans l'expérience de soigner un confrère

Les médecins sont ambivalents dans le fait de prendre en charge un confrère. Certains s'occupent facilement de leurs confrères, d'autres ressentent une appréhension car il est difficile pour eux de reconnaître ce patient comme identique aux autres.

Dans la littérature, en Suisse, on retrouvait 41% des médecins ayant répondu à l'étude menée par Bouvier qui éprouvaient avoir de la difficulté à soigner des confrères (34). En France une thèse de médecine générale menée à Toulouse relevait même que d'après un questionnaire envoyé à plusieurs médecins généralistes, soigner un confrère s'avérait difficile pour 81% d'entre eux. (17)

Dans mes entretiens il ressort qu'il peut être difficile pour les médecins de soigner leurs confrères puisqu'il existe une anxiété d'avoir leur propre compétence scrutée

par un patient ayant la connaissance. Pour d'autres, s'occuper d'un médecin patient peut être difficile car ils ont une peur de l'erreur ou une peur de ne pas savoir répondre. Mais avec l'expérience acquise au fil des années, ces médecins soignants se déclaraient plus à l'aise dans la prise en charge des patients-médecins. Cela est d'autant plus facile lorsque le médecin patient prend réellement sa place de patient nous le verrons plus tard.

A contrario pour d'autres médecins, prendre en charge des médecins patients est un honneur car cela peut représenter un synonyme de confiance de leur part. Traiter un confrère constituera dans ces cas la une reconnaissance professionnelle.

4.3 Particularités de la prise en charge

Motifs de consultations

En dehors des médecins âgés qui consultent pour leur suivi de pathologie chronique, le médecin actif consulte peu et plus souvent lorsqu'il est atteint d'une pathologie aiguë. Les médecins actifs se prescrivent souvent seuls les examens nécessaires jusqu'à ce qu'ils ne se sentent plus capables de se prendre en charge. A l'inverse ils consultent plus rapidement lorsqu'il y sont obligés par des contraintes physiques ou ils ne peuvent s'examiner seuls notamment. Certains médecins consultent à titre préventif car ils ont conscience qu'ils ne peuvent pas bien se soigner eux mêmes mais cela ne semble pas être la majorité.

Interrogatoire et communication

L'interrogatoire d'un patient médecin peut être moins poussé que pour un patient " standard ". En effet, le médecin thérapeute aura parfois tendance à attendre une révélation spontanée des problèmes.

L'interrogatoire peut être plus direct via l'utilisation de langage médical ou centré sur des informations importantes, notion explicitée par certains médecins de l'enquête. Cependant du fait de cette révélation spontanée certains thèmes

comme l'alcool, la sexualité ou les problèmes psychiques peuvent être laissés de côté. Ces questions personnelles voir embarrassantes sont alors évitées et engendrent une évaluation médicale de moins bonne qualité(35)(36).

Dans la communication, certains médecins soignants vont parfois avoir tendance à fournir des informations brèves en considérant que les patients médecins possèdent le savoir médical. On peut considérer que leur donner trop d'explications peuvent les rabaisser, voir même les vexer (40). Mais à l'inverse les médecins peuvent se sentir gênés si les informations ne leurs sont pas délivrées et que leurs connaissances sont limitées. Il faut donc trouver la dualité entre trop ou pas assez d'explications, certains médecins dans l'entretien conseilleraient de poser directement la question aux patients médecins. Cela dépend aussi de la spécialité et du caractère actif ou non du médecin : plus le médecin est spécialisé ou à la retraite et plus les explications se rapprocheront d'un patient " standard " .

L'utilisation du langage médical a été rapporté de manière systématique dans mes entretiens. Il facilite la consultation qui devient presque ainsi un échange collégial (28)(36).

Examen clinique

En terme d'examen clinique, dans mon étude les médecins s'accordent globalement à dire qu'ils réalisent un examen clinique identique. L'examen clinique n'était pas plus appliqué de façon à ne pas méconnaître de pathologies sauf pour un médecin. En revanche il n'a pas été question d'aborder la question de l'examen plus intime, comme l'examen gynécologique chez la femme, car ce n'était pas l'objet des visites des médecins qui sont venu consulter. Cependant dans la littérature il semble que les touchers pelviens chez des confrères peuvent poser problèmes aux soignants (33).

A l'inverse dans la thèse de Plagnard S. il y a même certains soignants qui estiment ne pas examiner les patients médecins lorsque ce sont leurs amis, ce qui fait se poser la question du choix de son médecin traitant pour être bien suivi (13).

Prescription d'examens complémentaires et traitements

La prescription d'examens complémentaires semble être corrélée au sentiment de confiance en soi. En effet, les médecins qui avouaient avoir des difficultés à soigner un confrère, se réfugient plus facilement vers des examens complémentaires plus poussés ou envoient plus facilement au confrère pour ne pas être les seuls à être responsable d'une décision. Dans la littérature le fait d'envoyer plus rapidement chez le spécialiste par exemple était plutôt rapporté à une attitude de surinvestissement de la part du soignant (36).

En ce qui concerne la prescription de traitements certains relatent une difficulté supplémentaire à l'introduction d'un traitement de fond par rapport à un patient standard car les médecins patients auront une nécessité de plus grande réflexion lorsqu'il s'agit d'un traitement pour une maladie chronique. Cela les renvoie au fait qu'ils sont malades et donc on l'a vu, cette position est difficile pour eux.

Auto prescription et choix du médecin traitant

L'auto prescription est commune, un certain privilège de la profession, malgré les recommandations des avis des professionnels qui invitent à diminuer ces pratiques (33)(3).

Dans une étude menée auprès des médecins Bretons, on s'aperçoit du fait que même si des médecins consultent un autre docteur, environ plus de 2/3 d'entre eux continuent à réaliser une auto prescription (37). Cette notion a été relatée dans mes entretiens puisque certains médecins m'ont relaté qu'ils ne prescrivaient pas par exemple des biologies ou des traitements puisqu'ils savent que les médecins se les prescrivent plus tard.

L'auto prescription est due à de nombreux avantages : gratuité, absence de rendez vous, persistance d'une sensation de contrôle. Mais les connaissances du patient médecin peuvent être défailtantes sur un sujet donné, l'examen physique est parfois impossible seul ou limité, il n'existe pas d'objectivité ou de réassurance qui

peut être fourni par le soignant. Toutes ces raisons font que l'on devrait limiter les avantages d'une telle pratique (38)(41).

Le CNOM nous dit que le patient médecin aura tendance à s'auto prescrire de fortes doses de traitements très actifs qui peuvent potentiellement entraîner des complications à moyen ou long terme, soit à ne pas respecter les posologies prescrites par le confrère traitant dans l'espoir de minimiser les effets indésirables (10) Ces dérives engendrent des situations de mise en danger et doivent être découragées. Seule la bénignité de symptômes et une connaissance de ses symptômes devrait autoriser cette pratique.

De plus, en France, une particularité de la profession de médecin consiste dans le fait que la sécurité sociale a accepté que le médecin soit son propre médecin traitant. Ainsi on l'a vu environ 80% des médecins français sont leurs propres médecins traitants (3). Dans mon étude, seulement 3 des médecins interrogés déclaraient être le médecin traitant des patients qu'ils avaient vu en consultation.

Quand il y a un médecin traitant, il est noté une meilleure qualité de prévention et un choix de traitement plus approprié. Cependant persiste néanmoins un problème au niveau de la prise en charge des problèmes de santé mentale. Le fait d'avoir un médecin traitant n'empêche pas les auto-prescriptions et les auto-traitements psychiatriques (31). On l'a vu les médecins dans l'étude ne relevaient pas avoir suivi un médecin pour un problème d'ordre psychiatrique. Ainsi le fait d'avoir un médecin traitant n'est pas suffisant pour traiter des problèmes psychiatriques, peut être parce que les médecins ont peur de se confier à leurs confrères.

Le paiement

Le paiement de la consultation est un sujet qui suscite un important questionnement.

Selon l'avis du CNOM, les honoraires sont dus si déterminés avec tact et mesure, à l'exception, peut être, de la première prise de contact.

Dans mon enquête pour la moitié des médecins interrogés, le paiement est une bonne chose car cela confirme le caractère professionnel de la consultation et permet de maintenir une réelle relation médecin/patient ordinaire. Cela évite le piège d'une consultation " entre deux portes " . Il n'y avait pas de gêne particulière à demander le paiement. Et ce d'autant plus que notre système de protection sociale rembourse le malade en partie ou en totalité alors que le soignant a de lourdes charges à assumer.

D'un autre côté, la courtoisie professionnelle de pratiquer un acte gratuit, revendiquée par le côté déontologique est très fréquente, mais elle peut engendrer un renforcement du côté spécial du patient médecin. Elle peut en effet, induire un sentiment d'obligation vis à vis du soignant, rendant plus difficile le changement de médecin, associé à un sentiment de culpabilité sur le fait de déranger son soignant et de le consulter plusieurs fois (35).

Devant l'absence formelle de demande de certains médecins soignants ce sont les médecins patients qui demandaient à procéder au règlement afin de se sentir considéré comme un patient standard ou bien encore pour ne pas se sentir redevable.

Dans mon étude un médecin faisait aussi remarqué qu'il faut faire la distinction entre un patient-médecin qu'on suit pour une pathologie chronique et un patient-médecin que l'on soigne ponctuellement, ce qui peut être différent lors de la demande ou non de paiement des honoraires. En effet lorsque le patient est suivi de façon chronique le médecin relatait qu'il valait mieux faire régler afin que le patient ne soit pas gêner à consulter de manière régulière pour être bien suivi dans sa pathologie.

Que dit le serment d'Hippocrate ?

Il recommande une solidarité corporatiste et la gratuité de l'enseignement de l'art médical aux enfants souhaitant apprendre la médecine " je mettrai mon maître de médecin au même rang que les auteurs de mes jours, je pourvoirai à ses besoins,

je tiendrai ses enfants pour des frères et, s'ils désirent apprendre la médecine, je la leur enseignerai sans salaire ni engagement " .

Il n'y a donc pas de précision quant au règlement du médecin face à ses confrères. C'est pourquoi le CNOM nous assure que demander des honoraires à un médecin malade n'est pas contraire aux principes hippocratiques même si d'autres facteurs, affectifs, personnels, entrent en ligne de compte (15).

La question du règlement est donc laissée à l'appréciation de chaque médecin.

4.4 Propositions pour mieux maîtriser la relation

Une consultation formelle

Cette notion de consultation formelle a été évoquée par des interviewés, en le désignant comme un préambule nécessaire à une relation médecin patient standard.

Le médecin soignant doit privilégier des consultations formelles, en limitant des consultations informelles comme des consultations "entre deux portes" ou des avis téléphoniques. Il doit au contraire privilégier les consultations sur rendez vous, dans un endroit approprié c'est à dire au cabinet.

Clarifier le rôle de chacun

A partir du moment où le médecin patient rentre dans la pièce, il est nécessaire qu'il fasse abstraction qu'il est médecin. De même le médecin soignant devra se garder d'une sur identification due à l'empathie et de considérer le patient soigné comme une patient " standard " . Cela nécessite une clarification initiale de la relation, afin d'assurer au médecin patient qu'il sera traité comme un autre patient. On retrouve du côté soigné, le souhait d'être considéré comme un patient " normal " (12).

Lorsque les « rôles » sont identifiés et assumés, cela laisse place à une relation médecin-patient la plus ordinaire possible.

Information complète

Le médecin soignant doit discuter le diagnostic ou la thérapie afin de diminuer l'anxiété du médecin patient. Il ne doit pas croire que le médecin patient connaît tout de son problème médical (29).

Le médecin soignant ne doit pas éviter de poser des questions personnelles comme un questionnement concernant les addictions, la sexualité ou les problèmes psychologiques. De même, il ne doit pas omettre l'examen des parties intimes, du fait de l'embarras occasionné, quand c'est approprié. L'ensemble de cette démarche constitue une prise en charge de qualité et l'établissement d'une relation de confiance (28).

Confidentialité

Il existe une peur de se confier à un confrère (peur de déranger, crainte du non respect de confidentialité, honte) (10). Il est donc souvent nécessaire de clarifier ce problème de confidentialité, en assurant dès le départ de la relation, qu'il bénéficiera d'une totale confidentialité.

Savoir déléguer

Si un soignant se sent impliqué émotionnellement et personnellement dans la relation, il doit déléguer les soins de son patient voire même se retirer de la relation (33). Il ne doit pas non plus accepter la prise en charge s'il ressent une anxiété trop importante occasionnée par la responsabilité de leur soins car les actions qu'il mènera resteront indécises.

Etre patient soi même

Le fait d'avoir été soi même patient permet de mieux appréhender la relation médecin patient, et de mieux comprendre les difficultés rencontrées par les médecins lorsqu'ils sont malades. (35) Pour mieux comprendre l'attente du médecin malade et adopter une prise en charge optimale en conséquences,

certaines des médecins interviewés se sont penchés sur leur propre expérience en tant que patient pour en faire une ligne de conduite. C'est ce qu'il en ressort notamment au niveau des explications ou du paiement, ils reproduisent car " je l'ai vécu et j'ai apprécié " .

Un médecin référent

Tous les médecins auront un jour besoin d'un soignant. Les médecins devraient éviter de s'auto diagnostiquer et de se traiter eux mêmes. Le CNOM incite fortement à ce que les médecins ne soient pas leur propre médecin traitant (15) mais il n'y a aucune loi ne l'interdisant. Pour continuer à sensibiliser sur ce sujet, la Campagne " dis doc t'as un doc " (3) a vu le jour.

4.5 Perspectives pour améliorer la relation

Formations

Formation initiale : Durant notre cursus médical , nous n'avons pas d'informations concernant la manière d'aborder la prise en charge d'un confrère. Des formations initiales pourraient être proposées pour mieux appréhender la relation médecin-patient et mieux savoir soigner nos confrères et ce dès la formation universitaire (39).

Formation continue : En Suisse, une enquête a démontré l'intérêt, pour des médecins devant soigner d'autres collègues, des programmes de formation continue sur la santé des médecins avec notamment la mise en place de groupes de pairs (34).

En France, depuis 2015, il existe un DIU intitulé " soigner les soignants « (43) Il est porté par les université Paris Diderot et Toulouse Rangueil. Ses acteurs en sont les professeurs Eric GALAM et Jean-Marc SOULAT. Cependant la capacité d'accueil est limitée à 16 participants par année sur toute la France.

Il a plusieurs objectifs généraux :

- Accompagner les soignants aux évolutions et aux changements du système de santé et de l'organisation des soins pour répondre aux besoins avérés de ces professionnels et aux attentes des usagers.
- Aider, accompagner et prendre en charge des soignants en difficulté avérée ou potentielle pour leur permettre de préserver ou de restaurer leur santé et de concilier exercice professionnel et projet de santé et de vie.
- Susciter et animer des interventions de promotion de la santé des soignants, visant à améliorer la qualité de vie au travail, à prévenir les risques psychosociaux et à préserver et à développer le bien être professionnel des soignants.

De plus, l'association Médecins Organisation Travail Santé (MOTS), s'étend depuis 2017 sur huit régions françaises, accompagnant une population de plus de 160 000 médecins. Il y a à disposition un numéro d'appel et un accueil téléphonique 24h/24. Les médecins effecteurs apportent un regard extérieur, neutre et confidentiel. Plusieurs formations sont assurées par l'association MOTS : deux séminaires (validant DPC) sont organisés tous les ans pour les médecins effecteurs, pour les conseillers ordinaires ou pour tous les praticiens intéressés par l'entraide.

VII) Conclusion

A la lecture de cette étude et à la vue des autres travaux traitant du médecin malade, il est clair que le médecin n'est pas un patient comme les autres. Les patients-médecins appartiennent à une sous population de patients particuliers qui révèle aux médecins soignants certaines limites.

De par son expérience professionnelle, le médecin est en mesure d'effectuer des autodiagnos et de s'auto traiter. Du fait de cette capacité d'auto prescription il reste souvent seul et perd ainsi non seulement les bénéfices d'un examen clinique approfondi mais aussi l'interaction avec le confrère médecin généraliste. Empêcher le médecin d'intervenir dans sa propre prise en charge n'est pas évidente.

Il est difficile de prendre en charge un médecin car il faut arriver à s'affranchir de l'identification à soi. Il existe une certaine appréhension de la part des médecins généralistes à prendre en charge un confrère, qui se dissipe avec l'expérience et à partir du moment où le patient médecin se positionne en tant que patient.

Certaines caractéristiques facilitantes ont aussi été évoquées : rapidité de soins, connaissance du milieu, communication plus aisée.

Des formations ou une participation à des groupes de pairs ont été proposées pour aider le médecin soignant à prendre en charge comme il se doit ce patient médecin particulier. La mise en place d'une médecine préventive pour les médecins pour sensibiliser les médecins à leur propre santé est aussi une solution afin d'obtenir une prise en charge optimale des médecins malades.

Ce travail ouvre également la réflexion sur la propre vulnérabilité du médecin et tout ce que cela implique.

VIII) Bibliographie

- 1 - Suty R. Attitude des médecins généralistes envers leur propre santé : enquête menée auprès de 530 médecins libéraux du département de Meurthe-et-Moselle (thèse de médecine générale). Nancy; 2006.
- 2 - Andrieu S. La santé des médecins généralistes Enquête réalisée auprès de 220 médecins généralistes de l'Aveyron (thèse de médecine générale). Toulouse III; 2018.
- 3 - « Dis doc, t'as ton doc ? » Agence nationale du dpc. Disponible sur internet : <https://www.agencedpc.fr/dis-doc-tas-ton-doc>
- 4- Galam E. Burnout des médecins libéraux – 1^{re} partie : une pathologie de la relation d'aide. Médecine; 2007
- 5- Léopold Yves. Les chiffres du suicide chez les médecins. Rapport au Conseil National Ordre des Médecins ; Octobre 2003.
- 6- Roger T. Barriers to the doctor as patient role. Aust Fam Phys; nov 1998
- 7- The Lancet. « Doctors Get Ill Too ». n° 9702; novembre 2009
- 8 - Bonnedeau S, Le médecin malade, : un patient comme les autres ? (thèse de médecine générale) Paris 7; 2011
- 9- Mauger C. Quand le médecin tombe malade : vécu de quatorze médecins face à leur pathologie chronique organique. (Thèse de médecine générale). Université de Rennes 1 Bretagne Loire; 2016
- 10- Portalier- Gay D. Les médecins : des patients pas comme les autres ? ou attitude et vécu des médecins devenus eux même patients. Etude qualitative auprès de 15 médecins généraliste en Rhône Alpes. (Thèse de médecine générale) Université de Lyon I Claude Bernard; 2008
- 11- Guillard- Commer C. Le vécu du médecin malade (thèse de médecine générale) Nantes; 2005

- 12- Lhote M. Soigner un médecin malade : quelles spécificités ? Etude qualitative auprès de médecins franciliens. (thèse de médecine générale) Paris Diderot; 2011.
- 13 - Plagnard S. Difficultés et spécificités à soigner un confrère en médecine générale. (thèse de médecine générale) Université Toulouse III; 2017.
- 14- Castel M. Le patient médecin en consultation de médecine générale, vécu de la relation médecin-patient, point de vu du médecin soignant : étude qualitative portant sur les médecins des Alpes-Martitimes et du Var; (thèse de médecine générale) Université de Nice; 2017
- 15 Leriche B, Biencourt M, Bouet P. Le Médecin Malade. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 28 juin 2008
- 16 - La Santé des médecins un enjeu majeur de santé publique. Internet disponible sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cnom-sante_medecins-2017
- 17 - Desprès P, Grimbert I, Lemery B, Bonnet C, Aubry C, Colin C. La santé physique et psychique des médecins généralistes. DREES. Études et résultats; 2010
- 18- Galam E, Komly V, Le Tourneur A, Jund J. Burnout among French GPs in training: a cross-sectional study. Br J Gen Pract. 2013
- 19- CARMF données statistiques Internet Disponible sur <http://www.carmf.fr/doc/documents/guides/guide-incapacite.pdf>
- 20- Coquel G. Comportements personnels de santé et de prévention des médecins (Thèse Médecine Générale) Rouen; 2007
- 21- Grau Coppieters F. Etude de faisabilité d'un service de médecine préventive pour les médecins généralistes du Languedoc Roussillon [thèse de médecine générale]. (Montpellier I); 2012. (21)
- 22- Blanchet A et Gotman A. L'entretien. 2ème Edition. Armand Colin. Paris. 2007.

- 23- Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 3ème édition. Armand Colin; 2012.
- 24- Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Définition Internet Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1501>
- 25 - Pasquier E. Comment préparer et réaliser un entretien semi dirigé dans un travail de recherche en médecine générale. (thèse de médecine générale) Faculté de Lyon; 2004.
- 26 - Verjus Anne Laure. Médecins libéraux des Savoie et Isère : étude épidémiologique des besoins d'un système de soins dédié à leur propre santé (Thèse Médecine générale) Grenoble; 2012
- 27- Thompson W, Cupples M, Sibbett C, Skan D, Bradley T, Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioners' care of their own health : qualitative study. BMJ 2001
- 28 - Schneck MD « Doctoring » doctors and their families. JAMA 1998
- 29 - Forsythe M. Doctors as patients: postal survey examining consultants and general practitioners adherence to guidelines. Br Med J. 1999
- 30 - McKeivitt C, Morgan M. Illness doesn't belong to us. J R Soc Med. 1997
- 31 - Kay M et al. Doctors as patients : a systematic review of doctor's health access and the barriers they experience. Br J Gen Pract, 2008
- 32 - Montgomery AJ, Bradley C, Rochfort A, Panagopoulou E. A review of self-medication in physicians and medical students. Occup Med (Lond). 2011
- 33 - Fromme E, Billings J-A. Care of the Dying Doctor. On the other end of the stethoscope. JAMA. 15 oct 2003
- 34 - Bovier P, Bouvier Gallacchi M, Goehring C et al. Santé des médecins de premiers recours en Suisse. Résultats de la première enquête nationale. Santé conjugué 2004

- 35 - Stoudemir A, Rhoads J. When the doctors needs a doctor : special considerations for the physician-patient. *Ann Intern Med.* 1983
- 36 - Bauguion A. Quand le médecin généraliste soigne un de ses confrères : une consultation difficile ? (Thèse de médecine générale) Nantes; 2012
- 37 - Levasseur G. Les médecins bretons et leur santé. URML Bretagne; juillet 2013
- 38 - Nouger F. Les médecins généralistes et leur santé, ou docteur, comment prenez vous en charge votre Santé ? Enquête sur les médecins généralistes libéraux installés dans le département de la Vienne. (Thèse de médecine générale) Poitiers; 2004
- 39 - Bertrand D. Pourquoi si peu de médecins généralistes désignent un confrère comme médecin traitant ? Enquête qualitative par entretiens semi dirigés auprès de 20 médecins généralistes. (Thèse de médecine générale), Bordeaux II; 2009
- 40 - Dormoy M, Tranthimy L. Burn Out. Une médecine préventive pour les médecins surmenés ? *Impact Médecine* 2008
- 41 - Gendel MH, Brooks E, Early SR, et al. Self-prescribed and other informal care provided by physicians: scope, correlations and implications. *J Med Ethics.* 2012
- 42 - Fox F, Harris M, Taylor G, Rodham K, Sutton J, Robinson B, et al. What happens when doctors are patients? Qualitative study of GPs. *Br J Gen Pract;* 2009
- 43 - Galam E. Médecine - Soigner les soignants La formation implicite des médecins et leurs fragilités. John Libbey Eurotext; 2015
- 44 - Lalloo D. The need to develop occupational health services for doctors with ill health. *Br Med J;* 2016

IX) Annexes

ANNEXE 1 - Le guide d'entretien

Bonjour, je m'appelle CES Marine, je suis interne de médecine générale. Merci de me recevoir et de me consacrer de votre temps.

J'aimerais analyser avec vous votre ressenti lorsque vous prenez en charge en consultation un de vos confrères que ce soit un médecin généraliste ou un spécialiste. Je voudrais savoir si il existe des particularités au cours de ces consultations.

Ce travail entre dans le cadre de mon travail de thèse.

Les entretiens sont enregistrés si vous le voulez bien et ils sont totalement anonymes.

Avant de commencer pouvez vous me donner quelques informations pour vous présenter?

Age, Sexe

Milieu exercice

MSU oui ou non

Année installation

1/ Quand je vous dit prendre en charge un confrère qu'est ce qui vous vient à l'esprit ?

2/ Prenez le temps de vous souvenir d'une expérience ou un confrère est venu vous voir en consultation, pouvez vous me la raconter ? Cela a t'il changé quelque chose dans votre prise en charge ?

4/ Comment vous sentez vous face à un confrère ?

5/ Auriez vous des conseils/idées pour améliorer ce genre de consultations ?

ANNEXE 2 : Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.

Résumé

Introduction : Comme tout être humain le médecin est bel et bien exposé à la maladie. Il existe une prise de conscience récente de l'intérêt de l'étude et de la prévention de l'état de santé des médecins.

Beaucoup de travaux se sont intéressés jusqu'à présent sur le médecin face à la maladie. Mais finalement peu se sont intéressés au ressenti des médecins généralistes, pourtant en première ligne, qui prennent en charge des confrères. Comment les médecins sont soignés par leurs confrères ? Y a-t-il des difficultés dans cette prise en charge?

Matériel et méthodes : J'ai réalisé une étude qualitative par entretiens individuels semi dirigés. J'ai interviewé 14 médecins généralistes libéraux du département du Gard ayant déjà pris en charge des confrères médecins.

Résultats : La plupart des médecins généralistes interviewés attestent que la relation entre un médecin et un patient-médecin est une relation particulière tout en insistant sur le fait qu'il ne devrait pas y avoir de différence. Malgré une communication plus aisée, certaines difficultés comme un processus d'identification à soi ou bien encore un sentiment d'appréhension face à son confrère risquent de modifier leur prise en charge. De plus la prise en charge d'un médecin est particulière car ce n'est pas un patient comme les autres du fait de ses connaissances médicales et de son rapport à la maladie, les médecins pratiquant de façon fréquente l'automédication et l'auto-prescription.

Conclusion : La nécessité d'un cadre formel avec une clarification des rôles de chacun a été rapportée afin de faciliter la prise en charge de ses patients.

Obliger chaque médecin à avoir un médecin traitant autre que soi-même, et participer à des formations ou des échanges de groupes de pairs peuvent être des idées à développer. En particulier lorsqu'on est jeune médecin puisque ses consultations semblent plus difficiles chez des médecins ayant acquis moins d'expérience.

Mots clés: relation médecin/patient, patient médecin, médecine générale, ressenti, étude qualitative, entretiens semi dirigés, difficultés, santé des médecins