

UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER

FACULTE DE MEDECINE

Année 2017

2017 TOU3 1050

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

SPECIALITE MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement par

Sophie PLAGNARD

Le 30 mai 2017

**DIFFICULTES ET SPECIFICITES A SOIGNER UN CONFRERE EN
MEDECINE GENERALE, EN MIDI-PYRENEES**

Directeur de thèse : **Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA**

JURY

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC	Président
Monsieur le Professeur Jean-Marc SOULAT	Assesseur
Madame le Professeur Marie-Eve ROUGE-BUGAT	Assesseur
Monsieur le Docteur Jean THEVENOT	Assesseur
Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA	Assesseur

Remerciements

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC

Président du jury

Professeur des Universités

Praticien Ambulatoire de Médecine Générale

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Grâce à votre investissement quotidien pour le DUMG, je suis fière d'avoir reçu l'une des meilleures formations de France en médecine générale. Soyez assuré de toute ma reconnaissance.

Monsieur le Professeur Jean-Marc SOULAT

Chef de service, Professeur Universitaire-Praticien Hospitalier

Pathologies professionnelles et environnementales

Responsable du DIU « Soigner les Soignants »

Vice président de l'Association MOTS (Organisation du travail et santé du médecin)

En tant que responsable d'un DIU en lien avec le thème de ma thèse, je suppose que le sujet vous intéresse. Je tiens à vous remercier d'avoir bien voulu évaluer mon travail.

Madame le Professeur Marie-Eve ROUGE BUGAT

Professeur des Universités

Praticien Ambulatoire de Médecine Générale

Responsable Enseignement – Pédagogie au DUMG

Par votre rôle important dans l'enseignement du Département de médecine générale de Toulouse, vous avez contribué à ma formation. Je suis honorée de votre participation à mon jury de soutenance.

Monsieur le Docteur Jean THEVENOT

Chirurgie Gynécologique et Obstétricale

Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Haute-Garonne

Président de l'Association MOTS (Organisation du travail et santé du médecin)

Vous êtes le président de l'association MOTS et du CDOM, et donc très engagé pour la santé et le bien-être de vos confrères médecins. A ce titre, je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail de thèse.

Monsieur le Docteur Bruno Chicoulaa

Maître de Conférence Associé de Médecine Générale

Praticien Ambulatoire de Médecine Générale

Ce fût un plaisir de travailler avec vous. Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de diriger mon travail de thèse et de l'intérêt que vous avez manifesté pour le sujet. Par votre expérience, vos conseils pertinents, vos explications claires et vos échéances, vous avez rendu cet exercice, qui me paraissait initialement insurmontable, possible. Vos encouragements, votre disponibilité et votre rapidité de relecture, notamment ces dernières semaines, m'ont permis d'être dans les délais.

A l'ensemble des professeurs de la faculté de Médecine de Limoges et aux médecins du CHRU de Limoges, qui ont participé à ma formation médicale, soyez assurés de ma reconnaissance pour tout ce que vous m'avez apporté.

A l'ensemble des professeurs et médecins du DUMG de Toulouse, je vous remercie de m'avoir permis d'améliorer ma formation médicale et transmis votre expérience.

A mes responsables de stage :

Dr Sylvie Seitz et Dr Nathalie Rosenfeld et toute l'équipe soignante de Médecine 1 du CH de St Gaudens. Je vous remercie de votre accueil, et pour toutes les connaissances pratiques que j'ai acquises lors de ce premier stage d'internat. Vous m'avez laissée de l'autonomie, tout en étant très présentes, en cas de doute.

Dr Pierre Cayrel, Dr Aline Jossillet et Dr Pierre Rodriguez et l'équipe des Urgences de Rodez. Ce fût un plaisir de travailler avec vous ; votre efficacité, votre professionnalisme et votre bonne humeur m'ont permis de passer un excellent semestre, très formateur.

Dr Alain Vieillescazes et Dr Marielle Puech, ainsi que vos associées Dr M-Françoise Salesses, Dr Céline Seguin. Ma première réelle découverte de la médecine ambulatoire où j'ai pu bénéficier de votre pédagogie et de votre expérience. Je vous remercie de m'avoir autonomisée progressivement. J'ai toujours autant de plaisir à revenir, pour vous remplacer. Merci également à Marie et sa bonne humeur, qui fait vraiment un travail remarquable.

Dr Isabelle Claudet et toute l'équipe médicale des urgences pédiatriques de Purpan. Merci de m'avoir fait progresser en pédiatrie, compétence nécessaire en cabinet de médecine générale.

Dr Christophe Carel, Dr Philippe Rumeau et les équipes soignantes de Neurologie et Cardiologie du CH d'Albi. Je vous remercie de m'avoir éclairée sur ces deux spécialités très complexes et tellement utiles en médecine générale.

Dr Julien Chainet et Dr Jacky et Henry Marseillan. Je vous remercie pour vos longs debriefing, toujours très enrichissants et de m'avoir fait découvrir la médecine rurale du fin fond du Gers. J'ai également beaucoup apprécié de vous remplacer.

A ma famille,

A mes parents, merci pour votre soutien, vos encouragements, votre accompagnement dans tous les moments de ma vie. Vous m'avez toujours entourée, le « boulet » !!

A mon frère François (et Cécile) et ma sœur Claire, qui me supportent depuis tant d'années, j'ai eu la chance de pouvoir grandir avec vous.

A mes grands-parents :

- A mamie et papi : merci pour ces nombreux mercredi après-midi et ces soirs après l'école passés chez vous.

- A manou (et André que je n'ai pas connu) : je ne te remercierais jamais assez pour ton assistanat, ta présence, ton soutien pendant cette première année (x2). Merci également à Claudine et Fatima.

A mes tantes et oncles :

- Sylvie et Thierry, Agnès et Alain, Catherine et Benoît, Thierry, Christian : vous m'avez vue grandir durant ces vacances inoubliables, passées au Rozier, au ski ou à Noël, et j'espère bien qu'elles continueront.

- Josette et Jean : merci de votre accueil à la Borie.

A mes cousines et cousins, Marine, Amandine (et David) et Charlotte (et Pierre-Emmanuel), Justine (et Benjamin), Nicolas, Benjamin, Quentin, Paul, Mathilde (et Sébastien), Pierre-Marie (et Caroline), JB, Florian (et Sophie), Matthieu (et Chloé), Claire et Marie. Merci pour ce voyage aux Spitzberg (où j'ai beaucoup râlé d'ailleurs !!! même si j'en garde un magnifique souvenir), merci pour tous ces défis, ces moments passés à la cabane à la Borie, ces montées en vélo, ces descentes en canoë, ces randonnées à Capluc, ces balades à cheval et pour toutes ces soirées jeux de carte, taboo, totem et autres, au Rozier, à Toulouse et ailleurs ; je vous retrouve toujours avec le même bonheur, et je suis sûre que ça continuera !!!

A mes amis

Par ordre d'apparition dans ma vie,

A Camille (et Sébastien, Wendy et Luna), après l'école maternelle, l'école primaire, le collège et le lycée passés ensemble, nous avons pris des chemins universitaires différents, mais j'ai toujours le même plaisir à refaire le monde et à ragoter avec toi !

A mes copines de lycée

Julie (et Vincent), depuis le lycée, que de chemin parcouru, mais toujours la même complicité, morue ! Merci de ton soutien et de ta présence, même à distance, ainsi que de tes réflexions cyniques toujours bien placées. En espérant pouvoir refaire le Kili avec toi (ou la dernière lubie du moment, le volcan Cotopaxi) ; de toute façon après le Népal, plus rien ne t'effraie !

Marion (et Mickael et Célia), Pauline (et Fabian et Aylin), Nancy (et Mickael et Dimitri), Magalie (et JC, Capucine et Gabriel), merci d'avoir partagé avec vous, ces 3 années magiques à l'immaculée, même si on n'était pas sur le perron !!! Ah, vous m'avez bien charriée avec « aux champs ».

A mes copains de Limoges, co-externes, Emilie P (et Ludo), Delphine H (et Jérémy), Morgane, Delphine R, J-P (et Théa et Capucine), Sophie (et Nicolas et Victorine), Marie (et Christophe, Titouan et Inès), Emilie R, Alicia (et Rudy et Jules), Lucie M et Lucie D. C'est ensemble que nous avons affronté les premiers stages d'externes, le tri des bio, les visites interminables, les dessins en cours d'anat', les longues heures à la BU, mais aussi pleins de bons moments : soirées à Limoges, galas, les WE tous ensemble...

A mes co-internes

Albertine, Thomas, Mélanie : quel semestre mémorable à St Go.

Lorène (et Antoine), avec toi, nous avons vécu nos premiers pas d'interne, gros fous rires mais aussi petits moments de stress !!

Pauline, Antoine B, Antoine P, Romain, merci pour ce semestre à Rodez, on a partagé tellement de bons moments dans cet internat au-dessus de la bibliothèque !

Thomas, Muriel, Claire, Yoanna, on s'en souviendra de ces 6 mois à Albi, vous les tous nouveaux internes et moi la grande !!!

Stéphanie (et Yves), tout a commencé aux urgences pédiatrie et puis on a fait quelques courses ensemble (semi du Cap Ferret, frappingue, course du Viaduc, trail nocturne de Balma....) et des petits voyages (Majorque, NY), pour finir en beauté avec ce Raid en Californie. Merci, d'être toujours partante pour de nouveaux challenges !!! A quand le prochain d'ailleurs ?

Chakir, notre avis cardio de Rodez !!! Merci d'avoir été à l'initiative de ce voyage dans l'hémisphère sud, que d'émotions au sommet du Kili, et ces trajets sans fin dans les bus à Mada, ces plongées magnifiques... On repart quand ?

Laetitia (et Guillaume), les ton C et futurs mariés!!! Merci d'avoir été mes 2eme parents pendant cette coloc' d'abord au Busca, puis Port St Sauveur et enfin impasse de Lascaux, que de bons moments partagés, soirées : TV dans ces canap' (affaire de poney !!), guet-apens en ville !!!

Gwendoline, tout a commencé par un week-end ski, puis la coloc' et puis les sushis, les courses à pied, Movidia, les soirées, nos week-end anniversaires.... Merci d'être toujours là pour papoter et d'avoir sans cesse le petit mot pour me faire marrer !!!!

Aurore (et Matthieu), on a vécu notre première année d'internat et un petit bout de coloc', au fil de tes sabourinites et des défis débiles dans lesquels j'ai voulu t'embarquer !!! Merci à vous deux, pour vos conseils, votre présence et votre soutien.

A mes copains de Toulouse et d'ailleurs

Angélique, après des débuts plutôt chaotiques, tu es devenue ma plus grande accompagnatrice de paris débiles : les Amaz'Eaunes, le 11 qui se transforme en 18, le marathon avec Momo, sans parler, bien sûr de ce merveilleux voyage en Inde, avec ses moments mémorables !!! Je te remercie d'être toujours là pour proposer de nouveaux défis !!!! Merci aussi à Anne-Claire, Céline et Maxime.

Anaïs, que de soirées mémorables passées en ta compagnie, et ces midis à Arum, ces footings les soirs d'été, ces discussions interminables au téléphone à se marrer, je te remercie de ta spontanéité, ta franchise, ton écoute et ton grain de folie. Je ne doute pas que ça continuera ! Merci également à ta maman.

Julien, celui qui a le plus d'idées farfelues à la minute, ou plutôt audacieuses !!! Merci pour tes conseils, ton imagination, tes théories... et rien ne me fait plus marrer que de te voir courir !

Anne-Sophie, ton anniversaire en Corse restera un très bon moment, je te remercie de ta gentillesse et de ton écoute. Merci également à ta maman et à Yvan.

Cédric, Magaly, Claire G, Harshit, mes coloc' anciens et actuels.

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2016

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. CABARROT Étienne	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques		
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard		

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MURAT	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur LOUVET P.	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur ADER Jean-Louis	
Professeur LAZORTHES Yves	
Professeur LARENG Louis	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur SIMON Jacques	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur ARBUS Louis	

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVIALLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. LOPEZ Raphael	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-Entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAVAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédéric	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MAZIERES Julien	Pneumologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-Entérologie		
		P.U. Médecine générale	
		M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
		M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. MONTOYA Richard	Physiologie
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel	Médecine Générale
M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
 Dr CHICOULAA Bruno
 Dr IRI-DELAHAYE Motoko
 Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
 Dr ANE Serge
 Dr BIREBENT Jordan

Sommaire

Liste des abréviations

Introduction

Méthode

Résultats

I. Caractéristiques générales des médecins interrogés

- A. Age
- B. Sexe
- C. Maître de Stage Universitaire
- D. Installation
- E. Lieu d'installation

II. Bilan du questionnaire

- A. Choix du médecin traitant (MT)

- B. Difficultés et spécificités lors du soin d'un confrère
 - 1) Soigner un confrère : consultation difficile
 - 2) Difficultés liées aux interlocuteurs
 - 3) Spécificités de la consultation
 - 4) Éléments qui rendent la consultation facile

- C. Expérience professionnelle

- D. Solutions possibles
 - 1) Stratégies nécessaires
 - 2) Capacités personnelles facilitantes
 - 3) Idées à développer

- E. Analyses en sous-groupes
 - 1) Age et Médecin Traitant
 - 2) Sexe et interrogatoire
 - 3) Age et interrogatoire
 - 4) Age et difficulté de la consultation
 - 5) Sexe et difficulté de consultation
 - 6) Lieu d'installation et thèmes abordés
 - 7) Age et sexe

Discussion

- I. Idées principales de notre étude
- II. Discussion avec la littérature
 - A. Description de la population de l'étude par rapport aux Médecins Généralistes de Midi-Pyrénées
 - B. Difficultés du soin d'un confrère
 - C. Spécificités de la consultation lorsque le patient est un médecin
 - D. Honoraires
 - E. Choix du médecin traitant
 - F. Solutions possibles
- III. Faiblesses
- IV. Forces
- V. Ouverture

Conclusion

Références bibliographiques

Annexes

- I. Questionnaire
- II. Mail présentation URPS
- III. Trame du tableau de recueil des résultats
- IV. Légendes des tableaux de recueil

Liste des abréviations

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

Cs : consultation

DUMG MP : Département Universitaire de Médecine Générale Midi-Pyrénées

MSU : Maître de Stage Universitaire

MT : Médecin Traitant

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

Introduction

Le Pr Hirsch, Professeur d'éthique médicale à la Faculté de médecine de l'Université Paris-Sud 11/Paris-Saclay, a comparé la situation du malade à celle d'un voyageur, mais aussi d'un exilé, à la merci des événements, en quête d'hospitalité.(1) Et cette phrase nous a paru d'autant plus vraie que le malade est un médecin.

En effet, plusieurs études qualitatives françaises et des articles internationaux ont pointé du doigt certaines spécificités du médecin malade. Sur le plan de la prise en charge et de la façon de se traiter, on remarquait un taux important d'automédication (2) et d'auto-prescription(3), élément qui avait déjà été retrouvé chez les internes.(4) En France, au niveau du choix du médecin traitant, on notait des chiffres inquiétants, puisqu'une étude de 2007, en Gironde, montrait que, seuls 17 % des médecins généralistes avaient déclaré un confrère comme médecin traitant(5). Suivant les études, on rapportait que 85 à 90 % des médecins généralistes étaient leur propre médecin traitant.(6,7)

Dans cette prise en charge propre du médecin malade, on découvrait un retard au diagnostic, une négligence de suivi et d'observance et une faible consultation des confrères (seulement 2 à 10 %).(8)

Sur le plan des pathologies organiques, on remarquait un état de santé proche de la population générale(9), en revanche, on notait un taux significativement plus élevé de troubles mentaux : dépressions, suicides, addictions(10). A noter que 14 % des décès des médecins libéraux en activité avaient pour cause le suicide, contre 5.6 % dans la population générale.(11). De même, 47 % des médecins libéraux présentaient les symptômes du «burn-out », contre 17 % dans la population générale active, et 53 % se sentaient menacés par ce syndrome.(12)

Au niveau de la consultation médicale entre deux médecins, la littérature était un peu moins riche. Certains éléments avaient cependant été pointés du doigt, comme la question du règlement des honoraires(13), l'anxiété générée pour le soignant et le soigné, le déroulement de la consultation et la prise de rendez-vous inhabituels.

Du côté du médecin soignant, peu de références dans la littérature puisqu'au niveau national, on ne retrouvait que deux études qualitatives (travaux de thèse)(14,15) et que sur le plan international, les articles étaient moins nombreux.

La situation, pour le médecin soignant, n'était pas facile, avec une certaine projection et identification(16). Le soignant ressentait un jugement de la part de son confrère malade(15,17), avec une peur de l'erreur(14) ; toutefois, il ne s'agissait pas d'une crainte d'être attaqué judiciairement.

Devant ces constatations inquiétantes concernant certaines pathologies des médecins, et devant le manque de données concernant le médecin soignant un confrère, il nous a paru plus signifiant de s'intéresser au médecin soignant son confrère.

Mon travail a :

Pour objectif principal d'évaluer les difficultés et spécificités, pour un médecin généraliste, à prendre en charge un de ses confrères malades.

Pour objectif secondaire de proposer des pistes pour faciliter et améliorer cette prise en charge.

Matériel et méthode

Il s'agissait d'une étude quantitative transversale, observationnelle puis analytique, réalisée par auto-questionnaires, auprès de médecins généralistes thésés, installés ou remplaçants, de Midi-Pyrénées.

Concernant la bibliographie, les sites de recherche utilisés ont été Pubmed, EM Premium, Sudoc pour les thèses ; Cairn.info et Persée.fr pour la vision sociologique. Les mots clés pour ce travail comportaient « relation médecin-patient » ; « soigner un confrère » ; « médecin malade » ; « doctors' health » ; « illness experiences » ; « doctor-patient relationship ».

Le questionnaire a été élaboré à partir de la littérature : deux thèses(14,15), le rapport du conseil de l'Ordre 2008(13) et plusieurs articles internationaux.(2,8)

La version initiale comprenait 34 questions, subdivisée en cinq parties. Premièrement, on exposait les renseignements généraux du médecin interrogé, deuxièmement, les difficultés pour le soignant lors du soin à un médecin. En troisième partie, on détaillait les spécificités de la consultation lors du soin d'un médecin. Quatrièmement, on proposait des solutions pour faciliter cette prise en charge et cinquièmement, on évoquait l'expérience personnelle des médecins interrogés sur le soin d'un confrère.

Ce questionnaire a été soumis à un échantillon de cinq médecins généralistes et deux non-médecins, pour évaluer la durée et la compréhension des questions. Nous avons effectué des modifications au niveau de la forme de réponse des questions 9, 10, 11 et 25, 26 et 27. Ces six questions étaient, à l'origine, à réponses multiples, à classer par ordre croissant d'importance.

Le questionnaire a été raccourci, après discussion avec le directeur de thèse.

Par la suite, la commission recherche et thèse du DUMG MP a été consultée et suite à la participation à l'atelier questionnaire du DUMG MP, plusieurs changements ont été faits. Ainsi les six questions 9, 10, 11 et 25, 26, 27 à choix multiples se sont transformées en questions avec une seule réponse possible, afin de faciliter le traitement des résultats.

La dernière version comptait finalement 32 questions, dont 24 obligatoires, avec une durée pour répondre de cinq minutes environ. (ANNEXE 1)

Les médecins généralistes ont reçu un mail de présentation de l'étude (ANNEXE 2) et le questionnaire en format Google Form par mail.

Il y a eu trois voies de diffusion. Ils ont été contactés soit par l'URPS des médecins libéraux, soit par certains CDOM, soit par réseau de connaissance des chercheurs.

En effet, devant le délai d'attente, pour la diffusion au niveau de l'URPS (six mois d'attente), il a fallu trouver des solutions pour commencer à avoir une tendance au niveau des résultats ; c'est pourquoi, nous avons sollicité les CDOM. Et seuls les CDOM d'Ariège, du Lot, des Hautes-Pyrénées et du Tarn-et-Garonne ont accepté la diffusion du questionnaire en Midi-Pyrénées.

Au niveau de l'URPS, il y a eu une première diffusion suivie d'une relance quinze jours plus tard.

Pour analyser les résultats, nous nous sommes servis d'un tableau EXCEL et du logiciel de statistiques BiostaTGV.

Résultats

L'envoi des questionnaires a eu lieu entre le 21/02/2017 et le 18/04/2017. Les voies de diffusion utilisées ont été les CDOM de l'Ariège, du Lot, des Hautes-Pyrénées et du Tarn-et-Garonne, le réseau de connaissance des chercheurs et l'URPS. Les deux premières voies de diffusion ont débuté dès le 21/02/2017 et ont été effectuées sans relance. Au niveau de l'URPS, il y a eu un premier envoi le mardi 4/04/2017, puis une relance le mardi 18/04/2017, pour les médecins n'ayant pas ouvert le lien Google Form.

La réception des derniers questionnaires s'est achevée le 22/04/2017.

Nous avons obtenu 375 réponses, soient 15% des médecins généralistes de Midi-Pyrénées.

Le traitement des résultats a été fait à l'aide d'un tableau EXCEL (ANNEXE 3).

I. Caractéristiques générales des médecins interrogés

A. Age

moyenne	48,21
écart-type	11,96
médiane	49
minimum	28
maximum	84

Tableau 1 : Age des médecins interrogés

B. Sexe

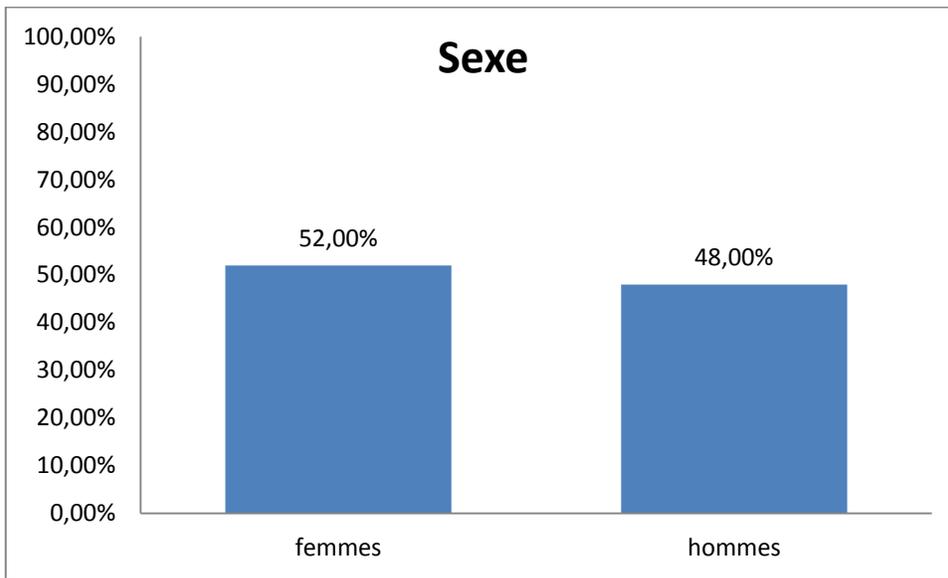


Figure 1 : Sexe des médecins interrogés

C. Maître de Stage Universitaire

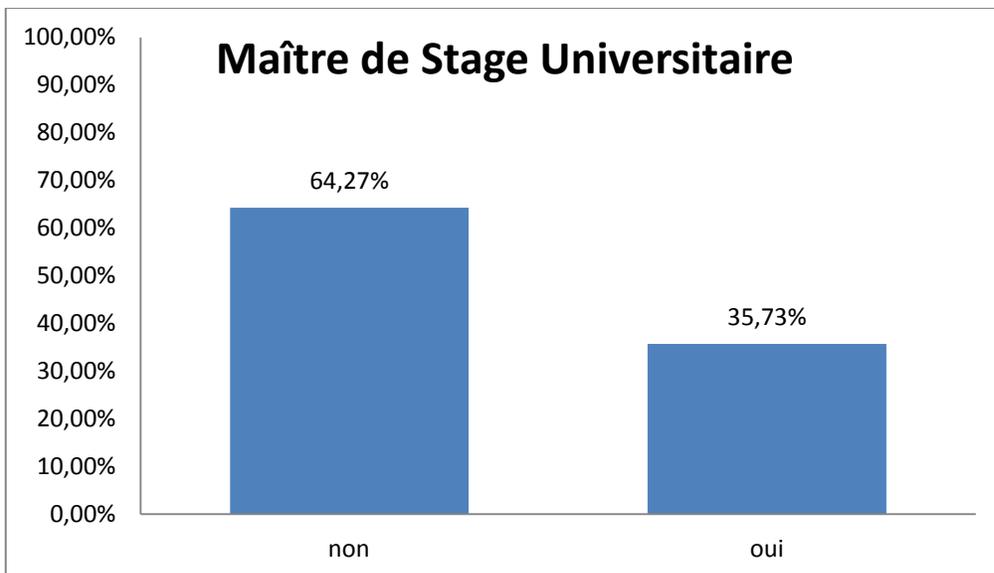


Figure 2 : Pourcentage de Maîtres de Stage Universitaires

D. Installation

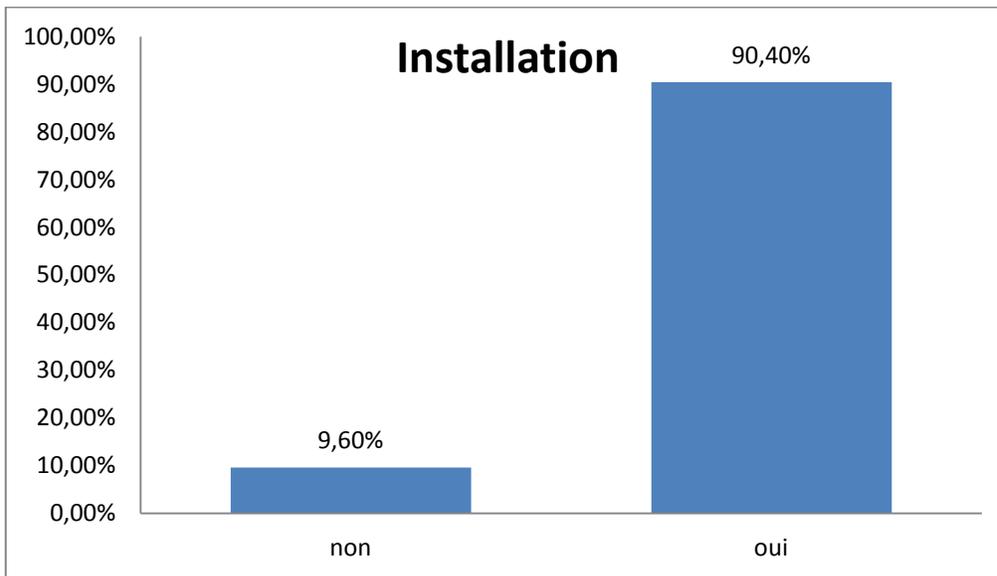


Figure 3 : Pourcentage de médecins installés

E. Lieu d'installation

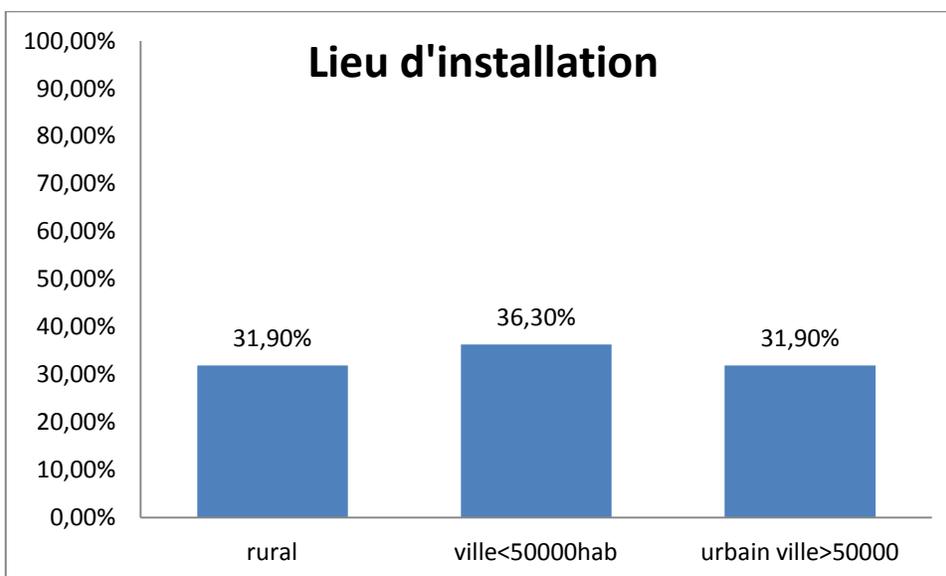


Figure 4 : Lieu d'installation, parmi les médecins installés.

II. Bilan du questionnaire

A. Choix du médecin traitant (MT)

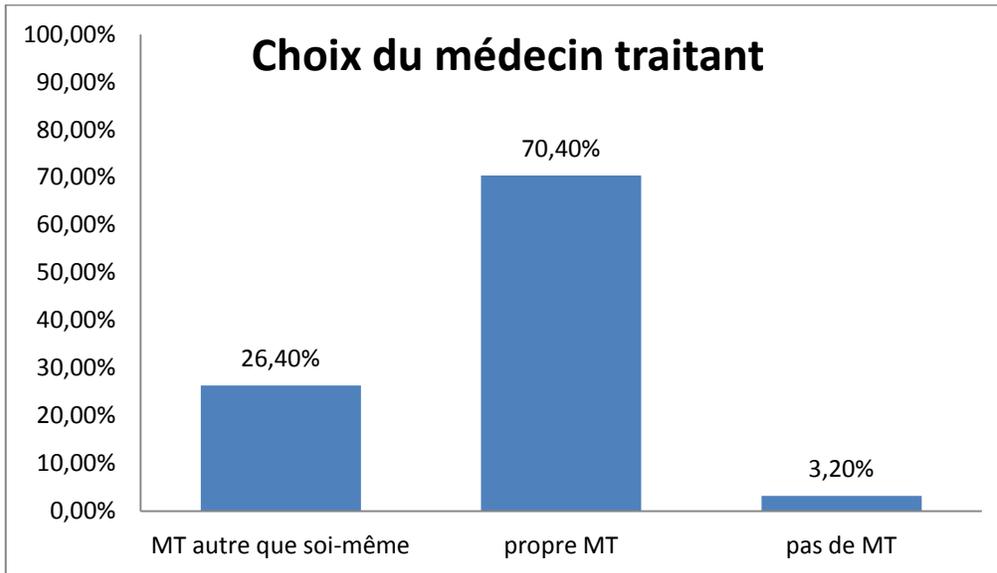


Figure 5 : Médecin traitant choisi

B. Difficultés et spécificités lors du soin d'un confrère

1) Soigner un confrère : consultation difficile

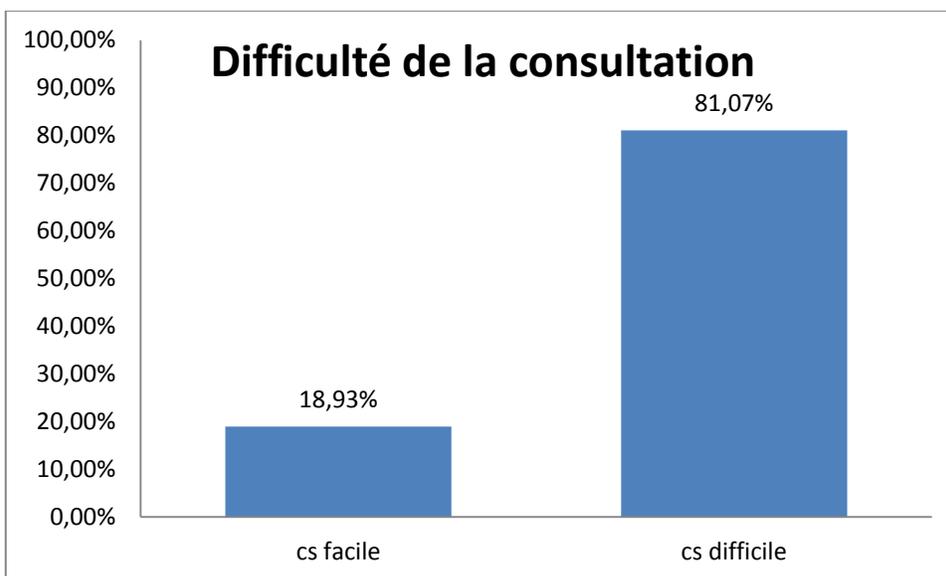


Figure 6 : Pourcentage de consultations difficiles

2) Difficultés liées aux interlocuteurs

- En rapport avec le médecin soigné

	Nombre	Pourcentage
Compétences médicales identiques ou d'une autre spécialité	101	33,22%
Difficultés à accepter son statut de patient : déni, anxiété exagérée, négligence, retard dans le début de la prise en charge	170	55,92%
Exigence pour sa prise en charge	13	4,28%
Manque de temps pour se soigner	20	6,58%
Total	304	100,00%

Tableau 2 : Difficultés pour le soignant, en rapport avec le médecin soigné

- En rapport avec le médecin soignant

	Nombre	Pourcentage
Pression de performance, dépassement de soi	67	22,04%
Jugement de l'autre et peur de l'erreur	123	40,46%
Projection, identification, transfert	52	17,11%
Proximité avec surinvestissement	48	15,79%
Distanciation avec sous-investissement	14	4,61%
Total	304	100,00%

Tableau 3 : Difficultés pour le soignant, en rapport avec le médecin soignant

3) Spécificités de la consultation

- Prise de RDV

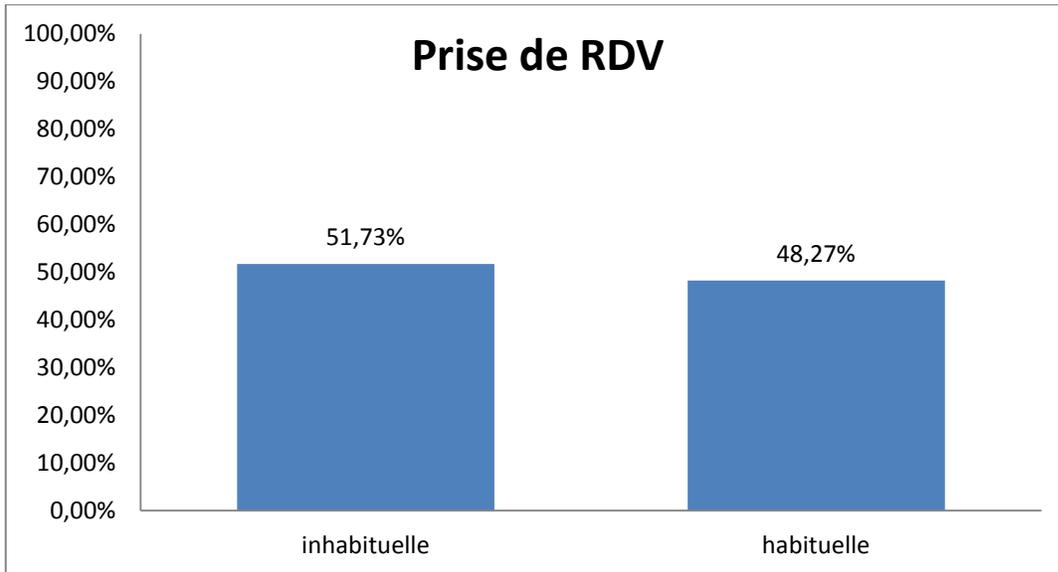


Figure 7 : Mode de prise de RDV en consultation

- Durée de consultation

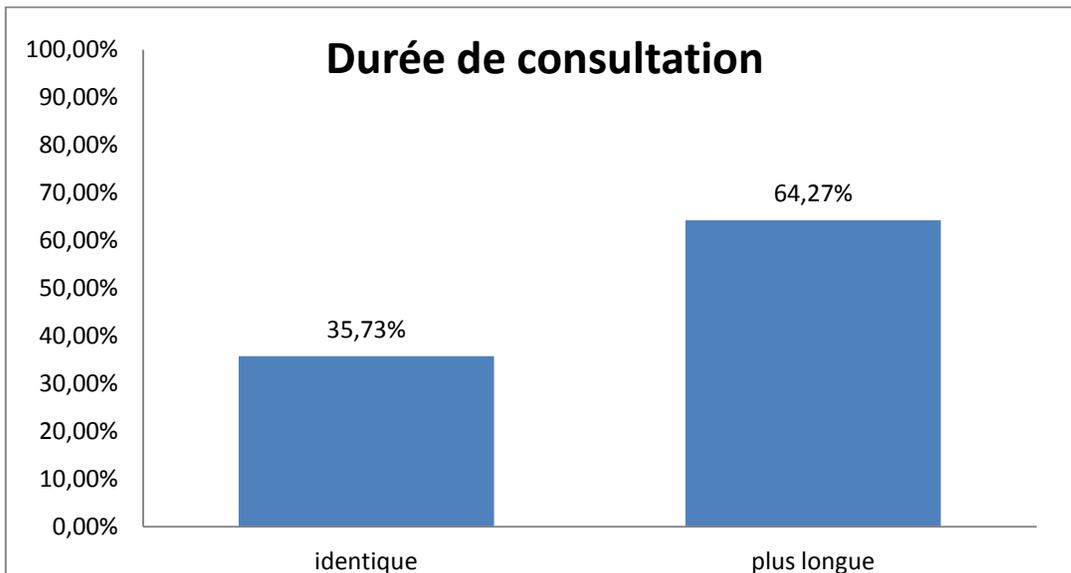


Figure 8 : Durée de la consultation

- Utilisation du langage médical

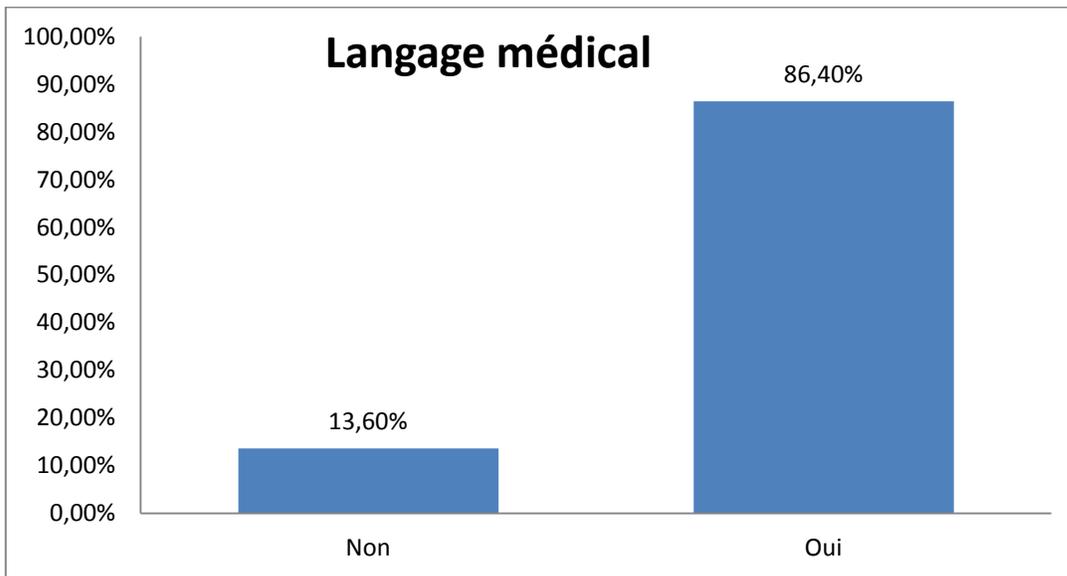


Figure 9 : Pourcentage de médecins utilisant le langage médical face à un confrère

- Interrogatoire

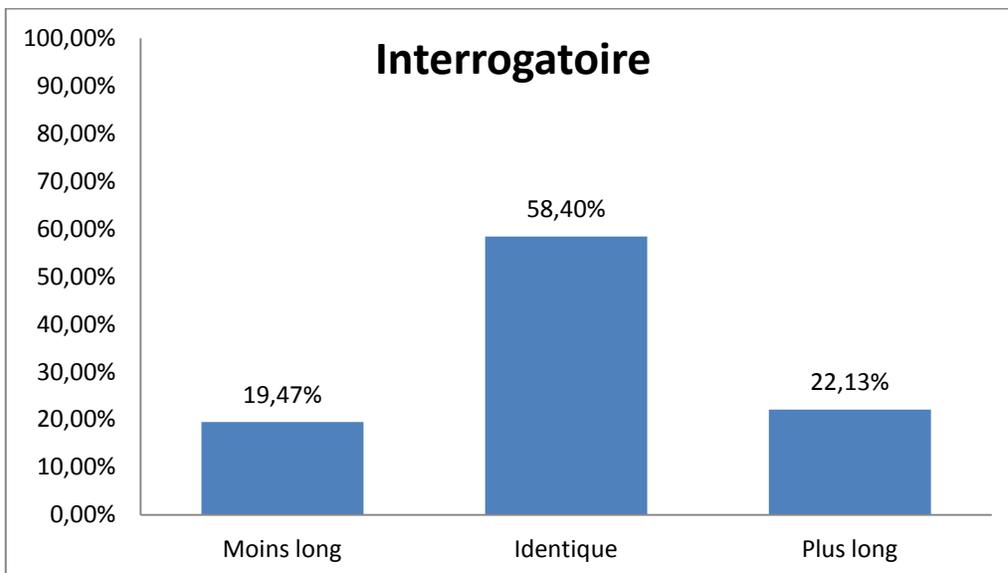


Figure 10 : Réalisation de l'interrogatoire

- Sujets suivants : addiction, sexualité, psychisme

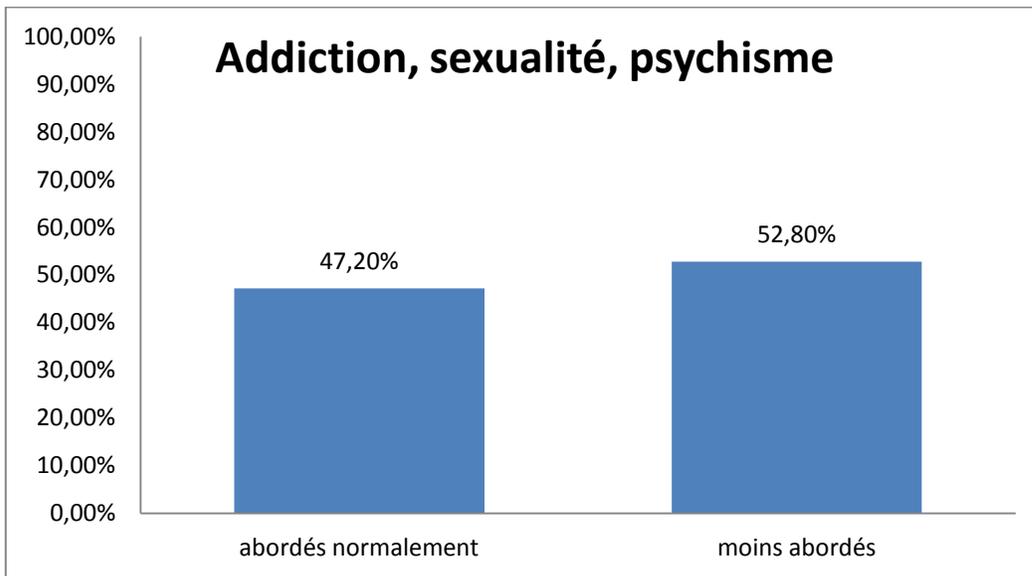


Figure 11 : Façon d’aborder les sujets suivants : addiction, psychisme, sexualité

- Examen physique

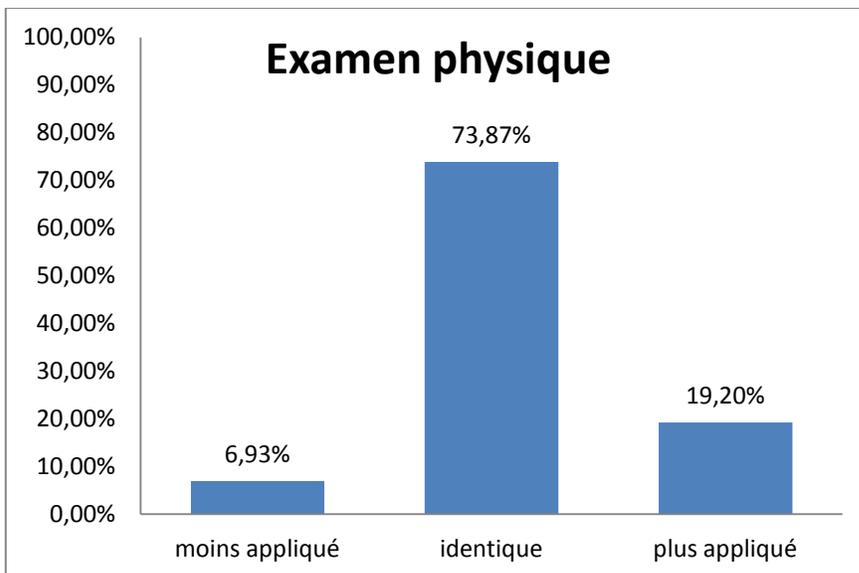


Figure 12 : Réalisation de l’examen physique

- Prescription d'examens complémentaires

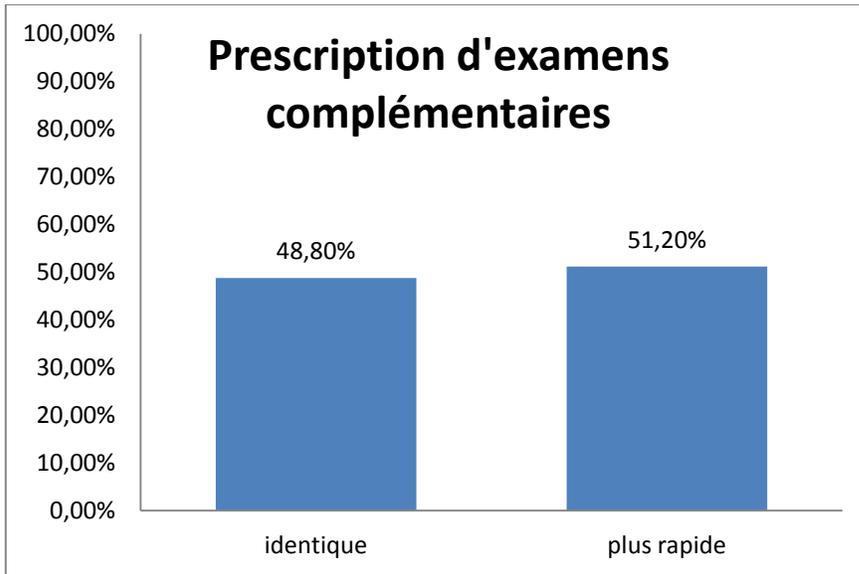


Figure 13 : Façon de prescrire les examens complémentaires

- Avis des spécialistes

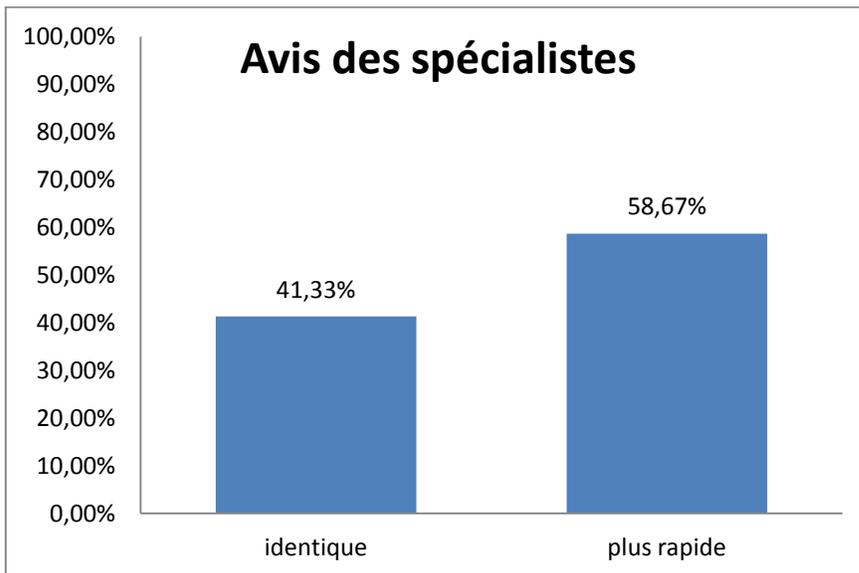


Figure 14 : Façon d'adresser son confrère, vers un spécialiste

- Prescription du traitement

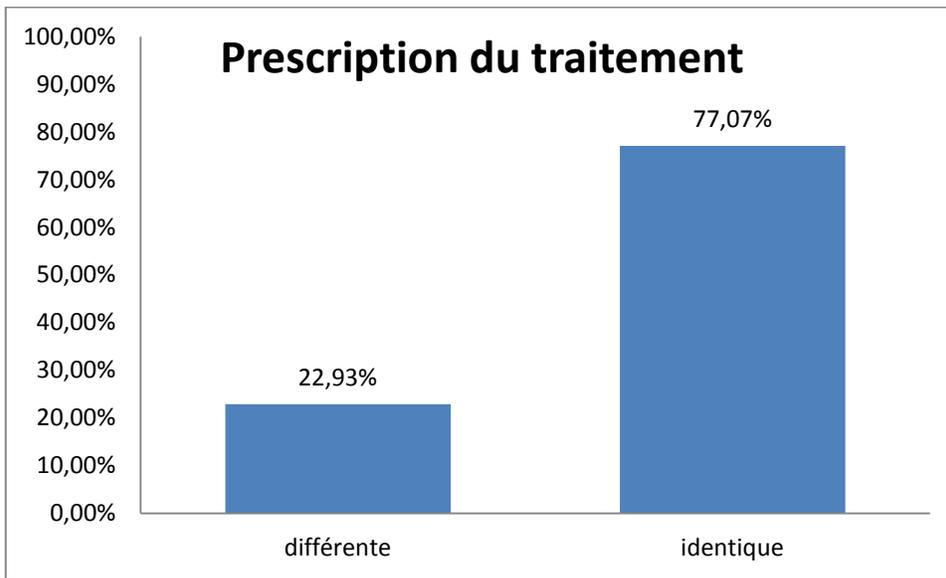


Figure 15 : Façon de prescrire le traitement

4) Eléments qui rendent la consultation facile

	Nombre	Pourcentage
Pas de réponse	32	8,53%
Marque de confiance de la part du soigné	190	50,67%
Consultation génératrice de détente	47	12,53%
Compétences médicales identiques	106	28,27%
Total	375	100,00%

Tableau 4 : Eléments facilitant la consultation

C. Expérience professionnelle

94,40% (345 médecins interrogés) de médecins généralistes ont déjà soigné un confrère ; 25,33% (95 médecins interrogés) ont fait payer la consultation.

95,73% (359 médecins interrogés) de médecins généralistes ont déjà été soignés par un confrère ; 35,20% (132 médecins interrogés) ont payé leur consultation.

75,47% (283 médecins interrogés) préfèrent connaître la profession de médecin de leur patient.

D. Solutions possibles

Les différents éléments pour améliorer la relation médecin-patient quand le patient est un médecin.

1) Stratégies nécessaires

	Nombre	Pourcentage
Instaurer un cadre formel	97	25,87%
Définir d'emblée le rôle de chacun : soignant et soigné	102	27,20%
Rassurer le soigné concernant le secret médical	12	3,20%
Considérer le médecin soigné comme un patient « standard »	147	39,20%
Déléguer/orienter vers un autre médecin, un spécialiste	17	4,53%
Total	375	100,00%

Tableau 5 : Stratégie à mettre en place pour améliorer la relation

2) Capacités personnelles facilitantes

	Nombre	Pourcentage
Expérience professionnelle	105	28,00%
Expérience d'avoir été soi-même patient	106	28,27%
Connaître sa capacité à soigner un médecin, prise de conscience de ses limites	164	43,73%
Total	375	100,00%

Tableau 6 : Capacité personnelle améliorant la relation

3) Idées à développer

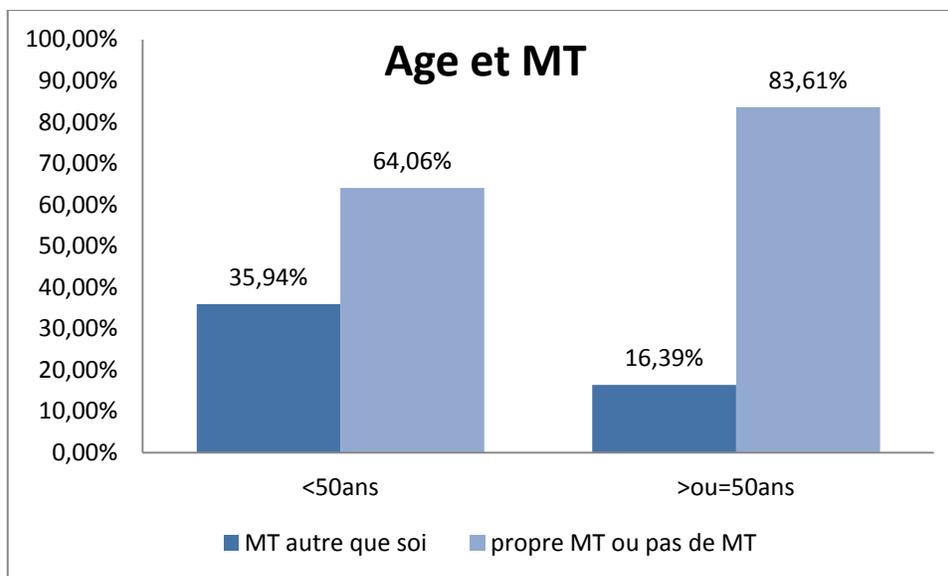
	Nombre	Pourcentage
Avoir la possibilité pour le soignant de consulter un psychologue	22	5,87%
Obliger chaque médecin à avoir un médecin traitant autre que soi-même	151	40,27%
Formation initiale durant les études	47	12,53%
Formation continue avec groupes d'échange/Balint	99	26,40%
Structures de soins spécifiques avec médecins formés	56	14,93%
Total	375	100,00%

Tableau 7 : Idées à développer pour améliorer la relation

E. Analyses en sous-groupes

Pour la comparaison de 2 variables qualitatives, nous avons utilisé un test de CHI 2.

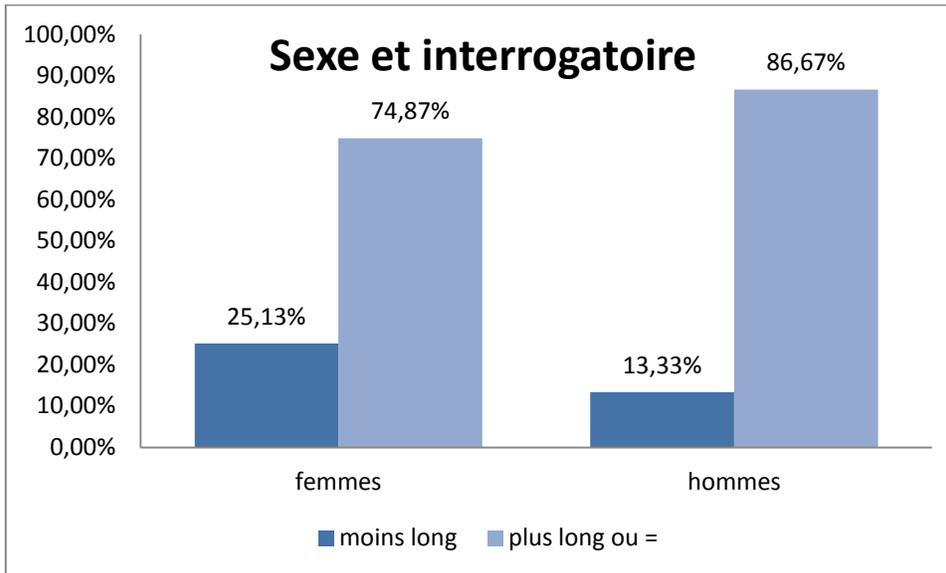
1) Age et Médecin Traitant



La valeur p est 0.00003=> différence significative.

Figure 16 : Identité du médecin traitant en fonction de l'âge

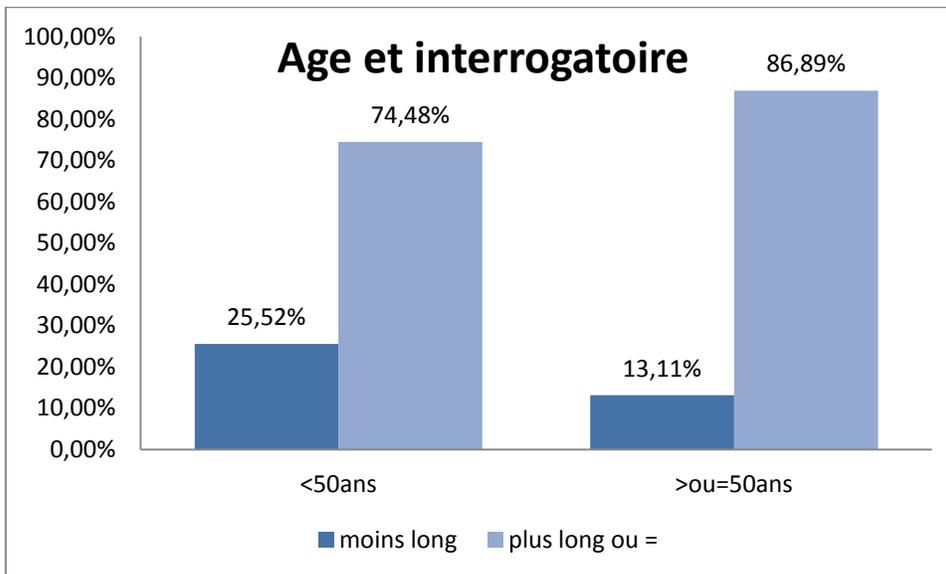
2) Sexe et interrogatoire



La valeur p est 0.00593235 => différence significative.

Figure 17 : Caractéristique de l'interrogatoire en fonction du sexe

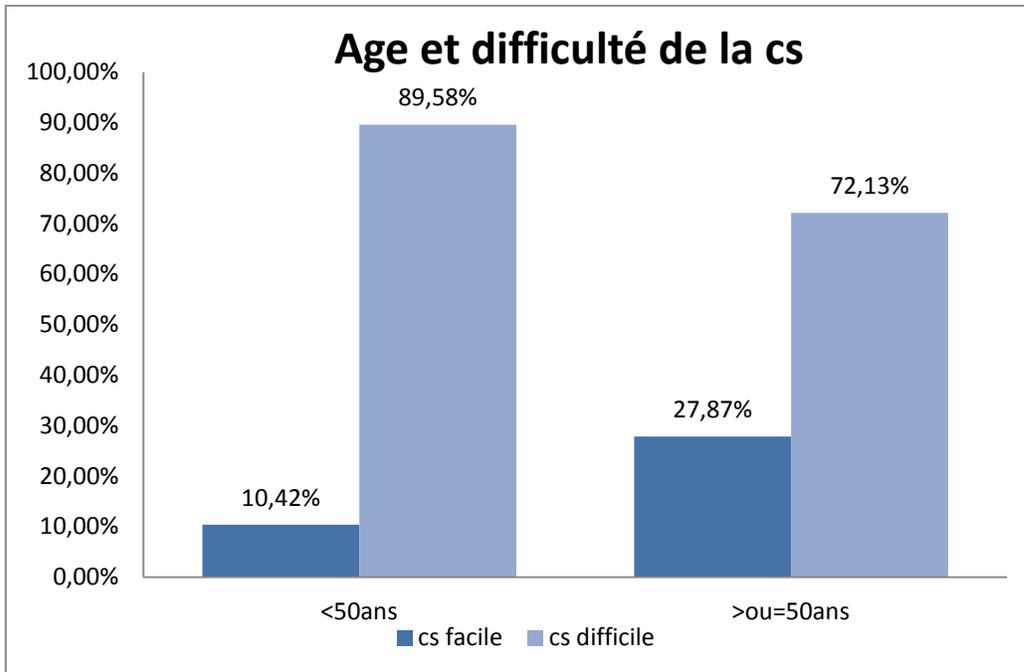
3) Age et interrogatoire



La valeur p est 0.004 => différence significative.

Figure 18 : Caractéristique de l'interrogatoire en fonction de l'âge

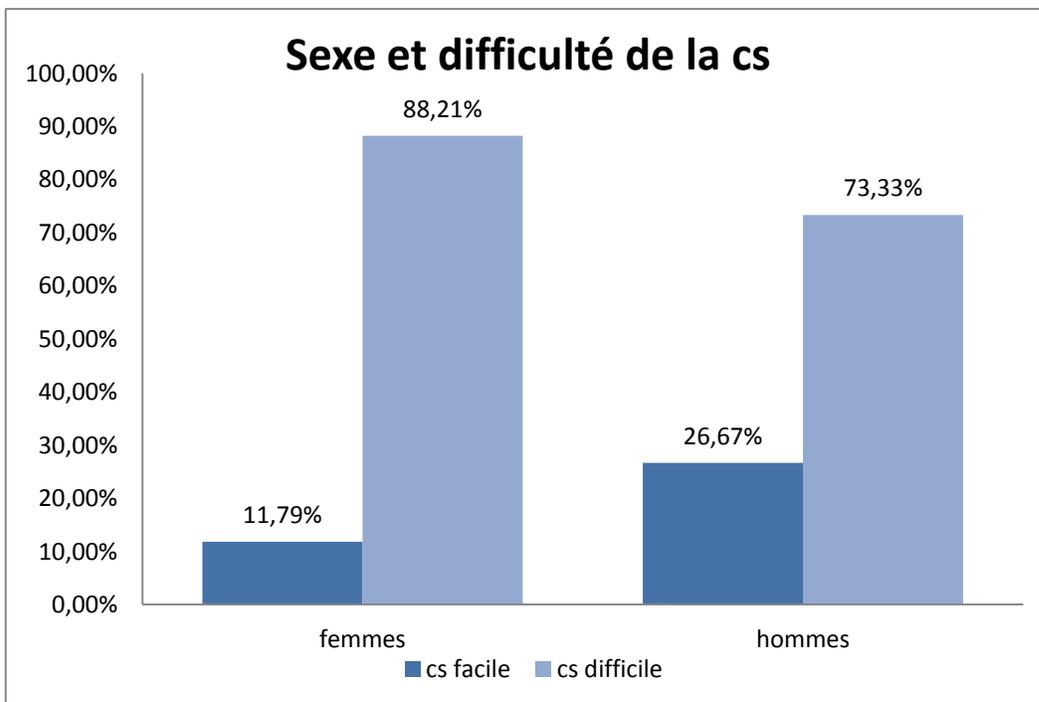
4) Age et difficulté de la consultation



La valeur p est 0.00003 => différence significative.

Figure 19 : Difficulté de la consultation en fonction de l'âge

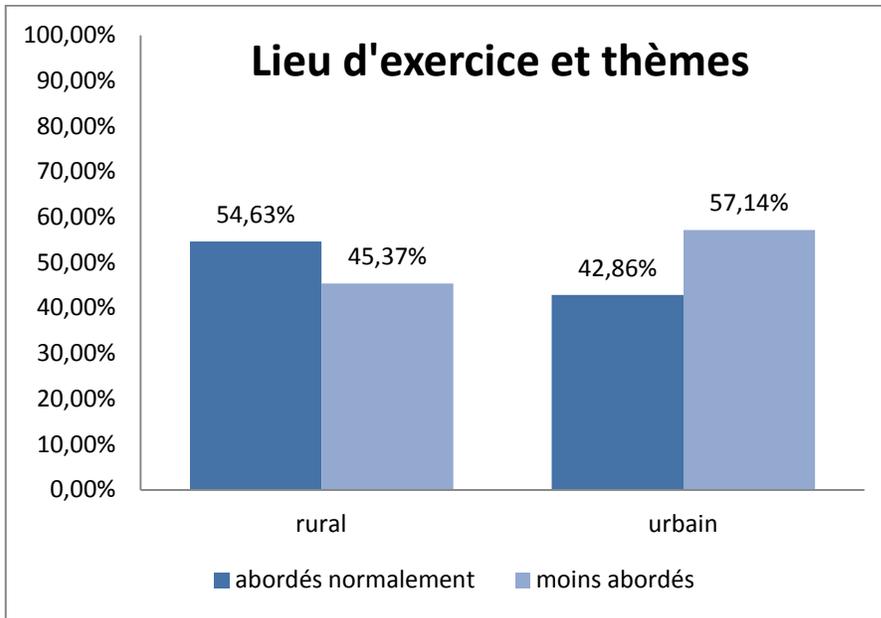
5) Sexe et difficulté de la consultation



La valeur p est 0.0004 => différence significative.

Figure 20 : Difficulté de la consultation en fonction du sexe

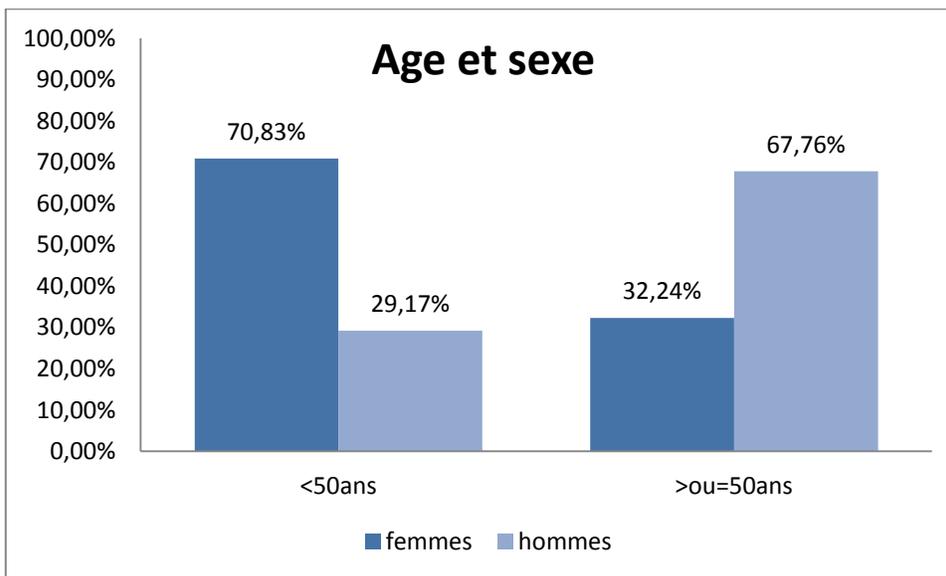
6) Lieu d'exercice et thèmes abordés (psychisme, addiction, sexualité)



La valeur p est 0.043 => différence significative.

Figure 21 : Façon d'aborder les thèmes suivants : psychisme, addiction, sexualité en fonction du lieu d'installation

7) Age et sexe



La valeur p est 0,000000000000167 => différence significative.

Figure 22 : Répartition des sexes en fonction de l'âge

Différences significatives retrouvées entre :

- Age et MT (Figure 16)
- Sexe et interrogatoire (Figure 17)
- Age et interrogatoire (Figure 18)
- Age et consultation difficile (Figure 19)
- Sexe et consultation difficile (Figure 20)
- Lieu d'exercice et thèmes abordés (Figure 21)
- Age et sexe (Figure 22)

Pas de différence significative retrouvée entre :

- Sexe et durée de consultation
- Sexe et thèmes abordés
- Sexe et examens complémentaires
- Sexe et consultations spécialistes
- Sexe et examen physique
- Sexe et MT
- Age et thèmes abordés
- Age et examens complémentaires
- Age et consultations spécialistes
- Age et examen physique
- MSU et examen physique
- MSU et thèmes abordés
- MSU et MT
- MSU et interrogatoire
- Installation et thèmes abordés
- Installation et examens complémentaires
- Installation et consultation difficile

Discussion

I. Idées principales de notre étude

Du point de vue du médecin soignant, soigner un confrère est difficile pour 81,1% des médecins interrogés.

La principale difficulté, en rapport avec le médecin soigné, reste le problème de l'acceptation de son statut de patient avec déni, anxiété exagérée, négligence et retard dans le début de la prise en charge. La principale difficulté en rapport avec le médecin soignant est la peur de l'erreur et le jugement de son confrère patient.

Lorsque le patient est un médecin, la consultation médicale présente certaines spécificités, elle est plus longue, réalisée en langage médical et l'avis du médecin spécialiste est plus rapidement demandé.

Les honoraires ne sont demandés par le soignant que dans 30% des consultations entre deux médecins.

La solution principale pour améliorer cette relation médecin-patient est de considérer le médecin soigné comme un patient « standard », dès le début de la prise en charge.

II. Discussion avec la littérature

A. Description de la population de l'étude par rapport aux Médecins Généralistes de Midi-Pyrénées

Dans la population de notre étude, composée de 375 médecins, la moyenne d'âge est de 48,21 ans, 52% sont des femmes et 1/3 sont des Maîtres de Stage Universitaires. Parmi les <50 ans, 71% des médecins sont des femmes, alors qu'elles ne représentent plus que 32% dans la tranche des >50ans. 90% des médecins interrogés sont installés et répartis de façon

égale entre milieu rural (32%), villes < 50 000 habitants (36%) et milieu urbain/villes > 50 000 habitants (32%).

Dans la population générale des Médecins Généralistes de Midi-Pyrénées (18), qui compte 2673 médecins généralistes installés, la moyenne d'âge est de 52,63 ans, 39% sont des femmes et 17% des Maîtres de Stage Universitaire. Parmi les <50 ans, 55% des médecins sont des femmes, alors qu'elles ne représentent plus que 37% dans la tranche des >50ans.

La population de notre étude n'est donc pas totalement représentative de la population des Médecins Généralistes de Midi-Pyrénées puisqu'on retrouve plus de Maître de Stage Universitaires et plus de femmes, la moyenne d'âge est aussi plus faible.

Ces différences, au niveau de l'âge notamment, s'expliquent par le fait qu'une partie des questionnaires a été remplie par le réseau de connaissances du chercheur, pouvant avoir abaissé la moyenne d'âge des médecins interrogés.

On retrouve cependant, le fait que la profession médicale se féminise, avec une majorité de femmes chez les <50ans ; dans notre étude cet élément est très marqué.

B. Difficultés du soin d'un confrère

Soigner un confrère est une consultation difficile pour le médecin soignant, on retrouve cependant certaines différences selon l'âge et le sexe du médecin soignant.

La consultation est difficile pour 90% des <50ans, contre 72% des >50ans, cette dissemblance peut être en lien avec l'expérience professionnelle d'avoir déjà soigné des confrères chez les médecins les plus âgés.

La consultation est délicate pour 88% des femmes contre 73% des hommes. Mais il y a là un probable biais de confusion, car dans la population de l'étude, 70% des <50ans sont des femmes, donc il est difficile de savoir si le lien est en rapport avec le jeune âge ou avec le sexe féminin.

Dans notre étude, on note que la complexité en rapport avec le patient-médecin, est l'absence d'acceptation de son statut de patient et le déni, l'anxiété exagérée, la négligence et le retard dans le début de la prise en charge qui en découlent et ceci pour 56% des médecins interrogés.

Dans sa thèse, Guillard-Commer parlait de « difficulté à se décentrer de sa position de soignant pour entrer dans le rôle de patient »(3). Déjà en 1998, un article paru dans le JAMA retrouvait des « difficultés à inverser les rôles » chez le médecin malade et une « prise en charge tardive car il minimise la réalité des symptômes »(2). Le « retard à la première consultation » était souligné dans un article britannique(19). Dans la littérature, on notait encore que le savoir médical est générateur d'anxiété. (20)

Contrairement à notre étude, le manque de temps pour se soigner est évoqué comme première difficulté dans un certain nombre d'études (5,6,21-23)et également chez les internes(4), alors qu'il est mentionné par seulement 6,6% de la population de notre étude.

D'autres éléments sont très souvent retrouvés dans la biblio et non évoqués par notre questionnaire.

Il s'agit d'abord de l'auto-prescription et de l'automédication (2,7,8,13,22) qui sont retrouvées chez 25% des médecins de façon régulière, et ceci déjà chez les internes.(4)

On observe aussi une crainte, de la part du médecin soigné, pour le maintien du secret professionnel(2,23), et de la confidentialité.(24)

La littérature nationale et internationale retrouvait aussi que les médecins généralistes prennent peu d'arrêts de travail (10,22) car ne veulent pas laisser la charge à leurs collègues(24), et quand ils en prennent, ils sont de courte durée.(8)

Dans d'autres études, une difficulté liée au médecin-patient est que la maladie est considérée comme une honte, une faiblesse.(2)

La difficulté en rapport avec le soignant, pour 40% des médecins interrogés, est le jugement de l'autre et la peur de l'erreur, avec la crainte d'être jugé par le soigné(14,25).

Dans d'autres études, on retrouve plutôt un surinvestissement ou au contraire un sous-investissement de la part du soignant ; un problème d'identification et de projection ou encore une pression de performance.(15)

C. Spécificités de la consultation lorsque le patient est un médecin

La consultation est plus longue pour 64% des médecins, ce qui est en accord avec plusieurs études(15,26).

Le langage médical est utilisé pour 86% des médecins. La consultation est un « échange collégial »(2,15).

Le patient est plus rapidement adressé vers un spécialiste pour 59% des médecins, ce qui est en accord avec une attitude de surinvestissement de la part du soignant(15).

Dans notre étude, certains éléments de la consultation sont semblables à ce que l'on retrouve avec un patient non médecin, contrairement à ce qui peut être retrouvé dans la littérature.

Ici, l'interrogatoire et notamment des thèmes comme la sexualité, les addictions et le psychisme sont abordés de la même manière qu'avec un patient habituel.

Au contraire, pour certains auteurs, l'interrogatoire est moins intrusif et notamment sur tout ce qui concerne la sexualité, les addictions et le psychisme(2), pour d'autres, c'est carrément une « absence totale de questionnement sur ces thèmes-là »(15). Ces différences s'expliquent par l'idéal que les médecins ont de la consultation d'un confrère et sur ce qu'ils font vraiment quand ils sont face à leur patient-médecin. Il s'agit là des limites des auto-questionnaires et du déclaratif.

Les analyses en sous-groupes : âge et sexe, retrouvent cependant des différences significatives en ce qui concerne l'interrogatoire. Chez 25% des <50 ans et 25% des femmes, l'interrogatoire est moins long, sans retrouver de différence significative entre âge et thèmes abordés, ni entre sexe et thèmes abordés.

Entre lieu d'installation et thèmes abordés, on note une différence significative. 57% des médecins urbains disent moins aborder les thèmes suivants : addiction, sexualité et psychisme contre 45% des médecins ruraux.

Pour l'examen physique, les médecins de notre étude ne notent pas de différence par rapport à l'examen d'un patient habituel. Pour la littérature, il est moins intrusif(2), pas de toucher rectal ni examen sénologique. Quand c'est un ami, il n'y a pas d'examen physique(15)

Ici, la prescription d'examens complémentaires est observée habituelle, alors que pour beaucoup, il y a plus de prescription(12), avec attitude de surinvestissement(15).

Un élément qui n'est pas évoqué par notre questionnaire, mais qui semble communément adopté par les médecins est « la consultation entre deux couloirs »(2,19,27), qui est très informelle et rapide.

51% des médecins reconnaissent que soigner un confrère représente une marque de confiance de la part du patient-médecin, cet élément est un facteur facilitant de la consultation.

D. Honoraires

Dans notre étude, on note que seulement 30% de paiements sont demandés, et ceci, que le médecin soit du côté patient (35%), ou du côté soignant (25%). Ces chiffres sont en accord avec la littérature. On retrouve cependant une contradiction, puisqu'en tant que patient, le médecin souhaite payer sa consultation, alors qu'en tant que médecin, il trouve anormal de faire payer un confrère(14). Ceci explique probablement le fait que dans notre étude, les médecins interrogés ont plus payé du côté patient qu'ils n'ont fait payer du côté soignant.

Cette question des honoraires entre confrères a déjà été abordée par le CNOM, dans son rapport de 2008 et ils avaient eu une réponse tranchée : il faut faire payer les confrères, ce qui permet d'officialiser la consultation.(13)

Dans le reste de la littérature, les avis sont divergents, jusqu'au sein d'un même article. En faveur du règlement, le principal argument est de permettre de donner un caractère officiel

à la consultation et contre le règlement, on retrouve la tradition avec le serment d'Hippocrate.(15)

Ici, on ne fait pas 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.

E. Choix du médecin traitant

Concernant le choix du médecin traitant, 70% sont leur propre médecin traitant et 3,2% n'ont pas déclaré de médecin traitant.

Seulement 26% des médecins de l'étude ont désigné un confrère comme médecin traitant, alors que paradoxalement beaucoup reconnaissent une amélioration de la prise en charge médicale, quand ils ne sont pas leur propre médecin traitant.(5)

Des différences significatives sont retrouvées en fonction de l'âge, 36% des <50 ans ont déclaré un confrère comme médecin traitant, contre 16% des >50 ans, ce qui est paradoxal puisqu'en avançant dans l'âge, on peut penser avoir davantage besoin de soins médicaux.

F. Solutions possibles

La stratégie dominante permettant d'aider au soin d'un confrère est d'essayer de considérer le médecin soigné comme un patient « standard », pour 40% des médecins interrogés. On retrouve du côté soigné, le souhait d'être considéré comme un patient « normal ».(14)

Dans la littérature, on retrouve cette même idée, où il faut oublier la profession d'un médecin malade.(14)

Pour certains auteurs, ce qui facilite davantage est de définir d'emblée les rôles de chacun en empêchant le médecin malade d'intervenir dans sa propre prise en charge(2) ; définir un cadre formel.(15)

Le fait de rassurer le soigné concernant le maintien du secret professionnel est également une stratégie observée.(2)

Dans notre étude, pour 44% des médecins, il apparaît que connaître sa capacité à soigner un médecin et prendre conscience de ses limites est la capacité personnelle qui favorise le plus la prise en charge d'un confrère.

De nombreux case-report montrent que c'est plutôt l'expérience personnelle (6) d'avoir été soi-même patient qui a souvent modifié la prise en charge(28) ; « j'ai trouvé que les personnes les plus à l'aise dans ce type de contact délicat étaient souvent les connaisseurs, ceux, heureusement rares, qui ont vécu jeunes l'expérience d'une maladie ».(29)

L'expérience professionnelle d'avoir soigné un confrère est également citée dans la littérature et permet d'être plus conscient des difficultés rencontrées lors des soins.(2,16)

L'idée dominante à développer selon notre travail serait d'obliger chaque médecin à avoir un médecin traitant autre que soi-même, pour 40% des médecins. Cet élément est paradoxal puisque 70,40% des répondants sont leur propre médecin traitant et que 3,20% n'ont pas de médecin traitant.

Cette idée est en concordance avec la littérature pour qui la mesure serait plutôt incitative que réellement coercitive.(15,26)

Une autre notion à développer serait de former des médecins pour soigner leurs confrères(5), élément que l'on retrouve de même dans notre travail, puisque 39% des médecins évoquaient cette idée en formation initiale ou continue.(2)

De son côté, le CNOM propose la création de structures, cliniques spécialisées, composées de confrères formés spécifiquement(11,13).

Certains éléments sont déjà mis en place et notamment des associations d'aide aux médecins.

L'association MOTS (Organisation du travail et santé du médecin) est une structure d'écoute téléphonique et de prise en charge, comprenant des médecins compétents en ergonomie et santé au travail, pour aider et accompagner les médecins en difficulté dans l'organisation de leur travail, la gestion et la prévention de leur santé. Elle a été créée en 2010, à l'initiative du Conseil de l'Ordre de Haute-Garonne et de son président, le Dr Jean Thévenot.

L'association AAPML (Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux) est une structure d'écoute téléphonique dédiée aux professionnels de santé en difficulté psychologique dans l'exercice de leur profession. Elle a été créée en 2005.

On compte encore d'autres associations françaises : l'ASRA (Association d'Aide aux Soignants de Rhône-Alpes), l'aide et le soutien pour la spécialité d'anesthésie-réanimation, l'association Inter.Med (Languedoc-Roussillon) qui propose à tous les médecins d'être reçus en consultation pour un bilan de santé global.

Sur le plan européen, l'association EAPH (European Association for Physician Health), vise à encourager un soutien supérieur pour les médecins en difficulté à travers l'Europe par le partage de l'expertise et de bonnes pratiques sur le traitement des médecins par des médecins, par le développement des services de santé pour les médecins et en faisant des recherches conjointes sur la santé et le bien-être des médecins, elle a été fondée en 2009.

Une autre idée très souvent retrouvée dans la littérature, et non évoquée par notre questionnaire est la création d'une médecine préventive pour les libéraux, en incitant les médecins à la consulter régulièrement(7), pour d'autres, il faut imposer une médecine du travail (8,10) avec une visite médicale régulière obligatoire.(13)

D'autres articles mentionnent qu'il faut interdire ou encadrer l'auto-prescription.(13,26)

III. Faiblesses

Certains médecins ont dû recevoir deux fois le questionnaire, car nous avons utilisé plusieurs moyens de diffusion ; on espère qu'ils n'y ont répondu qu'une seule fois.

Sur certaines questions où l'on n'attendait qu'une seule réponse, plusieurs réponses ont été cochées par quelques médecins, nous avons pris la décision de ne garder que la première réponse cochée mais de ne pas annuler le questionnaire.

Le taux de réponses est à 15% de la population cible.

L'arrêt de la réception des questionnaires a été décidé au 22 avril, les réponses arrivant plus tard n'ont pas été prises en compte.

En tant que questionnaire, les réponses sont déclaratives ; les médecins interrogés peuvent répondre de manière erronée sur leurs pratiques médicales, et ce souvent inconsciemment. Notre questionnaire ne laisse pas de distinction possible sur les caractéristiques du médecin soigné, alors qu'il y a de probables différences si le soigné est un spécialiste, un ami médecin proche, un professeur/supériorité hiérarchique...

IV. Forces

Notre étude est novatrice. Elle est quantitative alors que les études déjà réalisées étaient des études qualitatives. Le questionnaire a été élaboré à l'aide d'éléments de la littérature(2,3,14), et validé par la commission recherche et thèse du DUMG et la commission de diffusion de l'URPS Midi Pyrénées.

Elle propose des pistes de réflexion pour améliorer la prise en charge des médecins.

V. Ouverture

Concernant les solutions proposées, peut-on réellement contraindre un médecin généraliste à devoir choisir un médecin traitant autre que lui-même. Peut-on l'obliger à se décharger de sa propre santé alors qu'il a lui-même la responsabilité médicale quotidienne de centaines de patients ? Est-ce possible de totalement se détacher de sa propre prise en charge médicale, lorsqu'on est soi-même médecin ?

Sans en arriver à des mesures d'obligation d'avoir un médecin traitant autre que soi, ne faut-il pas mieux commencer par une sensibilisation des médecins, y compris lors de la formation initiale ? Et ceci d'autant plus que beaucoup de médecins sont opposés à des réformes coercitives.(5)

En France, cet élément de sensibilisation tente de se développer grâce à diverses associations.

Ensuite, comment peut-on empêcher un médecin généraliste à faire de l'automédication et de l'auto-prescription ?

La piste de développer une médecine du travail pour les libéraux ne serait-elle pas une bonne idée ?

Il reste donc encore beaucoup de choses à mettre en place pour améliorer le soin des médecins, mais ceci est en bonne voie, grâce au travail réalisé par le Conseil de l'Ordre et par différentes associations (MOTS....).

Conclusion

Soigner un confrère est un acte délicat. Dans la littérature, on retrouve que les médecins généralistes pratiquent de façon fréquente l'automédication et l'auto-prescription. On note qu'une grosse majorité des médecins généralistes sont leur propre médecin traitant. Ces deux éléments ne facilitent pas la prise en charge d'un confrère, lorsqu'on se retrouve du côté soignant.

Devant ce constat et le manque de références dans la littérature concernant le médecin soignant, notre travail a pour objectif principal d'évaluer les difficultés et spécificités, pour un médecin généraliste, à prendre en charge un de ses confrères malade et pour objectif secondaire de proposer des pistes pour faciliter et améliorer cette prise en charge.

Les médecins généralistes de Midi-Pyrénées ont été interrogés à l'aide d'un questionnaire Google Form, du 21/02/2017 au 18/04/2017. La principale voie de diffusion était l'URPS, mais nous avons aussi utilisé les CDOM (de l'Ariège, du Lot, des Hautes-Pyrénées et du Tarn-et-Garonne) et le réseau de connaissances des chercheurs. Nous avons recueilli et analysé 375 réponses.

Notre étude montre que pour 81% des médecins généralistes, soigner un confrère est difficile.

La complexité pour le soignant, liée à son interlocuteur médecin, est la difficulté à accepter son statut de patient avec déni, anxiété, négligence et retard dans le début de la prise en charge.

La difficulté pour le médecin soignant, en rapport avec lui-même, est la peur de l'erreur et le jugement de son confrère malade.

Nous avons trouvé certaines spécificités au niveau du déroulement de la consultation entre deux médecins généralistes. La consultation est plus longue, elle se fait en langage médical, le médecin malade est plus rapidement adressé aux spécialistes.

70,4% des médecins interrogés sont leur propre médecin traitant et 3% n'ont pas de médecin traitant.

Le paiement des honoraires reste peu pratiqué, puisque 25% des médecins interrogés ont fait payer leur confrère, lorsqu'ils étaient soignant et 35% ont payé leur consultation, lorsqu'ils étaient patients.

La solution principale pour faire face à cette consultation complexe entre deux médecins généralistes est de considérer le médecin soigné comme un patient « standard ». Certaines capacités personnelles peuvent faciliter la prise en charge d'un confrère, et notamment le fait de connaître sa capacité à soigner un médecin et la prise de conscience de ses limites.

Pour 40% des médecins de l'étude, il faut obliger chaque médecin généraliste à avoir un médecin traitant autre que soi-même. Pour 38%, c'est la formation spécifique des médecins à soigner ses confrères qui va améliorer cette prise en charge.

Références bibliographiques

1. Froucht-Hirsch S. Le temps d'un cancer. Chroniques d'un médecin malade. ed Vuibert. 2005. 141 p.
2. Schneck SA. « Doctoring » doctors and their families. J Am Med Assoc. 1998;280(23):2039-42.
3. Guillard-Commer C. Le vécu du médecin malade. Nantes; 2005.
4. Ridet O. Comment les internes en médecine générale prennent-ils en charge leur propre santé?: enquête menée auprès des internes en médecine générale de la faculté de Poitiers. Poitiers; 2013.
5. 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. Bordeaux II; 2009.
6. Tavernier A. Attitude du médecin face à sa propre santé et vécu de son statut de médecin malade: étude qualitative auprès de médecins généralistes de la Somme. Amiens; 2013.
7. Suty R. Attitude des médecins généralistes envers leur propre santé: enquête menée auprès de 530 médecins libéraux du département de Meurthe-et-Moselle. Nancy; 2006.
8. Forsythe M. Doctors as patients: postal survey examining consultants and general practitioners adherence to guidelines. Br Med J. 1999;19(7210):605-8.
9. Despès P, Grimbert I. Santé physique et psychique des médecins généralistes. 2010 juin. Report No.: 731.
10. Waldrom H. Sickness in the medical profession. Ann Occup Hyg. 1996;40(4):391-6.

11. Chabrol A. Les médecins : des patients pas comme les autres. Le magazine de l'Ordre National des Médecins. oct 2008;(1).
12. Gillard L. La santé des généralistes. Paris V Descartes; 2006.
13. 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 28/06/08. 2008 juin.
14. Lhote M. Soigner un médecin malade : quelles spécificités ? Etude qualitative auprès de médecins franciliens. Paris Diderot; 2011.
15. Bauguion A. Quand le médecin généraliste soigne un de ses confrères: une consultation difficile? Nantes; 2012.
16. Fromme E. Care of the dying doctor: on the other end of the stethoscope. J Am Med Assoc. 2003;290(15):2048-55.
17. British Medical Association. Ethical responsibilities involved in treating doctor-patients. Londres; 1995.
18. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/midi_pyrenees_2013.pdf. consulté le 1/05/2017
19. Bradley N. Wounded healers. Br J Gen Pract. 2009;59(568):803-4.
20. Tuttle J. The physician's disease: the impact of medical knowledge on personal illness. Palliat Support Care. 2007;5(1):71-6.
21. Rousseau E. Le médecin généraliste ne consulte par un confrère pour le suivi de sa santé : explication par une étude qualitative. Reims; 2011.
22. Bonneaudeau S. Le médecin/malade: un patient comme les autres. Paris Diderot; 2011.

23. Kay M, Mitchell G. Doctors as patients: a systematic review of doctors' health access and the barriers they experience. *Br J Gen Pract.* 2008;58(552):501-8.
24. Lalloo D. The need to develop occupational health services for doctors with ill health. *Br Med J.* 2016;532(292).
25. Galam E. Médecine - Soigner les soignants La formation implicite des médecins et leurs fragilités. *John Libbey Eurotext.* 2015;11(9):388-90.
26. Galam E. Médecine - Soigner les médecins malades - Seconde partie : quels médecins soignants ? *John Libbey Eurotext.* 2013;9(10):471-4.
27. Oxtoby K. Why doctors don't take sick leave. *Br Med J.* 2015;351(12):6719.
28. Crawshaw R. Clinical Note—Doctor-Patient Bonding. *West J Med.* 1992;157(2):201.
29. Hammel P. Guérir et mieux soigner – Un médecin à l'école de sa maladie. ed Fayard. 2008. 306 p.

ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE

Enquête en Midi-Pyrénées sur les difficultés en médecine générale, à soigner un autre médecin.

*réponse obligatoire

PRESENTATION

1. Quel est votre âge ?*
2. Quel est votre sexe ?*
3. Etes-vous maître de stage universitaire ?* OUI – NON
4. Etes-vous installé ?* OUI – NON
5. Si OUI, où exercez-vous ?
 - a. Milieu rural
 - b. Ville de moins de 50 000 habitants
 - c. Ville de plus de 50 000 habitants
6. Avez-vous un médecin traitant ?* OUI – NON
7. Etes-vous votre propre médecin traitant ?* OUI – NON

DIFFICULTES

8. Soigner un médecin, est-ce une consultation complexe ?* OUI – NON
Si OUI, aller aux questions 9 et 10 ; si NON, passer à la question 11.
9. Quelle difficulté en rapport avec le patient retrouvez-vous ? (1 seule réponse possible)
 - Compétences médicales identiques ou d'une autre spécialité
 - Difficultés à accepter son statut de patient : déni, anxiété exagérée, négligence, retard dans le début de la prise en charge
 - Exigence pour sa prise en charge
 - Manque de temps pour se soigner
10. Quelle difficulté en rapport avec le soignant retrouvez-vous ? (1 seule réponse possible)
 - Pression de performance, dépassement de soi
 - Jugement de l'autre et peur de l'erreur
 - Projection, identification, transfert
 - Proximité avec surinvestissement
 - Distanciation avec sous-investissement

11. Quel élément facilitant retrouvez-vous ? (1 seule réponse possible)
- Marque de confiance de la part du soigné
 - Consultation génératrice de détente
 - Compétences médicales identiques

SPECIFICITES

Spécificités retrouvées lorsque vous soignez un médecin :

12. Est-ce que la prise de RDV est inhabituelle ?* OUI – NON

Si OUI, répondre aux questions 13 et 14 ; si NON, passer directement à la question 15.

13. Est-ce que la consultation est prise sans passer par le secrétariat ? OUI – NON

14. Est-ce que le délai est plus court ? OUI – NON

15. Est-ce que la durée de la consultation est plus longue ?* OUI – NON

16. Est-ce que la consultation se fait en langage médical ?* OUI – NON

17. Est-ce l'interrogatoire est différent ?*

- a. Plus long
- b. Moins long
- c. Identique

18. Est-ce que les sujets suivants sont moins abordés : addiction, sexualité, psychisme ?* OUI – NON

19. Est-ce que l'examen physique est différent ?*

- a. Plus appliqué
- b. Moins appliqué
- c. Identique

20. Est-ce que des examens complémentaires sont plus rapidement prescrits ?* OUI – NON

21. Est-ce que le patient-médecin est plus rapidement adressé aux spécialistes ?* OUI – NON

22. Est-ce que la prescription du traitement est différente ?* OUI – NON

Si OUI, répondre aux questions 23 et 24 ; si NON, passer directement à la question 25.

23. Est-ce que l'argumentation est plus longue ? OUI – NON

24. Est-ce que le médecin soigné est à l'origine de la décision thérapeutique ? OUI – NON

SOLUTIONS

25. Quelle stratégie vous semble nécessaire pour améliorer la relation médecin-patient quand le patient est un médecin ? (1 seule réponse possible)*

- Instaurer un cadre formel
- Définir d'emblée le rôle de chacun : soignant et soigné
- Rassurer le soigné concernant le secret médical
- Considérer le médecin soigné comme un patient « standard »
- Déléguer/orienter vers un autre médecin, un spécialiste

26. Quel élément facilitant peut être utile ? (1 seule réponse possible)*
- Expérience professionnelle
 - Expérience d'avoir été soi-même patient
 - Connaître sa capacité à soigner un médecin, prise de conscience de ses limites
27. Quelle idée pourrait être développée pour améliorer cette relation ? (1 seule réponse possible)*
- Avoir la possibilité pour le soignant de consulter un psychologue
 - Obliger chaque médecin à avoir un médecin traitant autre que soi-même
 - Formation initiale durant les études
 - Formation continue avec groupes d'échange/Balint
 - Structures de soins spécifiques avec médecins formés

EXPERIENCE PERSONNELLE

28. Avez-vous déjà soigné un médecin ?* OUI – NON
29. L'avez-vous fait payer sa consultation ?* OUI – NON
30. Avez-vous déjà été patient d'un confrère ?* OUI – NON
31. Avez-vous payé votre consultation ?* OUI – NON
32. Préféreriez-vous ignorer la profession de médecin de votre patient si vous deviez le soigner ?* OUI – NON

ANNEXE 2

Mail présentation URPS

Bonjour,

Je suis Sophie Plagnard, médecin généraliste non thésée.

Dans le cadre de mon travail de thèse sur les DIFFICULTES A SOIGNER UN CONFRERE EN MEDECINE GENERALE, en Midi-Pyrénées, je vous remercie de consacrer 5-6 minutes de votre temps, pour répondre à mon questionnaire, bien évidemment anonyme.

Il s'agit d'évaluer les difficultés pour un médecin généraliste, à prendre en charge un de ses confrères et de proposer des solutions possibles pour rendre cette prise en charge plus facile.

Mon directeur de thèse est le Dr Bruno Chicoulaa, du Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse.

Si le sujet vous intéresse, je suis prête à vous envoyer ma thèse lorsqu'elle sera terminée, donc n'hésitez pas à me la demander ; voici mon adresse mail : sophie.plagnard@hotmail.fr

Merci de votre participation.

Sophie Plagnard

ANNEXE 3

Trame du tableau de recueil des résultats

Tableau 1

num_id	age	sexe	msu	instal	exerc	mt	pmt	soigmed	paysoig	pat	paypat	profpat

Tableau 2

num_id	soin meddif		soin medfac	cs diff	rdvinhab		rdvh ab	durel g	l g m ed	interr og	th e m a b	ex p hy	ex co m p	s p e	tttdif		tt ti d	s t r a	el fa c	i d e e	
	p a t	s o i g			se cr et	del co urt									a r g	de cth er					

ANNEXE 4

Légendes des tableaux de recueil des résultats

Tableau 1

num_id : numéro d'identifiant du patient

age (moyenne)

sexe : 1 = homme ; 0 = femme

msu : 1 = OUI ; 0 = NON (Maître de Stage Universitaire)

instal : 1 = OUI ; 0 = NON (installé)

exerc : 0 = rural ; 1 = ville < 50000 hab ; 2 = urbain > ou = 50000 hab ; 3 = non installés (mode d'exercice)

mt : 1 = OUI ; 0 = NON (médecin traitant)

pmt : 2 = pas de médecin traitant ; 1 = OUI ; 0 = NON (propre médecin traitant)

soigmed : 1 = OUI ; 0 = NON (soin d'un confrère)

paysoig : 1 = OUI ; 0 = NON (demande de paiement du confrère)

pat : 1 = OUI ; 0 = NON (place de patient)

paypat : 1 = OUI ; 0 = NON (paiement en tant que patient)

profpat : 1 = OUI ; 0 = NON (connaissance du statut de médecin du patient)

Tableau 2

num_id : numéro d'identifiant du patient

soinmeddif (difficultés lors du soin d'un autre médecin)

- pat (Patient)
 - o 0 = Facile
 - o 1 = Compétences médicales identiques ou d'une autre spécialité
 - o 2 = Difficultés à accepter son statut de patient : déni, anxiété exagérée, négligence, retard dans le début de la prise en charge
 - o 3 = Exigence pour sa prise en charge
 - o 4 = Manque de temps pour se soigner
- soig (Soignant)
 - o 0 = Facile
 - o 1 = Pression de performance, dépassement de soi
 - o 2 = Jugement de l'autre et peur de l'erreur
 - o 3 = Projection, identification, transfert
 - o 4 = Proximité avec surinvestissement
 - o 5 = Distanciation avec sous-investissement

soinmedfac (facilités lors du soin d'un autre médecin)

- 0 = Pas de réponse
- 1 = Marque de confiance de la part du soigné
- 2 = Consultation génératrice de détente
- 3 = Compétences médicales identiques

csdiff : 1 = OUI ; 0 = NON (consultation difficile)

rdvinhab (prise de RDV inhabituelle)

- secret : 2 = Pas de réponse ; 1 = OUI ; 0 = NON (passage par le secrétariat)
- delcourt : 2 = Pas de réponse ; 1 = OUI ; 0 = NON (délai plus court)

rdvhab : 1 = OUI ; 0 = NON (prise de RDV habituelle)

dureelg : 1 = OUI ; 0 = NON (durée plus longue)

lggmed : 1 = OUI ; 0 = NON (langage médical)

interrog : 0 = moins long ; 1 = identique ; 2 = plus long (interrogatoire)

themab : 1 = OUI ; 0 = NON (thèmes moins abordés)

exphy : 0 = moins appliqué ; 1 = identique ; 2 = plus appliqué (examen physique)

excomp : 1 = OUI ; 0 = NON (examens complémentaires plus rapidement prescrits)

spe : 1 = OUI ; 0 = NON (plus rapidement adressé aux spécialistes)

tttdif (prescription du traitement différente)

- arg : 1 = OUI ; 0 = NON (argumentation plus longue)

- decther : 1 = OUI ; 0 = NON (médecin soigné à l'origine de la décision thérapeutique)

tttid : 1 = OUI ; 0 = NON (prescription du traitement identique)

strat (stratégie nécessaire pour améliorer)

- 1 = Instaurer un cadre formel
- 2 = Définir d'emblée le rôle de chacun : soignant et soigné
- 3 = Rassurer le soigné concernant le secret médical
- 4 = Considérer le médecin soigné comme un patient « standard »
- 5 = Déléguer/orienter vers un autre médecin, un spécialiste

elfac (éléments facilitants pour améliorer)

- 1 = Expérience professionnelle
- 2 = Expérience d'avoir été soi-même patient
- 3 = Connaître sa capacité à soigner un médecin, prise de conscience de ses limites

idee (idées à développer pour améliorer)

- 1 = Avoir la possibilité pour le soignant de consulter un psychologue
- 2 = Obliger chaque médecin à avoir un médecin traitant autre que soi-même
- 3 = Formation initiale durant les études
- 4 = Formation continue avec groupes d'échange/Balint
- 5 = Structures de soins spécifiques avec médecins formés

DIFFICULTIES AND SPECIFICITIES OF CARING FOR A COLLEAGUE IN GENERAL PRACTICE, IN MIDI-PYRÉNÉES.

Introduction: General practitioners (GP) are not used to seeing their colleague when they are ill. They prefer resorting to self-prescription and self-medication. Primary objective was to assess difficulties and specificities, for a general practitioner, to look after a physician when he is sick. Secondary objective was to suggest solutions to improve this medical care.

Method: It was a quantitative, cross-sectional, observational study, secondarily analytical. It was realized by using a Google Form survey, sent to Midi-Pyrénées' GP, by e-mails, from 02-21-2017 to 04-18-2017.

Results: 375 GP answered. Treating a colleague, when you are a family doctor was difficult for 81.1% of interviewed doctors. For the caring doctor, the main difficulty related to the nursed doctor was for him to accept his status as a patient, in 65% of answers, with denial, exaggerated anxiety, carelessness and delay in the beginning of the medical care. The main difficulty, concerning the doctor who nurses, was fear of mistakes and judgment from his sick colleague, for 40% of interviewed practitioners. Consultation presented some specificities - it was longer, for 64% of interviewed GPs, held in medical language for 86% and the patient was quickly addressed to a specialist doctor for 59%.

Conclusion: Difficulty for the physician who treats a colleague is related to specific characteristics of the treated doctor and the treating doctor. To make this consultation easier, we have to consider the doctor/patient as a usual patient. Making every GP have another family practitioner than himself, and giving specific training to doctors who nurse their colleagues, could be ideas to develop in order to make this doctor's medical care better.

DIFFICULTES ET SPECIFICITES A SOIGNER UN CONFRERE EN MEDECINE GENERALE, EN MIDI-PYRENEES.

Introduction : les médecins généralistes consultent peu leurs confrères lorsqu'ils sont malades, ils ont souvent recours à l'auto-prescription et à l'automédication. L'objectif principal était d'évaluer les difficultés et spécificités, pour un médecin généraliste, à prendre en charge un de ses confrères malade. L'objectif secondaire était de proposer des pistes pour faciliter et améliorer cette prise en charge.

Méthode : il s'agissait d'étude quantitative transversale, observationnelle puis analytique, réalisée par auto-questionnaires Google Form, adressés par mail aux médecins généralistes de Midi-Pyrénées, du 21/02/2017 au 18/04/2017.

Résultats : 375 médecins ont répondu. Soigner un confrère en tant que médecin généraliste, était difficile pour 81,1% des médecins interrogés. La principale difficulté, en rapport avec le médecin soigné, était le problème de l'acceptation de son statut de patient, dans 56% des réponses, avec déni, anxiété exagérée, négligence et retard dans le début de la prise en charge. La principale difficulté en rapport avec le médecin soignant était la peur de l'erreur et le jugement de son confrère patient, dans 40% des réponses. La consultation médicale était spécifique, plus longue pour 64% des médecins, réalisée en langage médical pour 86% et l'avis du médecin spécialiste était plus rapidement demandé pour 59%.

Conclusion : la difficulté pour le soignant, dans le soin d'un confrère en médecine générale, est liée aux caractéristiques propres du soigné et du soignant. Pour faciliter cette consultation, il faut essayer de considérer ce patient médecin comme un patient « standard ». Obliger chaque médecin généraliste à avoir un médecin traitant autre que soi-même et une formation spécifique des médecins soignant leurs confrères peuvent être des idées à développer pour améliorer la prise en charge des médecins.

Difficulties and specificities of caring for a colleague in general practice, in Midi-Pyrénées.

Discipline administrative : Médecine Générale.

Mots clés : « relation médecin-patient » ; « soigner un confrère » ; « médecin malade » ; « doctors' health » ; « illness experiences » ; « doctor-patient relationship ».

Intitulé et adresse de l'UFR

Université Toulouse III – Paul Sabatier – Faculté de Médecine Toulouse Rangueil –

133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA