

UNIVERSITÉ DE LILLE
UFR3S-MÉDECINE
Année : 2026

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Prise en charge d'un patient médecin : évaluation de l'attitude et du ressenti
des internes de médecine générale des Hauts de France**

*Présentée et soutenue publiquement le 10.04.2026 à 18h
au Pôle Formation
par Laure MALET*

JURY

Président :

Madame le Professeur Sophie FANTONI-QUINTON

Assesseurs :

Madame le Docteur Sabine BOUSSARD

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Isabelle BODEIN

AVERTISSEMENT

L'université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Table des matières

Liste des abréviations	11
Introduction	12
Matériel et méthode :	14
Type d'étude :	14
Participants et échantillonnage :	14
Entretiens et recueils des données :	15
Analyse :	15
Résultats :	17
Caractéristique de l'échantillon :	17
Se sentir exposé et fragilisé : perception d'un regard qui fragilise la légitimité	17
<i>Être exposé à un regard évaluateur qui fragilise la posture professionnelle</i>	17
<i>Se sentir insuffisamment légitime et vulnérable dans son rôle de médecin</i>	19
Composer avec une relation déstabilisante : confusion des rôles et instabilité du cadre	22
<i>Composer avec une relation de soin fluctuante</i>	22
<i>Frontières relationnelles brouillées dans la prise en charge d'un patient médecin</i>	25
Se protéger, s'adapter et se transformer pour atteindre le sentiment de se construire professionnellement	31
<i>Se protéger quand la prise en charge est exigeante</i>	31
<i>Transformer l'expérience vécue en construction professionnelle</i>	36
Discussion :	39
Discussion de la méthode :	39
<i>Forces de l'étude</i> :	39
<i>Faiblesses de l'étude</i> :	40
Discussion des résultats :	41
Perspectives :	49
Conclusion :	51
Références bibliographiques	52
Annexes	56
Annexe 1 : Critères COREQ(25)	56
Annexe 2 : Guide d'entretien initial :	59
Annexe 3 : Fiche d'entretien explicative	61

Liste des abréviations

CNAES : Coordination Nationale d'Accompagnement des étudiants et étudiantes en santé

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COREQ: COnsolidated criteria for REporting Qualitative studies

DIU : Diplôme Inter Universitaire

IPA: Interpretative Phenomenological Analysis

ISNI : InterSyndicale Nationale des Internes

MOTS : Médecins Organisation Travail Santé

Introduction

Selon une étude de 2017, 81% des médecins interrogés trouvent difficile de soigner leurs confrères (1). Des travaux plus récents (2–4) confirment cette difficulté, d'autant plus notable que la qualité de la relation médecin-malade est un déterminant de l'efficacité thérapeutique (5). Un rapport de l'Académie Nationale de Médecine (6) met en avant l'importance de l'écoute, de l'empathie et du respect pour garantir une alliance thérapeutique optimale.

Pourtant, lorsqu'un médecin prend en charge un patient confrère, cette dynamique devient plus complexe, avec des ajustements dans la communication et la prise de décision (1,7,8) pouvant moduler la trajectoire de la maladie et la qualité des soins prodigués (9). Il en résulte notamment dans une étude réalisée en 2022 (4) que 52 % des médecins interrogés ont ressenti un stress accru en traitant des patients médecins. Selon une enquête de 2023, les médecins sont perçus comme des patients peu conciliants, ils refusent souvent des options thérapeutiques (59%) et remettent en question les traitements prescrits (58%) (10).

Plusieurs études (2,3,11,12) ont exploré les raisons de la singularité de cette relation chez des praticiens expérimentés prenant en charge des patients médecins.

Ainsi, a été mis en évidence un paradoxe montrant à la fois :

- Une plus grande facilité d'entretien à travers l'utilisation d'un vocabulaire commun et d'un partage de connaissance qui permet une compréhension rapide amenant à une proximité relationnelle.
- Avec dans le même temps, une impression de se sentir jugé dans sa prise en charge médicale par un pair.

En effet, dans un souci de prise en charge idéale, un soignant peut développer un sentiment ambivalent d'anxiété liée à une exigence de performance, d'infériorité, voire

d'illégitimité pouvant aller jusqu'à une modification de prise de décision habituelle exposant à une surprescription. (13)

Il apparaît ainsi que, même au sein d'un groupe de soignants expérimentés, la confrontation à un confrère produit une situation susceptible de générer un stress voire une difficulté supplémentaire dans la relation de soin.

Par ailleurs, la population des internes a été identifiée comme présentant un risque de souffrance psychologique (14) désormais bien établie.

Un rapport de 2016 réalisé par le Conseil de l'Ordre des médecins (15) mentionne que 88% des étudiants et jeunes médecins interrogés ont déclaré avoir été exposé à des situations stressantes au cours des trois derniers mois.

Plus précisément, une méta-analyse mondiale (16) estime la prévalence du taux de dépression à 28,8% chez les internes. Pour une autre revue de la littérature (17), cette prévalence varie de 27% –75% selon la spécialité.

Dès lors, comment ces médecins en devenir, en quête de validation professionnelle (18,19) pour vouloir devenir un bon médecin¹ abordent-ils la situation particulière de prendre en charge un médecin ?

Il n'existe à l'heure actuelle que peu de travaux explorant les perceptions et les ressentis des internes dans cette situation.

Face à ce manque de données, cette thèse a comme objectif d'**évaluer l'attitude et le ressenti des internes de médecine générale des Hauts-de-France face à la prise en charge d'un patient-médecin.**

¹Philip W. Jackson en 1968 conceptualise la notion de « hidden curriculum » qui est ensuite développée dans le contexte médical par Frederic Hafferty et Heidi Lempp et qui désigne l'ensemble des normes, valeurs et comportements transmis implicitement dans un environnement d'apprentissage, en dehors du programme officiel. Il influence leur apprentissage, notamment en façonnant leur attitude professionnelle, leur gestion du stress et leurs relations avec les patients et collègues, souvent par l'observation et l'imitation des praticiens expérimentés. (20–23)

Matériel et méthode :

Type d'étude :

Il s'agit d'une étude qualitative menée auprès des internes de médecine générale de la Faculté de Lille. Elle s'inscrit dans une démarche à visée phénoménologique inspirée de l'Interpretative Phenomenological Analysis (IPA), et repose sur des entretiens semi-dirigés(24). L'étude respecte les critères de qualité COnsolidated criteria for REporting Qualitative studies (COREQ) (25) retranscrits dans l' Annexe 1 et les critères de qualité de l'IPA (24) (26).

Participants et échantillonnage :

Les participants étaient des internes de médecine générale de la Faculté de Médecine de Lille ayant déjà pris en charge un patient médecin au cours de leur internat et acceptant de participer à un entretien portant sur leur vécu et leur ressenti. Le seul critère d'exclusion était l'absence de cette expérience durant l'internat.

Concernant l'échantillonnage, celui-ci était homogène, les participants ont été sélectionnés intentionnellement, sans recours au modèle de saturation des données selon les critères de l'IPA (27). Treize internes ont manifesté leur intérêt pour l'étude et douze ont pu être interviewés, la personne non incluse ne répondait finalement pas aux critères d'inclusions.

Les participants ont été recrutés via des messageries instantanées de réseaux sociaux (Messenger), avec une obligation de réponse par message privé, par soucis d'anonymat, ainsi que lors de cours dispensés à la Faculté.

Entretiens et recueils des données :

Concernant le cadre légal, la déclaration de l'étude auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) porte le numéro 2025-194.

Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés de juin 2025 à novembre 2025 à l'aide d'un guide d'entretien, modifié au fil de l'étude jusqu'à une version finale (Annexe 2). La durée des entretiens variait de 35 minutes à 1h 17, avec une durée moyenne de 51 minutes.

Un entretien test a été réalisé, puis intégré au corpus de verbatims car l'analyse émise a été jugée pertinente et correspondante aux critères de qualité.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide de la fonction dictaphone d'un smartphone en mode avion. Le cadre de l'entretien a été rappelé par une consigne standardisée (Annexe 3) et le consentement oral a été recueilli et enregistré.

Analyse :

Les entretiens, rendus anonymes, ont été retranscrits manuellement sur le logiciel Word 2011® en respectant strictement les propos tenus, sans reformulation. Les verbatims obtenus ont ensuite servi au support de l'analyse.

L'analyse s'inscrit dans une démarche phénoménologique qui vise à explorer le vécu et expliquer les expériences subjectives des participants sans émettre d'hypothèse a priori (approche inductive) (24).

L'analyse est dite interprétative : la subjectivité du chercheur étant assumée en IPA. Le chercheur est engagé dans une double herméneutique, il tente de donner du sens au participant qui tente également de donner sens à ce qui lui arrive (28).

Elle est également dite idiographique : elle étudie chaque cas particulier et donne du sens à ce qui arrive à la personne pour tendre vers une affirmation plus générale après une

étude en détail des similitudes et différences de chaque entretien (27).

Les verbatims ont été analysés dans leur ordre chronologique d'apparition, ceux jugés pertinents ont été sélectionnés et reportés dans des tableaux d'analyse.

A chaque verbatim a été associée une note dite exploratoire ainsi qu'un thème émergent.

N° ligne	Verbatim	Note exploratoire	Thème émergent
33	il peut un peu jouer là-dessus	Crainte d'une instrumentalisation du statut d'interne par le patient médecin	Pouvoir du patient de créer un déséquilibre potentiel dans la relation

Tableau 1 : Extrait de l'analyse de l'entretien 10

Dans un second temps, les tableaux issus des différents entretiens ont été confrontés afin d'identifier des similitudes et des différences dans les expériences rapportées. Ce travail a permis de regrouper hiérarchiquement les thèmes émergents d'abord en « sous thèmes » puis en « super thèmes », chacun étayés par un ou plusieurs verbatims les plus porteurs de sens (Annexe 4).

Résultats :

Caractéristique de l'échantillon :

L'échantillon était homogène. Pour répondre aux préconisations de la CNIL, le nom, l'âge et le sexe des participants ont été anonymisés.

Parmi les 12 interviewés, un interne était en 2ème semestre, deux en 4ème semestre, deux en 5^{ème} semestre et sept en 6ème semestre.

Se sentir exposé et fragilisé : perception d'un regard qui fragilise la légitimité

Vivre l'expérience de devoir prendre en charge un patient médecin est pour les internes interviewés une situation particulièrement marquante et déstabilisante. Ils décrivent un stress important, difficile à anticiper, inattendu et qui comprend notamment le poids du regard que porte le patient :

Être exposé à un regard évaluateur qui fragilise la posture professionnelle

Ce regard est décrit comme multiple : qu'il s'agisse de celui du patient médecin, du regard hiérarchique ou encore de celui de ses propres co-internes. Il tend à fragiliser le sentiment de légitimité professionnelle.

Se sentir jugé par un médecin

Le patient médecin a la capacité de porter un jugement sur leur compétences médicales et relationnelles :

| *Interne A : Maintenant je pouvais même être jugé par un patient, parce que lui-même pouvait me critiquer sur la manière dont moi j'avancais les choses » (E1, L92)*

Interne J : Je suis un peu prise de court parce que ça me stresse forcément ça n'arrive jamais d'avoir un médecin généraliste (E10, L29)

Ce regard évaluateur source de stress s'ajoute aux évaluations déjà nombreuses dans le cursus médical :

Interne C : Je sais que je me sentais stressé. Il était vraiment au-dessus de mon épaule (E3, L62)

Interne K : Le fait d'être vraiment jugée, où tout ce que je vais faire et dire va être analysé (E11, L 392)

Interne B : J'ai l'impression que comme ils connaissent le domaine, ils peuvent plus facilement « traquer des erreurs » si j'en commets ou se dire « oh bah elle a oublié ça, ou elle n'a pas pensé à rechercher les contre-indications de tel médicament... ». Je suis un peu plus frileuse (E2, L151)

Se sentir jugé par ses chefs

Les internes ont cette impression d'être évalués par leurs chefs, leurs seniors y compris de manière implicite et ce d'autant plus quand la prise en charge appartient au domaine de compétence spécifique du patient :

Interne C : j'avais l'impression de présenter mes patients à mon chef, alors que c'était lui le patient. (E3, L113)

Interne I : je sais que quand je suis allée la voir j'avais vraiment ce stress, encore plus de savoir qu'elle était gynécologue. C'est vraiment sa spécialité qui a joué sur mon stress de me sentir évaluée. (E9, L54)

Se sentir jugé par ses pairs

Le sentiment de jugement par les pairs, co-internes, les amène à se comparer et ainsi à redouter d'être moins compétent, moins expérimenté, de ne pas se sentir à la hauteur :

Interne G : ça rajoute quand même une pression, si je me suis trompé [...] je crains d'avoir l'air stupide face à une collègue. (E7, L162)

Interne J : C'est l'interne d'urgence, pas de médecine générale avec qui j'avais déjà fait des gardes et que je sentais beaucoup plus douée que moi, je me suis mis la pression de me dire « ok, si elle lit le compte-rendu, elle se dira que c'est n'importe quoi (E10, L60)

A l'inverse, d'autres verbalisent le fait que cette pression vienne d'eux-mêmes :

Interne I : je n'ai pas ressenti de jugement, c'est moi-même qui ai eu peur, qui ai projeté ça. (E9, L49)

Se sentir insuffisamment légitime et vulnérable dans son rôle de médecin

La multiplicité de ces regards contribue à une fragilisation du sentiment de légitimité professionnelle y compris des chefs en poste eux-mêmes et participe au sentiment d'être réduit à la condition d'interne :

Être ramené à son statut d'interne

Interne G : Comme il y avait un vrai critère d'urgence, Il s'est peut-être dit « je ne vais pas laisser mon urgence dans les mains d'une interne qui vient de démarrer son internat, qui commence à peine. » J'entends. Mais je ne suis pas complètement d'accord. Je pense que l'on est quand même suffisamment bien formés. (E7, L225)

Interne K : Sur le moment j'avais ce stress de me dire « il va me coller mon nom de jeune interne qui ne sait pas ce qu'elle fait » (E11, L325)

Interne B : j'ai senti tout de suite cette pression quand il m'a dit : « c'est le fils d'un collègue. Il vaut mieux que ce soit moi – un chef- qui le voit . C'est quand même plus simple. » (E2, L341)

Et pour lequel cette exigence est parfois incompatible avec l'organisation du soin :

Interne G : Pour ce genre de patient je pense que typiquement dans un service où il y a que des internes il pose vraiment un problème (E7, L234)

Doute de ses compétences et de ses propres limites

Les internes doutent, ont peur de ne pas en savoir assez :

Interne A : On passe d'une situation où on a le savoir face à un patient qui ne sait pas à un patient qui sait plus que nous alors que nous on est censé savoir. Mais est ce que nous on sait déjà assez ? (E1, L678)

Dévalorisation liée à la spécialité, l'âge et au genre

On note un sentiment de dévalorisation liée à leur spécialité qu'est la médecine générale qui a cette réputation de ne pas offrir les mêmes compétences que d'autres surspécialités. L'âge ou le genre sont également perçus comme des axes de déstabilisation :

Interne C : Je lui ai dit que j'étais interne, il m'a demandé en quoi, j'ai répondu médecine générale, et j'ai senti... je ne sais pas... je pense que si j'avais dit que j'étais pédiatre ou urgentiste, je dis bien-peut-être- que ça l'aurait rassuré. Mais je sentais qu'il s'était dit « bon bah ok », il était un petit peu déçu (E3, L208)

Interne X : C'est vraiment le fait qu'il ait dit « en fait je suis médecin généraliste », avec un air de...il avait un peu le physique du gars de 40, 45 ans, jeune, sportif, super sûr de lui, il va te faire comprendre que tu n'as pas ta place là-dedans quoi quand t'es une femme jeune » (EX, L133) (anonymisation)

Utiliser son statut comme moyen de protection

D'autres à l'inverse, tendent à profiter de la notoriété parfois peu flatteuse de la spécialité de médecine générale afin de justifier d'un éventuel manque de compétences :

Interne I : L'avantage d'être médecin généraliste, c'est que je peux toujours me rattacher un peu à ça dans le contexte sociétal de la vision du médecin généraliste avec le « je ne suis que médecin généraliste vous savez » ou « Ah ça c'est plus quelque chose que les spécialistes savent je vais me renseigner ». Donc c'est un petit peu plus facile de me cacher un peu derrière ça (E9, L92)

Ressentir l'influence du lieu de soin

Certains internes s'appuient ou à l'inverse subissent l'influence du cadre du soin dans lequel ils exercent, en tentant toujours de réussir à s'adapter.

Le secteur libéral est un espace perçu comme plus familier, moins stressant, il crée une notion de confort d'exercice et joue sur la proximité relationnelle :

Interne A : Je me sens rassuré et plus confiant quand je suis dans une structure qui n'est pas une structure hospitalière (E1, L175)

Interne C : On se dit que c'est notre cabinet avec des gros guillemets, on est un peu plus à l'aise (E3, L448)

Interne A : On échange avec une seule personne dans un temps qui lui est consacré. (E1, L274)

Cette aisance relationnelle est induite par un gain de confiance en soi, certains se sentent « choisis » par le patient :

Interne C : On se sent plus légitime, on sent que le patient vient nous voir nous, de son propre chef (E3, L450)

L'hôpital à l'inverse est perçu comme un endroit où l'on se sent plus contraint notamment par une certaine rythmicité imposée à l'hôpital. Ils se sentent plus exposés, moins légitimes car

ressentent d'avantage la pression hiérarchique et cette perte de rôle de soignant. L'interne devient un simple exécutant :

Interne A : il ne vient pas consulter un médecin, il vient voir l'équipe des urgences. (E1, L253). Vous êtes simplement la personne au poste actif des urgences auxquelles il se rend (E1, L742)

Composer avec une relation déstabilisante : confusion des rôles et instabilité du cadre

Composer avec une relation de soin fluctuante

La prise en charge d'un patient médecin est perçue comme une relation singulière, asymétrique et difficile à cadrer. L'interne doit réussir à s'adapter en permanence.

Se sentir en position d'infériorité face au patient médecin

Plusieurs internes interviewés se sentent en infériorité face à un patient médecin, parfois dépeint comme plus expérimenté ou jugé hiérarchiquement supérieur :

Interne A : Il y a ce rapport hiérarchique...il y a un médecin face à nous qui est certainement plus diplômé, plus vieux, qui sait plus (E1, L672)

Mon rapport de force par rapport au patient soignant, il est plus du tout le même (E1, L789)

Interne C : il a pris naturellement une position, je ne veux pas dire d'enseignant ça ne veut pas dire grand-chose mais une position de leader, il me pointait du doigt en disant « moi je referais un point ici, moi je referais un point-là » (E3, L140)

Interne K : C'est horrible de penser ça, mais il avait un petit plaisir malsain à garder cette posture très euh supérieure. Je trouvais ça un peu terrible. Ça m'a beaucoup gêné (E12, L260)

Le déséquilibre est perçu comme d'autant plus marqué en présence de sur-spécialistes ou exerçant en milieu hospitalier :

Interne C : S'il n'avait pas été PU-PH de néphrologie, mais généraliste ou même je dirais haut gradé au DMG local et cetera, je me serais dit « on fait le même métier pratiquement » et j'aurais quand même moins ressenti cette pression de la spécialité. Je pense qu'il y a une différence si la spécialité est hospitalière ou non. [...] j'aurais été un peu moins embêté en me disant, on fait tous les deux du libéral, on sait comment ça marche en libéral (E3, L435)

Pour certains internes, ce sentiment d'infériorité serait lié à une obligation de performance : Si le médecin consulte, c'est qu'il attend une réponse plus efficiente que celle qu'il a déjà lui-même :

Interne A : Je trouve que les patients soignants sont plus demandeurs, c'est-à-dire que quand ils jugent la consultation nécessaire, il faut qu'on fasse quelque chose. [...] S'il est venu me voir c'est qu'il n'a pas simplement besoin de discuter. E1, L523)

Vivre un renversement des rôles de soignant/ soigné et perte de l'autonomie décisionnelle :

Certains patients médecins énoncent avec honnêteté la volonté de clarifier leur posture ainsi que l'état de leurs connaissances :

Interne G : Elle m'a dit : « Tout ce qui est articulaire rhumato tout ça j'en touche plus une, je sais plus du tout faire ces choses-là, moi je suis complètement ce qu'on me dit. » (E7, L94)

D'autres décrivent en revanche une situation où l'interne perçoit une inversion des rôles qui l'amène à perdre sa position de sachant :

Interne A : On passe d'une situation où on a le savoir face à un patient qui ne sait pas à un patient qui sait plus que nous alors que nous on est censé savoir. (E1, L678) Cette

fragilisation conduit parfois l'interne à se sentir contraint ou guidé par le patient dans le déroulement de la prise en charge, pouvant induire un sentiment de perte d'autonomie professionnelle :

Interne F : Je me suis un peu sentie prestataire de service (E6, L54)

Interne A : Je vais souvent... dès que j'ai une euh... Une phrase ou une idée qui émane de la part du patient pour lequel je suis un peu d'accord ou que je valide, je vais me mettre à la place de quelqu'un qui est d'accord avec la personne, je vais l'exprimer. (E1, L146)

Certains internes ont du mal à imposer leur décision thérapeutique et à poser un cadre ferme :

Interne C : Le fait d'avoir une certaine légitimité dans l'acte que je faisais par rapport à lui, bien sûr, ça m'a un peu embêté... je me suis dit bah je ne vais pas le vexer, c'est le cardiologue de l'hôpital, voilà (E3, L175)

Interne E : Mais je pense que si ça n'avait pas été un médecin qui était au courant de la molécule des risques, et cetera, je ne l'aurais pas mis. Je lui aurais dit en fait vous n'avez pas le choix, vous allez voir l'endocrinologue. Je me serais plus mis dans une position paternaliste je pense (E5, L59)

Parfois, l'interne est face à un patient hermétique à toute thérapeutique :

Interne G : Ce n'était pas une confrontation mais un peu une opposition de 2 idées. Oui c'est un peu particulier (E7, L128)

La relation de soin devient alors d'avantage une tentative de négociation en tentant de maintenir un équilibre et ne pas fragiliser l'alliance thérapeutique :

Interne F : Peut-être que pour gagner l'alliance thérapeutique, quelque part, il faut aussi avoir des compromis tout en faisant attention à la balance bénéfice-risque (E6, L350)

Arrivé à un certain point : l'interne s'efface, et il peut en résulter une dépendance liée au savoir du patient qui est parfois vécue comme rassurante mais qui tend à fragiliser son autonomie professionnelle :

Interne E : Il y avait quand même un profil à risque et clairement je n'aurais pas mis de sulfamide si ce n'était pas un médecin qui avait voulu. (E5, L48)

Interne E : S'il me dit que la molécule elle fait ça, je vais me dire OK, le mec a 50 ans d'expérience, les recommandations ont changé mais les molécules de base non. (E5, L72)

D'autres à l'inverse essayent de rester vigilant face à ce phénomène en gardant une posture critique :

Interne F : Je pense que la 2e difficulté c'est de ne pas boire toutes ses paroles, de savoir aussi remettre en doute ce qu'il dit pour ne pas passer à côté de quoi que ce soit (E6, L339)

Frontières relationnelles brouillées dans la prise en charge d'un patient médecin

Ambivalence entre relation confraternelle et relation de soin standard

On constate un possible glissement de la relation de soin standard vers une relation entre pairs comme un simple échange entre confrères qui se rendent service :

Interne A : J'ai ce sentiment que je pourrais avoir ces consultations-là devant une machine à café (E1, L465)

Interne G : On a parlé de son épaule et la conversation pendant la consultation a aussi vite dérivée sur le ressenti en médecine générale et le ressenti en gynécologie, c'était plus un échange entre deux collègues, c'était hyper agréable (E7, L114)

Interne J : J'essaie de pas trop le faire attendre, j'essaie de faire vite. Tout comme peut-être si un jour je suis hospitalisé, j'aimerais bien qu'on fasse la même chose avec

moi, même si à moindre échelle, une urgence vitale ça reste une urgence vitale qui passe avant les autres, mais je me dis « pourquoi pas essayer de rendre service » (E10, L122)

La consultation est à ce moment-là particulière, atypique :

Interne A : Ces situations étaient un petit peu particulières (E1, L56) C'était le praticien hospitalier qui demandait à l'interne des urgences de lui filer un coup de main... (E1, L76)

Les internes constatent une certaine porosité ultérieure entre le cadre de soin et le cadre de vie ce qui modifie la dynamique de la relation de soin :

Interne A : Le soignant que j'ai pu voir à l'hôpital, j'ai fini par le croiser dans les couloirs, au self. Et ayant été l'interne qui l'ait pris en charge aux urgences, j'avais une relation un peu particulière parce qu'il y a cet échange qui a eu lieu une première fois, qui était totalement involontaire et purement professionnel mais j'ai plus ou moins crée un lien avec ce patient. (E1, L621)

Problématique de l'intimité dans l'examen clinique

Cette relation ambivalente, particulière, crée chez plusieurs internes un sentiment de gêne quant au vécu de l'examen clinique tant pour eux-mêmes que pour le patient :

Interne X: Ça reste des confrères, même si on n'est pas collègue. C'est vrai qu'il y a un peu cette petite gêne »

-I : et pourquoi tu sens cette gêne ?

-PX : Si on est amené à travailler ensemble à un moment. Et je vais être crue pour l'exemple hein. Mais voilà, faire un examen vaginal à ta collègue, ce n'est pas très... ce n'est pas le plus commun, après pour autant, les cheffes de gynéco obstétrique de Jeanne de Flandres, elles accouchent là-bas et tout le monde voit tout. Donc bon, c'est peut-être que moi mais moi je suis un peu gênée ... (EX, L216) (Anonymisation)

Interne K : Et je me suis même fait la réflexion, quand je le voyais à moitié avec les mains là à vouloir remonter son caleçon. Je me suis dit non mais faut quand même que j'examine plus précisément que juste regarder, soulever vite. (E11, L 373)

Pour d'autres, cette situation n'est pas du tout déstabilisante et est facilitée par l'habitude du patient lui-même :

Interne G : Je pars du principe que si le patient doit enlever sa chemise pour l'examen, son pantalon, je m'en fiche. Qu'il soit médecin ou pas, un corps est un corps, je ne vais pas examiner par-dessus un jean parce que le patient a mal au genou mais que sous prétexte qu'il soit médecin... Au contraire, les patients médecins savent que l'on examine directement sur le corps (E7, L320)

Difficulté à monétiser le soin face à un patient médecin

La question du règlement de la consultation se retrouve chez la plupart des internes :

A l'hôpital, la structure et l'organisation du système de facturation permet d'écarter ce questionnement :

Interne A : Vous n'aurez jamais un patient qui va sortir sa carte bleue quand il vient aux urgences. (E1, L734)

En ville, la situation est différente. Pour certains, c'est évident qu'il ne faut pas facturer la consultation par soucis de confraternité, il s'agit d'un échange entre confrères :

Interne A : Que ce soit d'interne à interne, d'interne à médecin thésé, je n'avais plus vraiment l'impression d'être en consultation médicale : je soigne un patient, mais j'échange sur le cas clinique d'un confrère qui lui est propre et pour lequel je n'aurais pas franchement envie de le faire payer. (E1, L461)

D'autres constatent que c'est le motif et le contexte qui jouent sur le choix de rendre payant la consultation :

Interne G : Je pense que si c'est un suivi ça ne me paraît pas déconnant de faire payer. Si c'est un dépannage. C'est plus entre confrères (E7, L387)

Le malaise et l'embarras à faire rentrer la question de l'argent dans la relation de soin est prégnante pour beaucoup d'internes :

Interne A : Ça me met dans une position un peu ambivalente, où la consultation de soignants à soignants elle est vraiment profitable aux deux parties et apporter quelque chose où l'un va devoir payer à l'autre, je trouve que c'est, c'est un peu gênant. (E1, L447)

Pour certains, l'obligation de suivre les consignes de leur maître de stage est le principal élément de réponse :

*Interne L : Toute façon si je ne l'avais pas fait payer je me serais fait eng*****. (E12, L75)*

Interne G : Je ne me suis pas posé la question parce que c'est la directive de mes maîtres de stage. (E7, L385)

Pour d'autres internes, la facturation est vue comme un des piliers de la consultation. Prendre en charge un patient médecin ne doit pas être une raison pour y déroger. Au contraire, la gratuité est vue comme pouvant induire une dévalorisation de l'expertise apportée par l'interne :

Interne L : Ce n'est pas mon pote. Techniquement [...] c'est une prestation. (E12, L63)

Interne E : Je pars du principe que tu sais très bien que tout travail est rémunéré, on t'a payé tes consultations, je ne suis pas ta pote non plus quoi. Ça pourrait me vexer qu'il refuse. Ça pourrait me tendre. Je ne comprendrais pas. (E5, L374)

Partager un langage commun : un atout ambivalent

La prise en charge d'un patient médecin est souvent décrite comme facilitée par le partage d'un vocabulaire commun. Le socle de connaissances commun permet une compréhension rapide, un échange fluide et une plus grande rapidité dans les explications :

Interne A : Les réponses sont plus pertinentes parce qu'ils savent les réponses que j'attends. Eux-mêmes posent les mêmes questions à leur patient. (E1, L853)

Interne C : C'est bête, mais par exemple pour l'histoire du patient avec sa suture je n'ai pas réexpliqué les consignes pour une suture (E3, L231)

Interne E : Pour son diabète tu sais qu'il a compris, donc tu ne vas pas du tout passer ton temps à dire que c'est important de faire la prise de sang, de faire un ECG tous les ans et une analyse urinaire (E5, L421)

Certains internes craignent même de heurter le patient en voulant expliquer davantage :

Interne B : J'ai l'impression de peut-être avoir moins expliqué la prise en charge [...] mais peut-être par peur de vexer la personne en face [...] je me dis que c'est un confrère, c'est peut-être presque, pas insultant, c'est un mot trop fort, mais peut-être un peu vexant en fait de se voir expliquer des choses qu'il connaît déjà [...] Ça m'est déjà arrivé de me faire interrompre par un patient qui me dit qu'il connaît déjà tout. (E2, L374)

Interne F : Elle me l'a reproché direct – d'expliquer la suite - en me disant « ça va je suis médecin généraliste je comprends » (E6, L246)

Pour d'autres il y a un piège lié à ce présupposé de vocabulaire partagé, il peut nuire à la compréhension du patient :

Interne L : C'est toujours un peu l'équilibre entre ces deux choses, parce que si tu expliques tout comme s'il n'était pas médecin peut être que la personne va être offensée, [...] qu'on pense qu'elle est plus bête qu'elle ne l'est. Mais d'un autre côté tu te dis que parfois il y a des choses qu'il faut quand même expliquer quitte à ce que la personne te dise « bah oui c'est bon j'ai compris » (E12, L172)

Interne C : Je pense que ce n'est peut-être pas forcément bien pour le patient. Quand on dit des choses comme ça, le patient peut se dire je suis médecin, je ne vais pas dire que je ne connais pas ou que j'ai besoin d'un rappel (E3, L234)

Pour d'autres encore, le piège est de trop faire confiance au discours du patient médecin, en partant du principe qu'ayant les connaissances il est forcément objectif :

Interne J : On va leur faire confiance plus facilement, aveuglement, sur certains points. Je lui demande s'il a bu de l'alcool ou pas, je vais le croire. [...] Il y a des patients non observants partout... mais par exemple j'ai en face de moi un médecin qui a fait une chute sous Kardégic, qui me dit qu'il n'a pas eu de Traumatisme crânien, bon bah je vais le croire alors qu'un patient qui vient tout souillé etc., je vais avoir envie de faire le scanner cérébral (E10, L319)

Interne G : J'ai l'impression qu'il -le patient médecin- va être un peu plus honnête sur sa douleur alors que ce n'est pas malhonnête... mais le patient lambda il est juste moins rodé et il peut y avoir une forme d'exagération qui est plus importante (E7, L312)

Se protéger, s'adapter et se transformer pour atteindre le sentiment de se construire professionnellement

Lorsque l'interne doit prendre en charge un patient médecin, il fait ainsi face à une situation exigeante, parfois inédite, toujours singulière, et pour laquelle la relation de soin rend le déroulement de l'entretien imprécis. L'interne essaye ainsi de se protéger en restant hypervigilant, il surinvestit la prise en charge. Il essaye également de s'adapter, principalement dans son attitude et sa communication. Face à ces situations déstabilisantes plusieurs internes soulignent le besoin de s'appuyer sur le soutien de l'équipe, de la hiérarchie mais aussi du patient lui-même.

Ces différentes expériences comprenant des doutes, des tensions relationnelles, des ajustements constants participent à une certaine construction de leur identité professionnelle.

Se protéger quand la prise en charge est exigeante

Surinvestir la prise en charge par crainte de l'erreur

La plupart des internes décrivent une sorte d'état d'hypervigilance, constant, guidé par la peur de commettre une erreur, perçue comme d'autant plus reprochable et perceptible face à un patient médecin :

Interne B : J'ai l'impression d'être presque plus rigoureuse, comme si je devais être irréprochable. Comme ils – les patients médecins- connaissent le domaine, ils peuvent plus facilement « traquer des erreurs » (E2, L149)

Interne E : J'ausculte qu'une fois quand je n'ai pas de doute mais je l'ai fait deux fois, alors que je n'avais pas de doute. Je pense que vraiment c'est psychologique (E5, L332)

Interne I : Un médecin qui vient pour une infection urinaire, je ne vais pas regarder ses reins, je ne lui demande pas si ça brûle quand il fait pipi, oublier des questions importantes qu'ils savent que je dois poser. (E9, L127)

Interne I : C'est vrai qu'avec un patient qui n'est pas médecin, euh, je peux plus facilement... évidemment pas cacher les choses, non, juste tourner les choses en disant que je vais me renseigner, que ci que ça. (E9, L112)

Des internes expriment au-delà de cette hypervigilance une tentative d'efficacité optimale, de rapidité dans la prise en charge :

Interne J : J'essaie de pas trop le faire attendre, j'essaie de faire vite (E10, L121)

Si je prends en charge un médecin, j'ai l'envie d'aller plus loin, plus rapidement parce que j'ai envie d'être sûr de ne pas passer à côté de quelque chose (E10, L165)

Cette vocation à être irréprochable peut à l'inverse devenir délétère. A vouloir satisfaire le patient médecin et anticiper un reproche éventuel : l'interne modifie ses prescriptions, s'écarte des recommandations :

Interne A : J'ai l'impression que je dois plus prescrire que ce soient des examens ou des médicaments quand le patient est soignant. S'il est venu me voir c'est qu'il n'a pas simplement besoin de discuter (E1, L523)

Interne G : Je me suis retrouvée à faire une prise en charge beaucoup plus longue alors qu'un patient lambda généralement on s'arrête à l'ECG, cycle de troponine éventuellement. (E7, L58)

Cette volonté de satisfaire le patient émane parfois des chefs eux-mêmes :

Interne J : C'était juste une lombalgie je n'avais pas encore mis d'Acupan, on me demande une IRM du rachis lombaire, je n'aurais jamais fait d'IRM là-dessus et mon chef m'a dit « Vas-y c'est bon elle te met la pression, tu dis oui tu mens au radiologue et tu lui fais son IRM » (E10, L209)

Certains tempèrent ces propos en se demandant s'il n'existe pas une sorte de juste milieu à trouver :

Interne J : Je trouve qu'il faut essayer de bien soigner mais ne pas aller trop loin non plus [...] Je pense que comme pour tout patient, il faut quand même doser, doser ce que l'on fait (E10, L27)

Peur d'un retentissement médico-légal et atteinte à sa réputation

Cette peur de l'erreur est catalysée par la crainte de conséquences judiciaires et médico-légales, parfois due au vécu d'un mécontentement et de méfiance de la part d'un patient :

Interne K : C'est sa femme un quart d'heure après qui a rappelé en disant « Je suis médecin aussi, on n'a jamais vu ça aux urgences, on n'a jamais vu des prises en charge pareilles, on est tous médecin dans la famille etc. » Et il m'a demandé le nom du radiologue » (E11, L165)

L'interne prend alors ses précautions :

Interne K : Heureusement que j'avais tout tracé dans le dossier, j'avais bien expliqué, j'avais pris l'avis, etc. » (E11, L166)

Il voit sa réputation entachée par un patient médecin qui exerce dans un même établissement ou secteur commun :

Interne J : On se met soi-même la pression de bien vouloir faire les choses, même si on veut bien faire les choses pour tout patient. Mais je trouve qu'il y a cette pression supplémentaire d'histoire de réputation. (E10, L293)

Interne D : Si on se trompe, moi ça m'atteindrait ...parce qu'on a peut-être toujours besoin ... elle si elle s'installe, peut être que j'en aurais besoin en tant que pédiatre et je n'aimerais pas me savoir en mauvais terme avec quelqu'un (E4, L96)

Contrôler sa communication pour préserver sa crédibilité

Pour les internes : le choix des mots, le rythme du discours mais aussi leur manière d'examiner ainsi que leur attitude a une place essentielle dans leur manière d'interagir pour garantir leur fiabilité.

Pour certains, cela se traduit par l'intérêt de manière directe ou indirecte qu'il porte au patient :

Interne D : Je vais être plus démonstrative, plus disponible, je vais prendre plus de temps. Je suis plus enclin, à écouter, à examiner et être patient avec un autre médecin (E4, L231)

Au soin accordé pour réaliser son examen :

Interne I : C'est vrai que sur un patient médecin, je vais bien faire à même la peau quand je vais ausculter. (E9, L204)

Pour d'autres : la retenue est vue comme étant gage de maintien de fiabilité auprès des patients :

Interne B : Avec un patient médecin je vais peut-être être un peu plus distante dans le langage non-verbal pour ne pas montrer mon stress intérieur (E3, L220)

Interne K : Je ne voulais pas me taper la honte, et donc direct j'étais hyper solennel, enfin hyper sérieux, comme si j'étais à un ECOS, quoique même pas parce qu'aux ECOS je faisais des blagues.

-I : Et dans la gestuelle ?

-P11 : Vraiment comme ça, toute droite les mains dans le dos alors que d'habitude je suis avachie sur la table (E11, L159)

Certains internes perçoivent une faculté à rester eux-mêmes en mettant à distance l'impact

émotionnel que la prise en charge peut entraîner :

Interne H : J'essaye en général de toujours avoir le même contact avec le patient. Je reste quelqu'un de très souriant, très à l'écoute. Je n'ai pas eu l'impression d'avoir modifié mon comportement, j'ai fait une compartimentalisation... (E8, L114)

S'appuyer sur le soutien de l'équipe, la réassurance, et le sentiment de validation

La présence de l'équipe ou la possibilité de solliciter un sénior permet une diminution de la pression décisionnelle :

Interne A : On n'est pas seul face au patient quand on est aux urgences. (E1, L251)

Dans le box d'à côté, je peux aller chercher mon chef qui vient avec moi et je redescends en qualité d'étudiant (E1, L788)

Interne G : Pour le médecin du sport aux urgences j'ai fini par aller chercher mon chef parce que je n'avais plus d'arguments. J'étais à court d'arguments à avancer au patient [...] c'est le chef qui a fini par venir parce qu'il voyait que je ne m'en sortais plus (E7, L134)

Y compris auprès de ses co-internes :

Interne K : Quand je suis allé voir mon ami qui était un interne, qui est jeune en radiologie, il était tellement sûr de lui. Je me suis dit « bah allez, faut que je sois sûr de moi aussi ». Et j'y suis allé un peu porté par sa confiance en lui. (E11, L424)

Pour certains, la réassurance et la protection passe aussi par le recours aux données théoriques :

Interne I : Je me raccrochais beaucoup aux recommandations (E9, L64)

Certains internes décrivent un sentiment de réassurance lorsque le patient valide lui-même

les propositions thérapeutiques. Son accord devient sécurisant :

Interne A : Je me cantonne à ce que je sais faire, avant de me faire valider sur des situations. Ça m'est arrivé d'exprimer une idée un petit peu de manière aléatoire devant le patient et qu'il me dise « bah oui c'est ce qu'il faudrait faire » et c'est finalement un patient en qualité de soignant qui va me valider ma prise en charge. [...] C'est particulier de se dire que quelquefois c'est notre patient qui va nous aiguiller sur des situations pour lesquelles nous aurions eu un doute (E1, 690)

Transformer l'expérience vécue en construction professionnelle

Réfléchir à sa prise en charge a posteriori

Beaucoup d'internes décrivent un temps de réflexion, bien souvent durant la consultation ainsi qu'à distance :

Interne E : Je vais me poser deux fois les questions. (E5, L71)

Interne K : Je pense que j'ai eu un temps de pause en me disant réfléchi à tout ce que tu vas dire [...]. Et dès que tu te poses une question, demande-toi pourquoi ? (E11, L139)

Interne A : Et là la réflexion, elle se fait de manière continue, et ça peut même se faire au décours. (E1, L482).

Adapter ses pratiques pour les expériences futures

De cette réflexivité se développent des nouvelles idées d'ajustements, de stratégies dans leur manière d'interagir, d'examiner les patients, d'adapter leur posture :

Interne C : Je préfère maintenant commencer les explications, puis que le patient me coupe si besoin. (E3, L45)

Interne F : Je pense que je vais employer un petit peu moins de termes simplifiés, je me dirais que c'est un médecin comme un autre ...alors peut-être à tort finalement ? Peut-être essayer de faire un mix des deux tout en essayant de ne pas le faire ressentir qu'en face de toi c'est un « neuneu » quoi. (E6, L270)

Interne F : je pense que je n'hésiterai pas plusieurs fois à réaffirmer mon rôle, mais tout en n'essayant pas de le dénigrer non plus, pour ne pas le braquer et casser l'alliance. Je pense que je n'hésiterai pas à être chiante, a posé plein de questions (E6, L380)

La finalité de ces ajustements pour certains internes est de réussir à ne plus tenir compte du statut professionnel du patient :

Interne C : Cela m'a fait ressentir le fait qu'il ne fallait pas trop se focaliser sur le fait que le patient était médecin, mais qu'il était patient, malade, il fallait répondre à cette souffrance finalement (E3, L384)

Intégrer ces situations pour participer à la construction de son identité professionnelle

Progressivement, au fur et à mesure de leur internat, de leurs expériences vécues et des leçons qu'ils ont pu en tirer se développe une confiance en leurs compétences :

Interne F : « Je suis à jour de toutes les recos ou des trucs comme ça où vous, vous n'êtes pas forcément à jour ». (E6, L 374)

Un sentiment de légitimité :

Interne C : Et d'autre part, avec le temps avançant, je me sens plus légitime en tant que médecin. Je pense que l'on se sent tous, en tant qu'interne, de plus en plus légitime en tant que médecin (E3, L375)

Interne K : Je me sentais à moitié légitime, mais parce qu'en N1 tu n'es pas légitime tu n'es pas apte à pouvoir remplacer [...] Je fais une projection, mais quand je serais

docteur dans je ne sais pas 6 mois, 1 an, si j'ai la même situation qui se présente je ne verrais pas la différence (E12, L203)

Qui les amène à se sentir pleinement médecin :

Interne F : Tu vois là, je suis en 6e semestre, je me considère comme un médecin. Clairement là, je ne me considère plus comme le petit interne qui ne sait pas ce qu'il fait, qui bafouille et qui est dans son coin. Tu m'aurais fait la même interview en N1 cela n'aurait pas été pareil, mais là, tu vois en SASPAS je peux déjà remplacer, j'ai mon expertise. Je ne dis pas que je connais tout sur tout. J'ai encore plein de choses à apprendre mais je n'ai pas forcément senti que c'était différent de si j'avais été déjà médecin installé. (E6, L310)

Discussion :

Discussion de la méthode :

Forces de l'étude :

Le choix d'une étude qualitative de type IPA était cohérent avec l'objectif de la recherche qui visait à analyser au plus près l'attitude et le ressenti subjectif des internes lors de la prise en charge de patients médecins(24).

Le recours à des entretiens semi -dirigés, via l'utilisation d'un guide d'entretien dont l'ordre des questions n'était pas strictement imposé, a favorisé l'émergence d'un discours libre et riche. La durée moyenne des entretiens (51 min) témoigne également de la densité des données recueillies.

En IPA, la richesse et la profondeur de l'analyse priment sur le nombre de participants, l'objectif étant de développer une compréhension en profondeur d'un phénomène (12). Smith rapporte un objectif entre 1 et 14 participants dans les études utilisant l'IPA (26). Douze internes ont donc été interviewés afin de pouvoir concilier la densité des données et la faisabilité de l'analyse sans brider l'enthousiasme et la motivation des participants.

La crédibilité (29) de l'étude repose sur la diversité des situations rapportées, la profondeur des données recueillies et la cohérence des thèmes identifiés, qui apparaissent plausibles au vu de l'expérience décrite par les internes.

Une triangulation de l'analyse a été partiellement réalisée à travers les grands concepts de l'étude via l'investigatrice d'une autre thèse en cours.

La fiabilité de l'étude repose sur une méthodologie explicitée et illustrée. La retranscription mot à mot des verbatims, et les critères COREQ (Annexe 1) ont été respectés ainsi que la tenue d'un journal de bord manuscrit tout du long (30) (Annexe 5).

Enfin, la position de la chercheuse, également interne durant la majeure partie de la

période du recueil, a probablement favorisé une certaine proximité, empathie et un climat de confiance, facilitant ainsi la confiance des participants.

Faiblesses de l'étude :

Cette étude présente certaines limites inhérentes à la méthodologie elle-même.

La proximité entre la chercheuse et certains participants, parfois issus du même réseau professionnel ou amical, constitue potentiellement un biais. Néanmoins, comme rappelé dans les forces de l'étude, cette proximité a permis également un accès facilité au plus près du vécu et une richesse du discours.

L'analyse faite selon un processus inductif tend à limiter un éventuel biais de vérification. (31)

La chercheuse étant novice en recherche qualitative, on peut s'attendre à une limite dans la qualité du recueil et de l'analyse malgré la lecture des recommandations et guides méthodologiques.

L'étude a été menée sur un échantillon restreint, dans un périmètre géographique limité aux Hauts de France et sans recherche de saturation des données. Le potentiel de transférabilité étant limité, la généralisation des résultats à tous les internes est donc impossible.

Enfin, comme dans toute étude qualitative reposant sur des entretiens, les données sont exposées à des biais principalement de déclaration (malgré l'anonymat imposé), de mémoire, de désirabilité sociale ainsi que de rationalisation a posteriori des événements vécus de la part des participants.(31)

Discussion des résultats :

L'étude réalisée visait à étudier l'attitude et le ressenti des internes de médecine générale lors de la prise en charge d'un patient médecin. L'analyse phénoménologique a permis de soulever plusieurs éléments de réponse : En étant initialement sujet à une soumission d'un regard évaluateur qui tend à fragiliser sa posture, l'interne voit transformer son expérience en une force l'aidant à se construire professionnellement.

- Une légitimité professionnelle menacée

Dans ces entretiens, on mesure l'impact du regard évaluateur du patient, pour lequel l'interne se sent jugé par le médecin, et sur lequel il projette également rapidement un rapport à la hiérarchie, en ayant l'impression de ne pas soigner un patient mais d'échanger avec son chef. Dans ce genre de situations, il est décrit que l'interne modifie de facto ce qu'il montre car il se sait évaluer (32). Il ressent aussi ce jugement lorsqu'il s'agit de prendre en charge ses pairs, co internes. La comparaison entre internes est souvent décrite comme faisant partie d'un des éléments amenant à jauger leurs légitimité et compétences. (33)

La plupart du temps cependant, ce jugement n'est pas réel mais bien une projection. C'est un reflet de l'appréhension et de l'anticipation de l'interne sans qu'il ait subi de réel jugement de valeur le concernant. L'interne ressent la situation comme déstabilisante et craint les conséquences éventuelles sur son statut.

Cette expérience rejoint des études récentes : les médecins rapportent fréquemment une crainte d'être jugés et une pression d'être « suffisamment bon » lorsqu'ils soignent un confrère (3,11,13,34) : une étude (4), ayant interrogé 21 médecins, rapporte un stress chez 52% d'entre eux et 57% disent ressentir une pression de ne pas décevoir. Les internes le soulignent lors des entretiens, si le patient médecin vient les voir ce n'est pas pour rien, il

attend une expertise.

Plusieurs internes décrivent cependant le fait d'être renvoyés à leur statut d'interne, leur spécialité ainsi que leur âge et leur genre. Ils ne se sentent pas perçus comme professionnels capables de les prendre en charge : par manque de confiance ou se sentant dans une situation d'urgence, comme on peut le retrouver chez les patients non médecins (35). La réalité du terrain comprenant une omniprésence des internes, comme dans les services d'urgences hospitaliers, peut faire questionner ce comportement retrouvé chez les patients.

Certains internes souffrent de ce manque de légitimité, d'autres à l'inverse utilisent la représentation sociétale de la médecine générale, y compris chez les médecins généralistes eux-mêmes, en réduisant d'une certaine manière l'exigence attendue d'eux et le risque d'être mis en défaut. Une étude qualitative de 2010 (36) amène à questionner l'image que les médecins généralistes ont d'eux-mêmes : « Au médecin généraliste de prendre le recul nécessaire quand celui-ci n'est pas satisfait de son image, pour s'interroger ou se remettre en mémoire les motivations qui l'on poussé à devenir soignant ».

- Impact du lieu de soin

Pour certains internes, le cabinet libéral est décrit comme plus familial, rassurant, où l'interne se sent choisi. Ils semblent jouir d'une plus grande autonomie et d'un compagnonnage qui est largement décrit dans la littérature comme permettant à l'interne de gagner en autonomie et confiance en soi (37).

L'hôpital à l'inverse est dans notre étude synonyme de plus de contraintes (impression d'être un maillon interchangeable, pression du temps, hiérarchie plus pressante) et majore le sentiment d'être évalué et de perdre en autonomie. Différents travaux soulignent

l'impact de la culture de la hiérarchie et l'influence du milieu hospitalier chez les internes dans la construction de leur posture professionnelle (38). On note aussi les conséquences du déséquilibre entre supervision et autonomie (39) et l'importance de cette autonomie dans sa prise de confiance et de légitimité (40).

- Déstabilisation du cadre relationnel du soin

La prise en charge d'un patient-médecin confronte les internes à une expérience singulière : leurs repères habituels sont fragilisés. Plusieurs études soulignent la difficulté qui réside dans la confusion des rôles lorsque le patient est un confrère (2,41,42).

Elles décrivent notamment des frontières floues entre une relation de soin standard et une relation confraternelle : la consultation peut se vivre désormais comme un échange entre pairs, un service rendu, où le cadre n'est plus respecté : comme ici dans notre étude, on peut se recroiser ultérieurement dans un même établissement.

Un aspect cependant non décrit dans la littérature est l'embarras chez certains internes concernant l'examen clinique, plus particulièrement les examens intimes. Certains craignent la possibilité de recroiser le patient. D'autre au contraire décrivent une banalisation de l'examen, facilitée par l'habitude et l'attitude que peut avoir le patient lui-même dans son exercice.

- Doute sur la posture à adopter

Ils ne savent pas comment se positionner, en tant qu'étudiant, collègue ou soignant. Cette oscillation traduit une perturbation de « l'asymétrie thérapeutique », pourtant décrite comme structurante dans la relation de soin (6,13).

Chez les internes interviewés, cette clarification est très peu verbalisée. A l'inverse, ils ont tendance à entretenir cette confusion, à s'effacer précocement.

La littérature souligne qu'il est important de savoir reconnaître cette difficulté afin de transférer éventuellement la prise en charge concernée (41,43) à ses seniors, pour ne pas la vivre comme un échec (44) mais comme un renforcement de sa position professionnelle. Dans le cas contraire, la volonté des internes de satisfaire le patient entraîne un véritable renversement des rôles (1,11).

- Un mode de communication spécifique

Entre médecins, y compris face à un interne comme l'illustre notre étude, un changement s'opère dans la manière de communiquer.

Avinger (4) note dans son étude que 86% des interrogés affirment que leurs conversations sont différentes avec des patients médecins.

Dans notre étude, le partage d'un vocabulaire commun est vécu comme un gain d'efficacité. Mais cette facilité apparente peut devenir un piège : peur de vexer en explicitant plus, présupposé de connaissances de la part du patient, une confiance « aveugle » accordée aux symptômes rapportés (45) et parfois un « laisser aller » dans l'éducation thérapeutique.

Les résultats renforcent l'idée qu'un langage commun ne garantit pas une bonne compréhension : on peut faussement supposer un niveau de compréhension plus élevée (46), certains patients peuvent aussi ne pas vouloir montrer leur lacunes, ou ne pas apprécier d'être vu comme un confrère (4,46).

Une approche plus consensuelle serait d'aborder cette consultation via une approche plus centrée patient : trouver un équilibre entre la reconnaissance de la vulnérabilité du patient malgré son statut de médecin tout en n'omettant pas son identité professionnelle.(45)

Dans cette perspective, plutôt que de vouloir à tout prix considérer le patient médecin

comme quelqu'un de normal, plusieurs auteurs soulignent l'importance de reconnaître explicitement cette double identité. Le fait de « nommer l'éléphant dans la pièce » (By naming the Elephant in the Room) (3) - reconnaître immédiatement cette double identité sans renoncer à sa posture de soignant, permettrait de limiter cette ambiguïté des rôles (3,47).

- Gratuité ou non de la consultation

Historiquement, la gratuité a longtemps fait partie d'un principe de la solidarité hippocratique. (48)

Dans une étude américaine de 1993, (49) 96% des 2224 médecins interrogés déclaraient proposer une « courtoisie financière ». 79% des médecins estimaient que cette pratique renforçait les liens entre confrères. Ce postulat n'est aujourd'hui plus aussi largement répondu ni soutenu sur le plan éthique (46).

En droit français, il n'existe aucune obligation de gratuité entre confrères. L'article R4127-67 du Code de la Santé publique (50) précise que le médecin « est libre de donner gratuitement ses soins » tout en rappelant (51) qu'il est « interdit de pratiquer des honoraires plus bas dans un but concurrentiel » et rappelle que « les médecins se doivent assistance dans l'adversité ».

En 2013 (52), la Belgique a abrogé la recommandation déontologique de gratuité des soins entre confrères, jugée obsolète au vu des modalités actuelles de financement des soins et de facturation rencontrée dans le système hospitalier.

Les internes eux décrivent un inconfort : ils hésitent entre faire payer, au risque de renvoyer un manque de confraternité, et ne pas faire payer, au risque de dévaluer leur travail. Ce questionnement ici ne repose pas sur des cours théoriques, l'obligation de solidarité entre médecins s'inscrit parmi une multitude de compétences et de règles apprises tacitement et

qui constituent le « curriculum caché » (20,23). Ici, beaucoup contournent la question en se réfugiant derrière leur statut d'étudiant ou interne, leur permettant d'éviter de rentrer dans le débat.

Aussi, les internes se retrouvent en difficulté sur des questions techniques pour lesquelles ils manquent de repères pédagogiques tant sur la prise en charge que sur le positionnement au sein de la hiérarchie (flou de leur représentation identitaire), rendant leur cadre difficile à établir.

Un cadre explicite apparaît obligatoire pour tenter de stabiliser cette relation (1,6,11,41).

En France, Eric GALAM (7) fondateur du diplôme universitaire « Soigner les soignants » souligne l'importance de cette organisation, de même qu'en Angleterre où des recommandations gouvernementales ont été établies (53). Il faut éviter les consultations informelles, prendre un rendez-vous dédié, et documenter systématiquement la prise en charge en tenant rigoureusement ces dossiers (4,41).

Notre étude met ce point également en lumière, le malaise de l'interne est majoré lors d'une consultation « entre deux portes ».

- *Stratégies défensives face à l'insécurité*

Nous retrouvons fréquemment un état d'hypervigilance et de surinvestissement de la prise en charge, qui se retrouvent aussi chez les médecins.

Cette pression est sous tendue dans les entretiens par une crainte d'un retentissement sur leur réputation qui est également décrit dans la littérature (2,47) ainsi qu'une peur d'un éventuel retentissement médico-légal et judiciaire qui se retrouve aussi chez les médecins installés (3).

La volonté de satisfaire le patient entraîne une modification de la prise en soin au-delà

des recommandations (33,34).

Des internes soulignent une augmentation des concessions, des surprescriptions, également bien décrit dans la littérature pour les médecins soignant leur confrère. (4,10). On peut signaler que cette dynamique apparaît d'autant plus importante dans ce contexte de vécu d'une pression hiérarchique émanant du patient mais aussi du sénior à vouloir satisfaire ce dernier.

Dans une étude qualitative(4), on note que parmi les 21 médecins interrogés, 81% d'entre eux admettent que leurs patients ont accès à des privilèges. Il est intéressant aussi de voir que 71% d'entre eux pensent que les patients médecins méritent ce traitement de faveur.

- *De la fragilisation des internes à leur construction identitaire*

Pour la majorité des internes interrogés, ces situations ont été décrites comme des expériences marquées par un sentiment de solitude et de stress majeur, liée à une exigence importante.

Des travaux en France, mais aussi à l'étranger, mettent en lumière le fait que l'internat est déjà connu comme une période à risque en termes de stress, de dépression (16) et d'épuisement professionnel : pression décisionnelle importante, sentiment d'insuffisance et difficultés à se confier à la hiérarchie du fait de la culture médicale (14,18,54) .

Un rapport de 2024 de l'InterSyndicale Nationale des Internes (ISNI) (55), réaffirme un taux estimé à 56% d'internes présentant des symptômes anxieux, et 27% d'états dépressifs caractérisés.

Pour tenter d'y remédier, une ligne d'écoute créée par la Coordination Nationale

d'Accompagnement des étudiants et étudiantes en santé (CNAES) est à la disposition des étudiants à l'échelle nationale.(56)

En France, l'association Médecins Organisation Travail Santé (MOTS) créée par Éric Galam, propose un dispositif d'écoute et d'orientation non seulement pour les médecins en difficulté mais aussi pour les internes (57).

Dans notre étude, on constate que ces expériences vécues, au-delà d'être stressantes, constituent « un avant et un après », et sont le lieu de réflexion (pendant et au décours) et d'ajustements dans leur attitude et leur communication.

L'avancée dans l'internat, est pour beaucoup synonyme de gain de confiance et de consolidation du sentiment de « devenir médecin » (58). Les internes décrivent la construction de leur identité professionnelle au fur et à mesure des expériences vécues.

Néanmoins, ces expériences illustrent un manque de repères explicites. Ils semblent devoir apprendre à gérer ces situations de manière implicite, par observation ou en s'essayant avec le risque d'échouer et de devoir recommencer. Cette transmission tacite renvoie au concept du « curriculum caché » décrite par Lemp (20).

Perspectives :

Cette étude offre plusieurs perspectives pour la recherche future.

En premier lieu, la reproduction de ce travail sur un échantillon plus large permettrait d'obtenir des résultats d'autant plus transférables. L'utilisation d'autres méthodes pourrait également enrichir la compréhension du phénomène comme une analyse par théorisation ancrée pour établir un modèle plus explicatif ou une étude quantitative afin de mesurer la fréquence des patterns retrouvés dans notre étude.

D'autre part, on pourrait suggérer l'exploration de la situation étudiée du point de vue inverse, en étudiant l'attitude et le ressenti des médecins pris en charge par des internes. Cela permettrait de mieux comprendre les éventuelles tensions relationnelles ainsi que les ajustements éventuels.

Sur un plan pratique : notre étude suggère trois leviers principaux pour tenter de soutenir les internes confrontés à la prise en charge de patients médecins :

- Il semblerait pertinent de clarifier explicitement la relation dès le début de la consultation et structurer systématiquement : consultation formelle, standardisation de l'examen clinique et des décisions médicales, établir l'état des connaissances du patient. La supervision hiérarchique et le partage des pratiques entre internes semblerait également favorable à un meilleur vécu.
- Une formation plus explicite de la prise en soin d'un patient médecin, tant pour les seniors impliqués que pour les internes serait à envisager. En France, il existe un Diplôme inter universitaire (DIU) créé par Éric Galam (22) à l'université de Toulouse depuis 2014 qui donne des outils et des connaissances aux professionnels pour mieux soigner les soignants. Cette formation est ouverte aux médecins ainsi qu'aux internes.

Actuellement, le CHU de Toulouse réalise une synthèse des mémoires rendus dans le cadre de ce DIU afin de faire émerger de nouvelles thématiques innovantes dans le domaine du soin aux soignants. (59)

- Afin de prévenir le stress et l' épuisement, il semble intéressant d' envisager de développer des temps d' échange via des groupes BALINT(60) à la suite du vécu de ce type d'expériences. Des modules d'enseignement pédagogique dédiés à la prise en charge de soignants, et éventuellement des protocoles permettraient de clarifier le cadre relationnel et organisationnel.

Conclusion :

Cette étude visait à explorer l'attitude et le ressenti des internes de médecine générale des Hauts de France confrontés à la prise en charge d'un patient médecin. L'analyse des entretiens met en évidence la singularité de ces situations qui sont marquées par une déstabilisation de leurs repères habituels.

La présence d'un patient médecin expose les internes à un sentiment d'évaluation, à une fragilisation de leur légitimité. La relation thérapeutique est modifiée. L'interne se heurte à un paradoxe : il doit s'affirmer en tant que soignant, tout en préservant la relation de confraternité.

Pour préserver l'équilibre de la relation et leur crédibilité, ils développent des stratégies d'adaptation. Leur réflexivité constante à travers ces expériences formatrices et stressantes, participe ainsi à leur construction professionnelle, avec comme but commun, la volonté de « devenir médecin ».

Références bibliographiques

1. Plagnard S. Difficultés et spécificités à soigner un confrère en médecine générale, en midi-pyrénées. [Toulouse]: Université Toulouse III-Paul Sabatier; 2017.
2. Hutton CJ, Kay M, Round P, Barton C. Doctors' experiences when treating doctor-patients: a scoping review. *BJGP Open*. déc 2023;7(4):BJGPO.2023.0090.
3. Hutton CJ, Kay M, Round P, Barton C. "Do they think I'm good enough?": General practitioners' experiences when treating doctor-patients. *BMC Prim Care*. 16 sept 2024;25(1):340.
4. Avinger AM, McClary T, Dixon M, Pentz RD. Evaluation of Standard-of-Care Practices Among Physicians Who Treat Other Physicians: A Qualitative Study. *JAMA Netw Open*. 18 oct 2022;5(10):e2236914.
5. Wu Q, Jin Z, Wang P. The Relationship Between the Physician-Patient Relationship, Physician Empathy, and Patient Trust. *J Gen Intern Med*. mai 2022;37(6):1388-93.
6. Bontoux D, Autret A, Jaury P, Laurent B, Levi Y, Olié J. La relation médecin-malade. Académie Nationale de Médecine; 2021.
7. Galam É. Soigner les médecins malades - Seconde partie : quels médecins soignants ? *Médecine*. 1 déc 2013;9(10):471-4.
8. Tuttle JP. The physician's disease: the impact of medical knowledge on personal illness. *Palliat Support Care*. mars 2007;5(1):71-6.
9. Castel P. Le médecin, son patient et ses pairs: Une nouvelle approche de la relation thérapeutique. *Revue française de sociologie*. 2005;46(3):443-67.
10. Medscape [Internet]. [cité 12 févr 2026]. Enquête : lorsque les médecins sont malades. Disponible sur: <https://français.medscape.com/diaporama/33000254>
11. Duquenne L. Attitude et ressenti des médecins généralistes soignant leurs confrères: étude qualitative [Thèse d'exercice]. [Amiens]: Université de Picardie; 2018.
12. Bauguion A. Quand le médecin généraliste soigne un de ses confrères : une consultation difficile ? [Thèse d'exercice]. [Nantes]: Nantes Université; 2013.
13. Castel M. Le patient médecin en consultation de médecine générale, vécu de la relation médecin-patient, point du médecin soignant: étude qualitative portant sur les médecins des Alpes-Maritimes et du Var [Thèse d'exercice]. [Nice]: Université de Nice; 2017.
14. Crémère ML. Stress chez les internes en médecine générale : une étude qualitative [Internet] [Thèse d'exercice]. [Paris]: Université de Paris Descartes; 2014 [cité 12 mars 2026]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01100440>
15. Mourgues JM, Le Breton-Lerouillois G. La santé des étudiants et jeunes médecins. Paris: Commission jeunes médecins- CNOM; 2016.
16. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Angelantonio ED, et al. Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 8 déc 2015;314(22):2373-83.

17. IsHak WW, Lederer S, Mandili C, Nikraves R, Seligman L, Vasa M, et al. Burnout During Residency Training: A Literature Review. *J Grad Med Educ.* déc 2009;1(2):236.
18. Pougnet R, Pougnet L, Dewitte JD, Jousset D, Loddé B. Vécu au travail des internes de médecine : étude qualitative. *Archi Mal Prof Environ.* avr 2019;80(2):100-7.
19. Juillard M. Savoir dire non à bon escient: vécu des internes en médecine générale. Études quantitative et qualitative auprès des internes de Médecine Générale de Paris V [Internet] [Thèse d'exercice]. [Paris]: Université de Paris Descartes; 2015. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01152535v1>
20. Lempp H, Seale C. The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching. *BMJ.* 2 oct 2004;329(7469):770-3.
21. Mahood SC. Formation médicale. *Can Fam Physician.* sept 2011;57(9):e313-5.
22. Galam E. Soigner les soignants [Internet]. [cité 24 mai 2024]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/5002_MEDECINE-nov15-Soigner_les_medecins_.pdf
23. Hafferty FW, O'Donnell JF. *The Hidden Curriculum in Health Professional Education.* Dartmouth College Press; 2015. 337 p.
24. Antoine P, Smith JA. Saisir l'expérience : présentation de l'analyse phénoménologique interprétative comme méthodologie qualitative en psychologie. *Psychologie Française.* 1 déc 2017;62(4):373-85.
25. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care.* 16 sept 2007;19(6):349-57.
26. Smith JA. Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis. *Health Psychology Review.* 1 mars 2011;5(1):9-27.
27. Pietkiewicz I, Smith JA. A practical guide to using Interpretative Phenomenological Analysis in qualitative research psychology. *Czasopismo Psychologiczne – Psychological Journal.* 2014;20:7-14.
28. Gelin Z. *Introduction à l'Interpretative Phenomenological Analysis.* Sorbonne Université; 2013.
29. Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques Psychologiques.* mars 2004;10(1):79-86.
30. Lebeau JP. *Introduction à la Recherche Qualitative en santé.* Broché. 2021. 191 p.
31. Coron C. Outil 11. Le questionnaire : les biais. *BàO La Boîte à Outils.* 2020;38-41.
32. Huffman BM, Hafferty FW, Bhagra A, Leasure EL, Santivasi WL, Sawatsky AP. Resident impression management within feedback conversations: A qualitative study. *Med Educ.* févr 2021;55(2):266-74.
33. Chen S, Smith H, Bartlam B, Low-Beer N, Chow A, Rosby LV, et al. Role of social comparison in preparedness for practice as a junior doctor in Singapore: a longitudinal qualitative study. *BMJ Open.* 6 sept 2022;12(9):e061569.
34. Ces M. Ressenti des médecins généralistes lors de la prise en charge d'un confrère. Une étude qualitative auprès de médecins généralistes du Gard [Internet] [Thèse d'exercice]. [Montpellier]: Université de Montpellier; 2021. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03327776>

35. Babin L, Cormier I, Champagne S, MacIntosh J, Saucier D, Thibault V, et al. Level of patients' knowledge, confidence, and acceptance regarding the role of residents in a family medicine teaching clinic. *Can Med Educ J*. 1 nov 2021;12(5):40-7.
36. Parpillon A. L'image du médecin généraliste vue par lui même par la méthode du focus group. [Thèse d'exercice]. [Nantes] : Université de Nantes; 2010.
37. Jackson D, Davison I, Adams R, Edordu A, Picton A. A systematic review of supervisory relationships in general practitioner training. *Medical Education*. sept 2019;53(9):874-85.
38. Tran M, Rhee J, Hu W, Magin P, Shulruf B. General practice trainee, supervisor and educator perspectives on the transitions in postgraduate training: a scoping review. *Fam Med Community Health*. 12 oct 2024;12(4):e003002.
39. Conner SM, Choi N, Fuller J, Daya S, Barish P, Rennke S, et al. Trainee Autonomy and Supervision in the Modern Clinical Learning Environment: A Mixed-Methods Study of Faculty and Trainee Perspectives. *Res Sq*. 6 juin 2023;rs.3.rs-2982838.
40. Sawatsky, Santivasi WL. Autonomy and professional identity formation in residency training: A qualitative study - Sawatsky - 2020 - Medical Education - Wiley Online Library. *Medical Education* [Internet]. 2020 [cité 11 févr 2026]; Disponible sur: <https://asmepublications.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/medu.14073>
41. Farrell TW, Ozbolt JA, Silvia J, George P. Caring for Colleagues, VIPs, Friends, and Family Members. *Am Fam Physician*. 1 juin 2013;87(11):793-5.
42. Otte A, Audenaert K, Otte K, Man SD, Dierckx R. The dilemma of being a physician-patient. *Med Sci Monit*. 23 avr 2003;9(4):SR20-2.
43. Teng KA, Butler RS, Schramm S, Isaacson JH, Nielsen C, Paradis C. Physicians caring for physicians: the perspective of the primary care physician. *South Med J*. mai 2014;107(5):301-5.
44. Jansen I, Stalmeijer RE, Silkens MEWM, Lombarts KMJMH. An act of performance: Exploring residents' decision-making processes to seek help. *Med Educ*. juin 2021;55(6):758-67.
45. Svantesson M, Carlsson E, Prenekert M, Anderzén-Carlsson A. 'Just so you know, the patient is staff': healthcare professionals' perceptions of caring for healthcare professional-patients. *BMJ Open*. 19 janv 2016;6(1):e008507.
46. Domeyer-Klenske A, Rosenbaum M. When doctor becomes patient: challenges and strategies in caring for physician-patients. *Fam Med*. 2012;44(7):471-7.
47. Stanton J, Randal P. Developing a psychiatrist-patient relationship when both people are doctors: a qualitative study. *BMJ Open*. 20 mai 2016;6(5):e010216.
48. Le serment d'Hippocrate [Internet]. [cité 12 févr 2026]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>
49. Levy MA, Arnold RM, Fine MJ, Kapoor WN. Professional Courtesy – Current Practices and Attitudes. *New England Journal of Medicine*. 25 nov 1993;329(22):1627-31.
50. Sous-section 3 : Rapports des médecins entre eux et avec les membres des autres professions de santé. (Articles R4127-56 à R4127-68-1) - Légifrance [Internet]. [cité 11 févr 2026]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006196410/#LEGISCTA000006196410

51. Article R4127-67 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 12 févr 2026]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912936/2004-08-08
52. Ordomedic [Internet]. [cité 11 févr 2026]. Honoraires médicaux pour des soins donnés à des proches, des... Disponible sur: <https://ordomedic.be/fr/avis/deontologie/code-de-deontologie-medicale-interpretation-du/honoraires-medicaux-pour-des-soins-donnes-a-des-proches-des-confreres-ou-des-collaborateurs>
53. Ethical responsibilities in treating doctors who are patients Guidance from the BMA Medical Ethics Department. 2010.
54. Ishak W, Nikraves R, Lederer S, Perry R, Ogunyemi D, Bernstein C. Burnout in medical students: a systematic review. Clin Teach. août 2013;10(4):242-5.
55. L'enquête sur la santé mentale des étudiants en médecine. 2024; [Internet]. [cité 15 févr 2026]. Disponible sur: <https://isni.fr/wp-content/uploads/2024/11/WEB-DOSSIER-DE-PRESSE-Enquete-sante-mentale.pdf>
56. Lancement de Cnaé, une plateforme d'écoute pour tous les étudiants [Internet]. 2023 [cité 15 févr 2026]. Disponible sur: <https://www.jeunes.gouv.fr/lancement-de-cnae-une-plateforme-d-ecoute-pour-tous-les-etudiants-1986>
57. Association Mots [Internet]. [cité 15 févr 2026]. Accueil - Association Mots (Médecin-Organisation-Travail-Santé). Disponible sur: <https://www.association-mots.org/>
58. Oude Engberink A, Amouyal M, Michel D, Bourrel G. Étude qualitative du sentiment « d'être prêt à exercer » la médecine générale chez des internes et de jeunes médecins généralistes. Pédagogie Médicale. 1 nov 2012;12:199-212.
59. Fondation MNH [Internet]. 2024 [cité 12 févr 2026]. Synthèse de la littérature produite par les étudiants du DIU "Soigner les soignants". Disponible sur: <https://fondation-mnh.fr/projet/synthese-de-la-litterature-produite-par-les-etudiants-du-diu-soigner-les-soignants/>
60. Aymard N. Apports de la pratique d'un groupe BALINT pour les internes de médecine générale de la subdivision de Caen [Internet] [Thèse d'exercice]. [Caen]: Université de Caen-Normandie; 2022 [cité 16 mars 2025]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04028104>
61. Hertault. C. Un médecin de chaque côté du bureau: Quelle place le médecin laisse-t-il à son médecin traitant? Etude qualitative auprès de médecins généralistes des Hauts-de-France soignants un confrère [Thèse d'exercice]. [Lille]: Université de Lille; 2021. [Internet]. [cité 6 mai 2024]. Disponible sur: https://pepitem-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2021/2021LILUM399.pdf

Annexes

Annexe 1 : Critères COREQ⁽²⁵⁾

No Item	Guides questions	Description
Domain 1: Research team and reflexivity		
Personal Characteristics		
1	Interviewer/facilitator	Which author/s conducted the interview or focus group? MALET Laure
2	Credentials	What were the researcher's credentials? None
3	Occupation	Intern and then general practitioner
4	Gender	Was the researcher male or female? Female
5	Experience and training	What experience or training did the researcher have? None
Relationship with participants		
6	Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement? Yes
7	Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? The aim of the thesis and some of the participants were known from University class
8	Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? Bias, goals and interest in the research topic
Domain 2: Study design		
Theoretical framework		
9	Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study? Interpretative phenomenological analysis
Participant selection		
10	Sampling	How were participants selected? Purposive sampling
11	Method of approach	How were participants approached? Social networks and oral presentation during class
12	Sample size	How many participants were in the study? 12
13	Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons? None
Setting		
14	Setting of data collection	Where was the data collected? Home or at participants's home
15	Presence of nonparticipants	Was anyone else present besides the participants and researchers? No

16	Description of sample	What are the important characteristics of the sample? Interns who took in charge physician-patients
Data collection		
17	Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Yes Was it pilot tested? Yes
18	Repeat interviews	Were repeat interviews carried out? No if yes, how many?
19	Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data? Audio recording only
20	Field notes	Were field notes made during and/or after the interview or focus group? Yes
21	Duration	What was the duration of the interviews or focus group? The average was 51 min
22	Data saturation	Was data saturation discussed? Not concerned
23	Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction? Yes
Domain 3: Analysis and findings		
Data analysis		
24	Number of data coders	How many data coders coded the data? One
25	Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree? Verbatim data were organised hierarchically into experiential labels, then grouped into emergent themes and main themes
26	Derivation of the mes	Were themes identified in advance or derived from the data? Yes
27	Software	What software, if applicable, was used to manage the data? Word 2011
28	Participant checking	Did participants provide feedback on the findings? No
Reporting		
29	Quotations presented	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? Yes
30	Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings? Yes
31	Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings? Yes
32	Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes? Yes

Annexe 2 : Guide d'entretien initial :

- 1) Racontez-moi une ou des situations avec des patients-médecins que vous aimeriez aborder.
- 2) Que ressentez-vous le plus souvent lorsque vous êtes en consultation avec un patient médecin, et comment les gérez-vous ?
- 3) Comment le statut de médecin chez votre patient a-t-il influencé votre interaction, selon vous ?

(Relance : Communication ? Attitude ? Gestuelle ?)

- 4) Comment percevez-vous la particularité de la relation avec des patients médecin comparée à celle avec des patients non-médecins que vous avez pris en charge.
 - a) Des défis ou difficultés rencontrés ?
 - b) Quelles stratégies mises en place ?

Guide d'entretien final :

1) Racontez-moi une ou des situations avec des patients-médecins que vous aimeriez aborder.

2) Que ressentez-vous le plus souvent lorsque vous êtes en consultation avec un patient médecin, et comment le gérez-vous ?

Relance :

- Est -ce différent de ce que vous ressentez avec des patients non-médecins ?
- Est -ce que le ressenti a évolué avec l'avancement de l'internat ? le temps ? ou l'expérience ?

3) Comment le statut de médecin chez votre patient a-t-il influencé votre interaction, selon vous ?

Relance :

- Dans votre manière de communiquer ?
- Dans votre attitude ? et par rapport aux patients non-médecins.
- Et votre gestuelle ?
- Avez-vous le sentiment de vous faire juger ? évalué ? observé ?

4) Comment vous sentez vous en fonction du lieu de soin dans lequel vous êtes ?

5) Comment percevez-vous la particularité de la relation avec des patients médecin comparée à celle avec des patients non-médecins que vous avez pris en charge.

a) Des défis ou difficultés rencontrées ?

Relance :

- Sur la manière de parler ?
- Sur la différence entre votre rôle présumé et votre rôle réel ?
- Sur le fait de faire payer la consultation/ parler d'argent ?
- Sur la notion d'intimité dans l'examen clinique ?

b) Quelles stratégies mises en place ?

Relance :

- Dans votre manière de communiquer ? De vous positionner ?
- Pour vous protéger de certains médecins ?
- Pour réussir à vous adapter ?

Annexe 3 : Fiche d'entretien explicative

Bonjour, merci de me recevoir et de me consacrer de votre temps. Je m'appelle Laure MALET, je suis étudiante en 3ème d'internat de médecine générale à la Faculté de Lille. Dans le cadre de ma thèse, je souhaite réaliser un entretien semi dirigé sur la prise en charge des patients médecins.

Il s'agit d'une recherche ayant pour but d'étudier le vécu et ressenti des internes de médecine générale dans la prise en charge de patients médecins.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être interne en médecine générale à la Faculté de Lille et avoir déjà pris en charge un patient médecin durant votre cursus

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant.

Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de ma thèse.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n° 2025-194 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr . Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Une fois l'entretien terminé : Merci beaucoup pour votre participation ! Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse :

Laure.malet.etu@univ-lille.fr

Annexe 4 : Tableau de codage des verbatims

Super thèmes	Sous thèmes	Sous thèmes émergents	Référence source	Verbatims	
Se sentir exposé et fragilisé : perception d'un regard qui fragilise la légitimité	Être exposé à un regard évaluateur qui fragilise la posture professionnelle	Se sentir jugé par un médecin	E1, L92/ E10, L29/ E3, L62/E11, L392/E2, L151/ E9, L49	"Lui-même pouvait me critiquer"	
		Se sentir jugé par la hiérarchie	E3, L113/ E9, L54	"Impression de présenter mes patients à mon chef"	
		Se sentir jugé par ses pairs	E7, L162/E10, L60	"J'ai peur d'avoir l'air stupide devant un collègue"	
		Être ramené à son statut d'interne	E1, L35/E7, L225/ E11, L325/ E2, L341/E7, L234	"Je vais pas laisser mon urgence dans les mains d'une interne"	
		Doute de ses compétences et de ses propres limites	E1, L678	"Mais est ce que nous on sait déjà assez?"	
		Dévalorisation liée à la spécialité, l'âge et au genre	E3, L208/ E11, L333	"si j'avais été pédiatre ou urgentiste"" "Tas pas ta place quand t'es une jeune femme"	
		Utiliser son statut comme moyen de protection	E9, L192	"Je ne suis que médecin généraliste vous savez"	
		Res sentir l'influence du cadre de soin	E1, L175/ E3, L448/ E3, L450/ E1, L253/ E1, L742	"on se sent plus rassuré" "terrain de légitimité"" Il ne vous consulte pas en qualité de médecin"	
		Se sentir en position d'infériorité hiérarchique	E1, L672/ E1, L789/ E3, L440/ E12, L260/ E3, L435/ E1, L523	"Mon rapport de force il est plus du tout le même"	
		Composer avec une relation de soin fluctuante	Vivre un renversement des rôles soignant/soigné et une perte de l'autonomie décisionnelle	E7, L92/ E1, L678/ E1, L339/ E6, L54/ E1, L146/ E3, L175/ E5, L59/ E7, L128/ E6, L350/ E5, L48/ E5, L72/ E6, L339	"Je suis complètement ce qu'on me dit. "" Un patient qui sait plus que nous"" "prestataire de service"" "je veux pas le veuler" "si il me dit que la molécule fait ça je vais me dire ok"
Composer avec une relation déstabilisante: confusion des rôles et instabilité du cadre	Frontières relationnelles brouillées dans la prise en charge d'un patient médecin	Ambivalence entre relation confraternelle et relation de soin standard	E1, L465/ E7, L114/ E10, L122/ E1, L56/ E1, L76/ E1, L621	"consultation à la machine à café" "j'ai fini par le recruser dans les couloirs"	
		Problématique de l'infirmité dans l'examen clinique	E9, L216/ E11, L273/ E7, L320	"les mains à vouloir remonter son caleçon" "Alors là ça je m'en fiche"	
		Difficulté à monétiser le soin face à un patient médecin	E1, L734/ E1, L461/ E7, L387/ E1, L447/ E12, L75/ E7, L385/ E12, L63/ E5, L374	"Je n'aurais pas envie de le faire payer" "Ce n'est pas mon pote"" "si je l'avais fait payer j'eme serais faite engueuler"	
		Partager un langage commun : un atout ambivalent	E1, L853/ E3, L231/ E2, L247/ E5, L421/ E2, L374/ E4, L79/ E6, L246/ E12, L172/ E3, L234/ E10, L319/ E7, L300/ E7, L312	"J'ai tentance à zapper les explications" "C'est ds forcément bien pur le patient" "on leur fait confiance plus facilement"	
		Surinvestir sa prise en charge par crainte de l'erreur	E2, L149/ E2, L31/ E9, L87/ E9, L112/ E10, L121/ E10, L165/ E1, L523/ E7, L58/ E10, L209/ E10, L27	"Tu oublies aucune question" traquer les erreurs" Tu mens au radiologue"	
		Peur d'un retentissement médico légal et atteinte à sa réputation	E1, L165/ E11, L166/ E10, L293/ E4, L96	"J'avais tout tracé dans le dossier" pression supplémentaire de cette histoire de réputation"	
		Se protéger quand la prise en charge est exigeante	Contrôler sa communication pour préserver sa crédibilité	E4, L231/ E2, L139/ E5, L332/ E9, L204/ E3, L220/ E11, L159/ E8, L114	"Choisir plus mes mots" "comme si j'étais en ECOS"
		Transformer son expérience vécue en pour se construire professionnellement	S'appuyer sur le soutien, la réassurance et le sentiment de validation	E1, L1251/ E4, L788/ E7, L134/ E11, L424/ E9, L64/ E1, L690	"Je peux aller chercher mon chef" " "Y'vais un peu porté par sa confiance" "patient en qualité de soignant qui va me valider ma prise en charge"
			Réfléchir à sa prise en charge a posteriori	E5, L71/ E11, L139/ E1, L482	"Je vais me poser 2 fois les questions" ca peut même se faire au décours"
			Adapter ses pratiques pour les expériences futures	E3, L45/ E3, L384/ E6, L270/ E6, L380	"Je préfère maintenant commencer les explications"" "je pense que je n'hésiterai pas plusieurs fois à réaffirmer mon rôle"" "il ne faut pas se focaliser sur le fait que c'est un médecin"
Intégrer ces situations dans la construction de l'identité professionnelle, du sentiment de compétence et de légitimité	E6, L374/ E3, L375/ E12, L203/ E6, L310		"Je me sens plus légitime en tant que médecin"" "Je me considère plus comme la petite interne"		

Annexe 5 : Extrait du journal de bord

de mêmes à priori.
~~Thèmes qui amènent~~

↑ Catégories 23/01/2026

Se sentir juger prolétaire obésité vérité du jugement	① toute légitimité Se sentir légitime (p. médecin) ↳ date compétence ↳ sentiment d'auto-censure!
→ Anxiété hiérarchique → Anxiété des rôles → Anxiété rapport de force → Anxiété du patient → Anxiété ??	② sentiment d'hyper-solidaire Peur de l'échec Pression de bien faire Sacrification
Adaptation / justification Carrière / communication ↳ travail / structure / méthode ↳ justification ↳ structure / méthode ↳ peur de l'échec	③ Ache de l'écriture + légende inutile hôpital / travail Posture / on jet de l'âme
↳ Évaluation du capital ↳ peur de perdre la relation ↳ occasion prescription ↳ difficulté d'arriver à la relation ↳ suite évaluation ↳ peur de l'échec	④ peur de l'échec, réassurance sentiment d'échec ↳ Travail équipe ↳ validation externe ↳ validation interne par le patient lui-même

08/02 Repire Tinku du don
 → ça va pas du tout
 Pas coherent effort de parler à l'oreille
 phrase du nombre de médecins qui n'ont
 pas de nuit
 → PAS le sujet

09/02 → En fait porteur dans un sens
 nous amène Briarremont
 → garder quand m le côté
 ca l'adore

↳ dactylo Résultats
 → Reprendre goutte tableau final des thèmes
 ça valait le coup de pointer
 aussi les temps par le fait (H)

→ Galerie de verbatim ne pas interpréter
 Rester objectif, discipliné
 - Est-ce qu'on doit tenir le nombre
 d'interviews par thèmes?
 → Je ne pense pas c'est de qualité
 → Au pire je rajouterai

→ Discussion?
 En fait je vais d'abord écrire
 la partie méthode, j'ajoute la
 discussion, j'ai pas l'inspi.

13/02
 → Je résume trop ce que j'ai déjà
 dit dans les résultats je pense
 → je mets pas assez de "réflexion"
 D'abord réfléchir à l'implicite des résultats?
 pas réviser tout de suite
 au pire j'aurais juste à "lire" les points
 si je fais des brocage

Difficile quand je regarde un peu les
 autres thèses qualitatives
 → personne ne fait la même chose j'ai l'impression
 que ce n'est pas du tout ce que nous
 que le partie résultats

→ Difficile de faire le distingué avec notre
 et de ce pas faire que si chacun mais
 s'écrit

→ AU SECOURS → non plus ça va pas du
 tout en fait dans la conclusion
 → pas sûr que ça soit le genre de
 faire à la fin des résultats / j'ai l'impression
 de ne repeter plus de fois

→ Recherche de sens
 ✗ Sentiment de comparaison entre internes
 légitimité liée à leur statut
 → examen critique entre collègues / Réalité / difficile
 ✗ langage commun / pratique qui ils ressemblent pas
 → je suis plus dans quel sens etc.

12/02 Rédaction méthode
 - partie échantillonnage / caractéristiques
 je pense un autre d'ailleurs je le
 sens être → applique pour la transférabi-
 lité des résultats

- Est-ce que je développe les définitions
 des axes de recherche?
 → Inductif / double théorique
 → Idiographique

→ Est-ce que je mets un exemple de
 tableau ~~tableau~~ "thématique"
 dans le texte ou si Américain
 Dans tous les cas je mettrais les tableaux
 joints

→ Bien être obligée de faire la discussion
 → Discussion méthode → le plus facile
 je pense beaucoup de sources de données déjà
 sur les bases de données
 → surtout à l'arrière avec ce que j'ai
 fait
 → Savoir des cours de LIA sur
 validité interne / externe

Est-ce que j'ai mis assez de biais?
 - Biais de la confirmation (H)
 ≠ de biais de préconception?
 → Autre

AUTEURE : Nom : MALET Prénom : Laure

Date de soutenance : 10.04.2026

Titre de la thèse : Prendre en charge un patient médecin : évaluation de l'attitude et du ressenti des internes de médecine générale des Hauts de France

Thèse - Médecine – Lille 2026

Cadre de classement : Médecine générale

DES : Médecine générale

Mots-clés : médecine générale (general practice); relations médecin - patient (physician-patient relations); internat et résidence (internship and residency)

Résumé : Introduction :

La relation médecin malade constitue un élément central de la qualité des soins. Des travaux antérieurs décrivent des difficultés relationnelles, communicationnelles ainsi qu'un stress accru lorsqu'un médecin prend en charge un confrère. Par ailleurs, les internes, y compris de médecine générale, sont déjà connus comme étant une population exposée à un niveau de stress élevé et à risque de souffrance psychologique. Dès lors, comment les internes, déjà vulnérables, abordent-ils la prise en charge d'un patient médecin ? Peu d'études ont exploré l'attitude et le ressenti des internes de médecine générale dans cette situation.

Méthode : Une étude qualitative a été menée à partir d'entretiens semi dirigés auprès de 12 internes de médecine générale des Hauts de France entre juin 2025 et novembre 2025. Les entretiens ont été retranscrits puis analysés selon une analyse dite phénoménologique interprétative.

Résultats : La prise en charge d'un patient médecin semblait exposer les internes à un regard évaluateur perçu comme déstabilisant, générant peur du jugement et remise en question de leur légitimité. Beaucoup décrivaient un doute sur la posture à adopter et un ajustement constant de leur mode de communication. Le statut professionnel du patient induisait parfois un renversement des rôles, une négociation implicite des décisions thérapeutiques brouillant les frontières professionnelles entre confraternité et hiérarchie. Certains internes décrivaient néanmoins une communication facilitée et un sentiment de reconnaissance mutuelle. Les stratégies d'adaptation mises alors en place reposant sur la clarification des rôles et la réaffirmation du cadre de soin semblaient participer à leur construction professionnelle.

Discussion : La prise en charge d'un patient médecin crée chez les internes une tension particulière entre confraternité et hiérarchie implicite. Elle semble fragiliser leur sentiment de légitimité, lié à leur statut d'interne. Cette situation implique un poids du regard évaluateur dans la relation de soin et peut être source d'inconfort. Celle-ci peut constituer néanmoins un moment formateur de leur construction professionnelle, en obligeant les internes à clarifier les rôles de chacun et assumer leur positionnement. Ces résultats soulignent l'intérêt d'un accompagnement pédagogique afin de soutenir cette évolution.

Composition du Jury :

Président : Pr Sophie FANTONI-QUINTON

Assesseur : Dr Sabine BOUSSARD

Directeur de thèse : Dr Isabelle BODEIN

