

UNIVERSITE TOULOUSE III – Paul Sabatier-

FACULTE DE MEDECINE

Année 2015

2015 TOU3 1074

2015 TOU3 1075

# **THESE**

**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**SPECIALITE MEDECINE GENERALE**

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 29/09/2015

PAR AGUILLON Sébastien

ET MARRE PETIT-CASTAGNET Julie

## **QUI SOIGNE LES MEDECINS GENERALISTES ET LEURS PROCHES ?**

**THESE QUALITATIVE EN « FOCUS GROUP » DANS LE LOT.**

DIRECTEUR DE THESE : Dr ALRIC

JURY :

Président	Pr OUSTRIC
Assesseur	Pr VIDAL
Assesseur	Dr ESCOURROU
Assesseur	Dr GENDRE
Assesseur	Dr ALRIC

**TABLEAU du PERSONNEL HU**  
**des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier**  
**au 1<sup>er</sup> septembre 2014**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. LECOPMONTE
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B.	Professeur Honoraire	M. FADIE
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. CLAUD	Professeur Honoraire	M. CABARRIOT
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. GEDFON	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. BONAFE
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GALIMIER	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. FURNIAL
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. HÖFF
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LABRENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. GAHUZAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. ARNE JL.
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. GOUZI		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU		
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER		
Professeur Honoraire	M. PASCAL		

**Professeurs Émérites**

Professeur LARRICUY	Professeur JL ADER
Professeur ALBAREDE	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur CONTE	Professeur L. LARENG
Professeur MURAT	Professeur F. JOFFRE
Professeur MANELFE	Professeur J. CORBERAND
Professeur LDUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERC	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN**

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : JP. VINEL

**P.U. - P.H.**

Classe Exceptionnels et 1ère classe

M. ADQUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR L.	Thérapeutique
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU H.	Hématologie, Immunologie
M. BLANCHER A.	immunologie (option Biologie)
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT B.	Neurologie
M. BROUSSET F. (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUGAT R. (C.E)	Cytologie
M. CARRÉ D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DEGUINE O.	O. R. L.
M. DUCOMMUN B.	Cancerologie
M. FERRIÈRES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LANG T.	Biostatistique Intégrative Médecine
M. LANGIN O.	Nutrition
M. LAUQUE D. (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU R. (C.E)	immunologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALAUDA B.	Urologie
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MONDOZIES X.	Gynécologie Obstétricale
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancerologie
Mme NOURHACHEM F.	Gériatrie
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Cerveau et de la Reprod.
M. PERRET B. (C.E)	Biochimie
M. PRADERE B. (C.E)	Chirurgie générale
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. RECHER O.S.	Hématologie
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GALZY J.	Chirurgie Infantile
M. SALES J.P.	Pédiatrie
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie

**P.U. - P.H.**

2ème classe

Mme BEYNE-PAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. BROUCHET L.	Chirurgie Thoracique et Cardio-vascul.
M. BUREAU C.S.	Hépat-Gastro-Entéro
M. CALVAS P.	Généraliste
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER O.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, santé
M. COGMARD C.	Neurodiagnostic
M. DE ROISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt. Funct.
M. FOURNIE B.	Pharmacologie
M. FOURNIE P.	Ophthalmologie
M. GAME X.	Urologie
M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation crit.
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEORON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. OUVOT J-M.	Neurologie
M. PARANT O.	Gynécologie Obstétricale
M. PARENTE J.	Neurologie
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYGUX P.	Biochimie
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. PERON J.M.	Hépat-Gastro-Entérologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
Mme SAVAGNERE.	Biochimie et biologie moléculaire
Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL J-Cl.	Neurochirurgie

**P.U.**

M. OUSTRIC S. Médecine Générale

**P.U. - P.H.**  
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

**P.U. - P.H.**  
2ème classe

M. ACAR Ph.	Pédiatrie
M. AURIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONFIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DELABESSE E.	Hématologie
Mme DELISLE M.B. (C.F)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GAUMIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANABIE H. (C.E)	Endocrinologie
M. KAMRAN.	Néphrologie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MAÏEÇAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. PLANTE P.	Urologie
M. RAYNAUD J.Ph.	Psychiatrie Infantile
M. RITZ P.	Nurson
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L. (C.E)	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E. (C.E)	G. B. I.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Général

M. ACCADBLEDE	Chirurgie Infantile
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BILIAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOURX	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
Mme DULY-DOUHAMECK B.	Thérapeutique
M. COURSON	Biophysique
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELORD J.P.	Cancérologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STOWHASI	Chirurgie Plastique
Mme GÓMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GROULLEAU RADUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUMBAUD R.	Cancérologie
M. HUYGHE E.	Urologie
M. LAFOSSE J.M.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX B.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZERELUW J.	Dermatologie
M. MINVILLE Y.	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. OTAL Ph.	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Général
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SOLLAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

**M.C.U. - P.H.**

M. APOL P. A	Immunologie
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie
M. BIETH E.	Généraliste
Mme BONGARD V.	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUXIUS S.	Nutrition
Mme CASSANG S.	Méziologie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY N.	Immunologie
Mme COURBON	Pneumologie
Mme DAMASE C.	Pharmacologie
Mme de GLISEZÉNSKY I.	Physiologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DE-MAS V.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DUKUET A.M	Médecine Légale
M. DUPLA Ph.	Physiologie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie
M. GANTET B.	Biophysique
Mme GENNEROT	Biochimie
Mme GEMOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire
M. HANDI S.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique
M. IHART X.	Parasitologie et mycologie
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale
M. KIRZIN S.	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique
Mme LE TINNER A.	Médecine du Travail
M. LOPEZ R.	Anatomie
M. MONTOYA R.	Physiologie
Mme MORÉAU M.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD F.	Physiologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie
Mme RAÏGAR J.	Biochimie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SARGUFDY F.	Biochimie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES B.	Réanimation
M. SÖLTER V.	Ophthalmologie
M. TAFANI J.A.	Biophysique
M. TRENER E.	Immunologie
Mme TREMOILLIERES F.	Biologie du développement
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire

**M.C.U. - P.H.**

Mme ABRAVANEL P.	Biochimie, Virologie Hygiène
M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CHASSANG N.	Généraliste
Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN I.	Cytologie
M. CORRE J.	Hématologie
M. DEDOUT F.	Médecine Légale
M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
M. DESPAS F.	Pharmacologie
M. EDOUARD Y.	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Y.	Médecine du Travail
Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
M. GASQ D.	Physiologie
Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET S.	Nutrition
Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. LAIREZ O.	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE B.	Biochimie
Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. MEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme PERQUET B.	Nutrition
Mme NASH N.	Neurologie
Mme PRADDAUCE F.	Physiologie
M. RIMAUJOU J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SONNET A.	Pharmacologie
M. TRAGZUK J.	Immunologie
M. VALLET P.	Physiologie
Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie

**M.C.U.**

M. BISMUTH S.	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT ME.	Médecine Générale
Mme ESCOURROU B.	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES X  
Dr BRILLAC Th  
Dr ABITTEBOUL Y.  
Dr CHICCOLAIA B.

Dr BISMUTH M  
Dr BOYER P  
Dr ANE S.

## **Nos remerciements**

### **À Monsieur le Professeur Oustric,**

Nous vous sommes reconnaissants de l'honneur que vous nous faites de présider notre jury de thèse. Veuillez recevoir le témoignage de notre profond respect.

### **À Monsieur le Professeur Vidal,**

Nous vous exprimons nos plus sincères remerciements pour l'intérêt que vous avez porté à notre sujet, et pour l'honneur que vous nous faites de juger notre thèse.

### **À Madame le Docteur Escourrou,**

Nous vous remercions pour votre bienveillance, nous vous sommes très reconnaissants pour tous les conseils que vous nous avez apportés, en nous guidant dans l'apprentissage de cette méthodologie qualitative. Soyez assurée de notre gratitude et de notre respect sincère.

### **À Monsieur le Docteur Gendre,**

Pour l'honneur que vous nous faites de juger cette thèse, pour votre soutien et votre compagnonnage bienveillants, nous vous sommes extrêmement reconnaissants, et vous témoignons notre sincère amitié.

### **À Monsieur le Docteur Alric,**

Qui avez dirigé cette thèse, merci pour votre attention, votre patience, et pour les conseils que vous nous avez prodigués tout au long de ce chemin. Nous espérons que ce travail sera à la hauteur de votre confiance, et vous exprimons notre sincère reconnaissance et notre respect le plus profond.

### **Aux médecins qui ont participé aux réunions,**

Nous vous adressons à nouveau nos remerciements les plus chaleureux pour le temps que vous nous avez consacré. Quelque part, ce travail est aussi un peu le vôtre.

## **Remerciements de Sébastien**

### **À Maman, merci pour ton amour,**

Merci de m'avoir permis d'être celui que je suis aujourd'hui, de m'avoir soutenu tout au long de ma vie et de mes études. Je ne te remercierai jamais assez. Je t'aime

### **À Papa, merci pour ton amour,**

Merci de m'avoir permis d'être celui que je suis aujourd'hui, merci pour ton soutien et pour les valeurs que tu as su me transmettre. Je t'aime

### **À Mumu, ma petite sœur,**

Merci pour ton amour, ta complicité et ton humour inégalable, qui rendent ma vie si savoureuse. Je t'aime et serai toujours là pour toi, tu le sais.

### **À Aurélie, mon amour,**

Merci pour ta tendresse, ton réconfort, et bien sûr tout le soutien et l'amour que tu me témoignes depuis le début de cette thèse et de notre voyage ensemble. Je t'aime fort.

### **À vous mes amis de tous horizons,**

Merci pour les excellents moments passés, et bien sûr pour ceux à venir!

Mention spéciale à Julien, mon ami de toujours, pour ta relecture attentive et tes conseils toujours judicieux.

### **Enfin à mes maîtres de stage et mes Co-internes,**

Merci pour les bons moments passés ensemble, ce fut un plaisir de vous rencontrer, de travailler ensemble, et de m'épanouir à vos côtés!

## **Remerciements de Julie**

### **A Mathieu, mon mari,**

Pour son amour, son soutien et la belle histoire que nous construisons chaque jour, je t'aime.

### **A Éloïse,**

Pour ses sourires, sa joie de vivre et son amour, tu es mon rayon de soleil, je t'aime.

### **A mes parents,**

Pour votre soutien, votre amour et notre complicité, je vous aime.

### **A ma sœur et mes frères,**

Pour vos encouragements et votre amour, je vous aime.

### **A mes nièces et à ma filleule,**

Pour vos éclats de rire et votre tendresse, je vous aime.

### **A tous mes amis,**

Pour votre soutien et votre amitié infaillible.

### **A mes co-internes,**

Pour tous les moments passés à vos côtés, l'aventure a été belle grâce à vous.

### **A mes maitres de stage,**

Pour votre bienveillance et votre désir de m'apprendre.

# TABLE DES MATIERES

<b><u>INTRODUCTION</u></b>	1
<b><u>METHODE</u></b>	4
1) <u>Méthode choisie</u>	4
2) <u>Bibliographie</u>	4
3) <u>Les investigateurs</u>	5
4) <u>Population</u>	5
5) <u>Ethique</u>	6
6) <u>Recueil des données</u>	6
7) <u>Codage et analyse thématique des données</u>	7
8) <u>Les entretiens</u>	7
<b><u>RESULTATS</u></b>	9
1) <u>Données générales</u>	9
A) <u>Caractéristiques de la population.</u>	9
B) <u>Caractéristiques des entretiens.</u>	10
2) <u>Réponse à la question de recherche et à l'objectif secondaire.</u>	10
A) <u>Qui soigne les médecins généralistes ?</u>	10
1) <u>Quel médecin?</u>	10
a) <u>Un généraliste</u>	10
b) <u>Soi-même</u>	11
c) <u>Un médecin autre que soi-même</u>	11
2) <u>L'organisation de la consultation</u>	12
a) <u>Où ?</u>	12
b) <u>Quand ?</u>	12
c) <u>Pourquoi ?</u>	12
d) <u>Le paiement</u>	12
3) <u>Les difficultés rencontrées</u>	13
a) <u>Pour ceux qui sont leur propre médecin traitant</u>	13
b) <u>Pour ceux qui consultent un confrère</u>	14

B) Qui soigne les proches des médecins généralistes ?	16
1) Quels proches?	16
a) Les enfants	16
b) Le conjoint	17
c) Les parents	17
d) Les beaux-parents	17
e) Les proches	17
2) La prise en charge	17
a) La distance	18
b) Le niveau d'intervention	18
c) Les limites	18
3) Les conséquences	19
a) Médicales	19
b) Relationnelles	19
<b><u>ANALYSE ET DISCUSSION</u></b>	21
<b><u>1) Analyse de la méthode et biais</u></b>	21
A) Constitution de la population	21
B) Les médecins interrogés	21
C) Composition des groupes	21
D) Les entretiens	22
E) Les animateurs	23
F) L'analyse	23
<b><u>2) Analyse des résultats</u></b>	23
A) Les médecins	23
1) Une vision négative de leur prise en charge	24
2) Le « burn out », absent du débat	25
3) Pas d'ultra-spécialité !	25
4) Le paiement, un faux problème ?	26
5) Médecin ou patient ? Médecin et patient ?	26
B) Les proches	27
1) Vous avez dit « bobologie » ?	28
2) Raisonnement médical et affect : sont-ils incompatibles ?	28

<u>3) Discussion et propositions</u>	29
A) Former ? Informer ?	29
B) Un système en équilibre ?	30

<b><u>CONCLUSION</u></b>	31
--------------------------	----

## **BIBLIOGRAPHIE**

### **ANNEXES**

Annexe 1 :	Guide d'entretiens
Annexe 2 :	Caractéristiques de l'échantillon du premier entretien à Cahors Caractéristiques de l'échantillon du deuxième entretien à Figeac Caractéristiques de l'échantillon du troisième entretien à Puy-L'évêque Caractéristiques de l'échantillon du quatrième entretien : PMI du Lot
Annexe 3 :	Extrait de l'arborescence
Annexe 4 :	Représentation graphique de l'Evidence-Based-Medicine selon Haynes
Annexe 5 :	Liste des acronymes

# INTRODUCTION

Arrivant en fin de cursus étudiant, période charnière entre le statut d'interne et celui de Docteur en médecine générale, nous nous trouvons confrontés à la question de la prise en charge médicale. Non pas la prise en charge de nos patients, mais notre propre prise en charge, question peu ou pas abordée lors de nos études.

En 1978, l'Organisation Mondiale de la Santé <sup>1</sup> (OMS) définit la notion de soins primaires comme étant « des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté du pays ».

En 2002, la WONCA <sup>2</sup> (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) propose une définition de la médecine générale et du rôle du médecin généraliste en 11 points :

- 1) premier contact avec le système de soins
- 2) coordination des soins avec les autres professionnels de soins primaires
- 3) approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.
- 4) consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient
- 5) soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.
- 6) démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
- 7) gestion simultanée des problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.
- 8) intervention à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies
- 9) promotion et éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.
- 10) responsabilité spécifique de santé publique.
- 11) réponse aux problèmes de santé dans leurs dimensions physiques, psychologiques, sociales, culturelles et existentielles.

En 2004, la notion de médecin traitant apparaît avec la réforme de l'assurance maladie<sup>3</sup>. C'est un médecin généraliste ou spécialiste que l'assuré choisit et déclare à l'assurance maladie dès qu'il a plus de 16 ans. Le médecin traitant est un interlocuteur privilégié, qui coordonne les soins, oriente le patient, gère son dossier médical et a une action de prévention.

Si le médecin généraliste traitant est un pivot de la prise en charge globale de la santé des patients, la prise en charge médicale du médecin généraliste lui-même n'est pas abordée. Qui soigne les médecins généralistes ? Le médecin traitant peut-il être un médecin-patient ?

En 2000, dans le rapport « L'aptitude à l'exercice médical et la santé du médecin »<sup>4</sup>, la Commission Nationale Permanente (CNP) insistait sur :

« - l'impérieuse nécessité d'une évaluation de l'aptitude physique et mentale des étudiants en médecine avant qu'ils ne s'engagent dans l'irréversible voie du troisième cycle ;  
- l'intérêt d'un suivi médical du médecin en exercice, pour sa propre sécurité comme pour la sécurité des patients dont il a la charge ;  
- et le fait que le médecin malade puisse être pris en charge comme tous les patients, en particulier avec confidentialité totale. Elle évoquait même l'idée d'une structure régionale qui pourrait veiller à la santé du médecin, faciliter son exercice professionnel en cas de difficultés, et protéger matériellement sa famille ».

En 2004, dans son rapport « L'entraide ordinaire »<sup>5</sup>, cette même CNP proposait :

« - un meilleur dépistage et une meilleure écoute des médecins en amont, dès le début des études,  
- la nécessité d'un suivi médical du médecin et la prévention de l'automédication,  
- l'accès aux soins pour les médecins généralistes similaires à celui des patients non médecins en insistant sur la très grande confidentialité du suivi,  
- la possibilité d'une aide financière et dans les démarches administratives pour les médecins en difficulté et leur famille ».

Dans son rapport de 2008 intitulé « Le médecin malade »<sup>6</sup>, le Conseil National de l'Ordre des Médecins dressait un constat inquiétant sur la santé des médecins ; il relevait, pêle-mêle : les dangers de l'automédication et les problèmes de survie financière du cabinet directement liés à la maladie du médecin. Il consacrait deux chapitres entiers à la santé mentale des médecins, au syndrome d'épuisement professionnel (ou « Burn Out »), aux pratiques addictives, et enfin aux pathologies psychiatriques invalidantes.

Malgré ces constats, plus de 80% des médecins généralistes sont leur propre médecin traitant déclaré. Face à ce paradoxe, nous avons essayé de déterminer les critères de choix pour leur prise en charge médicale, d'en voir les avantages et les inconvénients.

Parallèlement, nous sommes souvent sollicités par nos proches pour nos connaissances médicales. Nous nous sommes questionnés sur la réponse à apporter à ces situations. Bien souvent, et parce qu'ils sont là, les médecins généralistes assurent la continuité des soins. Si leur rôle se limite souvent à des interventions ponctuelles, certains deviennent eux mêmes le médecin traitant de leur famille. Ils s'engagent alors dans une véritable relation thérapeutique intra- familiale.

Nous avons abordé, comme objectif secondaire, la question de la prise en charge des proches par les médecins généralistes. En sont ils acteurs ou non, et sur quels critères ? Est ce un choix ou une situation subie ?

Nous avons choisi de faire une étude qualitative avec des entretiens en « focus group », méthode la plus adaptée à notre question de recherche. Nous voulions comprendre les déterminants des choix des médecins dans leur prise en charge médicale et celle de leurs proches, sans chercher à quantifier.

On ne pouvait dresser un portrait robot de ce médecin des médecins, car nous sommes tous différents. Cette méthode qualitative a en revanche permis de réfléchir sur la distance séparant les pratiques actuelles des solutions déjà proposées.

Les « focus group » ont ainsi réunit des médecins généralistes d'horizons variés, avec un vécu propre et un abord très personnel de ces questions, dans une atmosphère toujours chaleureuse, parfois émouvante, et bien souvent ironique. Cette méthodologie qualitative nous a donc permis de recueillir une diversité de témoignages, qui ont illustré les avantages et les inconvénients de ces prises en charge.

Internes en médecine générale en fin de Diplôme d'Etudes Supérieures, et avec pour projet une installation en médecine générale libérale à Cahors, c'est dans le Lot que nous avons choisi de questionner les médecins généralistes et futurs confrères sur leur prise en charge médicale et celle de leurs proches.

Qui soigne les médecins généralistes et leurs proches dans le Lot ?

# METHODE

## **1) Méthode choisie**

Il s'agit d'une étude qualitative en entretiens collectifs ou « focus group ».

Nous avons choisi une méthode qualitative car il existe déjà des statistiques sur la prise en charge des médecins, et de leurs proches. Nous avons cherché à comprendre les raisons de ces choix, leurs avantages, les freins parfois à faire évoluer les pratiques.

Nous avons choisi le « focus group », entretien qui a l'avantage d'utiliser la dynamique de groupe.

Il s'agissait de réunir un groupe de personnes pour recueillir des informations sur un ou plusieurs thèmes. La méthode consistait à interroger un groupe de médecins généralistes, lotois, sur leur prise en charge médicale et celle de leurs proches. Un animateur modérait l'entretien, sans procéder à un questionnaire strict. Il ne cherchait pas nécessairement à faire émerger un consensus.

Les entretiens ont été réalisés avec un guide d'entretien, enregistrés et retranscrits en intégralité. Ensuite nous avons analysé les données transcrites intégralement via une analyse thématique à l'aide d'un tableau. Tout au long de la méthode, nous avons fait un travail de réflexivité tant sur la question que sur l'analyse. Le guide d'entretien a ainsi évolué pour préciser les multiples points de vue au cours des entretiens suivants (Annexe 1). Nous avons arrêté les « focus group » lorsque la saturation des données nous a semblé obtenue.

## **2) Bibliographie**

Une première recherche a été menée au mois de mai 2014.

Elle s'est portée sur la banque de données Pascal, qui recense les travaux de thèse, sur Pubmed, Doc'Cismef et CairnInfos (base de données en sciences humaines). Les principaux mots-clés utilisés ont été : « généraliste » et « traitant », « généraliste » et « proches », « automédication », « se soigner ». En anglais, nous avons saisi « physician », « self-care », « ethics », « self medication ». Nous avons également fait une recherche sur Google, Google scholar, sur les sites du Conseil National de l'Ordre de Médecins, le Code de déontologie médicale, et le serment d'Hippocrate.

Une actualisation des recherches a été réalisée au mois de juin 2015, sur les mêmes sites. Elle a été complétée par l'étude des bibliographies des différentes thèses lues, afin d'obtenir des données pertinentes supplémentaires.

### **3) Les investigateurs**

Nous avons deux profils différents :

Sébastien Aguillon, 28 ans, promotion 2011, issu d'une famille ne contenant aucun médecin, en couple sans enfant, médecin remplaçant.

Julie Marre épouse Petit-Castagnet, 28 ans, promotion 2012, fille de médecin généraliste et petite fille de radiologue, mariée, une enfant, interne en 6ème semestre de médecine générale.

Nos profils respectifs et nos expériences personnelles ont enrichi et animé nos débats.

Nous nous sommes partagés les rôles. Sébastien a réalisé seul les deux premiers « focus group ». Il a organisé les rencontres et a joué le rôle de modérateur au cours des deux soirées. Julie a rejoint l'étude entre le deuxième et le troisième « focus group ». Sébastien a été modérateur pour la troisième soirée et Julie observatrice, alors que les rôles ont été inversés lors du quatrième et dernier « focus group ».

### **4) Population**

L'échantillonnage a été raisonné, volontaire et évolutif, afin d'obtenir la plus grande diversité de médecins généralistes lotois interrogés.

Etaient ainsi inclus des médecins généralistes lotois, en activité, en secteur libéral ou salarié, toutes classes d'âge confondues. Les tableaux de répartition figurent en annexe (annexe 2).

Nous avons recruté les participants via nos maîtres de stage pour trois « focus group », et par téléphone pour l'un. C'est Sébastien qui s'est occupé de l'organisation et du recrutement des trois premiers et Julie qui s'est occupée du quatrième. Le recrutement a été réalisé sur la base du volontariat. Nous avons eu une annulation lors du dernier « focus group » pour empêchement personnel. Pour les autres groupes, nous n'avons pas eu de refus explicite puisque la participation était basée sur le volontariat. Nous n'avons pas pu comptabiliser les « absents ».

## **5) Ethique**

Nous n'avons pas soumis notre guide d'entretien à un comité d'éthique indépendant. Néanmoins, le consentement de tous les médecins interrogés a été recueilli oralement avant le début de chaque enregistrement. Le caractère anonyme des données leur a été assuré. L'anonymisation a été effectuée lors de chaque transcription.

## **6) Recueil des données**

Le recueil des données a été réalisé lors d'entretiens collectifs en « focus group ». Il a été fait par Sébastien pour les deux premiers et par nous deux lors des deux suivants. Pour tous les groupes, les données ont été recueillies par enregistrement audio (dictaphone) et prise de notes.

La retranscription des entretiens a été réalisée de façon intégrale avec anonymisation des données par Sébastien sur logiciel Word.

Le débat a été mené à l'aide d'un guide d'entretien qui a évolué au fil des groupes. Initialement, il a été réalisé par Sébastien, d'après les données de la littérature. Puis il a évolué après chaque entretien grâce à notre travail de réflexivité. Pour chaque groupe, les participants connaissaient notre statut, médecin remplaçant pour Sébastien et Interne en Médecine Générale pour Julie. Ils connaissaient le sujet de recherche, mais aucune autre donnée n'avait été fournie avant les entretiens.

Après chaque entretien, nous nous sommes réunis pour discuter des conditions de recueil des données. Nous avons analysé le contexte dans lequel s'était déroulé l'entretien, la tonalité des réponses données, et leur influence sur la signification des paroles des médecins. Nous avons fait une analyse du contexte d'énonciation après chaque « focus group ».

Après transcription en intégralité et analyse thématique, nous nous réunissions pour nous accorder sur le sens des données recueillies. Le guide était alors modifié en fonction de l'émergence de nouvelles données ou pour mener plus loin la réflexion des participants sur certains sujets. C'est ce travail de réflexivité que nous nous sommes attachés à mener tout au long de la méthode, tant sur la recherche, les entretiens que leur analyse.

## **7) Codage et analyse thématique des données**

Après retranscription d'un entretien, nous avons codé le texte, en appliquant des règles communes que l'on avait définies au préalable. Chaque verbatim a été découpé en unité de sens. Un code ou étiquette a été donné à cette unité de sens en fonction du contexte dans lequel elle a été énoncée.

L'analyse a été faite en aveugle par chacun de nous. Puis les données ont été échangées et comparées. Cette étape a permis une lecture complète du codage déjà effectué, et de repérer les points de désaccord dans le codage de certaines citations. Enfin nous nous réunissions à nouveau pour résoudre les désaccords. Les différences de codage étaient peu nombreuses. Il s'agissait le plus souvent d'une erreur de découpage : une citation avait été codée, alors qu'elle pouvait être scindée en deux unités de sens, et donc traduite par deux codes.

L'analyse thématique a été faite à l'aide d'un tableau sur logiciel Excel. Un tableau de codage a progressivement été complété, de la droite vers la gauche.

Thèmes	Sous-thèmes	code	Citation E1	Citation E2	...
	←				
	←				

*Un extrait de tableau de codage figure en annexe (annexe 3).*

Il s'agit d'une analyse à postériori. Au fur et à mesure des entretiens, de nouveaux codes apparaissent, d'autres se répètent. Les codes sont regroupés en sous-catégories, puis en catégories et enfin en thèmes.

## **8) Les entretiens**

Le premier entretien a eu lieu à Cahors, au cours d'une soirée de Formation Médicale Continue (FMC). Le Dr Alric, maître de stage et maître de thèse, membre de l'association Jeudi Form', a permis l'organisation de cette première soirée.

Cahors est le chef lieu du département, les médecins présents avaient une bonne représentativité en termes de sexe, âge, mode de fonctionnement (seul, en association, hospitalier). L'enregistrement a eu lieu dans un restaurant. Il y avait treize participants, tous volontaires, dont un couple. Une présentation de dix minutes, à l'aide d'un PowerPoint, a permis d'introduire le sujet. Puis les médecins ont été interrogés. L'ambiance était détendue et conviviale, le cadre s'y prêtant.

Le second recueil a eu lieu à Figeac, lors d'une soirée de FMC, du groupe Prescrire. Ce sont les maîtres de stage SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé Figeac) qui ont permis d'accéder à ce groupe de médecins.

Le choix s'est porté sur Figeac pour plusieurs raisons : lieu de stage, donc l'aspect pratique a compté ; deuxième ville du département, avec une désertification médicale en train d'apparaître ; la plupart des médecins sont installés seuls, avec une activité plus rurale.

Il y avait cinq participants, tous volontaires, dont un couple. À noter, parmi eux, un cardiologue (l'organisateur du groupe de FMC). Lors d'une première soirée, la même présentation a permis d'aborder le sujet de recherche. Les questions étaient sensiblement les mêmes. Les réponses et surtout les questionnements des médecins ont permis de faire émerger des problématiques nouvelles au cours de la deuxième soirée du débat.

L'ambiance était studieuse, l'entretien se déroulant dans une salle de réunion.

La troisième réunion a eu lieu à Puy l'évêque. Les médecins du secteur de garde Prayssac – Puy l'Evêque se réunissaient pour organiser leur planning de garde des mois à venir, dans un restaurant. Sébastien a présenté le sujet aux deux organisateurs de la soirée ; ceux-ci ont accepté de l'intégrer à leur ordre du jour, ce qui fut accepté par l'ensemble des confrères. Prayssac et Puy-L'évêque représentent un territoire rural, avec des médecins plus âgés, très peu de maîtres de stage. Donc des profils différents de ceux déjà interrogés, raisons pour lesquelles nous avons souhaité leur participation.

Sept médecins ont pris part à l'entretien. Les conditions de réunion n'ont pas permis de présenter le sujet par PowerPoint, cela fut fait oralement. Sébastien occupait le rôle de modérateur, Julie d'observatrice. L'ambiance était détendue, parfois émue à l'évocation de certaines expériences personnelles. Les médecins ont donné l'impression de participer avec intérêt.

Le quatrième recueil a eu lieu chez Julie, au cours d'un déjeuner. Le recrutement s'est effectué grâce à un stage effectué à la Protection Maternelle et Infantile (PMI) du Lot. Les médecins de PMI permettaient de diversifier la population par leur exercice salarié et leur sensibilisation à la prévention.

Cinq médecins de la PMI du Lot ont participé, dont un couple. Une des médecins était pédiatre. Une des filles du couple de médecins était présente. La présentation du sujet et l'état des lieux des connaissances actuelles ont été fait oralement. Julie tenait le rôle de modératrice et Sébastien celui d'observateur. L'ambiance était conviviale.

Nous avons proposé à chaque participant de leur communiquer les résultats une fois la thèse achevée.

# RESULTATS

## 1) Données générales

### A) Caractéristiques de la population

<b>Nombre de médecins interrogés</b>			
Cahors	Figeac	Puy-L'évêque	PMI
13	5	7	5
<b>Sexe</b>			
Femmes		Hommes	
13		17	
<b>Age</b>			
L'âge des médecins interrogés s'étalait de 32 à 65 ans :			
<40 ans	41-50 ans	51-60 ans	>60 ans
1	6	17	6
<b>Médecin traitant déclaré</b>			
Soi-même	Du conjoint	Des enfants	D'un confrère
Oui	19	16	15
Non	11	13	12
		1 célibataire	3 sans enfant
A noter, il y avait quatre couples de médecins			
<b>Zone d'installation</b>			
Urbain	Semi-rural		Rural
8	15		7
<b>Mode d'exercice</b>			
En association	Seul	Structure (PMI, hopital)	
15	8	7	
<b>Type d'activité</b>			
Libérale	Hospitalière	Mixte	PMI
20	2	2	6
<b>Maître de stage</b>			
Cahors	Figeac	Puy-L'évêque	PMI
2	3	2	4

*Tableau 1 Caractéristiques générales de la population*

## **B) Caractéristiques des entretiens.**

Les entretiens se sont déroulés du 17 septembre 2014 au 20 janvier 2015. La durée des entretiens variait de 45 minutes à 1h10. Leur durée moyenne était de 53 minutes. Ils se sont déroulés au restaurant pour deux d'entre eux, dans une salle de réunion pour l'un, et chez Julie pour le dernier.

Le critère d'inclusion était le fait d'être un médecin généraliste, actif, exerçant dans le Lot et acceptant de participer aux entretiens. Sur les trente médecins interrogés, 28 répondaient au critère d'inclusion. Il y a avait également un cardiologue (organisateur d'une des soirées de FMC) et une pédiatre (à la PMI), ainsi que la participation d'une fille de médecins (lors du 4ème entretien). La saturation des données a été obtenue à l'issue du quatrième entretien.

## **2) Réponse à la question de recherche et à l'objectif secondaire.**

### **A) Qui soigne les médecins généralistes**

#### **1) Quel médecin ?**

##### **a) Un généraliste**

Dans la majorité des cas, les médecins sont leur propre médecin traitant. S'ils devaient choisir un médecin traitant autre qu'eux même, ils choisiraient un médecin généraliste conventionné en secteur 1. Ils le choisiraient pour sa vision globale de la médecine, ses qualités humaines et le soutien qu'il peut leur apporter. Ils considèrent aussi que c'est le médecin « le plus accessible ». Ils souhaiteraient un omnipraticien car ils pensent les spécialistes d'organes trop spécialisés, justement. Les principaux critères de choix énoncés sont la compétence du médecin et la confiance que le médecin-patient lui accorde. Les médecins considèrent qu'un seul médecin traitant suffit car ils pensent que multiplier les intervenants augmente le risque d'erreur (« plus nous allons consulter de médecins et plus le diagnostic va être erroné »). Pour autant certains n'hésitent pas à demander l'avis de plusieurs médecins pour se faire leur propre idée.

La majorité n'estime pas nécessaire d'être formés à la relation médecin/médecin-patient. « Par essence », ils s'en sentent aptes et savent déjà adapter leur discours aux patients. Faut-il former des médecins pour soigner les médecins ? Ils pensent qu'il s'agirait ni plus ni moins que d'une « ultra spécialité » à l'opposé de leur formation

générale. Quelques médecins estiment cependant qu'une telle formation « serait intéressante ».

### **b) Soi-même**

Pour les médecins qui prennent eux-mêmes en charge leur santé, leur décision est motivée par « l'évidence » d'être leur propre médecin traitant (« je me suis jamais posé la question ») et par l'aspect pratique de la situation. Ils estiment qu'étant généralistes, ils remplissent déjà ce rôle (« le regard de généraliste, je l'ai déjà eu »). Ils savent « avancer dans la pathologie », et préfèrent avoir une première approche diagnostic et thérapeutique d'eux mêmes avant de consulter un confrère secondairement si besoin (« on s'auto médique, mais le jour où tu vois que ça marche vraiment pas ce que tu as fait, bon on va voir un spécialiste »).

Ils sont opposés à une éventuelle interdiction de se déclarer médecin traitant et estiment que « la coercition entrainera (...) encore plus de déviance ». Ils ont rapidement imaginé des moyens de contourner de telles mesures (« si tu peux pas te faire d'ordonnance à ton nom, tu la feras au nom de ta femme et ça reviendra au même »). De plus, ils expliquent respecter la logique globale du parcours de soins puisque ils en réfèrent régulièrement à un confrère généraliste avant de prendre l'avis du spécialiste. En comparaison, pour les médecins interrogés, l'attitude des spécialistes qui se tournent spontanément vers leurs confrères spécialistes en premier recours serait à l'origine « d'une errance, avec des retards de diagnostic énormes ».

### **c) Un médecin autre que soi-même**

D'autres médecins ne souhaitent pas être leur propre médecin traitant. Il peut s'agir alors d'un membre de la famille, du conjoint, d'une personne neutre ou issu « d'un réseau d'intimes » sans pour autant choisir un véritable ami. Certains ont été amenés à faire ce choix car ils souffrent d'une maladie chronique et ont ressenti le besoin de désigner « une tierce personne qui prenne les décisions ». Parfois, ce choix a eu pour but de se décharger ou de libérer un membre de leur famille qui occupait jusqu'alors ce rôle. La consultation peut même être vécue comme un moment de lâcher prise (« C'est vraiment un moment génial de s'abandonner »). D'autres pensent qu'ils déclareraient un médecin traitant autre qu'eux même s'ils avaient un problème de santé important, ou pour que ce médecin impulse dépistages et prévention.

## **2) L'organisation de la consultation**

### **a) Où ?**

Les médecins consultent généralement au cabinet médical. C'est une réponse évidente pour les médecins qui consultent un médecin autre qu'eux-mêmes mais certains ont évoqué la peur d'être vu dans une salle d'attente. Pour les médecins qui se prennent en charge, c'est le plus souvent à leur cabinet ou à la maison. Pour l'ensemble des médecins généralistes, le médecin traitant se situerait à proximité, c'est-à-dire dans leur propre bassin de vie et/ou d'exercice. Ils consentent à parcourir un peu de distance en cas de compétences particulières (« Parce que tu peux aussi avoir envie d'être soigné par de l'acupuncture, de l'homéopathie »).

### **b) Quand ?**

Les médecins veulent consulter « comme pour tout le monde ». Cependant, ils admettent l'existence de problèmes de disponibilité « en temps que consultant et en temps que patient ». Aussi, les médecins patients préfèrent prendre « rendez-vous », plutôt « aux horaires extrêmes » de la journée. Ils se mettent « à disposition de celui qui va consulter » et lui précisent si « c'est urgent ou pas ». Ils consultent « quand le médecin est le moins dérangé », afin « de se respecter » entre confrères.

### **c) Pourquoi ?**

Sur le plan médical, la consultation a lieu à plusieurs stades, qui dépendent de l'appréciation du médecin patient. Si une pathologie « génère des inquiétudes », ou si « une urgence » est pressentie, le médecin se consulte ou va consulter un confrère. Parfois lorsque les symptômes se sont déjà installés, quand le médecin souffre et ne peut pas résoudre le problème seul (« si c'est aigu, si t'es coincé, si t'as une sciatique »). Le médecin consulte aussi « quand l'auto médication ne marche plus », quand « ça récidive » ou après avoir laissé évoluer (« on l'ignore souvent », ou « moi je laisse trainer »). Enfin « la pression de l'entourage est importante » et peut pousser le médecin à consulter.

### **d) Le paiement**

Le paiement de la consultation a prêté à discussion. Certains sont favorables au paiement, et sont gênés de ne pas payer. Ils peuvent avoir « peur de déranger un confrère » et ce serait aussi un frein éventuel à reconsulter (« parce que s'il y a une dette, la

personne peut être gênée, ne pas revenir »). Pour d'autres, « le paiement neutralise la relation », ce serait donc un moyen de « normaliser » la consultation. De son point de vue, le médecin peut également exprimer une gêne car il souhaite ne pas faire payer mais a peur de recevoir en retour un cadeau onéreux (« si tu les laisse pas payer, ils vont te faire un cadeau qui leur coutera encore plus cher que s'ils avaient payé la consultation »).

Au contraire, d'autres médecins sont opposés au paiement d'une consultation. Ils s'appuient en premier lieu sur le serment d'Hippocrate et considèrent que c'est une « tradition qu'il faut vraiment garder ». Ils le justifient aussi par leur appartenance à un milieu professionnel particulier, une forme de partage empathique avec « quelqu'un qui a accueilli la souffrance » et qui « a traversé le même chemin ». Ils considèrent que c'est un avantage qu'ont les médecins. Un médecin avait même l'impression négative que le souhait de payer revenait à estimer que le médecin consulté avait besoin d'argent (« ça sous entends, le pauvre, faut que je le paye, parce qu'il gagne pas grand-chose »).

Néanmoins, il existe une vraie ambivalence pour bon nombre de médecins : « moi je veux bien payer, mais je veux pas faire payer ... » Certains sont conscients de cette ambivalence. D'autres n'ont pas vraiment de réponse à la question (« c'est compliqué ça, je ne pense pas qu'on puisse répondre oui/non, ce n'est pas aussi simple que ça »), ou bien ne se posent pas tant de question car le sujet n'entre pas dans leurs préoccupations du quotidien. Pour expliquer ces différences de point de vue sur le paiement de la consultation, ils ont invoqué « une différence de génération » ou « une différence entre la ville et la campagne ». Une solution proposée serait de faire payer selon le « formalisme de l'examen ».

### **3) Les difficultés rencontrées.**

#### **a) Pour ceux qui sont leur propre médecin traitant**

Lors d'une auto prise en charge, le principal problème évoqué est le manque de prévention. Certains estiment qu'ils ont « un mauvais suivi », et d'autres parlent d'une impression d'invulnérabilité qui ne les pousse pas à avoir une démarche de prévention. Dans l'organisation même de leur prise en charge, il s'agit plus d'une auto-analyse des symptômes présentés que d'une véritable consultation. Le dossier médical est globalement tenu, même si les médecins peuvent avoir tendance à ne « pas noter le blabla ». Les médecins font parfois appel à un confrère pour mettre en place une thérapeutique qu'ils ne

peuvent pas réaliser seuls (« j'ai pas eu besoin d'un généraliste (...) parce que je savais ce que c'était, mais c'était dur pour se traiter, parce que je n'étais pas très bien »).

### **b) Pour ceux qui consultent un confrère**

Concernant la prise en charge par un confrère, les médecins ont su identifier des problèmes à la fois pour le patient et pour le médecin.

- *Problèmes rencontrés en tant que patient*

Coté patient, la prise en charge pose question dès la prise de rendez vous : certains médecins font « valoir leur droit » pour obtenir un rendez-vous plus rapide, en faisant « le forcing pour avoir un horaire qui les arrange ». D'autres ont l'impression de ne pas être reçus aux horaires classiques, d'être « pris plus vite », même sans demande ouverte de leur part.

Sur le plan matériel, la consultation ne répond pas toujours aux attentes du patient. Le principal problème rapporté est le manque de temps consacré à la consultation, le sentiment d'être vu entre deux pour rendre service et de ne pas avoir été suffisamment écouté (« le souci qu'il y a là, c'est que souvent quand on prend rendez-vous, et qu'on connaît le médecin, il va te prendre entre deux, ou rapidement, avant ses premières consultations. Soit t'es vite vue parce qu'il veut te rendre service et ça te convient pas, soit t'as vraiment envie d'une consultation pour lui parler et lui est pas disposé »). Les médecins parlent aussi d'un défaut d'organisation avec des oublis d'ordonnances ou un dossier mal tenu (« on oublie de faire l'ordonnance, où on te prend entre deux portes, où on oublie d'écrire sur le dossier ce qu'on t'a fait »). Ils se plaignent d'une absence d'explications ou d'informations (« on passe plus vite sur les choses, on n'explique pas, enfin, beaucoup moins ») justement parce qu'ils sont médecins et donc « censés avoir l'information ». Tout cela entraîne chez les médecins-patients le sentiment de ne pas toujours être pris en charge de manière adéquate et un sentiment d'insatisfaction.

Dans la relation médecin/médecin-patient, les médecins ont la volonté de consulter comme tout patient. Certains mettent en place des stratégies pour « normaliser » la consultation : vouvoiement, ne pas dévoiler son statut de médecin. Ils attendent de leur médecin de jouer leur rôle de médecin, c'est à dire de prendre les décisions nécessaires et d'affirmer leur autorité. Malgré cela, une relation « normale » paraît impossible car le

médecin patient « ne peut pas faire abstraction complètement » de son savoir et de son statut.

Pour les actes de gynécologies, les femmes médecins se sentent obligées d'aller consulter un gynécologue, car bien sûr elles ne peuvent pas se débrouiller seules. Mais aussi car elles seraient gênées de consulter un confrère généraliste bien qu'ils fassent des suivis gynécologiques. Certains hommes aussi ont déclaré avoir plus facilement accès au spécialiste pour des pathologies intimes (« si c'est un truc un peu intime, ou un peu ... par exemple si je me soupçonnais un cancer de la prostate, je n'irais pas voir un collègue local, je pense que j'irai directement au collègue spécialiste »).

- *problèmes rencontrés en tant que médecin*

Comme on l'a exprimé précédemment, bien qu'interrogés en tant que patients, les médecins avaient souvent tendance à répondre aussi sous le prisme du médecin.

Pour plusieurs médecins, prendre en charge un confrère n'est pas un problème. Ils expliquent qu'ils arrivent à faire abstraction de cette donnée (« médecin dans la petite case des renseignements professionnels, mais il arrive un moment où c'est un patient comme un autre »).

D'autres expriment clairement des difficultés à se positionner dans cette relation thérapeutique. Ils évoquent une sensation de malaise. Mais cette difficulté serait peut être plus liée à la proximité du patient qu'à sa profession (« le plus difficile, c'est pas de savoir que le type en face il est médecin, c'est de savoir « est ce que je le connais » »). Finalement, il ne peut pas y avoir d'abstraction totale de l'identité du patient. Cette problématique est quotidienne dans l'activité médicale avec chaque patient. En revanche un médecin ressentira une gêne si le patient cache sa profession de médecin, et il aura peur d'être jugé. Dans ce type de relation, il paraît donc important « de bien clarifier la situation au départ », c'est-à-dire de connaître les attentes du patient (« qu'est ce que vous attendez de moi, quelle relation cherchez-vous à avoir avec moi ? ») et de poser son mode de fonctionnement. La prise en charge en elle-même peut poser des difficultés. Certains seront plus interventionnistes par exemple (« je vais être excessive, je vais demander plus d'exams complémentaires, je vais peut être plus chercher que d'emblée sans se donner quelque part une chance de faire un diagnostic et se donner une chance que ça fonctionne avec le traitement que tu mets »). D'autres pensent que la pudeur du médecin envers son

confrère patient peut limiter son action (« il y a des choses qu'on va aller demander à un patient qu'on va pas faire à un médecin »). Enfin, c'est parfois la pathologie elle-même qui met en difficulté le médecin dans sa prise en charge (« ça dépend vraiment de la pathologie ; la réalité, c'est qu'il y a tellement de pathologies possibles »).

Il y aurait une différence entre la prise en charge d'un confrère actif et les médecins retraités. Pour les premiers, les médecins parlent d'un partage de connaissances et ont tendance à chercher l'adhésion de leur confrère (« une discussion où tu partages la connaissance, tu lui dis ce que tu penses, et tu lui demandes ce qu'il en pense lui en temps que médecin »). Alors qu'il semble « plus simple de soigner un médecin retraité », car le positionnement de chacun est plus clair (« tu as alors la place du médecin »).

## **B) Qui soigne les proches des médecins généralistes.**

### **1) Quels proches ?**

Les médecins ont d'abord précisé qu'il n'était pas possible de généraliser sur la prise en charge des proches car « c'est une décision individuelle ». Certains pensent que comme tout un chacun, « c'est le patient qui choisit ». Mais les médecins relevaient toutefois quelques nuances, notamment en fonction de la proximité du patient (« y'a plusieurs proches quand même, les amis sont moins proches (...) tu les tiens plus à distance que la famille, qui peut pousser beaucoup »).

Suivre ses proches est considéré comme un choix « compliqué ». Certains aimeraient « que leurs proches consultent un confrère », mais reconnaissent que les médecins n'ont pas toujours le choix de prendre ou non en charge leur famille (« c'est pas sûr qu'on nous laisse le choix, d'être médecin ou pas de la famille »). D'ailleurs, ils admettent qu'en pratique, c'est eux qui suivent leur famille justement parce que c'est beaucoup plus pratique.

### **a) Les enfants.**

Plusieurs médecins soignent leurs enfants, cela leur semble être une évidence (« pour les enfants, on s'est jamais posé la question »), ou bien par souci pratique (« tu les as sous la main... enfin, ils t'ont sous la main »). En général, ils les suivent « jusqu'à ce qu'ils deviennent étudiants ».

### **b) Le conjoint.**

Certains suivent également leur conjoint, et à nouveau cela paraît être une évidence (« je me vois pas ne pas être son médecin traitant. Je pense qu'il a confiance (...) je me suis pas posé la question pour mon mari »). Un médecin relevait néanmoins que dans son cas, la réponse était biaisée puisque sa femme était elle-même médecin.

### **c) Les parents.**

Pour les parents, plusieurs médecins ne veulent pas être le médecin traitant, et certains mettent même en place des stratégies pour ne pas les suivre (« je leur ai trouvé un médecin traitant sur Figeac qui leur a signé la déclaration »). Pour certains, l'objectif est de faire suivre leurs parents par une tierce personne qui soit objective et qui ne porte pas un regard d'enfant sur eux (« je les ai fait voir par le SASPAS du cabinet, pour qu'ils soient vus par un autre médecin, avec un œil objectif, et pas avec mon œil d'enfant »). D'autres pensent que le fait de prendre ou non en charge ses parents dépend de la relation entretenue avec eux. En cas de bonne entente, ils n'avaient alors pas de problème à « faire des diagnostics », et conseiller « d'aller chez des spécialistes » si besoin.

### **d) Les beaux-parents.**

Les médecins sont plus catégoriques au sujet des beaux parents pour lesquels dans la majorité des cas, ils refusaient de les prendre en charge.

### **e) Les proches.**

Pour les proches au sens large, alors que certains trouvent facilement leur distance, d'autres estiment « que c'est aussi compliqué, entre les proches et la famille ». Ils établissent un lien entre leur prise en charge et celle de leurs proches : « c'est vrai que ce qu'on dit, c'est valable comme pour nous, ce qu'on disait tout à l'heure ».

## **2) La prise en charge**

Alors qu'un médecin a affirmé avoir appris à soigner ses proches, beaucoup estiment ne pas vraiment avoir mené une réflexion en amont (« on se pose pas toutes ces questions »). Certains parlent même de transgression quand ils prennent en charge leurs proches (« tu tiens pas compte de ce qu'on t'apprend (...) tu transgresses »). Le fait d'être issu d'une famille de médecin semble pour certains leur conférer « un autre œil », leur

permettant d'avoir « une autre vision par rapport à ça ». Ils évoquent alors plutôt un problème dans la passation du rôle de médecin de famille entre génération (« le moment où il te laisse la main parce que ..., c'est compliqué »).

#### **a) La distance.**

Pour les médecins interrogés, la prise en charge des proches nécessite d'imposer une distance thérapeutique, de « se faire respecter par ses proches », quitte à « voir sa famille au cabinet ». L'une des difficultés évoquée que pose cette relation est le fait de rester attentif dans sa prise en charge. Un médecin a précisé que pour lui, il y a « une coresponsabilité » entre le médecin et son proche, et que la santé d'un proche n'incombe pas uniquement au proche médecin, mais est partagée.

#### **b) Le niveau d'intervention.**

Les médecins ont besoin de définir leur niveau d'intervention: pour certains, c'est « pour dépanner » ; pour d'autres donner « des conseils » ; parfois c'était « plus qu'un conseil », à partir du moment où le médecin examinait le proche. Les médecins interrogés ont établi une vraie « différence entre prendre en charge le problème et donner un avis ». Certains ne prennent en charge que des pathologies qu'ils considèrent bénignes (« ça va bien pour les trucs pas graves »), et laissent la main à un confrère en cas de besoin (« une situation où on a l'impression de pas y voir très clair, de pas bien cerner le problème, on demande à un confrère »). Ils peuvent aussi avoir recours à un confrère « pour protéger l'intimité du proche » et en fonction « de la gravité ». Cet interlocuteur peut tout aussi bien être un généraliste qu'un spécialiste.

#### **c) Les limites.**

Bien souvent, les médecins disent s'occuper de la bobologie pour leurs proches. En leurs faisant préciser, la prise en charge des proches ne se résumait pas forcément à la bobologie. Pour certains cela peut inclure des pathologies graves ou urgentes (« si ton beau père ou ta belle mère viennent te voir parce qu'ils ont une douleur thoracique, tu les verras quand même »). L'une des limites les plus reconnues est du « domaine de la pudeur », de l'intime, tout ce qui peut mettre « mal à l'aise » le proche et le médecin. Finalement, les limites de la prise en charge de ses proches semblent assez subjectives, soit liées à un sentiment « d'inconfort pour l'un ou pour l'autre », soit au « ressenti de ses limites » médicales (« la bobologie s'arrête où l'incompétence débute, non ? »).

### **3) Les conséquences**

#### **a) Médicales**

Pour les proches, la prise en charge peut parfois être inappropriée, notamment par défaut d'organisation (« tu prends pas le temps, t'as la sacoche dans la bagnole, t'as la flemme d'aller la chercher ») ou de rigueur (« ma fille, je lui renouvelle la pilule, je l'examine pas »). Certains ont également l'impression d'une prise en charge superficielle, de trop survoler. Cela pourrait occasionner une perte de chance pour le proche (« ils sont tous les deux morts dans des conditions d'urgence, je sens que si j'avais pas été médecin traitant peut être qu'ils seraient morts plus tard »).

Ils pensent que la relation thérapeutique intra familiale perturbe le raisonnement médical. Certains constatent une perte d'objectivité qui est beaucoup plus importante avec la famille. Ils ont peur de se tromper, de ne pas rester neutre et donc de ne pas avoir la distance nécessaire pour prendre en charge leur proche avec professionnalisme. Ils pensent être « dépositaire d'informations » qu'ils ont en tant que famille et qu'ils n'auraient pas en tant que médecin. Ils estiment avoir « tendance ou à minimiser, ou à dramatiser ».

Pour d'autres, c'est la complexité de la situation clinique qui peut poser problème (« moi j'ai soigné mon père, où là, il fallait surtout rien faire, le soulager, calmer la douleur, et l'accompagner ; j'ai trouvé ça très difficile »). Cependant, certains ont répondu qu'ils restaient quand même médecins et qu'ils ne pouvaient pas « tout oublier ». La preuve en est, leurs proches ont survécu !

#### **b) Relationnelles**

Les médecins n'ont pas de crainte à être jugés par un confrère dans la prise en charge de leurs proches, même si l'un d'entre eux montrait que l'inverse n'était pas toujours vrai (« quand je sais qu'elle est soignée par la belle fille, je trouve pas ça très bien, je trouve que c'est chaque fois merdique »). Pour eux il n'y a pas de conséquences à suivre ses proches sur leurs liens confraternels. Par contre, la majorité d'entre eux s'accordent à dire que les liens familiaux sont potentiellement les plus affectés lors de la prise en charge des proches. Leur langage est plus tranché (« tu t'adresses pas de la même façon à ta famille qu'à tes proches. T'as pas la même retenue »).

L'une des difficultés majeure était de faire comprendre à leur entourage que refuser de les prendre en charge n'était pas synonyme de rejet (« c'est que le proche en face accepte, (...) c'est hyper compliqué à faire entendre correctement. Ils se sentent tous à chaque fois agressés et abandonnés ; c'est plus abandonnés qu'agressés même »). Les médecins ont parlé des problèmes générés par la prise en charge médicale dans leur relation parent non médecin - enfant médecin (« c'est compliqué dans la relation parents-enfant (...) Pour les parents, t'es quand même toujours l'enfant, qu'ils ont connu fragile, qu'ils ont connu ignorant. Ils ont gardé ça, donc c'est normal. Tu sens, tu sens peut-être... »), ou à l'inverse dans la relation parent médecin – enfant non médecin (« j'étais plus sa maman, j'étais son médecin »). Certains ont décrit une altération de leurs liens amicaux lors de la prise en charge médicale, ce qui les avait conduits à proposer à leurs proches de consulter un autre médecin.

Enfin le bien être des médecins a été le dernier thème abordé quant aux conséquences de la prise en charge de leur entourage. Ils se sentent toujours les premiers interrogés (« à la base, on va te demander à toi en premier »), et donc condamnés à répondre aux sollicitations de leurs proches pour leurs connaissances médicales. Quelques médecins peuvent avoir un sentiment de culpabilité (« je m'en suis voulu très longtemps »), avec des effets encore perceptibles dans le présent (« on se met dans des situations inconfortables dont on ressort pas intact »).

# ANALYSE ET DISCUSSION

## **1) Analyse de la méthode et biais.**

### **A) Constitution de la population.**

La population étudiée se voulait représentative de la diversité des médecins généralistes du Lot. La saturation des données a été théoriquement obtenue. L'échantillon était cependant hétérogène en termes d'âge (étalement des âges de 32 à 65 ans), de sexe, de pratique (seul, en association, en structure), de lieu d'installation (rural, semi-rural, urbain), d'auto prise en charge, de prise en charge de ses proches ou de ses confrères.

### **B) Les médecins interrogés.**

Certains des médecins interrogés ont pu paraître réservés au cours des discussions. Les animateurs, par leur volonté de distribuer la parole, par la durée des entretiens et l'ambiance conviviale des réunions, ont visé à limiter cet effet.

La connaissance préalable du thème de la thèse aurait pu influencer les médecins. Ce risque a été limité en ne fournissant qu'aux médecins « contact » de chaque groupe une explication rapide du travail de recherche sans dévoiler le guide d'entretien. Les autres médecins interrogés n'étaient informés que du thème de la soirée sans plus d'information. Le contexte a été présenté au début de chaque entretien pour introduire le débat. Seul le directeur de thèse, présent au premier entretien, avait une connaissance plus approfondie des questions qui allaient être posées. Le guide d'entretien n'avait pas été soumis à un comité d'éthique, néanmoins le recrutement s'était fait sur la base du volontariat et nous avons veillé à ce qu'aucune question ne soit perçue comme trop intrusive.

### **C) Composition des groupes.**

Chaque groupe de médecins était préexistant (FMC, PMI ou tour de garde). Les médecins interrogés se connaissaient donc entre eux. Cela pouvait potentiellement être à l'origine d'une autocensure sur les questions les plus personnelles, par peur d'un jugement par exemple. Néanmoins, cela permettait d'obtenir rapidement une dynamique de groupe, nécessaire à l'émergence des idées nouvelles recherchées. Alors qu'il est recommandé de travailler par groupe de six à dix personnes, le premier groupe était composé de treize médecins.

Pour le premier focus group, il nous était difficile de limiter le nombre de participants alors que les médecins avaient accepté de choisir notre thème pour leur réunion. Il s'agissait du groupe le plus hétérogène, ce qui potentiellement offrait les réponses les plus variées. Certains participants étaient plus actifs que d'autres, et on peut penser que cela a pu influencer les réponses de certains confrères. Le modérateur s'est efforcé d'encourager la participation de tous en redistribuant la parole.

Le deuxième focus group s'est déroulé en deux soirées, l'une de présentation, l'autre pour le débat. Le nombre de médecins a diminué entre les deux soirées. Ce phénomène n'a pas pu être maîtrisé puisque le recrutement était fondé sur le volontariat. Les médecins ont activement participé au débat et ont manifesté leur intérêt pour notre travail après la soirée de présentation. Il y avait un cardiologue parmi les médecins interrogés. Etant le responsable du groupe de FMC, la réunion n'aurait pu être organisée sans son aide.

Le troisième groupe rassemblait sept médecins. La composition était assez homogène, en termes de sexe, âge, pratique et zone d'installation. De fait, la dynamique de groupe y a été très rapide et l'entretien riche.

Le quatrième groupe rassemblait cinq médecins de PMI, dont une pédiatre. Il s'agissait également d'un groupe homogène, particulièrement sur l'âge, le sexe, et la pratique. Ce fut l'entretien le plus long. Les notions de prévention et de dépistage ont été plus souvent évoquées par ce groupe. Considérant que les médecins de PMI avaient une pratique orientée dans ces domaines, nous avons estimé qu'il s'agissait d'un élément attendu. Aucune autre notion nouvelle n'a par ailleurs émergée. Nous avons donc conclu nos entretiens par celui-ci.

#### **D) Les entretiens.**

L'organisation des entretiens a essayé de limiter les biais. Les interruptions (téléphone) ont été limitées au possible. Les questions étaient ouvertes, formulées le plus clairement, et non embarrassantes. Les entretiens n'ont pas été écourtés par manque de temps. Les lieux étaient neutres, hormis le dernier qui s'est déroulé chez Julie pour des questions pratiques. Nous n'avons pas rédigé de contexte d'énonciation au cours des entretiens. Cependant, nous nous sommes réunis après chaque entretien pour confronter nos impressions générales, et réorienter notre guide d'entretien vers les notions qui nous semblaient intéressantes ou non abordées jusqu'alors.

### **E) Les animateurs.**

Cette méthode qualitative a pour écueil principal un possible manque d'objectivité. Sébastien était à l'origine de cette thèse. Il a débuté seul, réalisant les deux premiers entretiens. Aussi ses opinions et perceptions pouvaient influencer la thèse. C'est pourquoi il a fait appel à Julie pour réduire ce risque. De plus, nos profils respectifs étaient complémentaires : Julie est issue d'une famille de médecin à la différence de Sébastien. Cela a permis d'obtenir un équilibre, tout particulièrement dans l'évolution du guide d'entretien et l'analyse des réponses.

### **F) L'analyse.**

L'entretien collectif ou « focus group » est une méthode qualitative, et à ce titre, le risque principal est d'interpréter les réponses données par les participants selon ses convictions personnelles. Tout au long de la thèse, nous nous sommes efforcés de limiter cet écueil par un travail de réflexivité. Julie a écouté les bandes d'enregistrement des deux premiers focus group pour mieux cerner l'ambiance et le contexte dans lesquels les réponses ont été données. Nous avons tous les deux analysé les transcriptions, selon des règles communes que nous avons préétablies. Puis nous les avons confrontées, réalisant une triangulation de toutes nos données. L'interprétation et la thématization ont été menées ensemble, en confrontant nos points de vue.

## **2) Analyse des résultats**

### **A) Les médecins.**

Une majorité de résultats corroborent les données de la littérature. Comme 95% des assurés sociaux<sup>7</sup>, les médecins généralistes veulent un généraliste pour les soigner. Ils le choisissent pour sa compétence, sa vision globale, ses qualités humaines, et son aspect pratique. Cela rejoint les observations de Gruny<sup>8</sup>. Dans sa thèse, les trois critères décisifs dans le choix des patients étaient la compétence médicale, la disponibilité et l'écoute. En France, le taux de médecins auto déclarés est de l'ordre de 8 %<sup>9</sup>. Bien que notre étude soit qualitative, on constate qu'environ deux tiers des médecins interrogés se sont auto-déclarés. Avec quatre couples de médecins sur trente médecins interrogés, la différence pouvait être attendue, ceux-ci ayant tendance à se déclarer mutuellement. Sur le plan de l'organisation de la consultation, nos données correspondent à celles de la littérature,

particulièrement en ce qui concerne les obstacles à l'accès aux soins et les problèmes de disponibilité <sup>10</sup>.

### **1) Une vision négative de leur prise en charge.**

Les médecins qui s'auto-déclarent estiment avoir déjà eu le premier regard de généraliste sur leur santé. En cas de besoin, ils n'hésitent pas à s'orienter vers un confrère, généraliste ou spécialiste. Ils n'ont pas de problème particulier pour leur prise en charge, si ce n'est parfois un manque de prévention, ou du moins des retards pour appliquer les conseils qu'ils prodiguent à leurs patients. Ce manque de prévention, de même que la survenue d'une pathologie grave, peuvent être au contraire des critères de choix pour les médecins suivis par un confrère. En 2010, dans son rapport, la DREES <sup>9</sup> relevait ce paradoxe sur la prévention : si les médecins généralistes ont une moins bonne perception de leur santé, en comparaison de la population générale, ils ont en fait une attitude de prévention de leur santé équivalente voire meilleure. Par exemple, l'étude a constaté dans sa population : une surcharge pondérale moins fréquente, un pourcentage de fumeur inférieur, des comportements de consommation d'alcool à risque moins fréquents, une forte participation au dépistage des cancers gynécologiques, une participation au dépistage du cancer colo rectal supérieure, une bonne couverture vaccinale. On peut penser que ces ambiguïtés relèvent de la perspective selon laquelle on les examine. Par exemple, pour sa propre prévention, un médecin peut, comme tout patient, avoir tendance à remettre à plus tard certains examens désagréables. Or s'il s'analyse avec le regard du médecin, la situation peut ne pas le satisfaire puisqu'il possède un savoir, et il paraîtrait logique qu'il le mette à son profit. C'est probablement ce perpétuel va-et-vient entre la vision professionnelle et le statut de patient qui entraîne chez les médecins une perception de leur santé plus négative que dans la population générale, alors que dans les faits, elle semble manifestement supérieure. Le médecin aurait une double vision, parfois contradictoire, au moment d'analyser son propre état de santé puisqu'il porte à la fois le regard de médecin et de patient. Bien souvent les patients ne suivent pas tous les conseils du médecin. Pourquoi les médecins devraient-ils donc être des patients différents ? Le psychanalyste Balint évoquait une vision autogène du médecin (en opposition à la vision iatrogène de tout patient).

## **2) Le « burn out », absent du débat.**

Par ailleurs, alors que le rapport de la DREES de 2011 relève que plus d'un généraliste sur dix est en détresse psychologique, le sujet n'a pas été abordé par les médecins interrogés. Pourtant, la CARMF s'inquiétait d'une surreprésentation des pathologies psychiatriques. En 2010<sup>11</sup>, elles représentaient la 2<sup>ème</sup> affection pour les indemnités journalières, et 1<sup>ère</sup> pour les pensions d'invalidité alors que pour le régime général<sup>12</sup>, les dépenses pour pathologies psychiatriques passent après les pathologies liées à la maternité ou aux pathologies cardio-vasculaires et les pathologies ostéo-articulaires paraissent les devancer pour les invalidités. Les médecins semblent être une population plus encline au surmenage professionnel et à ses conséquences, dont le suicide, avec un taux 2,5 fois supérieur à la population générale. Cela pose plusieurs questions : les médecins que nous avons interrogés ne se sentaient-ils pas concernés par ce problème ? Cette question relève-t-elle de la médecine générale de premiers recours ou bien d'une médecine plutôt préventive ? Enfin, on peut penser que la surreprésentation des pathologies psychiatriques chez les médecins pourrait être liée à une sous représentation des autres pathologies ?

## **3) Pas d'ultra-spécialité !**

Les médecins ne jugent pas nécessaire une formation pour prendre en charge leurs confrères. Cela va à l'encontre des propositions du CNOM<sup>6</sup> ou de plusieurs travaux de thèse<sup>13,14</sup>. Ils estiment qu'il y a là un contre-sens entre leur pratique, par définition générale, capable de « donner une réponse pour 90 % des patients, dans 90 % des situations »<sup>15</sup>, et « l'ultra spécialité » que représenterait un médecin formé à soigner les médecins. Malgré cela, cette formation est dans le même temps jugée « intéressante ». Ne rentrant pas dans le domaine de la médecine générale, on peut se demander à qui elle s'adresserait ? En 2012, Grau-Coppieters<sup>16</sup> ébauchait peut-être la solution. Elle étudiait la faisabilité d'un service de médecine préventive pour les médecins généralistes du Languedoc-Roussillon. Elle essayait de définir les critères acceptables et utiles d'un tel service afin que les médecins y aient véritablement recours. La formation des médecins y était qualifiée de pré-requis « indispensable ». Si formation il y avait, elle serait donc préférentiellement dispensée à un médecin des médecins qui ferait de la médecine préventive essentiellement. Il existait une réserve toutefois : depuis 2010, en Haute-

Normandie, un tel service a été développé par l'association Imhotep. Un médecin du travail spécialement formé y recevait des médecins libéraux. Or pour 2900 médecins ciblés, seuls 119 s'étaient inscrits au projet et 69 consultations ont été réalisées après 8 mois. Il faudra donc suivre le projet languedocien, et voir si l'adhésion des généralistes y est supérieure, en rapport avec le recueil de leurs attentes spécifiques.

#### **4) Le paiement, un faux problème ?**

Un autre fait notable est l'ambivalence des médecins quant au paiement de la consultation. On retrouve la dichotomie classique entre les tenants et opposants au paiement. Les arguments employés étaient déjà décrits depuis 1993<sup>17</sup>. La majorité y appliquait la gratuité pour consolider les liens confraternels. Les médecins en faveur du paiement y voyaient eux une altération de la relation médecin-patient. En 2008, le CNOM<sup>6</sup> se prononçait ainsi : « demander des honoraires à un médecin malade consultant n'est pas contraire aux principes hippocratiques ; il va sans dire que ce ne doit pas être une règle et que bien d'autres facteurs, affectifs et personnels, entrent en ligne de compte... ». Il semble intéressant de constater que les médecins que nous avons interrogés adoptent généralement une position intermédiaire : payer en tant que patient, ne pas faire payer en tant que consultant. Certains étaient conscients de cette ambivalence, d'autres non. Ce positionnement indécis peut laisser supposer que le paiement n'est tout simplement pas le problème dans la relation médecin/médecin-patient.

#### **5) Médecin ou patient ? Médecin et patient ?**

Le dernier point qu'il nous semble intéressant de discuter est la difficulté pour le médecin à se positionner, entre son rôle de médecin, et celui de patient. Cela a maintes fois été décrit dans la littérature<sup>13, 14, 16, 18</sup>. Toutefois, notre travail objective bien cette ambigüité. En effet, alors que nous interrogeons les médecins en tant que patients, beaucoup avaient tendance à nous répondre en occupant le rôle du médecin. Si certains ont su relever les problèmes rencontrés lorsqu'ils consultent un confrère, la majorité nous ont expliqué les problèmes qu'ils rencontraient (ou non) lorsqu'un confrère les consultait. Il semble que le point commun de ces deux aspects soit la coexistence du statut de médecin et de malade chez un même individu. Ce problème est évoqué par le Dr Froucht-Hirsch dans son livre « Le temps d'un cancer », dans lequel elle explique que l'expression « malade-médecin » serait plus appropriée que « médecin-malade ». En effet, lorsqu'un médecin est malade, il est un patient qui a pour profession d'être médecin, comme tout

autre patient a une profession. Aussi le médecin, lorsqu'il est malade, doit être pris en charge tel un patient et non tel un confrère avec lequel on débattrait du cas d'un patient. Si l'exercice paraît difficile, le médecin s'adapte pourtant tous les jours à chaque patient, en fonction de son milieu et de sa personnalité.

### **B) Les proches.**

La prise en charge des proches était l'objectif secondaire de ce travail. Nous n'avons pas analysé en détail quels proches étaient soignés par leur proche médecin, ni les conséquences potentielles de leur prise en charge, dans la mesure où cela a déjà été décrit dans la littérature. Dans sa thèse, Vallerend <sup>19</sup> montre bien que le niveau de relation affective influe le proche médecin sur sa décision de soigner ou non son cercle familial et amical. La prise en charge n'est pas la même pour tous les médecins. Elle va du simple dépannage, au conseil voire à une véritable prise en charge. Froome <sup>20</sup> explique que le proche médecin peut décider selon la nature de la demande. Malgré cela, on retrouve souvent dans les réponses des médecins interrogés un sentiment d'obligation à soigner leurs proches. Ce sentiment est associé à la peur de ne pouvoir faire entendre la différence entre un refus de prise en charge et le rejet d'un proche. Finalement, cette décision n'appartient pas complètement au médecin et cela peut créer des situations d'inconfort. Alors que le patient médecin était vu comme un médecin malade et non un patient qui exerce la médecine, le médecin pourrait être perçu comme un médecin proche, et non comme un proche qui exerce la médecine. Cette confusion des rôles pourrait entraîner parfois un sentiment de mal être chez le médecin. Pour les proches, les risques principaux sont la perte de chance et la modification des liens affectifs. Pour les médecins, sont potentiellement affectés le raisonnement médical (par la proximité et la pudeur), et le bien être (avec des sentiments de culpabilité ou sensation de mauvaise prise en charge). Comme pour le proche patient, le proche médecin peut voir ses liens familiaux modifiés. Il peut y avoir une confusion des rôles au sein de sa famille, la création de conflits, avec un langage plus direct du proche médecin. Toutes ces conséquences possibles ont été recensées dans la méta-analyse de Beguin <sup>21</sup>.

### **1) Vous avez dit « bobologie » ?**

Nous nous sommes intéressés plus en détail aux limites de la prise en charge par le proche médecin. Bien souvent les médecins assimilent la prise en charge des proches à la bobologie. Le dictionnaire Larousse<sup>22</sup> la définit comme un « ensemble de maux bénins qui occasionnent des interventions ou des consultations médicales souvent abusives, aux urgences, notamment ». Nous avons constaté que la prise en charge des proches était souvent plus vaste, et que ses contours ne se résument pas uniquement à la notion simpliste de bobologie. Les limites souvent décrites sont liées à l'intime, à la pudeur, à la gêne provoquée à la fois pour le proche patient et pour le proche médecin. La bobologie ne recouvre pas la notion d'urgence. Elle n'englobe pas non plus les pathologies lourdes que peuvent pourtant assumer certains médecins. Ont émergé de nos recherches deux types de limites à la prise en charge des proches : celles liées à la perception par le proche médecin des limites de ses compétences médicales ; et la sensation d'inquiétude, d'angoisse ou d'inconfort pour le proche médecin ou le patient proche. Ces limites paraissent de l'ordre du subjectif.

### **2) Raisonnement médical et affect : sont-ils incompatibles ?**

Le raisonnement médical se fonde sur une démarche scientifique. Comme expliqué par la Société Française de Médecine Générale<sup>23</sup>, il existe plusieurs types de raisonnements pour parvenir à un diagnostic et une prise en charge. Il peut s'agir d'un *processus intuitif* (non analytique), pour les cas simples et typiques. Le raisonnement peut également être *hypothético-déductif* : le médecin émet une hypothèse, et par son interrogatoire et examen, la confirme ou la rejette. Les raisonnements peuvent être fondés sur *l'analyse*. Par exemple le *raisonnement en chaînage avant* : le médecin chemine « consciemment des données cliniques et paracliniques vers la solution, grâce à l'application de règles causales ou conditionnelles (mobilisation des connaissances physiopathologiques...) ». On peut citer *l'approche interniste*. Elle consiste à réunir de façon exhaustive tous les éléments médicaux, puis, à l'aide d'un algorithme de décisions binaires, éliminer successivement les hypothèses jusqu'à obtenir un diagnostic. Enfin *la démarche probabiliste* basée sur la connaissance des prévalences des pathologies et des valeurs prédictives des symptômes ou examens complémentaires.

Les médecins appliquent souvent inconsciemment un mode de raisonnement selon la nature de la situation clinique rencontrée. De fait, la perception de ses limites médicales ne peut survenir qu'après avoir mené un raisonnement médical. Pour se faire, le médecin

doit à la fois être capable d'analyser d'une part le tableau clinique présenté, et d'autre part ses compétences propres ou ses lacunes à gérer médicalement la situation. Ce double mécanisme paraît particulièrement complexe à mettre en œuvre. Il s'appuie sur une auto-analyse subjective et nécessairement humble de son savoir et de son savoir faire. Quel que soit le type de raisonnement scientifique, la sensation d'inquiétude échappe totalement aux modalités de raisonnements que l'on vient de décrire. Outre la notion de distance thérapeutique, le proche médecin devrait être en mesure de mener cette introspection afin de limiter les conséquences parfois négatives à prendre en charge ses proches. A notre connaissance, au cours du cursus médical, les médecins ne sont pas véritablement formés ni même informés sur ces problématiques.

### **3) Discussion et propositions**

Comme nous l'avons vu, tout nous paraît être question de perspective. Doit-on analyser la santé des médecins au regard de certaines données inquiétantes et, avec l'analyse critique du médecin ? Ou bien se fier aux données plus rassurantes (attitudes de prévention supérieures à celle de la population générale) ? Le point essentiel de la prise en charge du médecin est son bien être. L'OMS <sup>24</sup> le précisait dans sa définition de la santé : « un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Comme l'expliquait Wallace <sup>25</sup>, les performances d'un système de soins diminuent lorsque les médecins sont malades. Leur bien-être bénéficie donc aux médecins et aux patients, dont parfois leurs proches. Il ne semble pas y avoir lieu d'imposer ou non la prise en charge des médecins par un confrère. Ce choix est une liberté individuelle à priori inaliénable. A l'aune de notre réflexion, deux éléments seraient à mettre en avant.

#### **A) Former ? Informer ?**

Il serait souhaitable que les médecins soient sensibilisés à la problématique de leur prise en charge et à celle de leurs proches au cours de leurs études. Une formation, une simple information même, leur permettrait de choisir, de façon éclairée, entre se soigner ou se faire suivre par un confrère, soigner ou non ses proches, ou à quel degré du moins. Il ne s'agirait pas de promouvoir un système plutôt qu'un autre, mais de faire connaître les avantages et les inconvénients de chacun. Le troisième cycle des études médicales serait un moment opportun. Ces problématiques émergent généralement à cette période clé. Les

internes, suffisamment matures, pourraient ainsi prendre le recul pour mener cette réflexion si nécessaire.

### **B) Un système en équilibre ?**

Par ailleurs, comme nous l'avons vu, les principales difficultés proviennent de la perturbation de la distance thérapeutique, qu'il s'agisse de sa propre prise en charge ou de celle d'un proche. L'Evidence Based Medicine est souvent décrite à l'aide des anneaux borroméens de Haynes (annexe 4). Ce recoupement illustre bien l'équilibre délicat d'une prise en charge médicale et les compétences du médecin. Comme décrit par nombre de médecins, lorsque l'équilibre de ce système est mis à mal, le recours à un tiers semble inéluctable. Pour les proches, l'accès à un confrère de confiance semblerait suffisant. En revanche, pour les médecins, une médecine préventive indépendante pourrait être complémentaire du médecin traitant. Son efficacité dans la prévention des pathologies somatiques et psychiatriques serait toutefois conditionnée par une véritable adhésion et participation des médecins dans leur ensemble.

## CONCLUSION

Les médecins généralistes souhaitent un généraliste comme médecin traitant. Ils s'auto-désignent même dans une majorité des cas. Ce sont l'aspect pratique, les qualités humaines et la vision globale qui déterminent leur choix. Étonnamment, ils n'attendent pas de leur médecin traitant qu'il soit formé à la relation médecin/médecin-patient. Cette formation irait à l'encontre de la définition même de leur profession. Etant néanmoins jugée intéressante, on pourrait se demander si elle ne s'adresserait pas plutôt à un médecin de prévention.

En outre, les médecins expriment parfois quelques manques dans la prévention. Cela va paradoxalement à l'encontre des statistiques les comparant à la population générale, à l'exception des problèmes de santé mentale et d'épuisement professionnel. Ces sujets n'ont pas été abordés par les médecins. Ne se sentaient-ils pas concernés par le sujet ? Ces domaines appartiennent-ils à la médecine générale, ou bien à une médecine préventive ? La question du paiement objectivait le clivage classique entre tenants et opposants. Elle mettait surtout en exergue l'ambivalence des médecins à vouloir payer et ne pas se faire payer. Ce qui laisse supposer que cette question n'est pas le problème de la relation médecin/médecin-patient.

Enfin, notre travail a bien su mettre en évidence les difficultés des médecins à se positionner. Bien qu'interrogés en tant que patients, nombre d'entre eux nous répondait en tant que médecin. La plupart n'a pas semblé consciente de cette tendance finalement naturelle à envisager la relation thérapeutique d'un seul côté du bureau. Cette confusion semble être à l'origine des difficultés. Quand ils ont accepté de se placer du côté patient, les médecins ont évoqué leur envie d'être considéré comme « un patient comme les autres ». Mais leurs connaissances et leur capacité d'auto prescription font d'eux un patient à part. Les médecins-patients peuvent parfois être insatisfaits (manque d'explications, ordonnances). Lorsqu'un médecin reçoit un confrère, il ne doit pas perdre de vue qu'il reçoit avant tout un patient. Même si le langage et la relation médecin-patient semblent modifiés, il ne doit pas oublier qu'il s'adapte naturellement à chaque patient.

Parallèlement à leur propre prise en charge, la majeure partie des médecins interrogés prend aussi en charge ses proches. Elle apparaît comme un choix personnel. Chacun fixe ses propres limites. La plupart des médecins considèrent soigner leurs proches pour de la « bobologie ». Toutefois, nous avons constaté que les limites de leur prise en charge sont plutôt de l'ordre de la pudeur (ou malaise ressenti par le proche ou le médecin), ou la sensation d'incompétence face à la situation rencontrée. Les médecins ont été nombreux à évoquer leur difficulté à refuser de prendre en charge des proches. Ils se sentent parfois contraints, telle une fatalité qui leur incomberait. Ils pointent la confusion du proche entre refus de prise en charge et impression de rejet.

Enfin, les médecins ont évoqué la possible confusion des rôles au sein du cercle familial ou amical. Comme le médecin-patient peut être vu comme un médecin avant d'être vu comme un patient, le proche médecin est parfois vu comme un médecin avant d'être vu comme un proche. Cette inversion peut déstabiliser le médecin dans la place qu'il occupe au sein de son cercle familial. Telle cette femme devenue aux yeux de son fils médecin avant d'être sa mère. Certains relevaient-ils l'importance d'une responsabilité partagée avec les proches pour leur santé.

Il n'y a donc pas de réponse standardisée à apporter à la prise en charge des médecins et de leur famille, mais bien autant de réponses que de médecins. Lever le tabou du médecin-malade, instauré depuis des siècles, pourrait aider les médecins à poser un œil plus objectif et bienveillant sur leur propre santé. Il paraît souhaitable de former, voire d'informer les étudiants en médecine sur la question de leur prise en charge. Cela leur permettrait de se déterminer de façon éclairée. Ils pourraient également mener une réflexion avant d'être confrontés à ces situations personnelles ou familiales parfois complexes. Enfin pour répondre aux questions concernant le champ spécifique de la prévention (des pathologies mentales et d'une part des pathologies somatiques), on pourrait imaginer un système de médecine préventive. Le médecin y serait peut-être formé à la relation entre médecin et médecin-patient. L'efficacité d'une telle formule dépendrait cependant de la participation la plus large du monde médical.

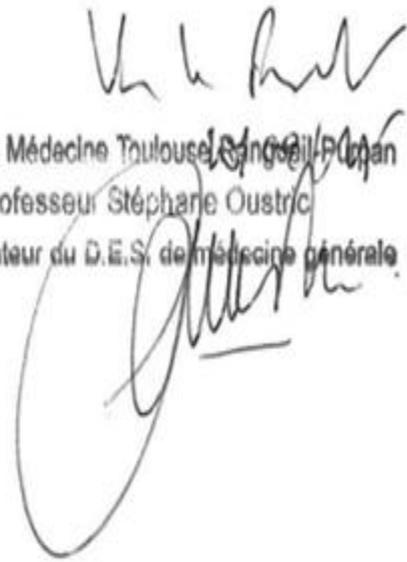
A l'inverse de précédents travaux, il nous semble que l'intérêt de cette thèse est d'essayer d'aborder cette problématique délicate et si personnelle avec un regard résolument neutre. Nos conclusions vont dans ce sens : il ne semble pas y avoir de bonne ou de mauvaise façon de faire. Chaque médecin est libre de se prendre en charge comme il le souhaite, comme tout patient. En revanche, s'il est suffisamment informé des avantages et des contraintes qui s'offrent à lui, son choix sera éclairé, et les risques limités, pour lui et pour ses proches.

Toulouse le 11 septembre 2015

Vu permis d'imprimer  
Le Doyen de la Faculté  
de Médecine Purpan  
J.P. VINEL



Faculté de Médecine Toulouse Rangueil Purpan  
Professeur Stéphane Oustric  
Coordonnateur du D.E.S. de médecine générale



# BIBLIOGRAPHIE

1. Définition des soins primaires,  
Organisation Mondiale de la Santé, Alma-Ata, 1978
2. Définition du rôle du médecin généraliste,  
World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, 2002
3. Définition du médecin traitant,  
Réforme de l'Assurance maladie, 2 4
4. « L'aptitude à l'exercice médical et la santé du médecin »,  
Rapport de la Commission Nationale Permanente, 2000
5. « L'entraide ordinale »,  
Rapport de la Commission Nationale Permanente, 2004
6. « Le médecin malade »,  
Rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2008
7. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie.  
Cour des comptes (Rapport public annuel 2013 – février 2013)
8. Les principaux critères de choix du médecin traitant en 2014 : une étude transversale descriptive auprès de patients de médecine générale en Vendée.  
Gruny. Thèse : Angers : 2014
9. « Santé physique et psychique des médecins généralistes »  
Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, rapport n°731,  
juin 2010.

1 . Doctors as patients: a systematic review of doctors' health access and the barriers they experience.

British Journal of General Practice. Juillet 2008: (tableau 2)

11. « la CARMF en 2010 »,

Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

12. Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2015

13. Définition du médecin traitant idéal pour la prise en charge de ses confrères : étude qualitative par focus group auprès de médecins Hauts-Normands.

Gontharet-Mariette. Thèse : Rouen : 2013

14. Quand le médecin généraliste soigne un de ses confrères : une consultation difficile ?

Bauguion. Thèse : Nantes : 2013

15. Concepts en médecine générale,  
Société Française de Médecine Générale, fiche 3, les soins primaires.

16. Etude de faisabilité d'un service de médecine préventive pour les médecins généralistes du Languedoc-Roussillon.

Grau Coppieters. Thèse : Montpellier : 2012

17. Professional Courtesy – Current practices and attitudes,  
New England Journal of Medicine, 1993, Levy, Arnold, Fine, Kapoor

18. « Les médecins, des patients comme les autres » ou attitude et vécu des médecins devenus eux-mêmes patients.

Portalier. Thèse : Lyon 1 : 2008

19. Quand le médecin généraliste soigne sa famille: enquête en Basse-Normandie.  
Vallerend. Thèse d'exercice : Médecine : Caen : 2 9

20. What do you do when your loved one is ill? The line between physician and family member.

Annals of Internal Medicine, 2008, Fromme EK, Farner NJ, Babbott SF, ET AL.

21. Synthèse de la littérature sur les réponses à apporter en tant que médecin à une demande de soins venant d'un de ses proches.

Beguin. Thèse d'exercice : Médecine : Grenoble : 2013 (annexe 4)

22. Définition "bobologie",

Dictionnaire Larousse

23. Concepts en médecine générale,

Société Française de Médecine Générale, fiche 26, raisonnement diagnostique

24. Définition de la santé,

Organisation Mondiale de la Santé, Conférence internationale sur la Santé, 1946, New York.

25. Physician wellness: a missing quality indicator.

LANCET, 2009, JE Wallace, JB Lemaire, WA Ghali

## **Annexe 1 : Guide d'entretiens**

### **Premier entretien : Cahors**

- Quel médecin voulez-vous ? Quelle spécialité ? Pour quelle(s) raison(s) ?
- Un médecin ou plusieurs ?
- Doit-il être spécifiquement formé pour vous prendre en charge ? Doit-il avoir des compétences particulières dans certains domaines ?
- Où consulter ?
- Quand consulter ?
- Pour vos proches, quel médecin ? Selon quelles modalités ?
- Faut-il rémunérer ce médecin ?
- Votre médecin doit-il être proche (bassin de santé) ou plus loin ?

### **Deuxième entretien : Figeac**

- Pour vous soigner, vous souhaitez un médecin traitant de quelle spécialité ? Pour quelles raisons ?
- Un médecin unique ou plusieurs ?
- Ce médecin doit-il avoir des compétences particulières (relation médecin/médecin malade) ? Quels sont vos critères de choix ?
- Où consulter ?
- Quand consulter ?
- Pour vos proches, quel médecin traitant souhaitez-vous ?
- La rémunération, pour ou contre ? Pour quelles raisons ?
- Ce médecin traitant, à quelle échelle géographique l'envisagez-vous ?

### **Troisième entretien : Puy-L'évêque**

#### Vous concernant :

- Quel médecin traitant souhaitez-vous pour vous ? Pourquoi cette spécialité là ? Un seul ou plusieurs ?
- Faudrait-il une formation pour faciliter la relation médecin / médecin-patient ?
- Où consultez-vous ?
- Quand consultez-vous ?
- A quel moment de la pathologie commencez-vous la prise en charge ?
- Le paiement de la consultation : pour ou contre ? Pourquoi ?

#### Concernant la famille et les proches :

- Y a-t-il une distinction entre prendre en charge sa famille et ses amis proches ?
- Certains ont-ils déjà été soignés par un membre de leur famille ? Cela a-t-il modifié votre approche ? Dans quel sens ?
- Qui acceptez-vous de prendre en charge ? Les enfants ? Le conjoint ? Les parents ? Les beaux-parents ? Les proches ?
- Traitez-vous tout type de pathologie ou la « bobologie »? Comment définiriez-vous la bobologie ? Quelles sont les limites de votre prise en charge ?

## **Quatrième entretien : PMI du Lot**

### Vous concernant :

- Qui est votre médecin traitant déclaré? Qui remplit le rôle de médecin traitant dans les faits ?

- Pour quelles raisons iriez-vous consulter un médecin autre que vous ? Quelle spécialité ?

- Si vous êtes face à un médecin, souhaitez-vous plutôt un échange d'avis et un partage de connaissance, ou bien un rapport « normal » avec une certaine autorité du médecin consulté?

- Où consultez-vous ?

- A quel moment consultez-vous, sur le plan pratique ?

- Sur le plan de la pathologie, à quel moment consultez-vous ?

- Le paiement : pour ou contre ? Pourquoi ?

- Comment se traduit l'impression d'être un patient « différent » ?

### Concernant la famille et les proches :

- Qui prenez-vous en charge ? Comment ça se passe ?

- Dans votre propre famille y a-t-il eu des médecins avant vous? Pensez vous que cela a eu un impact sur votre manière d'agir avec vos proches ? Avec votre propre prise en charge ?

- Quand vous prenez en charge vos proches, vous les prenez en charge pour toutes les pathologies ? Quelles seraient les limites de votre prise en charge ?

**Annexe 2 : Caractéristiques de l'échantillon du premier entretien à Cahors**

Docteur	sexe	âge	lieu d'exercice	type d'activité	mode d'installation	maître de stage	médecin traitant déclaré de			
							soi-même	conjoint/e	enfant(s)	confrère(s)
A	H	52	semi-rural	ambulatoire	association	O	O	O	O	O
B	H	45	semi-rural	ambulatoire	association	N	O	N	N	O
C	F	32	semi-rural	ambulatoire	association	N	N	O	-	O
D	F	48	semi-rural	ambulatoire	association	N	O	-	O	N
E	F	53	urbain	ambulatoire	seul	N	N	N	O	O
F	F	47	semi-rural	hospitalier	-	N	O	N	N	N
G	F	45	semi-rural	mixte	association	O	N	O	-	N
H	H	54	semi-rural	ambulatoire	association	N	O	O	O	O
I	H	53	semi-rural	PMI	-	N	O	O	O	N
J	H	62	semi-rural	ambulatoire	seul	N	O	O	O	O
K	H	65	semi-rural	mixte	association	N	N	O	O	O
L	H	51	semi-rural	ambulatoire	association	N	O	O	O	O
M	H	55	urbain	hospitalier	seul	N	N	N	N	N

**Caractéristiques de l'échantillon du deuxième entretien à Figeac**

Docteur	sexe	âge	lieu d'exercice	type d'activité	mode d'installation	maître de stage	médecin traitant déclaré de			
							soi-même	conjoint/e	enfant(s)	confrère(s)
A	F	41	urbain	ambulatoire	seul	O	O	O	O	O
B	F	55	urbain	ambulatoire	seul	O	O	O	O	O
C	H	59	urbain	ambulatoire	association	N	N	N	N	O
D	F	55	semi-rural	ambulatoire	association	N	O	N	N	O
E	H	56	semi-rural	ambulatoire	association	O	O	N	O	N

**Caractéristiques de l'échantillon du troisième entretien à Puy-L'évêque**

Docteur	sexe	âge	lieu d'exercice	type d'activité	mode d'installation	maître de stage	médecin traitant déclaré de			
							soi-même	conjoint/e	enfant(s)	confrère(s)
<b>A</b>	H	55	rural	ambulatoire	association	O	O	O	O	N
<b>B</b>	H	64	rural	ambulatoire	seul	N	O	O	-	O
<b>C</b>	H	46	urbain	ambulatoire	seul	O	O	O	O	O
<b>D</b>	H	63	rural	ambulatoire	association	N	O	O	O	N
<b>E</b>	F	53	rural	ambulatoire	seul	N	O	N	N	N
<b>F</b>	H	61	rural	ambulatoire	association	N	N	O	N	N
<b>G</b>	H	65	rural	ambulatoire	association	N	O	N	N	N

**Caractéristiques de l'échantillon du quatrième entretien PMI du Lot**

Docteur	sexe	âge	lieu d'exercice	type d'activité	mode d'installation	maître de stage	médecin traitant déclaré de			
							soi-même	conjoint/e	enfant(s)	confrère(s)
A	H	55	urbain	PMI	-	O	N	N	N	N
B	F	53	rural	PMI	-	O	O	O	O	N
C	F	56	urbain	PMI	-	O	N	N	N	N
D	F	54	semi rural	PMI	-	O	N	N	N	N
E	F	60	semi rural	PMI	-	N	N	N	N	N

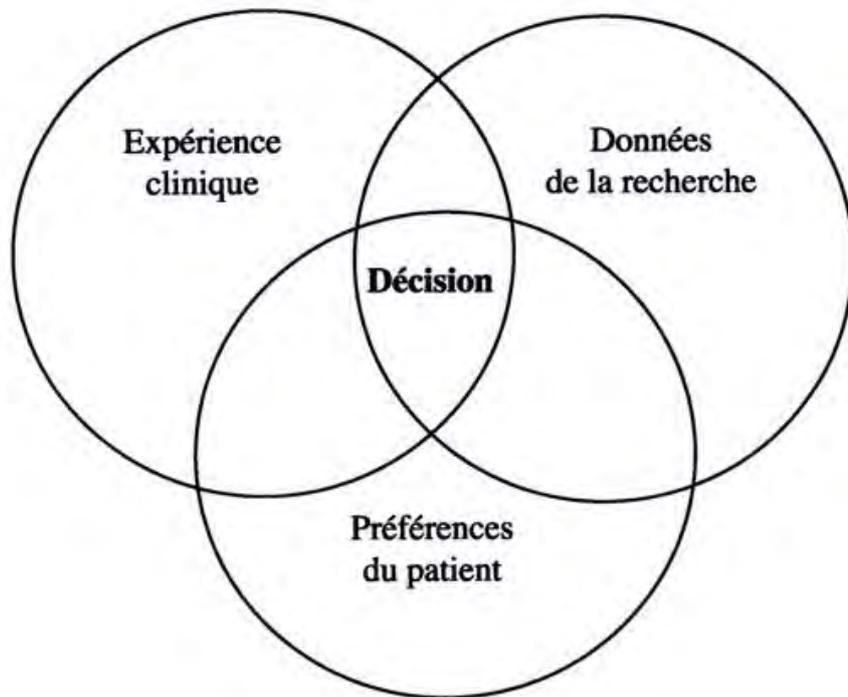
**Annexe 3 : extrait de l'arborescence**

THEME	SOUS-THEME	CATEGORIE	CODE	citation ENTRETIEN 1	citation ENTRETIEN 2	citation ENTRETIEN 3	citation ENTRETIEN 4
-------	------------	-----------	------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

Quel médecin ?	un généraliste	pourquoi un généraliste	sa vue d'ensemble	vue d'ensemble et non rétrécie, vue globale des pathologies	vue d'ensemble du corps humain des pathologies et pas la vision rétrécie du spécialiste sur un organe en particulier			
				traiter le corps et l'esprit	il fera le lien entre le corps et l'esprit			
				vision globale	vision globale de la médecine	pour une vision globale		quelqu'un qui fasse la synthèse de tout ça / plutôt un généraliste, quelqu'un qui ait une vision un peu globale des choses
			l'aspect pratique	libre accès		parce qu'il est déjà là	c'est ce qu'il y a de plus accessible	voilà, c'est pratique
pas d'autre choix				parce qu'il y a pas autre chose				
prix moins cher				et de moins cher				
secteur 1		secteur 1						

Annexe 4 :

Représentation graphique de l'Evidence-Based-Medicine (EBM) selon Haynes



## Annexe 5

### Liste des acronymes

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians

CNP: Commission Nationale Permanente

CNOM: Conseil National de l'Ordre des Médecins

DES : Diplôme d'Etudes Supérieures

FMC : Formation Médicale Continue

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SSR : Service de Suites et de Réadaptation

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

BJGP : British Journal of General Practice

NEJM : New England Journal of Medicine

CARMF: Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

SFMG: Société Française de Médecine Générale

EBM : Evidence Based Medicine

---

**Qui soigne les médecins généralistes et leurs proches ? Thèse qualitative en « focus group » dans le Lot.**

INTRODUCTION : La prise en charge du médecin généraliste et de ses proches n'est pas abordée dans le cursus médical. Qui soigne les médecins généralistes et leurs proches ?

METHODE : L'étude qualitative, en « focus group », incluait des médecins généralistes lotois en activité. Les entretiens enregistrés ont été retranscrits intégralement puis analysés en aveugle selon des règles communes prédéfinies. Le guide d'entretien a évolué après réflexivité. Les entretiens ont été arrêtés après saturation des données.

RESULTATS : De septembre 2014 à janvier 2015, 30 médecins ont été interrogés au cours de 4 entretiens. Ils s'auto déclarent dans la majorité des cas. S'ils sont suivis par un confrère, ils choisissent aussi un généraliste. Le médecin des médecins ne nécessite pas de formation spécifique. Suivre ses proches est un choix souvent subi. Les limites de cette prise en charge sont liées à la pudeur (du médecin ou du proche), et à la perception de ses limites médicales.

CONCLUSION : Il n'y a pas de réponse standardisée. Une formation ou une information peut être utile aux internes en médecine.

MOTS-CLES : Médecin généraliste, médecin traitant, proches, soins, prise en charge, automédication.

---

**Who treats the physicians and their relatives? Qualitative study in Lot area.**

INTRODUCTION: Physician's and relatives' care are not discussed during medical studies. Who treats the physicians and their relatives?

METHOD: This qualitative study included physicians in activity from Lot area. Data abstraction was recorded and fully transcribed. We made separately thematic analysis, without consulting each other through predefined common rules. The interview guide evolved after reflexivity work. We stopped interviews after data saturation.

RESULTS: From September 2014 to January 2015, 30 physicians were interviewed. A majority of General Practitioners use to self-care. Other physicians also choose a GP for themselves. Physicians do not require a specific training to treat their colleagues. Treating his family is often not a choice! The limits of treating their one family were linked with modesty and lack of medical knowledge.

CONCLUSION: Training, even information could help residents.

KEYWORDS: Physician, general practitioner, relatives, care, self medication.

---

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

---

Faculté de médecine Rangueil – 133, route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 – France

---

Directeur de thèse : Docteur Jean-Paul ALRIC

2015 TOU3 1074 – 2015 TOU3 1075