

**UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul
SABATIER
FACULTÉ DE MEDECINE**

Année 2019

2019 TOU3 1011

2019 TOU3 1012

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement par

Caroline DORTHE et Robin MAILLOT

Le 12 mars 2019

**Le tiers et sa demande de soins en consultation programmée : vécu, attitudes des
médecins généralistes.**

Etude qualitative par entretiens semi-dirigés.

Directrice de thèse : Docteur Brigitte ESCOURROU

JURY :

Madame la Professeur Marie-Eve ROUGÉ-BUGAT	Président
Monsieur le Professeur Pierre MESTHE	Assesseur
Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU	Assesseur
Monsieur le Docteur Christophe CAZARD	Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2017

Professeurs Honoraires

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

Professeurs Émérites

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

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

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVIALLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane Médecine Générale

P.U. - P.H.
2ème classe

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entéro
M. CALVAS Patrick	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépto-Gastro-Entérologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme SAVAGNER Frédéricque	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre Médecine Générale

P.A Médecine générale

POUTRAIN Jean-Christophe Médecine Générale

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

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

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve Médecine Générale

M.C.U. - P.H.

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

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H.

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

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Médecine Générale
Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

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

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan
Dr LATROUS Leila

REMERCIEMENTS COMMUNS

À Madame la Professeur Marie-Eve ROUGÉ-BUGAT

Merci de nous faire l'honneur de présider notre jury et merci de l'intérêt que vous avez porté au sujet. Veuillez trouver ici le témoignage de notre reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Merci d'avoir accepté de juger notre travail. Nous vous en sommes reconnaissants.

À notre directrice de thèse, Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU

Merci pour votre confiance dès notre première rencontre, merci pour votre patience, et votre aide. Vos encouragements lors des réunions de thèse ont été d'un grand soutien. Travailler et partager avec vous fût une expérience unique et très enrichissante.

À Monsieur le Docteur Christophe CAZARD

Merci d'avoir accepté de juger notre travail.

À Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC, à toutes les enseignantes et tous les enseignants du DUMG de Toulouse

Merci pour votre investissement dans notre formation d'internes.

À Madame le Docteur Sophie RICARD

Merci pour ton regard extérieur pertinent et bienveillant et merci pour tes encouragements.

À tous les médecins qui ont accepté de répondre à nos questions

Merci de nous avoir accordé votre confiance et d'avoir répondu présent à l'appel.

À tous les relecteurs : Josette, Camilo et Quentin

Un grand merci pour vos regards attentifs et vos conseils bienveillants.

REMERCIEMENTS CAROLINE

À ma famille

À mes parents : Pour votre amour et votre soutien inconditionnel. Vous avez toujours cru en moi, même quand je doutais. Vous m'avez transmis des valeurs solides qui m'apportent tellement dans ma pratique et dans ma vie personnelle : le partage, l'écoute, l'empathie, entre autres. Toi, mon papa, tu m'as transmis la persévérance, la passion et le dévouement, et toi, ma petite maman, la patience, la douceur et tellement d'amour. J'ai énormément de chance d'avoir grandi entourée par vos valeurs. Merci à vous, je vous aime.

À ma sœur : Pour ton courage, ta force de caractère, pour ta présence constante dans les bons et les mauvais moments. Je ne te souhaite que le meilleur.

À Mélissa : Ma vie a changé le 27 mars 2015. Tu es un rayon de soleil, tu es une petite fille pleine de joie, d'énergie et pétillante. Ta vie est promise à de belles choses et je suis tellement honorée de pouvoir partager ça avec toi.

À ma tatie Josette : Tu es à mes côtés depuis toujours : ma confidente, je me suis toujours sentie en confiance avec toi. Et tu es toujours de bon conseil ! Merci pour ton coup de pouce pour cette thèse. Tu remplis ton rôle de marraine à merveille, je n'aurais pas pu espérer mieux !

À tous mes oncles, mes taties, cousins et cousines, et ma filleule Célia : J'ai une chance incroyable d'avoir pu grandir et de continuer à évoluer auprès de vous. Merci pour votre soutien.

À mes grands-parents, mémé Marie et Papi : Vous me manquez tellement. J'espère que vous êtes fiers de moi là où vous êtes.

À Patrice : Merci de m'avoir fait découvrir la médecine, de m'avoir amenée avec toi en consultation quand je cherchais ma voie, et maintenant, de me faire confiance et de m'accompagner pour mes premiers remplacements. Je ne serai sûrement pas là sans toi.

À Maud : Pour la découverte de la médecine générale lors de mon premier stage pendant l'externat ! Ce stage et les échanges avec toi m'ont convaincue que j'étais sur le bon chemin.

À mes amis

À **toi Linda**, mon amie de toujours, ma sœur de cœur, la distance n'efface rien ! À **ma Cacou**, parce que oui, on se connaît depuis nos deux ans, et tu n'as pas fini de me supporter ! À **Laurence, Clémence**, la fine équipe du lycée ! Nos retrouvailles sont toujours un pur bonheur.

À **Laetitia, Jean, Anna-Maria** : Pour avoir partagé les moments difficiles pendant ces années d'études mais surtout les meilleurs moments ! Tous nos délires jusqu'à quatre heures du matin dans notre ville préférée ! On se marre toujours autant quand on se voit et je sais qu'on pourra toujours compter les uns sur les autres. Merci pour l'avenir ensemble qui se dessine devant nous et qui me fait tellement de bien. À **Mehdi, à Mickaël**.

À **Mérodie** : Mon coup de cœur amical dans cette ville rose. Merci pour tous les moments passés ensemble : les soirées Poker, le casino, nos voyages, nos repas ensemble ... les délires, les fous rires. Merci de nous avoir soutenus pendant les longs WE-boulot avec Robin !

Aux potes toulousains, Marie M & Marie R, Pauline C & Pauline P, Antoine, Slimane, Delphine, Camélia et à tous les co-internes de Villeneuve-Tolosane ; Joris, Marie, Annabelle : Sans qui l'expérience toulousaine n'aurait pas été la même. Vous êtes ceux qui vont le plus me manquer ici. D'ailleurs, préparez-vous à devoir m'accueillir souvent, je vais revenir vous voir !

À **Quentin** : Pour ton coup de main de dernière minute et pour ta présence.

À mes maîtres de stage

À **l'équipe du PUG Purpan** : Merci à vous, pour m'avoir accompagnée lors de mes premiers pas en tant que bébé interne ! Merci **Clarisse** pour nos nombreux repas, nos discussions et ta bonne humeur !

À **Marie-Eve, Sophie** : pour m'avoir donnée la passion de la gynécologie et de la pédiatrie, j'ai appris énormément avec vous.

À **Isabelle et Maïlis** : j'ai eu la chance d'être votre première SASPAS ! Merci pour le soutien sans faille dont vous avez fait preuve.

À **Marc, Emeline, Sandra, Laurie, Marie-Noëlle et Sandrine** : l'équipe de Villeneuve Tolosane est difficile à quitter ! D'ailleurs je suis restée un an avec vous, et j'aurais pu y rester tellement plus si Lyon ne m'appelait pas. Les internes chez vous sont bien « dorlotés », je me suis sentie comme une associée à part entière. Merci de m'avoir accompagnée en douceur et avec beaucoup de bienveillance vers l'autonomie.

À Jean-Luc : ce stage à Saint Gaudens aura été un des plus marquants dans ma vie professionnelle, mais aussi personnelle. J'ai adoré les six mois partagés avec toi, nos discussions sur la médecine, mais aussi sur le vin, les voyages, ... autour de bons repas préparés par la meilleure cuisinière ! (Merci Christiane). Merci pour ta confiance qui m'a permis de prendre confiance en moi.

À Christophe : j'ai eu une chance inestimable de t'avoir eu comme maître de stage, puis tuteur. Il me paraissait évident que tu fasses partie de ce jury. Je te remercie de m'avoir soutenue pendant ces dix-huit mois. Je suis fière du médecin que je suis devenue grâce à ton enseignement et ton accompagnement. Merci.

Puis à toi mon Robin : on se connaissait depuis la deuxième année de médecine et j'ai toujours su qu'on finirait par être amis. Je suis tellement heureuse qu'on se soit retrouvés à Toulouse. Mais j'ai appris à vraiment te connaître grâce à cette thèse. Merci pour les longues heures passées à travailler ensemble qui m'ont paru agréables grâce à toi, merci de m'avoir supportée dans les moments où je n'avais pas envie de travailler, merci pour nos délires, nos chorégraphies, nos repas improvisés, nos soirées films d'horreur. Je suis tellement heureuse qu'on se suive jusqu'à Lyon ! Ça promet ! L'histoire continue ...

REMERCIEMENTS ROBIN

A tous ceux qui se sentent concernés : Merci à toutes les personnes qui m'ont soutenu et accompagné dans ce parcours, intellectuellement, matériellement, émotionnellement, spirituellement, ésotériquement, mais aussi à tous ceux qui ont été à l'écoute pour cette thèse et pour le reste. Vous avez apporté votre pierre à ce travail. Satisfaits du résultat ?

Donc à ma famille :

À mes parents : **Isabelle et Yves**

À mes sœurs, mes frères : **Natacha et Benoît, Clara, Xavier, Laurianne**, mais aussi **Maxime et Elaïa**

À mes grands-parents : **Mauricette et Paulette, et Michel**

À toutes mes tantes, mes oncles, mes cousines et cousins

À Camilo

À mes amis de Lyon :

À Clémence et Quentin. À Orianne, Toni et Joseph. À Claire

À Barbara. À Sophie

À Eléonore

À Charlotte

À mes amis de Toulouse : à Marie, à Marie et à Pauline. À Mélodie

À mes amis d'ailleurs : à Demetri, à Erica

À mes maîtres de stage :

À l'équipe du PUG Rangueil, **Fati, Bertrand, Antoine**, mais surtout **Marion**

À **Pierre, Michel, Bernard, Philippe, Christophe**. À **Leila et Jonathan**

À **Evelyne**. À **Elodie et Lise-Marie**

Et enfin à toi Caroline : aucun mot ne résumera ces deux années. Nos deux noms sont gravés et scellés à jamais dans ce papier, que la science nous en soit témoin. A toi de choisir le sens que tu veux donner à cela. Alors, telle la bonne fée sur le berceau de ta vie future je t'offre ces dons.

De l'Esprit. De la Grace. De la Compassion.

De la Patience. Du Plaisir. De la Dévotion.

De Rire. De la Danse. Mon Admiration.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
MATERIEL ET METHODE.....	3
RESULTATS	11
1. Description des participants.....	11
2. Présentation des résultats.	12
I. Le médecin : des attitudes en lien avec sa vision et l'évolution de la médecine.....	12
A. Une vision de la médecine propre à chacun.	12
B. Vision sensible à l'évolution de la médecine et de la société.	13
C. Vision influencée par une médecine idéalisée.....	14
II. Le tiers et sa demande.	14
A. Le tiers selon le médecin.	14
B. Les différents types de demande du tiers.....	16
C. Vécu face à la demande du tiers.	17
D. Une situation semblable à tant d'autres.....	19
III. Attitude du médecin face au tiers demandeur.	20
A. Gestions des urgences vraies et sentiment de devoir.	20
B. Facteurs déterminant les attitudes.....	21
C. Stratégie adaptative immédiate.....	22
D. Explique son choix au tiers.....	26
E. Stratégie adaptative différée.	27
IV. Impact de la demande et de l'attitude du médecin sur le relationnel.	29
A. Le tiers : compréhensif, rarement braqué.	29
B. Point de vue du médecin : respecter son choix malgré la réaction du tiers.....	30
C. Le patient premier : acteur dans la relation et facteur décisionnel.....	30
D. Le relationnel après éducation.....	30
V. Stratégie de gestion réussie quand adapte sa pratique à son idée.	31
A. Stratégie adaptative bien vécue et facile à appliquer.....	31
B. Des stratégies pour améliorer leur qualité de vie et de travail.....	32
VI. Mise en difficulté du médecin face à sa gestion du tiers en demande.....	33
A. Médecin : stratégie adaptative difficile d'application et mal vécue.	33
B. Des difficultés pouvant être source de stress et de surmenage.....	34
VII. Evolution et perspectives d'amélioration des stratégies.	35
A. Apprentissage et évolution des stratégies de prise en charge.	35
B. Un questionnaire sur la pratique de leurs confrères.....	36
C. Modification du système de santé envisagée.....	37
DISCUSSION.....	38
1. Forces et limites de l'étude	38
2. Résultat principal de l'étude.	39

3. Comparaison avec les données de la littérature.....	40
I. Une vision de la médecine propre à chacun, mise à l'épreuve par l'évolution de la médecine, de la société et le poids d'une consultation idéalisée.....	40
II. Le tiers et sa demande : éléments pouvant mettre en conflit interne le médecin	42
III. Attitude du médecin face au tiers demandeur - stratégie gestion réussie quand respecte son équilibre interne	45
IV. Attitude du médecin face au tiers demandeur - stratégie gestion mise en échec en cas de non-respect de son équilibre interne, à l'origine de souffrances	46
V. Perspectives d'amélioration : réflexion sur sa pratique personnelle et partage d'expérience.....	49
CONCLUSION	51
BIBLIOGRAPHIE.....	53
ANNEXES	59

INTRODUCTION

« Docteur, tant que je suis là, vous pourriez juste ... »

Une situation fréquente qui nous a interpellés lors de nos premières expériences en exercice libéral : celle du tiers qui vient avec le patient sur une plage de rendez-vous programmée, qui prend place dans cette consultation et fait une demande pour lui-même. La demande peut être un avis simple, une prescription (1), jusqu'à une plainte, un symptôme avec demande d'une consultation (2).

Au cours des différents stages effectués, nous avons remarqué qu'il y avait plusieurs façons de répondre à cette demande et plusieurs manières de la vivre. En discutant avec nos maîtres de stage et avec nos co-internes, nous avons remarqué que ces demandes pouvaient engendrer un certain malaise.

Un malaise, car cela soulevait des problématiques organisationnelles, médicales et relationnelles.

Le médecin généraliste effectue de nombreuses tâches chronophages n'ayant pas de rapport direct avec la consultation du patient, s'agrégeant au déroulement de la journée (courriers, certificats, ordonnances marquées en actes gratuits ...). Les médecins effectueraient 30 tâches supplémentaires par jour et 15 % de ces tâches concerneraient une autre personne que le patient vu en consultation (3).

Une étude prospective sur 3142 consultations de médecine générale dans le cadre d'un travail de thèse de 2004 (4) retrouve la présence d'un tiers dans 23% de l'ensemble des actes (22% en consultation et 31% en visite) et dans la sous-population des adultes uniquement, une tierce personne est présente dans 7,87% de l'ensemble des actes (5,08% en consultation et 42,79% en visite).

Le tiers est un membre de la famille (conjoint, parent) ou un ami. Il est majoritairement une femme (5–8).

Plusieurs études évaluent le rôle et l'influence de ce tiers dans la consultation mais comme accompagnant du patient malade (5–11). Il peut jouer un rôle de porte-parole pour le patient, de soutien psychologique et d'aide dans les décisions. Il peut aussi être là pour une raison logistique (transport) ou simplement être un observateur silencieux. Dans une étude de 2002 (5) les médecins décrivent les comportements des tiers pendant la consultation du

patient : 16% parlent de leur propres symptômes. Aucune étude n'a été retrouvée sur notre problématique du médecin généraliste face au tiers comme second patient.

Afin de mieux comprendre les facteurs à l'origine de ce malaise et d'améliorer la gestion de ces demandes, nous avons réalisé une étude exploratoire.

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer le vécu, les attitudes du médecin généraliste face au tiers qui fait une demande pour lui-même lors d'une consultation programmée.

L'objectif secondaire était d'apporter des voies d'amélioration pour les médecins en difficultés dans ces situations.

MATERIEL ET METHODE

1. Phase exploratoire

I. Détermination de la question de recherche

Notre question de recherche s'est portée sur le vécu et l'attitude des médecins face aux tiers en demande pour eux-mêmes lors des consultations programmées.

Nous n'avons pas voulu interroger les tiers malgré l'intérêt potentiel car notre projet de recherche s'orientait sur les médecins et les solutions éventuelles à apporter en cas de difficultés.

II. Bibliographie

Nous avons réalisé des recherches bibliographiques pour initier, développer notre question de recherche et évaluer la richesse de la littérature autour de notre thème.

Nous avons utilisé les bases de données et moteurs de recherches PubMed, CISMef, SUDOC, Google scholar, EM-Premium, DUMAS et Archipel.

L'étape de recherche bibliographique a été compliquée par l'absence de mot-clef défini concernant : le tiers (sans qu'il soit l'aidant d'un patient dépendant) et la demande du tiers.

Nous avons également bénéficié d'aide dans nos recherches par des bibliothécaires formés sur des bases de données de sciences humaines et sociales : Pascal et Francis, CAIRN, PsycINFO.

Les mots-clefs en anglais : doctor patient relationship/ general practice/ appointment/ schedule/ access to health care/ closing medical encounter/ medical encounter/ triadic relationship/ third-party/ outside agent/ physician patient third-party relationship/ time-factor/ emergency

Les mots-clefs en français : gestion temps/ relation médecin patient tiers / consultation programmée/ motifs de fin de consultation/ tiers accompagnant/ demande de consultation/ relation triadique

2. Le choix de la méthode : étude qualitative

La méthodologie qualitative permet une meilleure approche et expression de la richesse du discours. Elle nous a semblé la plus adaptée pour explorer le vécu et les attitudes des médecins face aux tiers et aux patients.

La méthode exploratoire du travail qualitatif nous a aussi paru pertinente pour ce sujet faiblement représenté dans la littérature.

L'entretien semi-dirigé favorise la libre expression des participants. Notre sujet amenait à traiter de leur expérience émotionnelle, de leur relation avec les patients et de la gestion du cabinet (notamment économique). Cet aspect pouvant être inconfortable à aborder, les entretiens individuels nous ont semblés plus adaptés en partant des hypothèses suivantes :

- Les médecins sont confrontés à des tiers de patients faisant des demandes pour eux-mêmes
- Le vécu et l'attitude des médecins face au tiers en demande pour lui-même sont variés
- La demande du tiers pendant la consultation d'un patient a un effet sur les relationnels (médecin-patient/ tiers-patient/ médecin-tiers)

Nous avons envisagé la réalisation de quelques focus groupe de médecins pour optimiser le recueil de données. Mais nous craignons de biaiser le discours avec la dynamique de groupe, et de ne pas acquérir une analyse critique de leur pratique et de leur vécu.

3. Population de l'étude

Nous avons décidé de questionner les médecins généralistes.

Les critères d'exclusion aux médecins recrutés étaient :

- Les médecins généralistes ne consultant pas sur rendez-vous programmés : afin de se focaliser sur les praticiens confrontés à notre question de recherche ;

- Les médecins généralistes non installés (internes et remplaçants) et non libéraux : afin de privilégier les praticiens maîtrisant la gestion de leur organisation et leur patientèle.

Nous n'avons pas restreint géographiquement la population de médecins étudiée concernant le lieu d'installation.

Nous avons focalisé cette recherche sur les médecins généralistes sans explorer les autres spécialités libérales, car ce travail s'intégrait dans notre thèse de médecine générale.

Les caractéristiques des participants ont été recueillies de manière anonyme en début d'entretien. (Annexe 1)

4. Echantillonnage

Les premiers recrutements se sont faits par méthode de proche en proche par des contacts personnels accessibles pour tester notre premier guide d'entretien.

Nous avons persisté avec cette méthode de recrutement par la suite, via des informateurs relais ou par contact direct de médecins connus. Nous avons préféré une détermination antérieure aux entretiens, quant aux critères sociologiques et professionnels des participants, pour maximiser la variété des profils. Un recrutement autre que proche en proche n'aurait pas permis ce même contrôle.

L'échantillonnage raisonné nous permettait de sélectionner des profils manquants à notre échantillon en fonction des thèmes soulevés lors des entretiens et de mettre à l'épreuve notre analyse.

Durant tout le recrutement, nous avons essayé d'avoir un échantillonnage le plus varié sur les profils, par rapport à l'âge, au sexe, à la durée d'installation, le type d'activité, la durée moyenne de consultation, l'organisation du planning, du cabinet et du secrétariat et la qualité de maître de stage universitaire.

Nous récupérons les adresses mail des médecins via des intermédiaires ne connaissant pas notre thème de recherche, ou nous les récupérons directement. Une lettre d'information par mail leur était envoyée pour proposer de participer à notre recherche (Annexe 2).

Dans le mail d'information minimaliste étaient précisés : notre statut de chercheur, notre directeur de recherche, le thème « gestion de certaines consultations en médecine générale », la méthode par entretien individuel, la durée envisagée et l'anonymisation des données.

5. Recueil des données

I. Conditions de recueil

Nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-dirigés. Le lieu de réalisation était au choix du participant, dans un endroit silencieux, sur un temps dédié à l'entretien et propice au discours.

Les entretiens ont été modérés par un des deux chercheurs, sans la présence d'intervenant extérieur autre que le chercheur et le participant.

Les entretiens suivaient notre guide d'entretien, tout en étant libre de s'en éloigner pour approfondir des réponses et des thèmes abordés.

Au cours de chaque entretien nous avons noté le contexte d'énonciation.

II. Connaissances des participants

Les participants connaissaient le thème global de la recherche : « gestion de certaines consultations » et « la relation médecin-patient », afin d'éviter d'influencer leur discours. Un indiçage du sujet était fait en début d'entretien par « la relation médecin-accompagnant ».

Ils connaissaient la durée prévisible de l'entretien.

Le participant pouvait connaître antérieurement le chercheur réalisant l'entretien, mais il était réalisé en l'absence de risque de biais de désirabilité. Cette configuration permettait une plus grande intimité et une confiance plus facile.

III. Matériel d'enregistrement

Nous avons enregistré les entretiens grâce à un dictaphone numérique ZOOM H1° et l'application « enregistrement » d'un smartphone Huawei° nous appartenant.

IV. Elaboration du guide d'entretien

Des lectures sur les études qualitatives nous ont aidé à la création d'un guide d'entretien adapté, et à nous préparer à la gestion d'entretiens semi-dirigés.(12,13)

Avec l'aide d'un atelier méthodologique du DUMG et de notre directrice de thèse, nous avons décidé de commencer le guide par une question « brise-glace » en revenant sur le souvenir d'une situation rencontrée. Puis le guide explorait les différents thèmes suivants :

- Leur attitude et vécu face à un tiers faisant une demande pour lui-même en consultation ou en visite programmée pour un patient (avec ou sans urgence)
- Leur attitude et vécu face à un tiers semblant en besoin de soin en consultation programmée pour un patient
- Effet de ces situations sur les relationnels (tiers-patient/ médecin-patient/ médecin-tiers)
- Les stratégies envisagées pour optimiser la situation du tiers en demande pour lui-même

Nous n'avons pas voulu intégrer la question de la rémunération dans notre guide, pour évaluer si les participants l'évoquaient spontanément et l'explorer le cas échéant seulement.

Ce guide a été testé et validé dans notre entretien 1. (Annexe 3)

Nous avons changé notre guide, après quatre entretiens, en limitant l'usage du terme « accompagnant » qui induisait le participant à se focaliser sur le tiers aidant du patient dépendant. Le guide a été finalement enrichi pour explorer des thèmes abordés par certains participants, et arriver à un guide d'entretien final (Annexe 4) avec :

- La gestion de la facturation dans cette situation
- L'auto-critique des stratégies déjà mises en place

L'ordre des thèmes abordés était variable en fonction de la fluidité et de la richesse du discours du participant.

V. Retranscription

Les entretiens ont été retranscrits sur fichiers Word° par les chercheurs les ayant modérés. La retranscription intégrale de l'enregistrement a été faite, reprenant fidèlement le discours et le contexte d'énonciation. (Annexe 5)

Les entretiens ont été anonymisés et numérotés de 1 à 6 et de A à F.

6. Analyse

I. Type d'analyse

L'analyse des données a été faite en deux étapes successives.

La première partie était une analyse en rubriques. Elle consistait à compartimenter les entretiens en unités de sens, et leur attribuer un code synthétisant le discours et le contexte d'énonciation : la codification. Les différents codes étaient regroupés en rubriques d'association d'idées (Annexe 6).

La deuxième partie était une analyse en catégories conceptualisantes. Elle a été réalisée après avoir rassemblé une certaine quantité de données (8 entretiens) en prenant de la distance avec les résultats pour les réorganiser et les interpréter. Elle a été réalisée par un travail de données plus poussé et un niveau de réflexion supérieur, en s'inspirant de la démarche d'analyse par théorisation ancrée construite par GLASER et STRAUSS et reprise par Pierre PAILLÉ.(14)

Une réévaluation de nos catégories conceptualisantes a été permise par les entretiens suivants (la théorisation ancrée).

Après établissement de notre théorie, nous avons repris l'ensemble des verbatims pour tester et confirmer sa validité.

II. Logiciel utilisé

Nous avons utilisé le logiciel Excel° comme support initial de notre analyse.

Nous avons ensuite travaillé sur un tableau Google Sheets° sur Google Drive° pour partager le même support.

III. Triangulation des chercheurs et regards extérieurs

La triangulation des données a été menée tout au long de l'étude. Le codage et l'analyse ont été faits individuellement par chacun des chercheurs. Les analyses ont ensuite été mises en commun pour chaque entretien au fur et à mesure de leur réalisation.

En cas de discordance sur l'interprétation, nous avons relu les retranscriptions, réécouté les enregistrements jusqu'à consensus ; sinon, nous demandions l'avis extérieur d'une tierce personne.

Nous avons par ailleurs été aidés dans nos réflexions et nos recherches par notre directrice de thèse et un chercheur naïf à l'étude le Dr Sophie Ricard. Ces avis extérieurs nous ont permis d'approfondir notre analyse et notre conceptualisation.

7. Rôle des chercheurs

Tout ce travail de recherche a été réalisé par deux chercheurs durant leur internat de Médecine Générale en Midi-Pyrénées (Caroline Dorthe et Robin Maillot).

Au début de notre projet, nous avons réalisé un travail réflexif concernant le sujet étudié, pour essayer de comprendre nos « a priori », nos sentiments et nos propres jugements.

Nous avons pris le recul nécessaire concernant notre subjectivité face aux données durant les entretiens, les retranscriptions, les codages, et les analyses. Cette distanciation a été optimisée grâce aux discussions entre nous et avec des personnes extérieures.

8. Ethique

I. Consentement des participants

Le consentement éclairé des participants a été recueilli par écrit via un formulaire avant le début de chaque entretien. (Annexe 7)

Les participants ont été informé de la possibilité d'arrêter l'entretien à tout moment et de revenir sur leur consentement.

II. Anonymisation des données

Une anonymisation des participants, des lieux et des personnes citées a été réalisée lors de la retranscription de chaque entretien par le chercheur ayant fait l'entretien.

III. Comité d'éthique

Nous avons reçu un avis favorable de la commission éthique du département universitaire de médecine générale de Midi-Pyrénées après soumission d'une demande identifiant notre recherche, associée à un résumé de notre protocole et les formulaires d'information et de consentement. (Annexe 8)

9. Rétroaction des participants

Nous avons permis aux participants de revenir sur leur consentement pour le traitement des données de leur entretien. Nos coordonnées leurs étaient fournies dans le mail d'information et sur une lettre laissée après la signature du consentement. (Annexe 2)

RESULTATS

1. Description des participants.

I. Caractéristiques de l'échantillonnage.

12 médecins ont participé à notre étude : 7 femmes et 5 hommes, âgés de 29 à 64 ans.

La durée d'installation des médecins était diversifiée, allant de 10 mois à 37 ans ; de même que leur type d'installation : en cabinet, seul ou en groupe allant jusqu'à 6 médecins.

Nous avons réussi à obtenir une bonne variabilité concernant la durée moyenne des consultations (15 à 30 minutes), l'organisation du temps de consultation, la capacité de maîtrise de stage, le type de secrétariat (physique, téléphonique ou personnel), et le lieu d'installation (6 en semi-rural, 4 en urbain, 2 en rural).

Les caractéristiques des médecins interrogés ont été consignées dans le talon sociologique. (Annexe 9)

II. Caractéristiques des entretiens.

Les entretiens ont été réalisés entre le 27 août 2017 et le 7 septembre 2018.

La durée moyenne des entretiens était de 23 minutes. Les entretiens ont été faits dans les cabinets des médecins ou à leur domicile, selon leur commodité (Annexe 10).

III. Saturation des données.

Nous avons atteint la saturation des données théoriques à partir du dixième entretien. Nous avons confirmé notre saturation avec deux entretiens supplémentaires n'apportant pas de nouvelle catégorie après analyse, bien que nous ayons recruté de nouveaux profils.

2. Présentation des résultats.

I. Le médecin : des attitudes en lien avec sa vision et l'évolution de la médecine.

A. **Une vision de la médecine propre à chacun.**

Les médecins interrogés évoquaient leur vision de la médecine qui influençait leur manière d'orienter leur pratique. Ces visions pouvaient être différentes selon les médecins.

Certains médecins mentionnaient une nécessité de respecter leur planning : du fait de contraintes professionnelles, personnelles et temporelles : « *Si je fais d'avantage d'actes, vu qu'il est hors de question que j'en glisse plus de 3 par heure, ça veut dire que je vais allonger ma durée de consultation, mon heure d'ouverture du cabinet ...* » E.6

Une autre vision avancée était l'importance de la médecine comme profession libérale, pour la liberté de choix de fonctionnement.

D'autres médecins orientaient leur pratique sur leur idée du rôle de médecin traitant : la prise en charge globale du patient : « *il faut avoir une vision sur le moyen terme, voir le long terme (...) pas uniquement de la consultation viens ouvre la bouche j'ai mal à la gorge, et la fois d'après j'irai voir un autre médecin ou n'importe quoi ... de la consommation médicale, du consumérisme* » E.6

Des médecins s'attachaient plus à une pratique médicale forgée sur leur sentiment de devoir et de disponibilité : « *Est-ce que vraiment le travail du médecin généraliste, c'est d'être disponible ? Est-ce que c'est ça ? oui je crois que oui. (...) je dois probablement me considérer comme étant au service de mes patients d'une certaine façon* » E.4

Les médecins trouvaient un accord dans l'absence d'organisation idéale adaptée à toute situation : « *Pour ça sans rendez-vous sur rendez-vous, c'est un peu C'est vraiment, je pense, à adapter, c'est pas blanc, c'est pas noir.* » E.E

B. Vision sensible à l'évolution de la médecine et de la société.

➤ Adaptation à l'offre de soins insuffisante par rapport à la demande.

Les médecins se sentaient moins disponibles qu'auparavant, du fait d'une demande de soins dépassant l'offre qu'ils pouvaient fournir : « *On est passé d'une période où les gens allaient chez le médecin, et en gros le médecin, ils claquaient des doigts et le médecin était chez lui dans les 10 minutes, quel que soit l'heure du jour et de la nuit* » Entretien E.3

Cette situation a été reprochée aux politiques de santé par manque d'anticipation : de la sur-féminisation médicale, de l'évolution des mentalités et de la société avec une volonté de moins travailler pour profiter de leur famille et de leurs loisirs.

« *... aujourd'hui ça paraît aberrant à qui que ce soit, de travailler 5 jours entiers par semaine.* » E.6

Le planning avait donc de plus en plus d'influence pour certains médecins dans leurs décisions : « *De plus en plus, tu dis : moi je consulte de là à là, j'ai pas de place, si j'ai pas de place ...* » E.4

Selon les médecins interrogés, le manque de disponibilité et de médecins faisait que les patients se retrouvaient en errance, avaient du mal à trouver un médecin traitant. Ayant moins de choix, ils étaient dans l'obligation de s'adapter au fonctionnement de leur médecin : « *Ça leur convient pas et ils changent de médecin...maintenant c'est un peu plus compliqué parce qu'il y a moins de choix* » E.3

Il semblait même pour un des médecins interrogés, que le système de santé français touchait à sa fin.

➤ Adaptation à l'évolution de la société : société de consommation et comportements des patients consuméristes.

La relation médecin-patient était perçue pour certains comme une relation commerciale où le médecin serait une denrée consommable, sans respect de son fonctionnement ou de

son organisation. Le patient aurait des demandes exigeantes en lien avec cette société de consommation.

Les médecins ne se retrouvaient pas dans ce fonctionnement, avec de moins en moins de médecins de famille avec une vision holistique du patient : « *cette idée de médecin de famille, qui suit plusieurs générations et sur l'intégralité de la famille, (...) comme ça se perd en ville, mais bon, ça ... c'est l'évolution de la médecine.* » E.6

C. Vision influencée par une médecine idéalisée.

➤ Une consultation idéalisée.

Pour les médecins, la consultation devait être dédiée au patient, globale, sans être un avis oral simple, l'objectif étant d'améliorer la prise en charge du patient. « *Lorsque je suis en consultation c'est vraiment la consultation dédiée au patient* » E.C

➤ Suivre les recommandations.

Un portrait du bon médecin était décrit par plusieurs : limiter les prescriptions de complaisance, suivre les recommandations, éviter le recours aux urgences. « *probablement l'idée que tu as de la consultation parfaite, qui ne donnera lieu à pas d'antibiotiques, à du paracétamol* » E.4

II. Le tiers et sa demande.

A. Le tiers selon le médecin.

➤ Le tiers : un proche du patient.

Le tiers pouvait être un membre de la famille, un conjoint, un ami, ou l'aidant d'une personne dépendante. « *la personne qui venait avec elle en consultation, qui est forcément proche d'elle puisqu'ils sont ensemble en consultation* » E.B

➤ Raison de la présence du tiers en consultation.

Lors des consultations avec un patient accompagné, les médecins s'interrogeaient sur la présence du tiers.

Le tiers pouvait être là pour le patient : comme soutien, pour intervenir quand il se sentait indispensable, ou pour le surveiller.

Il pouvait venir pour lui-même quand il était en souffrance comme une demande inconsciente de sa part.

Un des médecins soulevait l'importance d'évaluer si le tiers voulait faire une demande pour lui-même « *C'est vrai que je me suis pas méfiée la dernière fois, quand ils accompagnent, de bien voir ce qu'on voit aujourd'hui.* » E.D

➤ Le trio tiers-patient-médecin : quand le tiers prend place dans la consultation.

La présence du tiers comme accompagnant, était bien vécu par les médecins, voire comme un élément bénéfique pour la consultation avec le premier patient : « *généralement ça peut être une aide à la consultation, quand cette personne est là, dans le but, vraiment, d'accompagner le patient ou la patiente qui consulte* » E.C

Le tiers s'imposant dans la consultation était vécu comme un évènement problématique : « *Elle parle pour elle, voilà. Ça c'est agaçant.* » E.A, le tiers devenant envahissant, entraînant des difficultés de gestion pour le médecin au détriment du patient. « *La relation à trois est pas toujours évidente ; enfin quand on doit s'occuper d'une personne, que l'autre vient se greffer* » E.C et « *ça peut être plus compliqué, (...) la personne qui, accompagnante, prend trop le dessus sur le patient ; et du coup on perd un peu le fil de la consultation* » E.C

Pour certains médecins, la simple présence du tiers pouvait entraîner une gêne : « *Après ... ce qui peut être gênant, c'est par rapport au tiers. C'est-à-dire Le mari, la femme ou l'enfant ; avec une problématique d'un parent que n'a pas à entendre l'enfant, là, c'est différent (...) je sais pas une maman qui vient pour une IVG avec un petit qui me dirait il tousse* » E.5

- Le tiers en demande de consultation : décalage entre la vision du tiers et la réalité de la prise en charge.

Plusieurs médecins pensaient que, en dehors du cadre de l'urgence, le tiers faisait cette demande par gain de temps et praticité, sans réaliser la réalité de la prise en charge qui en découlait : « *c'est par gain de temps, parce que ... « ils ont qu'un RDV, et que quand même, si j'avais fait le certificat sportif du petit c'était bien aussi » E.5*

La demande pouvait être directe, en demandant de confirmer le caractère bénin d'un symptôme, ou indirecte, en glissant un symptôme au médecin : « *soit celui qui fait semblant qu'il aurait besoin d'une consultation mais qu'il n'ose pas te la demander, en disant (...) d'ailleurs moi aussi depuis hier je tousse un peu, je me sens pas bien... » E.4*

Cette demande était faite à n'importe quel moment de la consultation. Les tiers pouvaient justifier leur demande en soulevant un problème organisationnel : « *(le tiers parle) c'est pour les 2 enfants, mais j'ai pas pu prendre 2 rendez-vous parce que vous n'aviez plus de place. » E.4* ou en minimisant leur demande : « *il dit « je me rajoute mais c'est rien du tout vous allez voir docteur ».* E.4

Le tiers pouvait utiliser le patient comme prétexte de consultation « *si le tiers vient et que je vois que c'est, qu'il profite de ça « ah tient justement, tant que je suis là, je me suis dit, je vais vous demander le renouvellement » E.4*, et parfois prendre la place du patient.

Les médecins reconnaissaient que ces demandes émanaient souvent des nouveaux patients, des patients de confrères, en début d'installation, et même, d'un certain profil de patients : « *Et puis après, il faut voir quand même que c'est souvent le même type de patient. C'est quand même des patients probablement, je sais pas comment les caractériser mais, y'en a qui ferait jamais ça » E.4*

B. Les différents types de demande du tiers.

Les médecins rapportaient différents types de demande auxquels ils étaient confrontés.

Ils pouvaient faire face à une demande de consultation, qu'ils séparaient en demande urgente ou non, demande simple ou compliquée.

Parmi l'urgence, ils différenciaient l'urgence réelle « *Le mec qui a une colique néphrétique, je veux dire, ce qui est une véritable urgence (...) une douleur abdominale, une fièvre ... inexpliquée mal tolérée, des céphalées, ...* » E.B ; de l'urgence ressentie par le tiers, qui parfois serait plus une exigence urgente : « *Après si c'est juste une exigence urgente, parce que ... ils ont pas réussi à caler le renouvellement et que du coup ils ont pas le traitement ce soir ;* » E.C

Les demandes de consultation simple pour les médecins étaient des situations avec des diagnostics évidents, rapides, et ne nécessitant pas d'examen clinique poussé : « *si l'autre me dit « au fait, j'ai la rhino ». Si ça prend cinq minutes, bien évidemment on va la traiter* » E.B et « *Soit c'est manifestement compliqué, il faut du temps, il faut se déshabiller, il faut l'examiner comme il faut* » E.A

Ils pouvaient aussi faire face à des demandes de prescription, ou des demandes d'avis « *ou « untel m'a fait ci... enfin, m'a prescrit ça ; qu'est-ce que vous en pensez ?* » » E.C

Il y avait une variabilité entre les médecins concernant les demandes, qu'ils considéraient comme justifiées ou non, sauf pour les certificats : « *Ce qui pourrait me faire hésiter, là où je pourrais dire non c'est par exemple une demande de certificat.* » E.4

C. Vécu face à la demande du tiers.

➤ Vécu conditionné par l'urgence de la demande.

Les médecins reconnaissaient ne pas avoir de problème face à une vraie urgence du tiers, mettant en avant leur sentiment de devoir en tant que médecin et qu'humain. « *tout ce qui est sur rendez-vous, quand ça vient se rajouter, voilà c'est pas quelque chose que j'apprécie. Maintenant voilà, en cas d'urgence, de motif qui se justifie, évidemment, ça passe mieux* » E.C

Contrairement aux demandes urgentes ressenties par le tiers, qui étaient parfois vécues comme abusives : « *C'est souvent les gens pour qui c'est pas une urgence qui s'imaginent ... parce qu'il voit que la journée à un peu avancé, et que ce matin ça allait à peu près mais maintenant ça va un peu moins bien euh, et j'aurais des choses à faire ... donc je vais déranger le médecin et lui dire que c'est urgent. (SOUPIR).* » E.6

➤ Vécu conditionné par le sentiment de devoir et l'empathie du médecin.

Un des médecins ne vivait jamais mal ces demandes car estimait que c'était son rôle en tant que médecin traitant de soigner ses patients : « *je dois probablement me considérer comme étant au service de mes patients d'une certaine façon et que donc s'ils ont une maladie, ben tant mieux qu'ils soient là je vais les soigner* » E.4 et « *ça me pose pas un vrai problème (...)la maladie c'est pas sur rendez-vous. Enfin les gens ils disent ça, mais moi je crois que c'est profondément vrai* » E.4

Le médecin se mettait à la place de ses patients « *Je crois qu'on prévoit pas toujours d'être malade, c'est compliqué, je me mets à la place des gens dans leurs vies, qui ont une vie compliquée...* » E.4, dans un contexte d'offre de soins insuffisante : « *mais je pense qu'elle est légitime parce que c'est compliqué de voir des médecins, d'avoir des médecins, donc je comprends que les gens ils essayent* » E.3

➤ Vécu conditionné par l'impact de la demande.

Pour certains médecins, les demandes des tiers posaient problème face aux conséquences de celles-ci : manque de temps pour le patient premier, consultation désordonnée, perturbation de l'organisation de la journée. « *C'est sûr que quand on est un peu débordé, et quand on est en retard, quand le téléphone sonne.... Pfff, une demande de plus maintenant, c'est un peu, ça peut être un peu agaçant* » E.A

Les médecins pouvaient se sentir pris au dépourvu. L'un d'eux vivait mal de devoir se justifier et (re)expliquer les raisons de son refus face au tiers insistant.

➤ Vécu conditionné par d'autres éléments indépendants.

Les médecins reconnaissaient que d'autres éléments pouvaient jouer sur leur ressenti. Une demande formulée en début de consultation et la présence de l'interne étaient des éléments permettant un meilleur vécu de la situation.

La demande intervenant à un moment où le médecin se sentait fatigué pouvait être plus compliqué à vivre.

L'attitude du tiers et la justification de sa demande jouaient un rôle important : une demande justifiée était bien vécue : *« ils sont venus tous les deux mais au final lui aussi il est malade et tout, il a pas réussi à nous joindre, ce qui peut arriver aussi... les lundis matin le standard est très souvent saturé » E.E*

Alors qu'un tiers malhonnête, qui ne respectait pas son fonctionnement en faisant des demandes abusives, rendait la situation plus difficile et était vécu comme un manque de respect : *« si après je ressens que c'est un petit peu de l'abus... (...)Moi je sens que c'est irrespectueux, pour les autres patients, pour moi » E.D*

L'attitude du tiers et la manière de faire sa demande pouvaient renvoyer aux médecins des images ressenties comme négatives : *« Non voilà, j'aime pas être le prestataire de service, » E.5 et « qui vient un peu avec une liste comme chez l'épicier » E.1 et « Des fois c'est pas forcément des tests, mais des fois ça peut en être » E.E*

Un des médecins avouait que sa sympathie pour le tiers pouvait avoir une influence *« hélas aussi de la sympathie que m'inspire le patient. Parce que si j'ai un lien particulier avec le patient, que je l'aime bien ou je sais pas, des raisons tout à fait extérieures à son motif, je le verrais plus facilement » E.4*

D. Une situation semblable à tant d'autres.

Les médecins faisaient des parallèles, à la fois sur le plan du vécu et des attitudes, avec d'autres situations : les patients avec une liste de motifs, ou, le motif important en fin de consultation, les tiers en demande d'avis en consultation libre, l'accompagnant semblant en besoin de soins, l'urgence non programmée, les demandes non urgentes en consultation libre.

Tout événement se rajoutant à la consultation, comme le tiers en demande, était considéré comme un élément perturbateur : les appels téléphoniques, les patients en retard qui demandent à être vus.

« C'est les motifs de portes presque un peu ... Que ce soit pour le tiers ou pour la personne » E.D et « on a déjà pas beaucoup de temps pour s'occuper d'une personne qui parfois a déjà (mime la liste) toute une liste de de motifs (...) Quand vient en plus se greffer la demande du tiers, c'est un peu agaçant quoi. » E.C

III. Attitude du médecin face au tiers demandeur.

A. **Gestions des urgences vraies et sentiment de devoir.**

L'urgence médicale comme demande du tiers faisait consensus parmi les médecins interrogés.

➤ L'évaluation de l'urgence : un consensus.

La première étape était de vérifier le caractère d'urgence et de la différencier d'une urgence ressentie ou d'une exigence urgente. : « *les urgences sont pas toutes les mêmes (...) Mais ça on peut pas l'estimer comme ça (CLAQUE DES DOIGTS) dans l'instant, alors que il faudrait prendre un peu plus de temps* » E.E

Les méthodes d'évaluation allaient de l'interrogatoire simple jusqu'à l'examen clinique.

L'engagement de sa responsabilité était pour un médecin un élément déterminant : « *Mais si c'est une urgence (...), je vais écarter toutes les problématiques urgentes, qui pourraient remettre en question ma responsabilité ; si je traite pas, si je porte pas assistance à personne tiers en danger.* » E.B

➤ Accepter l'urgence sans condition.

Il existait un consensus chez les médecins pour prendre en charge les urgences vitales des tiers, du fait de leur sentiment de devoir : « *J'ai pas envie de ... de regretter de pas avoir fait quelque chose enfin voilà si c'est une situation avec des symptômes un peu à menace vitale ... j'ai besoin je pense de finir ma matinée ou mon aprèm en ayant la sensation d'avoir fait ce que je devais faire quoi* » E.1

Les demandes du tiers dans le cadre de l'urgence vraie étaient gérées par consultation immédiate, entre les rendez-vous programmés ; indépendamment du retard : « *Si effectivement je juge que c'est une urgence, on va, on va l'intercaler, même si le timing est plus serré* » E.C et « *Si c'est urgent, je fais ; je fais une consultation. Voilà. Mais je fais une vraie consultation* » E.5

L'évaluation de l'urgence vraie variait entre les médecins : un médecin acceptait sans condition les demandes urgentes car estimait ces demandes rarement injustifiées : « *Je ne dis jamais non parce que c'est quand même assez rare que ce soit totalement injustifié en mon sens (...)le patient a une pathologie même si elle est pas grave* » E.4

B. Facteurs déterminant les attitudes.

➤ Le motif de la demande.

Passé le caractère d'urgence, les médecins orientaient leur décision en fonction du motif de la demande. Ils réagissaient différemment selon la complexité, le caractère chronique du problème posé et la nécessité d'une consultation normale : « *une demande de prescription de toxique(...)que je ne connais pas, il est évident que la réponse immédiate c'est de.... De ne pas m'en occuper* » E.A

Le caractère justifié ou abusif des demandes dirigeait la conduite des médecins : « *Soit parce que j'estime que cette demande est vraiment injustifiée, et que ça me met en colère, donc ça aura une influence parce que je serai pas totalement à ma consultation* » E..4

Les médecins ont décrit le motif de venu du premier patient comme décisif dans leur attitude : « *c'est un suivi pédiatrique donc que c'est une consultation longue* ». Et si elle commence à me dire « *j'ai le nez qui coule* », je vais leur dire « *attendez, non... on a un temps pour s'occuper de plein plein de choses (...)* je vous donne un rendez-vous » E.B

➤ Les émotions du médecin

Des médecins ont avoué que leur décision variait face à des paramètres comme leur propre humeur et leur compréhension de la demande : « *Mais bon, (...)en fonction de la journée qu'on a (...), donc ben peut-être que pour une situation on va pas observer les mêmes comportements, la même réponse* » E.E et « *je me mets à la place des gens dans leurs vies, (...) ils ont déjà un rendez-vous chez le médecin, bon ben ils vont pas en prendre un autre pour 2 heures plus tard quoi.* » E.4

Un médecin confessait changer d'attitude avec la sympathie éprouvée pour le tiers « Ces patients-là typiquement, c'est des patients que je connais bon, maintenant depuis longtemps, qui ont déménagé super loin, qui viennent toujours me voir donc je suis flattée qu'ils continuent à me choisir comme médecin » E.4

Le tiers et son attitude avaient aussi un impact dans leur choix : « une fois que l'enfant malade est dans le cabinet... c'est compliqué de... refuser » E.D et « j'accepte entre guillemets qu'elle ait pris le prétexte de son mari (...) parce que je pense qu'elle a du mal à venir pour elle » E.A

➤ La gestion du temps.

La gestion du temps influençait systématiquement les médecins ; par leur retard, le temps initial prévu au premier patient, le moment de la demande et leur charge de travail : « on va jamais réagir pareil d'un jour à l'autre. C'est ... en fonction de notre retard, de la charge de travail, on va plus ou moins bien réagir. C'est-à-dire que sur une journée calme on est beaucoup plus dans l'empathie, et on va dire « bien sûr, il y a pas de souci ». E.F

C. Stratégie adaptative immédiate.

➤ La consultation dédiée au tiers.

En cas de demande du tiers, certains médecins pouvaient accepter et faire une consultation normale en temps et en qualité : « Lorsque je les vois en même temps que la personne qui accompagne ? (...) Même si je dis que je vais faire vite je prends le même temps qu'un qu'une consultation normale quoi. Je bâcle pas plus voilà » E.2

Faire ce type de consultation pour le tiers pouvait arriver en cas de demande complexe, si le médecin avait des disponibilités temporelles et surtout pour les demandes faites en début de consultation : « Mais quand c'est une demande « ah bah il y a untel, et bah du coup il faut l'examiner ... » là quand j'ai plus de disponibilité, je dis « ok très bien bah on fait une consultation, une vraie consultation » quoi » E.C

➤ Une « sous-consultation » : plus rapide, plus ciblée.

Face à certaines demandes, des médecins faisaient des « sous-consultations », en limitant le temps investi au tiers et en gérant uniquement le problème posé : « *ben il est possible que je fasse une sous consultation (geste entre guillemet) c'est-à-dire que je regarde 5 minutes la gorge, et que je dis « ben en fait à la gorge il y a rien », je l'interroge vite fait* » E.4

Cela pouvait prendre la forme d'un avis rapide en cas de demande simple, sans nécessité d'examen : « *si c'est un petit truc comme ça pff... voilà, ce que je vous disais tout à l'heure ... bon je réponds et puis voilà... Mais je prends pas le même temps qu'avec ... que dans une consultation* » E.5

Les médecins réalisaient ce type de « sous-consultation » pour répondre aux demandes simples, éviter de prendre du retard ou éliminer une urgence : « *mais j'y passe quand même moins de temps, parce qu'on a des plannings très serrés, on est souvent pris. On est souvent blindés au niveau des consultations* » E.E

➤ Médecin, simple prescripteur face à la demande.

Les médecins pouvaient prendre juste une position de prescripteur face aux demandes licites ou bénignes : « *La rupture de médicament : « j'ai plus tel médicament, j'ai pas pu avoir le rendez-vous avec mon médecin à temps », bon ça ça me paraît ... J'accède à la demande* » E.A

➤ Le refus catégorique en dehors de l'urgence : privilégier son fonctionnement et ses patients.

Pour certains, le refus strict était l'attitude choisie en cas de demande injustifiée ou abusive. L'objectif du refus catégorique pouvait être de privilégier son organisation ou pour enseigner son mode de fonctionnement. « *il est hors de question que dans une organisation rigoureuse comme celle que j'ai, je décale mes rendez-vous* » E.6

Pour un médecin, refuser la demande du tiers était nécessaire pour limiter les nouveaux patients.

Les médecins pouvaient refuser et se décharger sur le secrétariat concernant la prise de rendez-vous, pour affirmer leur mode de fonctionnement : « *l'accompagnant (...) qui vient un peu avec une liste comme chez l'épicier ; j'avoue que je lui dis de ... je lui donne même pas un rendez-vous délibérément, je lui dis d'appeler ma secrétaire, je lui redonne le numéro du cabinet* » E.1

➤ Reprogrammer la demande : reculer pour mieux sauter.

La reprogrammation de la demande était utilisée en cas de demande faite par un tiers inconnu ou de demande complexe nécessitant une consultation mais non immédiate.

Pour un médecin la reprogrammation était nécessaire afin d'éviter de laisser le tiers sans réponse : « *Il faut quand même laisser une porte ouverte je pense, « reprenez rendez-vous, (...) j'ai des rendez-vous après-demain. (...) », mais au moins laisser une porte ouverte, que le patient parte pas frustré. Ça montre au moins qu'on a accusé de réception leur demande* » E.E

Les demandes aux moments non propices favorisaient cette attitude : salle d'attente pleine, retard ou planning chargé.

Des médecins préféraient reprogrammer la demande pour la journée même (notamment en fin de journée) pour concilier leur désir d'accepter et leur irrévérence du retard : « *si je commence ma consultation à 16h, ben ils reviennent il est 19h30/20H quoi voilà. Mais au moins ils sont reçus dans la journée. Et au moins j'ai pas le stress de rattraper le retard de la consultation* » E.2

➤ Avis rapide et ordonnance pour repousser la demande.

La réponse par avis simple, en laissant une porte ouverte, était décrite pour temporiser les demandes : « *je dirais « ben écoutez, ça m'a pas l'air méchant votre mal de gorge, (...) par contre on se revoit si ça va pas mieux, si vous avez de la fièvre... »* E.4

La prescription (de renouvellement ou de biologie) était un autre moyen décrit, qui pouvait aussi optimiser le suivi du tiers : « *souvent je vais peut-être faire ... regarder rapidement dans le dossier et faire une prescription, qui est un petit peu à renouveler, pour temporiser, en disant « faites la prise de sang et on se voit dans 2 jours » (...) Ben ça force un peu le destin pour son suivi à lui, et puis en plus ça permet de pas le voir le jour même quoi* » E.1

➤ Un autre médecin à la rescousse.

Des médecins s'appuyaient parfois sur des collègues présents dans le cabinet pour gérer les tiers en demande. Cela pouvait être un confrère avec des disponibilités de rendez-vous, ou leur interne qui consultait le tiers en parallèle ou à un autre moment : « *il (interne) commence avec le patient, on l'interroge, enfin il interroge, il le voit dans le côté de la salle d'examen, pendant qu'il examine moi je commence à interroger l'autre patient* » E.4

Cette méthode permettait de fluidifier les demandes urgentes : « *l'autre fillette allait être vue par M. (interne) Parce que j'avais pas le temps de les voir toutes les 2 en plus de ma consultation* » E.2

➤ Méthodes d'évitement.

Les médecins pouvaient ignorer les demandes indirectes et injustifiées, ou réorienter les tiers vers leur médecin traitant ou les pharmaciens : « *prenez à la pharmacie, faites-vous avancer la boîte, et je vous verrai après* » E.5 et « *il est évident que la réponse immédiate c'est de.... De ne pas m'en occuper.... De renvoyer à son médecin habituel, (...) Ça c'est pas une stratégie c'est (rire) le renvoyer à la maison.* » E.A

➤ Consulter le tiers à la place du patient.

Certains médecins décidaient de consulter le tiers plutôt que le patient premier, quand ce dernier présentait un motif moins urgent : « *un patient qui avait un rendez-vous, et c'est son enfant qui est malade... bah si c'est moins urgent, je vois l'enfant* » E.D

En cas d'absence de motif urgent du tiers ou du patient, un médecin leur laissait le choix : « *donc j'ai bien expliqué à la mère « soit je prends la fille mais je peux pas m'occuper de vous après, (...), ou alors je m'occupe de vous, et si il me reste du temps, je m'occuperais de la fille* » E.6

➤ Proposer de faire une vraie consultation pour rendre le tiers responsable.

Quand une demande d'avis nécessitait un temps dédié, une alternative était de rendre le tiers acteur dans la prise de décision et proposait de faire une vraie consultation : « *si ça me semble être un peu plus compliqué, et justifier une consultation, je dis bon « est-ce que vous voulez qu'on le voie ? » « non, non j'ai pas le temps » (...) « bon on se reverra » » E.5*

L'objectif était de respecter et montrer sa vision de la médecine, refuser de bâcler un motif ou refuser d'être seulement prescripteur : « *« vous pouvez me marquer des semelles pour la petite ? » Là je dis non, il faut que je l'examine (...) j'essaie un peu de clarifier, ou c'est une demande un peu comme ça, ou alors il y a besoin d'une consultation, et je marque pas un truc sur le bord du bureau. » E.5*

D. Explique son choix au tiers.

L'explication par les médecins de leur décision était un élément clef dans leur attitude, autant en cas d'acceptation que de rejet des demandes.

➤ Justification.

Ils justifiaient leur décision en défendant le bénéfice pour le tiers, la nécessité d'un temps dédié pour avoir une prise en charge pertinente : « *Donc je vais leur dire gentiment « vous savez, moi j'essaie de faire les choses comme il faut. (...) faire le métier comme il faut » E.3*

Ils pouvaient souligner l'application investie dans la prise en charge du patient premier : « *c'est vrai que je le dis « enfin, là voyez on a pris ... la personne a pris rendez-vous, on s'occupe de la personne, ça fait déjà pas mal de choses à voir » E.C*

Les médecins se justifiaient aussi en expliquant le motif de leur décision « *si je considère que c'est vraiment inutile, je pense que je vais quand même voir le patient, mais euh ... je lui ferai peut-être une remarque » E.4*

➤ Education.

Le discours avait pour certains un objectif d'éducation sur leur mode de fonctionnement : « *soit il y a urgence vitale, soit moi je consulte sur rendez-vous, je suis désolé, on se voit quand vous voulez » E.B*

Cela permettait aux médecins d'expliquer aux tiers leur vision de la médecine, et leur désir de travail consciencieux : « *Non. C'est pas je vous marque quelques séances de kiné, ça existe pas (...) y'a besoin d'une évaluation. (...) j'essaie de ... même pour les gens qu'ils entendent que c'est un vrai traitement, (...) qu'il faut que j'écrive quelque chose sur l'ordonnance, qu'ils ont une lombalgie, une sciatique, je peux pas faire un truc sur un bout de (mime signature au coin du bureau) » E.5*

➤ Négociation.

Ce moment d'explication servait aussi à négocier la reprogrammation de la demande avec la promesse d'un rendez-vous rapide et sans attente.

➤ Culpabilisation.

Des propos culpabilisateurs ont parfois été utilisés, exposant le manque de respect et l'injustice de la demande pour les patients suivants : « *tu leur expliques que (...) si je prends une personne supplémentaire (...) je vais raccourcir le temps de la consultation pour le patient d'après* » E.2.

E. Stratégie adaptative différée.

➤ Amélioration par anticipation.

- Education de la patientèle en amont.

Les patients étaient ainsi informés de l'organisation du cabinet (rôle du secrétariat, planning sur rendez-vous programmés et plages de consultation libre), de l'importance d'anticiper les demandes, et de leur disponibilité rapide en cas de problème aigu justifié ; ainsi que de la rigueur du médecin concernant les horaires : « *ça j'explique bien aux patients que (...) si ils arrivent en retard, je ne garantis pas que je les prenne* » E.6

Cette éducation de la patientèle était pour un médecin prévue lors de la première consultation pour chaque nouveau patient, et répétée au cours des suivis : « *anticiper ... éduquer, continuer à éduquer au cours de toutes les consultations* » E.B

- Place du secrétariat.

Le rôle principal du secrétariat dans l'anticipation était celui d'un premier barrage aux demandes : en évaluant le nombre de consultants et en rééduquant sur le mode de fonctionnement ; autant lors de la prise de rendez-vous qu'à l'arrivée des patients : « *quand les personnes viennent, qu'elles voient qu'ils sont à plusieurs, elles peuvent leur dire « mais enfin vous aviez rendez-vous ? C'est pour tous les deux ?* » E.C

Le secrétariat pouvait avertir le médecin des tiers en demande ; et lui permettre d'optimiser sa gestion en adaptant son attitude : « *écoutez, c'est le médecin qui choisit, mais voilà, je vais l'avertir et tout ça* » (...) *ça permet de pas être pris au dépourvu. (...) Ça permet de s'y préparer quoi.* » E.E

L'un des médecins ouvrait son secrétariat uniquement le matin, pour les demandes du jour même et les urgences.

- Organisation du planning.

Les médecins adaptaient leur planning avec des créneaux de rendez-vous longs et des créneaux libres dans leur planning, pour avoir le temps de gérer les patients imprévus, rattraper leur retard et éduquer leur patientèle : « *je mets ce que j'appelle une pause entre guillemets. Ce qui me permet en fait, en cas d'imprévu, ou de demande d'un tiers ou de consultation supplémentaire tout simplement, d'absorber un petit peu le retard. (...) Ça permet d'avoir moins cet effet Enervé, stressé* » E.F; et des plages de consultation libre, réservées aux urgences et aux pathologies aiguës du jour.

- Anticiper pendant les consultations.

Des médecins proposaient de dépister les demandes des tiers en cernant les motifs en début de consultation.

Une autre stratégie était de séparer les patients des tiers quand ils étaient envahissants, ou systématiquement pour prévenir leurs demandes : « *Donc ça moi je les sépare des fois ! (...) c'est un moyen de dire stop aussi, à la demande de l'accompagnant.* » E.1

- Décoration du cabinet.

Un médecin envisageait d'informer sa patientèle par poster : « *mettre des petits panneaux, voilà « un créneau c'est un créneau », « un créneau = une personne* » E.E

- Responsabilisation en facturant.

Une des stratégies envisagées était de responsabiliser le tiers par la facturation de ses demandes : « *Ça pourrait être une manière de responsabilisation, mais bon, vu qu'à 5 jours près ils sont remboursés à l'integrum...* » E.E

➤ Stratégie pendant la consultation reprogrammée du tiers.

« Je leur montre que ça a du sens que je les vois, un quart-d'heure, bien, que je prends tous les antécédents, qu'on s'occupe du dépistage organisé de ci de ça... du sport de l'éducation thérapeutique » E.B

➤ Stratégie de gestion de la patientèle.

Pour les médecins, l'adhésion des patients à leur fonctionnement était essentielle : *« soit ils le comprennent et ils deviennent mes patients (...) Soit ils le comprennent pas, et ils vont se faire soigner par quelqu'un d'autre » E.B*

Quand les patients ne respectaient pas les stratégies instaurées, les médecins étaient souvent compréhensifs et réexpliquaient leur fonctionnement ; en cas de répétition, ils n'encourageaient pas le suivi avec eux : *« Je le dis une fois (...) Si ça revient ben je le répète ; et au bout de la troisième fois je les prends pas. » E.2*

IV. Impact de la demande et de l'attitude du médecin sur le relationnel.

A. Le tiers : compréhensif, rarement braqué.

Le tiers était décrit comme reconnaissant quand il était vu en plus du patient premier. Mais il n'était pas insatisfait du refus ou de la reprogrammation grâce à : l'éducation, les explications, l'absence de retard du médecin ou la prise en charge consciencieuse du premier patient. *« « plutôt que de faire de la merde, je préfère que vous repassiez », (...) Les gens trouvent ça plutôt bien ! que de bâcler quoi » E.B et « ils comprennent les gens quand ils voient que tu prends le temps. (...) pour moi ça coule de source, et ça marche, enfin je veux dire ils acceptent » E.B*

Les tiers pouvaient se braquer : *« Après il y en a qui se sont braqués, (...) mais là c'est parce que c'est des personnes déjà... à tempérament particulier » E.E*

B. Point de vue du médecin : respecter son choix malgré la réaction du tiers.

Des médecins n'étaient pas influencés par la réaction du tiers face à leur décision. Ils désiraient garder un fonctionnement propre à leur vision, et refusaient de changer d'attitude même pour les tiers insatisfaits.

*« Je lui ai dit de revenir à 16h, ça lui a un peu déplu. Pfff, je fais pas de clientélisme. Rire. »
E.6 et « Et j'accepte que ça convienne ou que ça ne convienne pas voilà. Mais je fais pas des choses contraires à ce que je pense quand même, j'aime pas ça » E.5*

C. Le patient premier : acteur dans la relation et facteur décisionnel.

Le vécu du patient premier pouvait être influencé par la réponse du médecin à la demande du tiers : *« Je pense que le patient peut être sensible au fait qu'on accède à la demande de l'aidant (...) Si jamais on refuse de le voir et tout, ça peut braquer un peu le patient » E.E*

Il pouvait laisser son créneau de consultation à un tiers avec un motif plus urgent.

Il pouvait également être à l'origine d'une demande pour le tiers, voire l'imposer : *« parfois même le patient invite le tiers à poser la question. « Ha beh je vais en consultation, tiens, viens avec moi tu auras qu'à demander ! » E.F*

« « c'est parce que je suis là, que je veux entendre si vous posez la question pour mon mari qui veut pas faire sa coloscopie, vous savez, son père est mort d'un cancer du côlon, du coup comme il m'accompagne, je vous le dis devant lui là » » E.5

D. Le relationnel après éducation.

Le tiers, après éducation, était présenté comme comprenant et respectant les stratégies du médecin, à l'image du médecin : *« les patients sachant que j'ai ce genre de schéma-là, maintenant ils m'en demandent moins, enfin ils m'en demandent des fois un petit peu moins » E.E*

V. Stratégie de gestion réussie quand adapte sa pratique à son idée.

Les médecins exprimaient une satisfaction générale d'adapter leur pratique à leur idée, aboutissant à une meilleure qualité de travail.

A. **Stratégie adaptative bien vécue et facile à appliquer.**

➤ Accepter pour rendre service.

Un médecin affirmait vouloir être au service de ses patients en accédant à toutes leurs demandes, mais en reconnaissant avoir l'avantage d'une stabilité et disponibilité dans sa vie personnelle le permettant : « *Moi quand j'avais pas de gosse je m'en foutais de finir tard, ça me dérangeait pas* » E.4 « *Moi pour l'instant, je suis disponible dans ma tête car j'ai rien qui me pose souci dans ma vie* » E.4

➤ Refuser et ne pas mettre en danger.

Les médecins refusaient les demandes pour faire une prise en charge holistique des tiers : « *ce n'est pas mal de reprogrammer une demande d'un tiers sur rendez-vous le lendemain, ce n'est pas lui porter préjudice mais c'est même plutôt faire une médecine de meilleure qualité* » E.6 ;

C'était aussi un moyen pour privilégier leur organisation, notamment chez ceux refusant le retard : « *vu que dans le mode de fonctionnement, j'ai pas de délais... j'ai toujours de la place pour le lendemain ou le surlendemain donc les gens c'est pas... ça pose pas de problème* » E.C

Refuser était aussi pour certains une façon de se protéger du surmenage : « *mais j'ai pas de place, je suis complet, je prends pas de nouveau patient, rentrez chez vous (...) ça se met parfois mal à l'aise ouais. Mais la journée faisant 24h, et je trouve que je bosse bien assez, euh, j'ai pas envie d'empiéter sur mon temps libre et sur la qualité de ce que je fais* » E.3

Un médecin refusait et insistait sur sa disponibilité pour privilégier sa relation avec le tiers.

➤ « Sous-consultation » pour gestion rapide.

La « sous-consultation » a été présentée comme potentiellement de moins bonne qualité, mais permettant tout de même de régler rapidement le problème du tiers.

➤ Anticiper pour limiter les demandes injustifiées.

Les médecins trouvaient plus efficace et plus satisfaisant de prendre le temps pour l'éducation. L'un d'eux voyait cette étape nécessaire pour souligner l'engagement des patients venant le voir : « *je préfère prendre le temps et lui dire non, refuser l'acte, refuser le règlement de cet acte mais ... simplement parce que je considère qu'il y a un certain devoir du patient, il n'a pas que des droits* » E.6

Mettre des limites pour atteindre une organisation proche de celle désirée, ne risquait pas d'altérer le relationnel : « *Donc au bout d'un moment tu mets des limites ; tu n'es pas moins gentil, mais tu fais juste en sorte de faire les choses comme il faut quoi* » E.B

Les médecins vantaient l'efficacité d'un secrétariat, notamment physique, connaissant la patientèle et formé à la gestion ce type de situation.

B. Des stratégies pour améliorer leur qualité de vie et de travail.

Les médecins admettaient améliorer leur qualité de travail en s'affirmant et éduquant leurs patients. L'adaptation du planning avait pour rôle de calquer leur pratique à leur vision de la médecine, à leurs capacités et au mode d'exercice souhaité.

Un des médecins prônait le travail en libéral : « *on a l'avantage d'être libre pour l'instant, on peut choisir comment on va travailler, et la manière dont on va réguler les choses* » E.E

Ils étaient d'accord que certaines stratégies amélioraient leur qualité de vie : l'effet salvateur des groupes de discussion, le refus des tâches non désirées empiétant sur leur temps libre. « *Mais les groupes d'échange de pratique BALINT m'ont vraiment aidé. C'est mon exutoire* » E.1

VI. Mise en difficulté du médecin face à sa gestion du tiers en demande.

A. Médecin : stratégie adaptative difficile d'application et mal vécue.

➤ Ne pas réussir à dire non.

Un médecin reconnaissait avoir du mal à dire non : « *Ça m'est très difficile de dire non, je ne dis jamais non ... Je suis pas très fière mais c'est comme ça (sourire)* » E.4, surtout face à un tiers insistant ou un tiers qu'il connaissait bien, même s'il prend conscience que cela peut être source d'erreur.

➤ Médecin piégé par son sentiment de devoir.

Un médecin regrettait parfois d'avoir accepté une demande abusive, mais n'arrivait tout de même pas à changer son attitude, du fait de son sentiment de devoir « *si c'était à refaire on le ferait peut-être quand même aussi parce que (...). On est toujours mis dans l'ambivalence quant à notre code de déontologie etc.* » E.E et « *après je sais pas peut-être qu'à force (...) j'ai l'impression de me faire un petit peu bouffer je vais peut-être changer (...) d'approche* » E.E

➤ Médecin contrarié par la réalité de la pratique.

Le problème de temps et de disponibilité était soulevé par plusieurs médecins. Ils étaient frustrés de devoir refuser par manque de temps, de temporiser par une prescription, de faire une « sous-consultation » ou de rejeter les tiers qui n'étaient par leurs patients car leur patientèle était saturée.

Ils prenaient conscience que cela pouvait être un travail de moins bonne qualité : « *alors est-ce que c'est un bon moyen de temporiser peut-être pas... ça serait peut-être plus adapté de faire une prescription après un examen complet et tout (...) ça me semble plus de l'évitement qu'une solution hyper adaptée quoi ! c'est vrai ... tu vois en te le racontant je me dis je joue juste la montre quoi* » E.1

Ils refusaient de changer leurs attitudes malgré le manque de disponibilité ressenti : « Ça me met parfois mal à l'aise ouais. Mais la journée faisant 24h, et je trouve que je bosse bien assez, j'ai pas envie d'empiéter sur mon temps libre et sur la qualité de ce que je fais » E.3

Les délais de rendez-vous longs, l'absence de disponibilité dans la journée et la gêne de devoir refaire attendre le tiers étaient des éléments empêchant les médecins de reprogrammer : « De toute façon là, on a un emploi du temps qui est plein, (...) donc si c'est pour reporter le retard ... de toute façon je le verrai donc euh... » E.D

L'adaptation du planning n'était parfois pas suffisante : « on essaye de mettre des consult, trois par heures (...) même comme ça, je rajoute largement du temps en fin de journée, ou en fin de matinée (...) même en prévoyant des créneaux d'une demi-heure pour les nourrissons ou la gynéco » E.D

Ils pouvaient avoir du mal à éduquer leurs patients : « C'est pour ça aussi qu'il faut mettre un petit peu... mettre un petit peu certaines limites. C'est ça qui est difficile dans cet exercice aussi, c'est que c'est très flou » E.E

B. Des difficultés pouvant être source de stress et de surmenage.

Un médecin reconnaissait pouvoir être surmené s'il était confronté à des demandes abusives à répétition : « ils sont à notre porte tout le temps, ils exigeront beaucoup de choses, et du coup on s'en sortira pas. » E.E

Le stress était un sentiment qui revenait souvent ; le stress d'être de moins en moins disponible, le stress ne pas pouvoir appliquer les critères imposés de la consultation idéalisée. « Aujourd'hui, on a un cadre très strict qui nous a sans doute beaucoup aidé, mais n'empêche, ça te met aussi du stress, tu te dis, surtout quand tu es jeune, « oh la la j'ai pas fait ça, j'aurais dû lui demander... » mais pas parce que tu penses profondément que c'est pour sa santé, parce que c'était écrit dans tes trucs et que tu l'as pas fait » E.4

Un des médecins soulignait le conflit interne que pouvait provoquer les demandes des tiers ; entre son sentiment de devoir et la réalité de la pratique. Ce conflit pouvait être à l'origine d'une souffrance au travail chez certains médecins. « On est toujours mis dans l'ambivalence quant à notre code de déontologie etc. et tout et ... la conjoncture actuelle, et notre état aussi. Si on voit qu'on est en forme, qu'on peut faire face d'accord ; mais bon c'est pour ça qu'il y a certains confrères aussi qui tombent en burn-out » E.E

VII. Evolution et perspectives d'amélioration des stratégies.

A. Apprentissage et évolution des stratégies de prise en charge.

➤ Avec l'expérience et le temps.

Le début de carrière était synonyme pour beaucoup d'une plus grande difficulté à s'affirmer auprès des patients. Ils acceptaient plus de demandes inadaptées : *« je pense que c'est un peu normal qu'au début y'a des choses sur lesquelles tu ... que ce soit en termes de connaissance, de positionnement, de relationnel, où tu hésites un peu à t'affirmer (...) puis en même temps vu que tu as que 7 personnes dans la journée ben, tu te dis ben que si je suis trop entier, peut être que j'en aurais plus que 5 demain » E.3*

Puis, ne voulant plus s'imposer ce qu'ils ne voulaient pas faire, ne souhaitant plus se surmener, ils ont appris à mieux gérer les demandes abusives des patients.

➤ En s'interrogeant sur sa pratique.

Les médecins apprenaient par partage d'expérience : avec des groupes BALINT, des confrères ou leurs internes : *« en vieillissant, peut être en voyant d'autres gens travailler, ou même des fois en voyant des internes comment ils réagissent, ça m'intéresse » E.4*

➤ Par les formations.

La réforme de la formation des internes en médecine générale était vu comme très positive, permettant un apprentissage nécessaire : *« Moi je me suis installé en 97, (...) j'avais un stage de 15 jours chez un médecin généraliste où il nous demandait surtout de ne pas venir, et il nous signait notre papier » E.3*

Cette vision incitait les médecins maîtres de stage à transmettre à leurs internes leur expérience et leur vision d'une bonne qualité de vie au travail : *« j'ai une certaine idée de ma qualité de vie au travail, et donc je m'impose plus des choses que je m'imposais avant, c'est évident. Et quelque part, j'essaye de l'inculquer aux jeunes pour pas qu'ils se fassent bouffer d'entrée. » E.B*

Un des médecins reconnaissait que sa formation en tant que régulateur au SAMU l'avait aidé à mieux évaluer les urgences.

➤ Avec sa vie personnelle.

« Tu évolues quand tu t'interroges et puis tu évolues selon ta vie. C'est-à-dire quand tu as une vie familiale ou que ta vie perso elle est, je sais pas moi, plus remplie, ou plus triste ou plus compliquée, t'es moins disponible pour faire des trucs (...) Je me dis si ma mère elle est malade je sais pas moi, est ce que je serai aussi disponible en disant tout glisse sur moi, allez-y ... peut être pas. » E.4

➤ Avec l'évolution de la médecine.

Le manque de médecin et l'augmentation de la demande de soins avaient imposé ou imposeront à certains médecins de modifier leur fonctionnement : d'un planning seulement sur rendez-vous à la gestion de leur patientèle. *« il y a 8 ou 9 médecins sur X (ville d'exercice) qui sont sensés partir à la retraite dans 2 ans, il y a en a quasiment aucun qui est remplacé (...) Il faudra qu'on apprenne à travailler autrement, (...) Par un temps peut-être plus important sur les nouveaux patients quant au briefing, à l'éducation et tout. » E.E*

B. Un questionnement sur la pratique de leurs confrères.

Plusieurs médecins s'interrogeaient sur le vécu et les stratégies appliquées par leurs confrères. Allant de l'étonnement au choc, certains affirmaient ne pas appliquer des stratégies différentes de leur fonctionnement.

« « Au-delà du fait de l'argent que tu vas gagner, ça m'interroge quand même pourquoi je fais ça. Pourquoi tout le monde ça les dérange de rajouter des gens, et moi, non (...) Que je dise « oh c'est pas grave je finirai à 19h30... » Alors que quand même ... « Ben bien sûr, j'ai une famille et tout, c'est pas comme si j'en avais rien à foutre de rentrer chez moi (...) Je sais que c'est important de rentrer tôt, et pourtant si on me le demande, je vais dire oui. » E.4

« elle remplaçait dans un autre cabinet, quand il n'y avait plus de place, ils appelaient SOS médecin. J'ai dit ça va pas ou quoi ? les gens de ton cabinet, tes patients, en pleine journée, tu les fais appeler SOS médecin ? je me dis c'est incroyable » E.4

« Eduquer les patients, je me pose pas comme ça. J'éduque pas mes patients à être polis... je les soigne » E.4

« Quel sentiment de devoir ils ont ? Ça voudrait dire être là 7j sur 7 de 8h à 21h mais le problème c'est qu'ils veulent bosser que 3 jours par semaine » E.6

C. Modification du système de santé envisagée.

Pour un médecin, la solution pour améliorer ces situations résidait dans la modification du système de santé : augmentation du nombre de médecin, mise en place d'un système de délégation de tâches pour libérer du temps au médecin, supprimer les visites à domicile.

« à mon avis notre système est à la fin de vie d'un système. Il faut aller vers une prise en charge différente du patient. C'est-à-dire que je perds trop de temps en tâches administratives, en tâche de renouvellement pour des gens qui vont bien ... que ... un système, où par exemple il y aurait de la délégation de tâches ; (...) je me suis amusé à regarder un petit peu ce que j'avais fait, sur une trentaine d'actes quotidiens, ... allez, il y en a 5 ou 6 où j'étais absolument indispensable. » E.6

« Et supprimer un acte chronophage, et qui fait de la mauvaise médecine qui est la visite à domicile. (...) Je pense que, la visite à domicile, c'est nécessaire pour des gens qui sont dépendants. Donc si ils restent à domicile, il faudrait qu'il y ait des structures de soins avec des médecins, salariés par exemple d'un conseil départemental (...) j'institutionnaliserais la fin de la visite à domicile : « uniquement pour convenance personnelle, la personne qui ne veut pas se déplacer, le médecin accepte de le faire, non remboursé par la sécurité sociale, au prix que voudra le médecin ! » Pfff. Et là, je vous garantis que ça va diminuer le nombre de visites. » E.6

Autres résultats :

* Facturation face à la demande du tiers : vécu et gestion conditionnés par la qualité de la prise en charge effectuée, parfois difficile à appliquer quand le médecin estimait ne pas mériter de paiement.

* Tiers qui semble en besoin de consultation et sa gestion : une situation problématique méconnue du tiers, qui mettait en jeu le sentiment de devoir des médecins et leurs compétences communicationnelles pour appliquer la stratégie désirée.

* Gestion de la demande du tiers en visite à domicile : une situation comparable à la demande du tiers en consultation, refusée plus facilement (manque de temps, contexte ne justifiant pas une visite, nécessité d'une consultation dédiée au cabinet).

DISCUSSION

1. Forces et limites de l'étude

➤ Limites de l'étude :

- Un premier travail de recherche : une première confrontation des chercheurs à la réalisation d'une étude qualitative impactant notre pertinence dans la recherche bibliographique, le recueil de données et l'analyse.
- Une absence de données bibliographiques retrouvées sur notre thème de recherche limitant notre réflexion initiale et l'orientation de notre guide d'entretien.
- Un biais de recrutement : recrutement de proche en proche pouvant entraîner un biais de désirabilité durant les entretiens.

➤ Forces de l'étude :

- Une réflexivité des chercheurs : le travail réflexif effectué au début de notre projet, poursuivi tout au long de notre étude pour garder une objectivité et une distance nécessaire.
- Un lien d'amitié entre les chercheurs ayant permis un discours franc et sans filtre, tout en gardant un esprit critique afin de potentialiser la finesse de ce travail.
- Un soutien méthodologique par notre directrice de thèse.
- Une grande diversité socio professionnelle sur l'ensemble des interrogés.
- Une étude originale avec un caractère exploratoire de la recherche.
- La validité interne de l'étude :
 - La triangulation des chercheurs et des données tout au long du travail.
 - Le regard extérieur sur nos résultats par une chercheuse naïve de l'étude : Dr RICARD Sophie.
 - La participation aux ateliers méthodologiques proposés par le DUMG de TOULOUSE.

2. Résultat principal de l'étude.

Le résultat principal était que le vécu des médecins face aux tiers en demande dépendait du lien entre leur comportement et la conception de leur pratique.

Par exemple, les médecins qui refusaient les tiers par manque de temps mais qui considéraient devoir les consulter avaient un sentiment de conflit interne, parfois source de souffrance.

Ce vécu était la plupart du temps indépendant de l'aspect relationnel, du planning, du type de demande et des différentes attitudes mises en pratique.

Cet état de conflit interne est décrit dans une théorie de Léon Festinger : **la théorie de la dissonance cognitive** (15,16). Elle se base sur la **théorie de l'équilibre** de Heider (1946) selon laquelle les individus cherchent à maintenir un certain équilibre interne. Ils essayent de faire en sorte que les éléments de leur univers personnel (les cognitions, c'est-à-dire : les opinions, les comportements, les attitudes) soient consistants, c'est-à-dire cohérents les uns par rapport aux autres (17). La théorie de Festinger apporte que des cognitions peuvent être en décalage (exemple : « je ne veux pas voir ce tiers » et « je consulte le tiers »). Cette relation de dissonance est source d'inconfort.

La théorie établit que l'individu est poussé à **diminuer cet état de dissonance cognitive par différents modes de réduction** (15) :

- **La rationalisation cognitive** : correspond à une modification de son idée initiale pour la rendre conforme au comportement source de dissonance. Par exemple, un médecin qui « désire avoir une prise en charge globale de ses patients », mais qui décidera de « voir rapidement le tiers », se dira finalement « ça permet au moins de régler le problème du tiers, même si c'est de moins bonne qualité ».
- **La rationalisation comportementale** (Joule 1986) : est la réalisation d'un second comportement similaire au comportement source de dissonance pour l'appuyer. Un médecin qui « se considère au service de ses patients », mais qui « refusera de voir un tiers par manque de temps », refusera une seconde fois pour valider le temps comme un critère acceptable.
- **La trivialisation** (Simon, Greenberg, & Brehm, 1995) : correspond à la déconsidération de son comportement ou de son idée initiale, source de la dissonance. Un médecin qui « refuse de faire des « sous-consultations » car

étant de moins bonne qualité », mais qui va « donner une réponse rapide au tiers en demande », se dira « cela n’engage pas ma responsabilité, et ce n’est pas vraiment une consultation » ou « tout le monde le fait à un moment ».

3. Comparaison avec les données de la littérature

I. Une vision de la médecine propre à chacun, mise à l’épreuve par l’évolution de la médecine, de la société et le poids d’une consultation idéalisée

Notre étude nous a montré que chaque médecin présentait un concept de ce qu’il pensait devoir faire en tant que professionnel de santé. Cette vision de la médecine orientait la pratique et le choix d’organisation ; ils cherchaient à rester consistants.

Nous avons compris avec les entretiens que ces visions étaient des concepts personnels, valides et variables et composés de nuances pour chaque médecin.

Des médecins interrogés mettaient en avant leur « **rôle de médecin traitant** » : un devoir de prise en charge globale, une vision prospective, une disponibilité pour ses patients, le refus de la surconsommation de soins et le souci de garder un contact humain. Ces éléments se retrouvent dans la définition de la médecine générale de la WONCA EUROPE de 2002 (18) et dans le rapport sur le rôle de la médecine générale réalisé en 2015 à la demande du ministère de la Santé (19). Des travaux de recherches qualitatives interrogeant des médecins généralistes sur la perception de leur profession (20) relèvent ce même « rôle du médecin généraliste ».

Pour certains, ce rôle était guidé par un **sentiment de devoir prépondérant** qui impliquait une volonté de disponibilité majeure et un désir d’être au service de ses patients. Pour eux, leurs tâches professionnelles pouvaient empiéter sur leur vie personnelle.

Parfois, une place plus importante était donnée au **respect de leur planning**. Leur rigueur concernait l’organisation, les horaires et le respect du fonctionnement par leurs patients. Ces médecins préféraient refuser les demandes non programmées, voire essayaient de les éviter, et s’interdisaient de majorer leur temps de consultation pour préserver leur temps libre.

Ces typologies sont retrouvées dans une étude qualitative évaluant les déterminants des choix organisationnels selon des médecins généralistes (21).

Cependant, l'évolution de la médecine et de la société imposait aux médecins d'adapter leur vision de la médecine et donc leurs attitudes.

Le **manque actuel de médecins et la demande grandissante de soins** faisaient que le planning prenait une place de plus en plus importante, et ce, outre la personnalité et le choix personnel de chaque médecin.

Les interrogés ont reproché aux politiques de santé de ne pas avoir anticipé cette disproportion croissante entre la demande et l'offre de soins. Elle proviendrait d'un ensemble de facteurs : une baisse continue du nombre de médecins généralistes (22), une croissance et un vieillissement de la population (23), une sur-féminisation médicale et un temps moyen de travail moindre (24,25), une évolution des mentalités avec une volonté de la part des jeunes médecins de faire passer leur vie personnelle avant leur vie professionnelle (26,27).

De plus, la société évoluerait vers une **société de consommation de soins**, avec des patients qui consultent plus souvent, notamment les internautes (28). La relation médecin-patient, qui intègre le patient au cœur de sa prise en charge (29), s'en trouverait atteinte. Les patients ont plus de demandes exigeantes, mais à l'écart de la réalité de la pratique médicale. Cette incompréhension modifierait les règles et la place du médecin généraliste. Une étude pilote sur la « pression de prescription » en médecine générale (publié en 2003) montre que sur 599 consultations de médecine générale observées, 142 patients (23,7%) exercent une « pression de prescription ». La « pression de prescription » est définie comme « toute demande explicitement formulée par le patient, venant interférer avec la stratégie diagnostique et/ou thérapeutique décidée par le médecin » (30)

Le médecin devrait gérer ces demandes exigeantes en prenant en compte les recommandations de bonne pratique, le souci de ne pas nuire au patient, et la peur du risque judiciaire qui va inciter certains médecins à accéder à des actes injustifiés, comme le montre une enquête de 2012 (31).

Les médecins reconnaissaient que leur pratique était influencée par l'idée d'une « bonne médecine » avec la notion d'une **consultation « idéalisée »** qu'ils se devaient d'appliquer pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients. Mais cette idée pouvait aussi être vécue comme dérangeante.

Cette « bonne médecine » est enseignée par trois formes d'apprentissage selon Philippe Perrenoud (32) : le curriculum formel qui est le programme d'enseignement des facultés, le curriculum réalisé qui est celui qui résulte de l'adaptation à la réalité du curriculum formel et le curriculum caché qui correspond à des croyances, normes, idées et valeurs transmises aux apprenants sans que ces dernières soient enseignées explicitement.

Ces apprentissages pourraient être à l'origine de discordances entre les aspirations propres et le vécu des médecins.

Cette discordance est mise en évidence dans une thèse qualitative de 2017 (33). Elle évalue les représentations des internes en médecine générale de Haute-Garonne concernant la notion de « relation médecin-patient » et met en avant l'existence d'un sentiment de nécessité d'omniscience par les internes, à l'origine d'un tabou autour des difficultés rencontrées. Ainsi, le sentiment de devoir appliquer les critères de cette consultation « idéalisée », parfois à l'écart de la réalité de la pratique, pourrait créer cette discordance et ce tabou.

II. Le tiers et sa demande : éléments pouvant mettre en conflit interne le médecin

Avant toute intervention du tiers, les médecins s'interrogeaient sur les raisons de sa présence. Selon une étude, elles peuvent être multiples, allant d'une nécessité de soutien moral au recours logistique, en passant par la volonté de marquer la gravité de la situation médicale du patient par sa présence (11).

Cette interrogation pourrait s'expliquer par l'entrée du tiers dans le colloque singulier médecin-patient, avec le passage d'une relation dyadique à une **relation triadique**. Au niveau sociologique, selon Georg Simmel (34), le passage d'une dyade à une triade engendre, par l'arrivée d'une troisième personne, une modification complète de la dynamique relationnelle. La troisième personne arrive et bouleverse la relation établie, comme l'arrivée d'un enfant dans un couple. Les effets sont notoires : un frein à l'intimité (indépendamment du degré de confiance entre les participants), la limite des discours et la possibilité d'une coalition de deux participants contre le troisième (34,35). L'agrandissement du groupe avec d'autres participants ne bouleverse pas plus la dynamique relationnelle (par exemple celle d'un couple avec un, deux ou trois enfants).

La présence d'une troisième personne, et son comportement contributif ou non en consultation sont décrits dans la littérature (5,9,11,36–38). Les effets de la présence du tiers sont étudiés dans le cadre de l'aidant du patient dépendant (39–41) et des parents du patient adolescent (42–44). Outre le rôle de support, il peut limiter les échanges (41) et impacter la complicité et confidentialité de la relation médecin-patient (45). L'effet de la présence de l'interne en formation peut être similaire, quoique dans une moindre mesure (46).

Par sa présence, **le tiers transformerait la relation médecin-patient** mais ce n'était qu'après sa demande qu'il devenait perturbant pour les médecins.

L'absence d'anticipation de la demande pouvait avoir un retentissement sur le bon déroulé de la consultation. En effet, certains médecins se sentaient dérangés dans leur projet de prise en charge du patient premier, avec des conséquences délétères sur la relation médecin-patient et médecin-tiers. L'évocation peu fréquente du patient premier et de son vécu dans nos entretiens marquerait l'intrusion du tiers dans la consultation et dans le colloque singulier.

D'autres médecins n'avaient pas de conflit initial entre les demandes et leur désir de pratique ; la relation avec le tiers n'était donc pas chargée de ressentiments négatifs.

Le vécu était donc conditionné par **le pouvoir dissonant** qu'elles pouvaient entraîner chez chaque médecin. Il existait une grande variabilité de vécus pour une même personne et entre les individus.

Une étude sur les déterminants amenant le médecin généraliste à céder à des demandes de prescriptions injustifiées illustre cette variabilité par la définition qui leur est donnée : il s'agit de demandes qui ne correspondent pas à la manière du médecin de pratiquer la médecine, selon ses référentiels et son expérience, et aussi selon ses contraintes et le contexte immédiat de sa consultation (47).

Les médecins évoquaient ce même vécu dans d'autres situations. Une étude qualitative de 2016 sur le vécu des consultations à motifs multiples par les médecins généralistes met en avant le caractère pénible de ces consultations. Les médecins les trouvent stressantes, fatigantes, bien que les estimant légitimes et faisant partie de la médecine générale (48).

Un aspect intolérable faisait tout de même consensus chez les médecins interrogés : un comportement irrespectueux, impoli et manipulateur. Ces attitudes sont retrouvées comme problématiques dans des études sur la relation médecin-patient (49–51).

Quel que soit le vécu face à la demande, la notion de **secret médical** n'a jamais été évoquée dans nos entretiens, et ce pour le tiers en demande comme pour le premier patient.

Le médecin considérait la venue du tiers avec le patient comme une preuve d'intimité et donc comme pouvant être une clef du partage de leur secret médical.

Des études montrent que les médecins ont du mal à intégrer le secret médical dans leur pratique quotidienne, notamment dans le cas des adolescents (52), des familles (53) et avec les communications à distance (54,55).

L'absence d'évocation du secret médical pourrait aussi être le signe de l'ampleur de l'état de dissonance engendré par le tiers, la confidentialité des informations médicales étant alors relayée au second plan.

Nous n'avons pas trouvé pertinent de discuter les résultats concernant le tiers en besoin de consultation. En effet, notre résultat principal mettait en avant la balance entre la vision du médecin et l'élément perturbateur qu'était la demande du tiers. Le tiers en besoin de consultation ne s'inscrivait pas dans ce paradigme : le médecin n'étant plus sujet face à la demande du tiers, mais son initiateur. Ainsi, la comparaison du tiers en demande et du tiers en besoin semblait inadaptée car n'évoluant pas dans les mêmes schémas comportementaux et intellectuels.

III. Attitude du médecin face au tiers demandeur - stratégie gestion réussie quand respecte son équilibre interne

Nous avons retrouvé de manière attendue certaines attitudes de la part des médecins (la reprogrammation de la demande, la consultation immédiate, le déchargement sur un confrère, ou l'avis rapide), d'autres ont été plus inattendues, comme l'évitement ou la consultation du tiers à la place du patient premier.

Notre travail ne permettait pas de mettre en lien les types de demande et les attitudes qui en découlaient, sauf dans le cas de l'urgence, où la prise en charge était unanime.

En cas de motif urgent tous les médecins interrogés assuraient accéder à la demande, et insistaient sur leur **devoir professionnel**. Ce devoir ferait référence à l'article 9 du code de déontologie (56) :

« Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires »

Malgré le caractère stressant de l'urgence (57), les médecins ne vivaient jamais mal ces demandes : le sentiment de devoir étant au premier plan, la question du refus ne se posait pas.

Face aux demandes des tiers, les stratégies mises en place étaient diverses, et variaient en fonction des médecins et des situations rencontrées. Les attitudes présentées par les médecins étaient comparables à celles de situations similaires, comme les demandes inattendues, perturbantes, ou ressenties comme abusives. Des études qualitatives évaluant l'attitude des médecins généralistes face à ces demandes (47,50,51) retrouvent certaines stratégies, notamment la négociation, le refus ferme ou encore le recours à des confrères. Elles appuient sur l'importance de l'éducation des patients et de la reprogrammation des demandes en consultations dédiées, afin de favoriser la décision médicale partagée.

Mais nous avons noté que les médecins qui appliquaient des **stratégies en adéquation avec leur vision de la médecine, ne présentaient pas de conflit interne ni de souffrance**. Un résultat comparable est également retrouvé face aux demandes exigeantes (50).

Parmi les stratégies, l'éducation des patients au mode de fonctionnement du médecin et à leur idée de la médecine était souvent mise en avant. Les bénéfices de ce temps d'information sont retrouvés dans des travaux de recherche (47,50), notamment sur la qualité de travail des médecins. Nous pourrions analyser l'importance accordée à l'éducation comme une manière de limiter les demandes, en confiant aux patients les clefs pour comprendre les concepts de pratiques, et ainsi réduire les moments de dissonance.

Par ailleurs, comme retrouvé dans nos résultats, des études évaluant le rôle du secrétariat (1,58,59) notent son importance en cas de demandes imprévues : le rôle de filtre ou de tampon, l'éducation de la patientèle et l'amélioration globale du confort et du travail des médecins. Les bénéfices du travail en cabinet de groupe pour améliorer la gestion des demandes non programmées sont aussi retrouvés (60).

Malgré des aménagements pour faciliter la gestion des demandes inattendues, pour certains médecins, un conflit interne pouvait persister.

IV. Attitude du médecin face au tiers demandeur - stratégie gestion mise en échec en cas de non-respect de son équilibre interne, à l'origine de souffrances

Face à leur gestion, certains médecins avaient des sentiments de culpabilité, de regret, voire de frustration. Une difficulté de dire non aux patients, à l'origine de cet inconfort, était évoquée.

L'insatisfaction liée au fait de céder est illustrée dans une thèse sur l'expérience des médecins généralistes face aux demandes perçues comme abusives (47). Les médecins utilisent des termes très forts. Beaucoup décrivent les situations où ils ont dû céder comme des échecs, se remettant en question, ressentant alors un sentiment d'incompétence et une atteinte de l'estime de soi professionnelle.

Plusieurs études évaluent les raisons qui poussent le médecin à accepter et à se retrouver dans cette insatisfaction (47,51,61,62).

Les principaux éléments retrouvés sont la crainte de détériorer la relation de confiance avec le patient, la volonté de rendre service et de faire plaisir, la peur du conflit qui peut en découler, la pression du patient, le manque de confiance et le principe de précaution.

Dans l'étude de S. Kumar (63), certains médecins reconnaissent changer leur mode de prescription d'une journée à l'autre en fonction du contexte : surmenage, stress, entre autres. Ils avouent prescrire parfois des antibiotiques par facilité, sans tenir compte des symptômes ou des recommandations, quand ils manquent de temps pour dialoguer avec le patient.

Il peut y avoir **inadéquation entre la pression de prescription des patients et la pression ressentie par les médecins.**

Une thèse de 2011 montre également que ce n'est pas le refus qui a un impact sur la relation médecin malade mais les explications fournies par le médecin. Ainsi le refus est mieux accepté quand le médecin maintient la **communication** avec le patient (64).

Pouvoir refuser lorsqu'on le juge nécessaire, permettrait donc d'exercer dans un climat plus serein et de rester en accord avec soi-même. Ce serait aussi une nécessité pour se protéger contre la culpabilité, la dévalorisation de soi et de son statut.

Selon un des médecins, les répercussions d'une gestion difficile et en désaccord avec sa vision étaient une source possible d'épuisement professionnel.

Le syndrome d'épuisement professionnel (burnout) des soignants est défini comme « une expérience psychologique négative vécue par un individu, liée au stress émotionnel et chronique causé par un travail ayant pour but d'aider les gens » (65). Sa fréquence chez les médecins généralistes, internes inclus, est particulièrement élevée (66,67) : 46% des médecins dans une étude de 2016 dans le Gers (68), 58% des internes français en 2011 (69). Le syndrome d'épuisement présente des conséquences notables sur la santé des médecins (physiques, psychologiques, potentiellement fatales) (70,71), mais également

des répercussions sur la qualité des soins, avec une majoration du risque d'erreurs médicales (72,73).

L'inventaire de dépistage du burnout (Maslach Burnout Inventory) (74), validé pour les professionnels de santé, présente trois dimensions indépendantes (75,76) : l'épuisement émotionnel, la déshumanisation de la relation à l'autre et la perte d'accomplissement de soi au travail.

Plusieurs éléments exprimés dans le vécu des demandes des tiers sont retrouvés comme étant des facteurs de risque de burnout (75–80), en lien avec ces trois dimensions, dont :

- la surcharge de travail avec les difficultés de concilier la vie personnelle et professionnelle (majorée par le manque de médecins),
- l'incluse (le sentiment de ne pas pouvoir tout faire dans un temps donné),
- la déshumanisation de la relation (exacerbée par une relation devenue consumériste),
- Le stress de la gestion du retard,
- Les demandes vécues comme des exigences, entraînant des attitudes qui vont contre leur conception de la « bonne médecine », à l'origine d'un sentiment de dévalorisation.

Dans notre étude, certains médecins exprimaient une contradiction entre leurs idées de pratique et la réalité. Ce conflit est présent chez des soignants, notamment des infirmières, qui doivent s'occuper de nombreux patients sans avoir le sentiment de faire correctement leur travail (81). La pénurie de soignants favoriserait cette tension, et finalement le burnout (82), en piégeant les professionnels dans la répétition d'attitudes dissonantes avec leurs visions.

Une piste de réflexion amènerait alors à utiliser les éléments de prévention du Burnout pour extrapoler une aide à la gestion des situations de demandes exigeantes, telles les demandes des tiers.

V. Perspectives d'amélioration : réflexion sur sa pratique personnelle et partage d'expérience

Un second objectif de notre travail de recherche était d'apporter des voies d'amélioration pour les médecins en difficultés face aux demandes des tiers.

Il semblerait primordial de faire un **travail réflexif** sur sa pratique personnelle pour comprendre sa vision de la médecine, connaître ses limites et savoir ce que l'on serait prêt à accepter, pour ne pas tomber dans « l'exaspération, l'agressivité, voire le Burnout », comme le souligne de Dr Galam (83).

Plusieurs médecins ont insisté sur l'évolution de leur pratique, en revenant sur des situations difficiles en termes de positionnement, connaissance ou relationnel. Ils apprenaient sur eux même et sur la gestion de la relation, en se questionnant sur l'origine de cet inconfort, en lisant et en partageant avec d'autres. En ce sens, les groupes d'échange de pratique et les groupes BALINT prendraient toute leur importance (84–86).

Prendre **conscience de la variabilité entre chaque médecin** paraîtrait essentiel pour éviter une remise en question face à des attitudes différentes de confrères. Cette situation serait potentialisée dans la relation interne-maître de stage universitaire, où un désaccord de prise en charge et le rapport hiérarchique peuvent créer une difficulté chez l'interne (87,88). Ainsi, former les nouveaux maîtres de stage à cette variabilité, à l'acceptation des différences avec leurs internes et aux bénéfices du travail réflexif de chaque médecin serait une solution pertinente.

Comme souligné dans une thèse sur les représentations des internes de la relation médecin patient (33), les outils pédagogiques mis en place dans les facultés de médecine (les Récit de Situations Complexes Authentiques, les débriefings pendant les stages de SASPAS et l'organisation de rencontres avec des tuteurs attitrés) **sensibilisent et aident les jeunes médecins dans ce travail réflexif, dès le début de leur exercice**. Cette thèse met en avant l'importance d'une formation facultaire sur la relation médecin-patient par le biais d'un séminaire annuel, pour acquérir des outils de communication, et par des Groupes d'Echanges de Pratiques spécifiques à la relation.

Un des médecins prenait conscience de l'influence de sa vie personnelle sur son activité professionnelle en termes de disponibilité temporelle et mentale. Ainsi, des problèmes familiaux pourraient obliger un médecin à accorder plus d'importance à l'organisation. De même l'évolution de la médecine et de la société pourrait avoir un impact. **Ce travail réflexif continu** permettrait d'éviter un conflit entre des attitudes qui ne seraient plus en lien avec cette nouvelle situation.

CONCLUSION

La demande du tiers pour lui-même en consultation programmée pourrait entraîner un malaise avec des problématiques organisationnelles, médicales et relationnelles pour les médecins.

Nous avons évalué dans une étude qualitative par entretiens semi-dirigés le vécu, les attitudes de douze médecins généralistes face à cette situation, afin de mieux appréhender les facteurs à l'origine de ce malaise et d'en améliorer la gestion.

L'analyse par catégories conceptualisantes des entretiens mettait en évidence une grande variabilité sur le vécu et les attitudes. Aucun lien n'a été retrouvé entre les types de demande et les attitudes qui en découlaient, sauf dans le cas de l'urgence, où la prise en charge était unanime du fait du sentiment de devoir médical.

Le vécu des médecins dépendait finalement du lien entre leur attitude et le respect de leur conception de la profession.

Cette conception était variable entre chaque médecin et évolutive avec l'expérience et la vie privée, mais modifiée par le manque de médecin et la demande grandissante de soins, qui majoraient l'importance accordée au planning.

Respecter sa propre conception permettait de garder un équilibre interne, afin que ses cognitions (les opinions et les comportements) soient concordantes les unes par rapport aux autres. Mais elles pouvaient être en décalage en cas de contradiction entre les attitudes et les désirs de pratique et cette relation de dissonance était source d'inconfort, de souffrance voire à l'origine d'épuisement professionnel.

Le tiers, par sa présence, imposait une relation triadique bouleversant la relation médecin-patient. Par sa demande, il représentait un des éléments pouvant ébranler l'équilibre interne du médecin, comme les motifs multiples en consultation.

La solution principale pour éviter cette souffrance résiderait dans la nécessité de faire un travail réflexif pour comprendre sa propre conception de la médecine et éviter les états de dissonance. Ce travail s'inscrirait tout au long de la vie professionnelle : en se questionnant sur ses positionnements et sur sa gestion de la relation, en échangeant avec des pairs, par le biais de groupes d'échange de pratique et de groupes BALINT, entre autres.

Il semblerait nécessaire de sensibiliser les internes à ce travail réflexif, à la variabilité des conceptions et des gestions entre chaque médecin pour les aider à mieux appréhender la relation avec leurs patients, et à prendre du recul concernant les idéaux de pratique assimilés. Ce travail s'effectuerait via une transmission des bénéfices de cette réflexion et de la connaissance de cette variabilité par les maîtres de stage universitaires, en plus des outils pédagogiques des facultés de médecine (les Récits de Situations Complexes Authentiques, les débriefings pendant les stages et les rencontres tutorées).

Après le travail réflexif et en prenant conscience de ses limites, les médecins devraient pouvoir acquérir les outils communicationnels et organisationnels nécessaires dans la gestion de la relation médecin-patient désirée.

lu & approuvé
Professeur Mario Eve **ROUGE BUGAT**
1, avenue Louis Elie
31500 TOULOUSE
N° ADEL: 31 1 1793 1
N° RPPS : 10100079234

Toulouse, le 13/02/19

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de médecine Rangueil
Elie **SERRANO**

BIBLIOGRAPHIE

1. Fandre B. La prise en charge par les secrétaires médicaux des demandes formulées par les patients hors prise de rendez-vous. 21 sept 2017;85.
2. Mouthon L, Hanslik T. L'observation médicale. Collège National des Enseignants de Médecine Interne, éditeur. 2013.
3. URPS médecins Ile-de-France. Tâches cumulatives réalisées par le médecin généraliste. 2012.
4. Jammet I. Étude sur une typologie des consultations en médecine générale: résultats d'une enquête descriptive prospective sur 3142 actes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie; 2004.
5. Schilling LM, Scatena L, Steiner JF, Albertson GA, Lin CT, Cyran L, et al. The third person in the room: frequency, role, and influence of companions during primary care medical encounters. *J Fam Pract.* août 2002;51(8):685-90.
6. Brown JB, Brett P, Stewart M, Marshall JN. Roles and influence of people who accompany patients on visits to the doctor. *Can Fam Physician.* août 1998;44:1644-50.
7. Fantino B, Wainsten J-P, Bungener M, Joublin H, Brun-Strang C. Représentations par les médecins généralistes du rôle de l'entourage accompagnant le patient. *Santé publique.* 2007;19(3):241-252.
8. Laidsaar-Powell RC, Butow PN, Bu S, Charles C, Gafni A, Lam WWT, et al. Physician-patient-companion communication and decision-making: A systematic review of triadic medical consultations. *Patient Education and Counseling.* avr 2013;91(1):3-13.
9. Korfage IJ, Audrey S, Hak T, Blazeby JM, Abel J, Campbell R. Recognising the importance of 'family time-out' in consultations: an exploratory qualitative study. *BMJ Open.* 16 janv 2013;3(1).
10. Wolff JL, Roter DL. Family Presence in Routine Medical Visits: A Meta-Analytical Review. *Soc Sci Med.* mars 2011;72(6):823-31.
11. Turabián JL, Pérez Franco B. El acompañante en la entrevista clínica de atención primaria. *SEMERGEN - Medicina de Familia.* 1 mai 2015;41(4):206-13.
12. Blanchet A, Gotman A. L'entretien - 2e éd. 2e édition. Paris: Armand Colin; 2015. 128 p.
13. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M, Lejeune C. Les recherches qualitatives en santé. Armand Colin; 2016. 336 p.
14. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales - 4e éd. 4e édition. Paris: Armand Colin; 2016. 432 p.
15. Vaidis D, Halimi-Falkowicz S. La théorie de la dissonance cognitive : une théorie âgée d'un demi-siècle. *Revue Électronique de Psychologie Sociale.* 2007;(1):9-18.

16. Festinger L. Une théorie de la dissonance cognitive ; traduit de l'anglais (États-Unis) par Hélène Vassine commentaires et annotations scientifiques par David Vaidis. Paris: Enrick B éditions; 2017. 298 p. (Les classiques des sciences humaines et sociales).
17. Heider F. Attitudes and Cognitive Organization. The Journal of Psychology. janv 1946;21(1):107-12.
18. WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille). La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. 2002;
19. Pr Druais P-L. La place et le rôle de la Médecine générale dans le système de santé. Travaux réalisés à la demande de Madame la Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes; 2015.
20. Franco Rodrigues A. Représentations et conceptions de la médecine générale : regards croisés entre internes de médecine générale et médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2012.
21. Munyejabo J-V. Comment les médecins généralistes libéraux hauts normands décident de l'organisation du temps, des outils et des ressources humaines associées à leur exercice professionnel ? 2017.
22. Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale. 2018.
23. INSEE première. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2070. 2016 nov. Report No.: 1619.
24. Hedden L, Barer ML, Cardiff K, McGrail KM, Law MR, Bourgeault IL. The implications of the feminization of the primary care physician workforce on service supply: a systematic review. Hum Resour Health. 4 juin 2014;12:32.
25. Dumontet M. Féminisation, activité libérale et lieu d'installation: quels enjeux en médecine générale ? : Analyses micro-économétriques de l'offre de soins. :180.
26. Dory V, Pouchain D, Beaulieu MD, Pestiaux D, Gay B, Rocher G, Boucher. La médecine générale dans le regard des futurs médecins généralistes. exercer. 2009;(85):4-7.
27. Augros S. Les conditions de travail souhaitées par les futurs médecins généralistes : étude nationale descriptive réalisée auprès des internes de médecine générale du 2 juillet 2010 au 1er janvier 2011. 2012.
28. Silvestri C. Quelle est l'influence d'Internet sur la relation médecin-patient en médecine générale ? 6 janv 2015;142.
29. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
30. Delga C, Megnin Y, Oustric S, Laurent C, Pauly L, Vergez J-P, et al. Pression de prescription : étude pilote en médecine générale. Thérapie. 1 nov 2003;58(6):513-7.
31. La Fédération hospitalière de France. Les médecins face aux pratiques d'actes injustifiés. 2012.
32. Perrenoud P. Curriculum : le formel, le réel, le caché. Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation Université de Genève. 1993;61-76.

33. Choplin M, Ricard S. Représentations des internes en médecine générale de Haute-Garonne concernant la notion de « relation médecin-patient ». 2017.
34. Wolff KH. Dyads, triads and larger groups. In: *The Sociology Of Georg Simmel*. The Free Press.; 1950. p. 138-42.
35. Coe RM, Prendergast CG. The formation of coalitions: interaction strategies in triads. *Sociology of Health & Illness*. 1 juill 1985;7(2):236-47.
36. Ji T, Franco B P. The Companion of the Patient in the Family Doctor's Office : Making Visible The « Guardian Angel ». *Journal of Community Medicine & Health Education*. 2016;6(4).
37. Turabian JL, Rodriguez LEM. Types of Companion of the Patient in Family Medicine. *Journal of Health Education Research & Development*. 2016;4(3).
38. Granek M, Weingarten M. The third party in general practice consultations. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. janv 1996;14(2):65-65.
39. Rose S, Zientara B, Lurcel J. La relation à trois dans la consultation avec un patient âgé. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. juin 2008;8(45):35-44.
40. Greene MG, Majerovitz SD, Adelman RD, Rizzo C. The effects of the presence of a third person on the physician-older patient medical interview. *J Am Geriatr Soc*. avr 1994;42(4):413-9.
41. Ishikawa H, Roter DL, Yamazaki Y, Takayama T. Physician–elderly patient–companion communication and roles of companions in Japanese geriatric encounters. *Social Science & Medicine*. 1 mai 2005;60(10):2307-20.
42. Mauerhofer A, Akre C, Michaud P-A, Suris JC. La médecine ambulatoire youth-friendly. *Archives de Pédiatrie*. 20 juill 2009;16(8):1151-7.
43. Rutishauser C, Esslinger A, Bond L, Sennhauser FH. Consultations with adolescents : the gap between their expectations and their experiences. *Acta Paediatr*. nov 2003;92(11):1322-6.
44. Mulard H. Freins et facteurs favorisant pour le médecin généraliste à la sortie de l'accompagnant lors d'une consultation avec un adolescent : étude qualitative auprès de 23 médecins généralistes en Aquitaine. 2017.
45. Lang F, Marvel K, Sanders D, Waxman D, Beine KL, Pfaffly C, et al. Interviewing when family members are present. *Am Fam Physician*. 1 avr 2002;65(7):1351-4.
46. Lemerrier A. Conséquences de la présence d'un interne de médecine générale en stage ambulatoire de premier niveau sur le ressenti des patients. 2013.
47. Elsa G, Anne-Charlotte J. Déterminants de consultation amenant le Médecin Généraliste à céder à des demandes de prescriptions injustifiées et Stratégies de refus. 2016.
48. Thomas-Salvat C. Vécu et gestion des consultations à motifs multiples par les médecins généralistes: étude qualitative auprès de médecins généralistes d'Ille et Vilaine [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2016.
49. Moreau A, Bernard L. Attentes et perceptions de la qualité de la relation entre médecins et patients, étude qualitative par la méthode du focus group. *la Revue du Praticien Médecin Générale*. 20 déc 2004;18(674-675).

50. Mougeole C, Dupraz C. *Consumérisme médical : la parole est aux médecins généralistes.* [Lyon, France]; 2017.
51. Jouve A, Perdrix C. *Les demandes des patients ressenties comme abusives par les médecins : expériences des médecins généralistes et stratégies de gestion : étude qualitative par entretiens auprès de dix médecins généralistes de la Drôme.* [Lyon, France]; 2017.
52. Dommergues J-P. *L'enfant malade, ses parents, et le pédiatre : des secrets à partager ?* *Enfances & Psy.* 6 nov 2008;(39):31-8.
53. Perez-Carceles M, Pereniguez J, Osuna E, Luna A. *Balancing confidentiality and the information provided to families of patients in primary care.* *J Med Ethics.* sept 2005;31(9):531-5.
54. McKinstry B, Watson P, Pinnock H, Heaney D, Sheikh A. *Confidentiality and the telephone in family practice : a qualitative study of the views of patients, clinicians and administrative staff.* *Fam Pract.* 1 oct 2009;26(5):344-50.
55. Leahy D, Lyons A, Dahm M, Quinlan D, Bradley C. *Use of text messaging in general practice : a mixed methods investigation on GPs' and patients' views.* *Br J Gen Pract.* nov 2017;67(664):e744-50.
56. *Conseil national de l'ordre des médecins. Code de déontologie, Article 9 - Assistance à personne en danger.* 2017.
57. Sander C. *Le médecin généraliste et les soins non programmés. Une étude concernant le ressenti des médecins généralistes libéraux meusiens face à la prise en charge des urgences [Thèse d'exercice].* Université Henri Poincaré Nancy 1, Faculté de Médecine; 2010.
58. Lestapis-Auroux S de. *Place du secrétariat médical dans les cabinets libéraux de médecins généralistes : étude qualitative auprès des secrétaires [Thèse d'exercice].* [France]: Université de Poitiers; 2018.
59. Gravier M, Pigache C. *Choix des médecins généralistes en matière de secrétariat médical.* [Lyon, France]; 2019.
60. Valle F, Perdrix C. *Gestion des consultations non programmées en cabinet de médecine générale : quels avantages et inconvénients selon le mode d'exercice ? : étude qualitative menée auprès de 15 médecins généralistes de la région Rhône-Alpes.* Lyon, France; 2017.
61. Juillard M. *Savoir dire non à bon escient : vécu des internes en médecine générale. Études quantitative et qualitative auprès des internes de Médecine Générale de Paris V.* 12 févr 2015;153.
62. Lotfi M. *Un aspect de la relation médecin-malade - les refus opposés aux demandes des patients : vécu de ces situations par le médecin généraliste installé et par le remplaçant.* 2014.
63. Kumar S, Little P, Britten N. *Why do general practitioners prescribe antibiotics for sore throat? Grounded theory interview study.* *BMJ.* 18 janv 2003;326(7381):138.
64. Arzur J. *le refus de prescription : impact sur la relation médecin-malade.* 2011.
65. Bedard D, Duquette A. *L'épuisement professionnel : un concept à préciser. L'infirmière du Québec.* 10 1998;6(1):18-23.

66. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M, et al. Burnout in European family doctors : the EGPRN study. *Fam Pract.* août 2008;25(4):245-65.
67. Galam E, Komly V, Le Tourneur A, Jund J. Burnout among French GPs in training : a cross-sectional study. *Br J Gen Pract.* mars 2013;63(608):217-24.
68. Bontoux É. Prévalence et facteurs de risque du burnout chez les médecins généralistes du Gers [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2016.
69. Tourneur AL, Komly V. Burn out des internes en médecine générale : état des lieux et perspectives en France métropolitaine. 6 déc 2011;135.
70. Cauchard L, Courtet P. La médecine peut-elle nuire à la santé des médecins ? *La Lettre du Cardiologue.* juin 2011;(446):31-9.
71. Lamarche K. Suicide et tentatives de suicide chez les médecins [Mémoire pour le diplôme inter-universitaire, étude et prise en charge des conduites suicidaires]. 2009.
72. Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, Zhou A, Panagopoulou E, Chew-Graham C, et al. Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction : A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 1 oct 2018;178(10):1317-30.
73. Kumar S. Burnout and Doctors : Prevalence, Prevention and Intervention. *Healthcare.* 30 juin 2016;4(3).
74. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior.* 1981;2(2):99-113.
75. Colombat P, Altmeyer A, Barruel F, Bauchetet C, Blanchard P, Colombat P, et al. Syndrome d'épuisement professionnel des soignants. *Oncologie.* 1 déc 2011;13(12):845-63.
76. Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social. Guide d'aide à la prévention, Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout : mieux comprendre pour mieux agir. 2015.
77. Casin G, Dupouy J. Syndrome d'épuisement des médecins généralistes français : revue de la littérature. Toulouse, France: Université Paul Sabatier, Toulouse 3; 2016.
78. Bouteiller M, Chiron DC. Contraintes à l'origine de la souffrance des internes en médecine : analyse par entretiens semi-dirigés. 13 juin 2013;224.
79. Mardon C. Regards de médecins généralistes sur leur vulnérabilité face au risque d'épuisement professionnel et leurs stratégies pour s'en prémunir : étude qualitative par entretiens semi dirigés auprès de médecins généralistes du Var [Thèse d'exercice]. Aix-Marseille Université. Faculté de Médecine; 2017.
80. Julien A. Évaluation des facteurs de risques psychosociaux chez les médecins généralistes libéraux : approche qualitative chez seize médecins de Gironde. 3 mai 2016;123.
81. Molenda S. Le syndrome de burn-out. *SFMU Urgences.* 2010;39-48.
82. Toh SG, Ang E, Devi MK. Systematic review on the relationship between the nursing shortage and job satisfaction, stress and burnout levels among nurses in oncology/haematology settings. *Int J Evid Based Healthc.* juin 2012;10(2):126-41.

83. Galam E. Oser dire « non » avec sérénité. La Revue du Praticien -Médecine Générale. nov 2007;tome 21(788-789).
84. Gourrin É. Apports d'une initiation au groupe Balint dans la formation à la relation médecin-patient des étudiants en SASPAS en DES de Médecine Générale. Étude qualitative par entretien semi-directif. 2014.
85. Philibert A-C. Les groupes d'échange de pratique entre pairs : un modèle de développement professionnel continu en médecine générale. 2012.
86. Les groupes de pairs. L'information psychiatrique. 2006;Volume 82(1):25-8.
87. Sirot A-M, Zerbib Y. En quoi les internes de médecine générale ont-ils du mal à dire non à leur senior ? : étude transversale descriptive par questionnaire auprès de 222 internes de médecine générale à Lyon. [Lyon, France]; 2016.
88. Galam É, Multon R. Désaccords entre internes de médecine générale et seniors sur les soins aux patients. Gestion et impacts sur le hidden curriculum. Étude qualitative de 37 situations en Île-de-France. La Presse Médicale. 1 mars 2016;45(3):e39-50.

ANNEXES

➤ Annexe 1 : Recueil de données sociologiques

- Quel âge avez-vous ?
- Depuis quand êtes-vous installé ?
- Quel est votre type d'activité ? (Rurale, semi-rurale, urbaine)
- Comment organisez-vous votre planning ? (Sur rendez-vous, sans rendez-vous mélange des deux)
- Combien de temps durent vos consultations ?
- Faites-vous des visites à domicile ?
- Comment est organisé votre cabinet ? (Secrétaire)
- Etes-vous maître de stage ?
- Participez-vous à des groupes de Formation médicale continue, à des groupes d'échanges de pratique ?
- Combien de médecins êtes-vous dans le cabinet ?

➤ [Annexe 2 : Mail et lettre d'information aux participants](#)

LETTRE D'INFORMATION

Bonjour,

Actuellement en fin d'études, nous entreprenons un travail de thèse sur la gestion de certaines consultations en médecine générale. Ce travail est dirigé par le Docteur Brigitte ESCOURROU.

La méthode de recherche choisie pour cette étude nécessite la réalisation d'entretiens qui dureront entre vingt minutes et une heure, au jour et à l'heure de votre convenance.

Ces entretiens seront retranscrits et analysés et l'anonymat sera respecté.

En attente d'une réponse de votre part, nous restons à votre disposition.

Cordialement,

Caroline DORTHE

Robin MAILLOT

➤ [Annexe 3 : Guide d'entretien \(première version\)](#)

Phrase d'ouverture

« Nous réalisons un travail de recherche sur la relation médecin patient et accompagnants. J'ai quelques questions à vous poser sur ce sujet. Tout ce que vous direz reste strictement anonyme et confidentiel. Je vais enregistrer notre entretien. Je peux arrêter l'enregistrement quand vous le souhaitez. »

SUJETS ABORDES	RELANCES
<p>1 DEMANDE DE CONSULTATION NON PROGRAMMEE</p> <p>« J'aimerais que vous pensiez à une situation vécue, où, sur une consultation programmée ou une visite à domicile, l'accompagnant/ le tiers d'un patient a demandé une consultation pour lui-même. Vous avez géré comment ? »</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si ne retrouve pas d'exemple, proposer d'imaginer... • Vous acceptez/refusez quand ? • SI REFUSE : proposition ? • Si ACCEPTE : modification prise en charge ? • Est-ce fréquent ?
<p>2 DEMANDE URGENTE DE L'ACCOMPAGNANT</p> <p>« Maintenant, j'aimerais que vous pensiez à une autre consultation, dans le même type de situation, mais cette fois ci, la demande était urgente. »</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Et vous acceptez/refusez alors ? • Et quand vous acceptez/refusez ?
<p>3 ACCOMPAGNANT SEMBLE NECESSITER CONSULTATION</p> <p>« Sortons de la situation d'une demande directe. Vous repérez un accompagnant/ le tiers qui vous semble avoir besoin d'une consultation. Vous faites comment ? »</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vous avez déjà proposé une consultation à un accompagnant ?
<p>4 EFFET SUR LA RELATION</p> <p>« En quoi ce type de situation pourrait avoir un effet sur le relationnel ? »</p>	
<p>5 PROPOSITIONS...</p> <p>« Vous avez des stratégies pour améliorer ces situations ? »</p>	

➤ [Annexe 4 : Guide d'entretien \(version finale\)](#)

Phrase d'ouverture

« Nous réalisons un travail de recherche sur la relation médecin patient et accompagnants. J'ai quelques questions à vous poser sur ce sujet. Tout ce que vous direz reste strictement anonyme et confidentiel. Je vais enregistrer notre entretien. Je peux arrêter l'enregistrement quand vous le souhaitez. »

SUJETS ABORDÉS	RELANCES
<p>1 DEMANDE DE CONSULTATION NON PROGRAMMÉE</p> <p>« J'aimerais que vous pensiez à une situation vécue, où, sur une consultation programmée ou une visite à domicile, un patient vient avec un tiers, et ce tiers fait une demande pour lui. Vous avez géré comment ? »</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si ne retrouve pas d'exemple, proposer d'imaginer... • Vous acceptez/refusez quand ? • SI REFUSE/ACCEPTE : proposition ?
<p>2 DEMANDE URGENTE DE L'ACCOMPAGNANT</p> <p>« Maintenant, j'aimerais que vous pensiez à une autre consultation, dans le même type de situation, mais cette fois ci, la demande était urgente. »</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Et vous acceptez/refusez alors ? • Et quand vous acceptez/refusez ?
<p>3 ACCOMPAGNANT SEMBLE NÉCESSITER CONSULTATION</p> <p>« Sortons de la situation d'une demande directe. Vous repérez un accompagnant/ le tiers qui vous semble avoir besoin d'une consultation. Vous faites comment ? »</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vous avez déjà proposé une consultation à un accompagnant ? Pourquoi ? comment ?
<p>4 EFFET SUR LA RELATION</p> <p>« En quoi ce type de situation pourrait avoir un effet sur le relationnel / la relation ? »</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Et sur les autres types de relation dans la consultation ? (Tiers/patient, médecin/patient, tiers/médecin)
<p>5 VÉCU DU MÉDECIN</p> <p>« Concernant ces situations du tiers en demande ou vous semblant en besoin, votre vécu... »</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est qui vous fait vous sentir comme ça ... ?
<p>6 PROPOSITIONS...</p> <p>« Vous avez des stratégies pour améliorer ces situations ? »</p>	
<p>7 VECU DES STRATÉGIES</p> <p>« Et alors... ? »</p>	
<p>8 LA FACTURATION</p> <p>« Et concernant la facturation »</p>	

➤ Annexe 5 : Extrait de verbatim

Maillot Robin : D'accord. Et donc vous disiez que les seuls moments où vous acceptiez c'est quand ça prenait pas beaucoup de temps, comme une rhinopharyngite...

E.B : Ouais, bah je vais leur expliquer que c'est quand même pas le moment quand même.... Enfin je pense que j'ai une patientèle que j'ai éduqué sur le plan ... du fonctionnement, de mon fonctionnement, de ma façon de voir la médecine ; qu'ils m'emmerdent pas à leur donner des antibiotiques quand ils en ont pas besoin, qu'ils m'emmerdent pas à venir en urgence sans rendez-vous pour quelque-chose qui est pas urgent. Je leur explique une fois, deux fois. Ils viennent pas à leur rendez-vous, sans prévenir, ils le font une fois, ils le font deux fois, ils vont voir ailleurs. Enfin il y a des règles, moi aussi, eux aussi ils ont le droit de me quitter si ça leur plait pas. Donc moi je leur dis dès le début, et si on respecte ces règles, ça se passe bien. Donc en pratique, ils sont éduqués et j'ai très très peu de gens, c'est que les nouveaux, c'est que les gens qui me connaissent pas qui entre guillemets « osent » me demander ça. Donc je vais leur dire gentiment « vous savez, moi j'essaie de faire les choses comme il faut. Aujourd'hui si c'est juste une petite rhino, d'accord. Mais à l'avenir, vaut mieux que vous veniez prendre un rendez-vous, et qu'on fasse un temps dédié, comme ça on peut s'occuper aussi d'autre chose ; vous posez des questions sur vos vaccins, vos frottis, sur... » faire le métier comme il faut.

Maillot Robin : OK. Et justement vous disiez, sauf si c'est une demande urgente tout à l'heure.

E.B : Ouais.

Maillot Robin : Si la personne, ou le tiers qui vient avec le patient qui vient en consultation, il a une demande urgente....

E.B : Il a manifestement un motif médical urgent ? Une urgence ressentie pour lui ou une vraie urgence ?

Maillot Robin : Ça dépend...

E.B : Ha bah si c'est une urgence ressentie, je vais lui expliquer que c'est une urgence ressentie. Si c'est une urgence véritable, bah ouais je vais la gérer, comme on doit tous le faire.... Mais si c'est une urgence ressentie je vais lui expliquer, je vais lui dire « qu'est ce qui se passe ? » je vais l'interroger, je vais, je vais écarter toutes les problématiques urgentes, qui pourraient remettre en question ma responsabilité ; si je traite pas, si je porte pas assistance à personne tiers en danger. Et si je vois que ça le justifie pas je lui explique, je lui dis « si vous voulez, on prendra vraiment le temps de discuter, on prend une consultation dédiée, même une longue, on prendra une demi-heure de mon temps, et on gèrera ça. »

➤ Annexe 6 : Extrait du tableau d'analyse

CATÉGORIES	SOUS-CATÉGORIES	THEMES	SOUS-THEMES	CODES	ENTRETIEN D
Le Tiers et sa Demande	Similitudes ressenties	Situations comparées au tiers en demande	Patients à motifs multiples	Médecin compare le tiers demandeur à un patient avec des motifs multiples	Donc après que ce soit ... un autre motif, ou pour le même patient, enfin je pense c'est un peu la même prise en charge quoi
			Patients en retard	Médecin compare le tiers demandeur à un patient en retard demandant à être vu	
			Motifs de porte	Médecin compare le tiers en besoin et les motifs importants exprimés en fin de consultation	C'est les motifs de portes presque un peu Que ce soit pour le tiers ou pour la personne
			Tiers en demande	Médecin voit les tiers en demande comme des perturbateurs de sa consultation	
			Retard dans ses rendez-vous	Médecin voit son retard dans ses consultations comme un élément perturbant et ingérable	
Vécu similaire	Refus d'être médecin traitant d'un patient	Similitude entre dire non au tiers en demande et dire non à prendre un patient comme médecin traitant car ne veut pas augmenter son temps de consultation			
			Renouvellement et motifs multiples	Temporiser les demandes de RDV	Médecin compare le fait de temporiser les demandes de prise de rdv avec la gestion du tiers
		Difficile de reprogrammer le renouvellement en cas de motifs multiples, car les patients attendent cette consultation pour leurs problèmes aigus			
					Sur la prise de rendez-vous là je pense on a un souci. Parce qu'on commence à avoir un peu de monde et à devoir temporiser
		Puis après ce qui est assez difficile, c'est pour le renouvellement (...) les gens, ils ont mal à l'épaule, mais ils attendent le renouvellement... au bout d'un mois pour venir.			

CERTIFICAT DE CONSENTEMENT

J'ai pris connaissance des informations relatives à l'étude. J'ai eu l'opportunité de poser les questions de mon choix. J'ai été satisfait des réponses obtenues. J'accepte de donner mon consentement pour participer à cette étude.

Nom :

Date :

Signature :

Je soussigné(e) Caroline DORTHE / Robin MAILLOT, atteste avoir obtenu le consentement libre et éclairé du Dr pour l'étude, après l'avoir informé(e) des points suivants :

1. la nature et l'objectif de l'étude, sa méthodologie, sa durée
2. l'avis favorable du comité d'éthique
3. son droit d'accepter ou de refuser et de se retirer à n'importe quel moment de l'étude.

Date :

Signature :

➤ Annexe 8 : Avis favorable du comité d'éthique



Président : Mme Laurencine VIEU
Secrétaire : Mme Motoko DELAHAYE

**AVIS A LA COMMISSION ÉTHIQUE DU DÉPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE
GÉNÉRALE DE MIDI-PYRENEES**

Renseignements concernant le demandeur :
MAILLOT Robin
Interne en médecine générale
45 rue des filatiers, 31000 Toulouse
robin.maillot@aol.com

DORTHE Caroline
Interne en médecine générale
120 rue achille viadiou 31400 Toulouse
caro-07@live.fr

Renseignements concernant le promoteur :
Nom : Faculté de médecine de Toulouse Rangueil, DUMG, Dr Brigitte ESCOURROU
Qualité : Docteur en médecine, Maître de stage universitaire
Adresse : centre médical, 09130 Le Fossat
Courriel : brigitte.escourrou@dumg-toulouse.fr

Titre complet de la recherche : Le tiers en consultation : quand l'accompagnant devient second patient. Thèse qualitative sur le vécu et l'attitude des médecins généralistes.

AVIS DE LA COMMISSION (Réservé à la Commission)

AVIS FAVORABLE

N° 2018 - 008

LE 14/02/2018

Dr Motoko Delahaye

➤ Annexe 9 : Talon sociologique

Médecins	1	2	3	4	5	6
Sexe	Femme	Femme	Homme	Femme	Femme	Homme
Âge	39 ans	50 ans	53 ans	39 ans	62 ans	64 ans
Durée installation	11 ans	15 ans	21 ans	6 ans	33 ans	37 ans
Type d'activité	Semi rurale	Rurale	Rurale	Semi rurale	Urbaine	Urbaine
Organisation du planning (RDV = rendez-vous)	Sur RDV	Sur RDV	Sur RDV	Sur RDV et sans RDV	Sur RDV et sans RDV	Sur RDV et sans RDV
Durée moyenne de consultation	20 minutes	15 minutes	15 minutes	20 minutes	30 minutes	20 minutes
Réalisation de visite à domicile	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Maîtrise de stage	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Formation continue (FMC) /Groupe d'échange (GEP)	GEP	GEP et FMC	FMC	FMC	FMC	FMC
Secrétariat T= téléphonique P=physique L= en ligne	P 4 heures par jour	T	P 4 heures par jour	T+P+L	Non (T si absent)	T le matin
Nombre de médecins dans le cabinet	2	1	2	4	1	1

Médecins	A	B	C	D	E	F
Sexe	Homme	Homme	Femme	Femme	Homme	Femme
Âge	63 ans	47 ans	34 ans	34 ans	29 ans	30 ans
Durée installation	33 ans	19 ans	1 an et demi	2 ans	1 an et demi	10 mois
Type d'activité	Urbaine	Semi rurale	Semi rurale	Semi rurale	Urbaine	Semi rurale
Organisation du planning (RDV = rendez-vous)	Sur RDV et sans RDV	Sur RDV	Sur RDV et sans RDV	Sur RDV	Sur RDV	Sur RDV
Durée moyenne de consultation	15 minutes	20 minutes	15-20 minutes	20 minutes	20 minutes	15 minutes
Réalisation de visite à domicile	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Maîtrise de stage	Oui (Externes)	Oui	Non	Non	Non	Non
Formation continue (FMC) /Groupe d'échange (GEP)	FMC	FMC	FMC	FMC + GEP	GEP	FMC
Secrétariat T= téléphonique P=physique L= en ligne	P	P	P	Matin : P Soir : T	P	P+L
Nombre de médecins dans le cabinet	4	4	6	2 (pour un bureau)	5	4

➤ Annexe 10 : Caractéristiques des entretiens

ENTRETIEN	DUREE	Lieu de réalisation
N°1	20 minutes	Cabinet du médecin
N°2	12 minutes	Cabinet du médecin
N°3	22 minutes	Domicile du médecin
N°4	23 minutes	Cabinet du médecin
N°5	27 minutes	Cabinet du médecin
N°6	32 minutes	Domicile du médecin
N°A	16 minutes	Cabinet du médecin
N°B	29 minutes	Cabinet du médecin
N°C	22 minutes	Cabinet du médecin
N°D	31 minutes	Domicile du médecin
N°E	23 minutes	Cabinet du médecin
N°F	16 minutes	Cabinet du médecin

Le tiers et sa demande de soins en consultation programmée : vécu, attitudes des médecins généralistes. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés.

Toulouse, 12 mars 2019

INTRODUCTION : La demande du tiers pour lui-même en consultation programmée peut entraîner des problématiques organisationnelles, médicales et relationnelles pour les médecins. L'objectif de cette étude était d'évaluer le vécu, les attitudes des médecins généralistes face à ces demandes, et d'envisager des voies d'amélioration en cas de difficultés.

MATERIEL : Une recherche qualitative par entretiens semi dirigés a été réalisée. Après une catégorisation thématique des données, une analyse par catégories conceptualisantes a été faite, et un essai de théorisation ancrée.

RESULTATS : Douze médecins généralistes installés ont été interrogés. Le vécu des médecins dépendait du lien entre leur attitude et le respect de leur conception de la profession. Aucune relation n'a été faite entre les attitudes et les types de demandes, à part dans le cas de l'urgence. Les principales attitudes face aux demandes étaient : le refus catégorique, l'acceptation, la réponse rapide en « sous-consultation », la reprogrammation en consultation dédiée. Des outils de gestion ont été proposés : un temps d'éducation, la place du secrétariat, le recours à un confrère, entre autres. Le conflit entre les attitudes des médecins et leur concept de bonne pratique pouvait être source de souffrance, voire de « burnout ». Une meilleure gestion de la relation avec les tiers nécessitait un temps de travail réflexif continu, favorisé par les échanges entre pairs.

CONCLUSION : Respecter sa vision de la médecine face aux demandes des tiers serait indispensable pour une pratique plus sereine. Un temps de travail réflexif sur ses désirs de pratique et l'acquisition d'outils communicationnels apparaîtraient nécessaires dans la gestion de la relation médecin-patient désirée.

MOTS CLEFS : tiers en demande, relation médecin-patient, relation triadique, relation médecin-tiers, consultation de médecine générale, burn-out, communication en santé, dissonance cognitive.

DIRECTRICE DE THÈSE : Dr ESCOURROU Brigitte

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine Générale

INTITULÉ et ADRESSE de L'UFR ou du LABORATOIRE : Université Toulouse III Paul Sabatier - Faculté de Médecine Rangueil – 133 Route de Narbonne - 31062 Toulouse Cedex 04 – France

Third-party medical care demands during scheduled consultations: real-life experiences, behaviour of general practitioners. Qualitative study through semi-structured interviews.

Toulouse, 12 march 2019

INTRODUCTION: Third-party demands for themselves during scheduled medical consultations can lead to organisational, medical and relational problems for practitioners.

The goal of this study was to evaluate the real-life experiences and the behaviour of general practitioners facing those demands, and to consider ways of improvement in the event of difficulties.

EQUIPMENT AND METHOD: A qualitative study through semi-structured interviews was conducted by interrogating twelve general practitioners based in France. After a thematic categorisation of the data, a conceptualising category analysis was performed, and a grounded theorisation was tried.

RESULTS: The real-life experiences of practitioners relied on the relationship between their behaviour and the respect of their conception of the job. No connection was made between their behaviour and the nature of the demands, except in the case of emergency. The main behaviours facing the demands were: a flat refusal, an acceptance, a quick “sub-consultation” answer, a rescheduling to a proper consultation. Management tools were suggested: an education time, the role of the secretary, the help from a colleague, among others. The conflict between the practitioner’s behaviour and their idea of best practice could be a source of pain, even burnout. A better management of the relationship with a third-party required a continuous reflexive exercise, favoured by conversations with fellow practitioners.

CONCLUSION: The respect of one’s idea of medicine facing third-party demands would be essential for a more confident practice. A reflexive thinking about one’s own practice desires and the acquisition of communication tools appear to be necessary to the management of a desired doctor-patient relationship.

KEY-WORDS : Third-party demands, doctor patient relationship, Triadic relationship, doctor third-party relationship, office visit, general practice, burnout, health communication, cognitive dissonance

SUPERVISOR: Dr ESCOURROU Brigitte

ADMINISTRATIVE DISCIPLINE: General Practice

TITLE AND ADDRESS OF THE LABORATORY: Université Toulouse III Paul Sabatier- Faculté de Médecine Rangueil, 133 Route de Narbonne - 31062 Toulouse Cedex 04 – France